

# LAPORAN KINERJA (LKJ) TAHUN 2023

RSUP DR. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG



## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2023 secara tepat waktu.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan Dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri PAN dan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah maka setiap Instansi Pemerintah, baik di pusat maupun di daerah, diwajibkan untuk menyusun laporan kinerjanya. Laporan Kinerja RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2022 merupakan salah satu dari enam komponen dalam Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Sistem AKIP).

Tahun 2023 ini merupakan wujud implementasi tahun keempat periode Rencana Strategis RSMH Tahun 2020 – 2024. RSMH sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan RS Pendidikan Kelas A secara umum telah melaksanakan program kerja tahun 2023 dengan baik, hal ini ditunjukkan dengan tercapainya sebagian besar target Indikator Kinerja Utama Tahun 2023. Meskipun demikian, masih terdapat indikator kinerja utama yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan datang.

Laporan Kinerja ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak yang berkepentingan terutama Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan dalam menentukan Kebijakan Pelayanan pada BLU Bidang Layanan Kesehatan dan memberikan masukan umpan balik yang akan berguna dalam proses perbaikan kinerja serta penyempurnaan laporan di waktu yang akan datang.

Palembang, Januari 2024  
Direktur Utama,



**dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS**  
**NIP.197104162002122001**

LAPORAN KINERJA TAHUN 2023  
BADAN LAYANAN UMUM  
RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG

Palembang, 31 Januari 2024

DIREKSI

Direktur Utama



dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS  
NIP. 197104162002122001

Direktur Perencanaan dan Keuangan



Ekwanto, SE, Ak, MM  
NIP 197606261999031007

Direktur Medik dan Keperawatan



dr. Paryanto, Sp.OC., M.A.R.S  
NIP 196803011998021005

Pt.Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



Wijaya, S.Pd, M.Pd  
NIP 197812302005011004

Direktur Layanan Operasional



dr. Rahmadian, M.K.M  
NIP 196712061999031001

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Dalam rangka mewujudkan Good Governance dalam pelaksanaan kegiatan untuk mencapai visi, misi dan tujuan organisasi di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang sebagai Unit Pelaksana Teknis Vertikal (UPT) Kementerian Kesehatan maka RSMH menyusun laporan Kinerja(LKj) sebagai bentuk akuntabilitas yang jelas, terukur, dan *legitimate* dalam penyelenggaraan kegiatan dan pelaksanaan organisasi. Diharapkan pelaksanaan kegiatan berlangsung secara berdayaguna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab dalam wujudkan birokrasi yang bersih dan bebas dari KKN, serta meningkatnya kualitas pelayanan publik kepada masyarakat.

Laporan Kinerja RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2023 merupakan laporan pertanggungjawaban terhadap hasil kegiatan yang dilaksanakan selama Tahun 2023 mengacu pada Tujuan, Sasaran dan Indikator yang telah ditetapkan dalam Revisi II Rencana Strategis Bisnis RSMH Tahun 2020-2024 yang diturunkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Tahun 2023 menjadi 7 (tujuh) sasaran strategis dengan 24 indikator kinerja utama. Selain itu terdapat 24 indikator dari 12 sasaran strategis mengacu kepada indikator kinerja direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Dari 59 indikator kinerja Utama dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2023, terdapat 19 indikator yang target. Indikator yang tidak tercapai tersebut 6 indikator berasal dari indicator sesuai sasaran strategis dalam RSB RSMH Tahun 2020-2024 yaitu : (1) Capaian WBK.WBBM; (2) Tingkat Kesehatan BLU; (3) Tingkat Kepuasan Pasien; (4)Tingkat Kepuasan Karyawan; (5) Respon Time CABG; dan (6) Jumlah layanan baru melalui program sister hospital. Sedangkan 13 indikator yang belum tercapai dari sasaran strategis yang berasal dari indicator kinerja Direktif Dirjen Yankes adalah : (1) Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal; (2) Kepatuhan Kebersihan Tangan; (3) Kepatuhan Identifikasi Pasien; (4) Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway); (5) Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh; (6) Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional; (7) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang; (8) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI; (9) 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan; (10) Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital; (11)

Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit; (12) Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran. IGD. rawat inap. rawat jalan. OK. layanan penunjang (laboratorium. radiologi. gizi. rehab medik) dan farmasi; (13) Persentase nilai EBITDA. Jika dihitung secara persentase jumlah IKU yang tidak tercapai mencapai dibandingkan dengan tahun 2022 hanya terdapat 21 indikator dengan 9 indikator yang tidak mencapai target maka persentase IKU yang tercapai ditahun 2023 lebih tinggi dibanding tahun 2022.

Total Pagu Anggaran RSMH periode sampai dengan Tahun 2023 berdasarkan DIPA Revisi 16 adalah Rp.931,519,669,000 yang terdiri dari Anggaran Rupiah Murni sebesar Rp.102.178.816.000 dan Anggaran BLU sebesar Rp. 931.519.669.000 (termasuk penggunaan saldo awal). Realisasi Belanja Tahun 2023 yaitu 99,20%dari total pagu atau sebanyak Rp 924.044.529.589.

Pendapatan BLU (sesuai SP2B) per 31 Desember 2023 yaitu sebesar Rp823,813,340,085, bila dibandingkan dengan target Penerimaan BLU tahun 2023 sebesar Rp741.560.240.000 maka penerimaan BLU Tahun 2023 (sesuai SP2B) sudah mencapai 111%. Piutang Bruto Tahun 2023 (Rp. 85,057,485,628) naik 81,98% dibanding Piutang Bruto Tahun 2022 (Rp.69,730,042,867). Kenaikan ini terutama berasal dari Penambahan piutang dari BPJS Kesehatan dan piutang obat BPJS. Piutang yang ada per 31 Desember 2023 berasal dari piutang perusahaan, piutang perorangan, piutang BPJS Kesehatan, piutang obat BPJS dan piutang Askes Inhealth

Utang di Tahun 2023 berjumlah Rp. 95,851,368,351, mengalami peningkatan sebesar 80,86% bila dibandingkan dengan utang Tahun 2022 yang berjumlah Rp.52,996,308,025. Utang Tahun 2023 meningkat paling banyak pada utang pengadaan barang persediaan farmasi.

Kendala utama yang dihadapi atas ketidaktercapaian indikator kinerja utama adalah belum optimalnya pelaksanaan kebijakan/prosedur layanan, pemanfaatan E-RM yang belum optimal dan keterbatasan sarana dan prasarana, Untuk mengatasi kendala tersebut, maka telah dilakukan langkah-langkah sebagai berikut : Pengembangan sistem serta pemenuhan sarana dan prasarana.

## DAFTAR ISI

	Hal.
KATA PENGANTAR .....	ii
IKHTISAR EKSEKUTIF .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Sejarah Singkat RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang .....	1
1.2 Visi ,Misi dan Budaya RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang .....	1
1.3 Struktur Organisasi.....	2
1.4 Sumber Daya.....	5
1.5 Kegiatan Dan Pelayanan .....	12
1.6 Tantangan Strategis .....	13
BAB II PERENCANAAN KINERJA .....	14
2.1 Rencana Kinerja Tahun 2023 .....	14
2.2 Rencana Anggaran.....	19
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	22
3.1 Capaian Kinerja Organisasi .....	22
3.2 Realisasi Anggaran.....	153
3.3 Program Efisiensi .....	158
3.4 Penghargaan Yang Diperoleh.....	159
BAB IV PENUTUP .....	160
4.1 Tinjauan Umum Pencapaian Kinerja RSMH .....	160
4.2 Strategi Peningkatan Kinerja .....	162
LAMPIRAN .....	161

## DAFTAR TABEL

	Hal.
<b>Tabel 1.1</b> Komposisi SDM Berdasarkan Kompetensi Tahun 2023.....	5
<b>Tabel 1.2</b> Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan Tahun 2023.....	7
<b>Tabel 1.3</b> Rincian Ruangan Gedung Pelayanan RSMH.....	7
<b>Tabel 1.4</b> Rincian Ruangan Gedung Penunjang.....	8
<b>Tabel 1.5</b> Rincian Ruangan Gedung Administrasi .....	9
<b>Tabel 1.6</b> Sumber Daya Barang Milik Negara Tahun 2023.....	11
<b>Tabel 2.1</b> Perjanjian Kinerja Tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin.....	14
<b>Tabel 2.2</b> Revisi DIPA Tahun 2023.....	19
<b>Tabel 2.3</b> Pagu Anggaran Belanja Awal dan Revisi 16 Tahun Anggaran 2023..	20
<b>Tabel 3.1</b> Target dan Realisasi Capaian Indikator Kinerja Utama.....	23
<b>Tabel 3.2</b> Hasil <i>Pre Assesment</i> atas Pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas Menuju WBK/WBBM di RSMH.....	27
<b>Tabel 3.3</b> Penilaian Aspek Keuangan Tahun 2022 dan 2021 .....	31
<b>Tabel 3.4</b> Kinerja Pelayanan Tahun 2023, 2022 dan 2021 .....	32
<b>Tabel 3.5</b> Standar Nilai Persepsi, Nilai Interval, Nilai Interval Konversi, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan .....	36
<b>Tabel 3.6</b> Hasil Survei Kepuasan Pasien RSMH Tahun 2022.....	37
<b>Tabel 3.7</b> Hasil Survei Kepuasan Pasien RSMH Tahun 2021 dan 2022.....	38
<b>Tabel 3.8</b> Data Persentase Kasus Rujukan Melalui SISROUTE Tahun 2023 .....	43
<b>Tabel 3.9</b> Data Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi Tahun 2022 .....	49
<b>Tabel 3.10</b> Data Waktu Tunggu Operasi Onkologi Tahun 2023.....	51
<b>Tabel 3.11</b> Data Capaian <i>Door to Wire Time</i> IKP Primer pada Pasien STEMI onset <12 Jam Tahun 2022 .....	53
<b>Tabel 3.12</b> Data Capaian <i>Respon Time CABG</i> Tahun 2022 dan Tahun 2021 ...	54
<b>Tabel 3.13</b> Data Jumlah Kerjasama Pihak Asuransi Kesehatan Non BPJS Tahun 2022 .....	60
<b>Tabel 3.14</b> Data Jumlah Kerjasama Layanan Preventif dan Promotif Tahun 2022 .....	62
<b>Tabel 3.15</b> Data Jumlah Kerjasama Pendidikan Profesi dan Non Profesi dalam Layanan Kesehatan Tahun 2022.....	65
<b>Tabel 3.16</b> Hasil Penilaian Akhir Akreditasi Insitusi Pelatihan RSMH .....	71
<b>Tabel 3.17</b> Data Jumlah SDM di Area Kritis dan Layanan Unggulan Yang Tersertifikasi Kesehatan Tahun 2023 .....	75
<b>Tabel 3.18</b> kepatuhan penggunaan APD per Bulan Tahun 2023.....	104
<b>Tabel 3.19</b> Pelaksanaan Kepatuhan Identifikasi Pasien RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	106
<b>Tabel 3.20</b> Pelaporan hasil kritis Laboratorium RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	109
<b>Tabel 3.21</b> Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	111
<b>Tabel 3.22</b> Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	113

<b>Tabel 3.23</b> Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	116
<b>Tabel 3.24</b> Kecepatan Waktu Tanggap Komplain RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	119
<b>Tabel 3.25</b> Data Kunjungan Pasien VVIP Tahun 2023 .....	123
<b>Tabel 3.26</b> Data Ketersediaan Ruang Parkir Tahun 2023.....	127
<b>Tabel 3.27</b> Data Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Tanpa Penunjang Tahun 2023.....	130
<b>Tabel 3.28</b> Data Penundaan Waktu Operasi Elektif Tahun 2023 .....	132
<b>Tabel 3.29</b> Data Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik Tahun 2023.....	134
<b>Tabel 3.30</b> Data Ketepatan Waktu Visite Dokter Tahun 2023 .....	136
<b>Tabel 3.31</b> Data Capaian Indikator Klinis KJSU Tahun 2023 .....	138
<b>Tabel 3.32</b> Data Waktu Tanggap Operasi SC Tahun 2023.....	146
<b>Tabel 3.33</b> Pagu dan Realisasi Anggaran RSMH Tahun 2023 .....	155
<b>Tabel 3.34</b> Penerimaan BLU Tahun 2023 dan Tahun 2022.....	156
<b>Tabel 3. 35</b> Utang Tahun 2022 dan 2021 .....	158

## DAFTAR GAMBAR

	Hal.
<b>Gambar 1.1</b> Diagram Komposisi SDM Tahun 2023 Menurut Jenis Ketenagaan..	5
<b>Gambar 1.2</b> Denah Lokasi RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.....	9
<b>Gambar 1. 3</b> Diagram Jumlah dan Komposisi Tempat Tidur Tahun 2023 .....	10
<b>Gambar 3.1</b> Grafik Tingkat Kepuasan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024.....	38
<b>Gambar 3.2</b> Grafik Tingkat Kepuasan Karyawan RSMH Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024 .....	41
<b>Gambar 3.3</b> Grafik Capaian SISRU RSMH Tahun 2021-2023 dan Target Tahun 2024 .....	44
<b>Gambar 3.4</b> Grafik Jumlah Layanan Inovatif Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024 .....	47
<b>Gambar 3.5</b> Grafik Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024.....	49
<b>Gambar 3.6</b> Grafik Waktu Tunggu Operasi Onkologi Tahun 2019-2021 dan Target Tahun 2024.....	51
<b>Gambar 3.7</b> Grafik Capaian <i>Door to Wire Time</i> IKP Primer pada Pasien STEMI onset <12 Jam Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024.....	53
<b>Gambar 3.8</b> Grafik Capaian <i>Respon Time CABG</i> Tahun 2020 - 2022 dan Target Tahun 2024.....	55
<b>Gambar 3.9</b> Grafik Jumlah Kerjasama dengan Asuransi Kesehatan Non BPJS Tahun 2020-2022.....	61
<b>Gambar 3.10</b> Grafik Jumlah kerjasama Layanan Preventif dan Promotif Tahun 2020-2022 .....	64
<b>Gambar 3.11</b> Grafik Jumlah kerjasama Pendidikan profesi dan non profesi dalam Layanan Kesehatan Tahun 2020-2023 .....	68
<b>Gambar 3.12</b> Grafik Pelatihan yang Terakreditasi di RSMH Tahun 2020-2023 .....	70
<b>Gambar 3.13</b> Grafik Capaian Diklat Terakreditasi Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024.....	72
<b>Gambar 3.14</b> Capaian Indikator Peningkatan Jumlah SDM.....	77
<b>Gambar 3.15</b> Grafik Ketersediaan Sarana Pendukung Layanan Unggulan Terstandar Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024 .....	79
<b>Gambar 3.16</b> Grafik Persentase Pengembangan dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen RS Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024 .....	82
<b>Gambar 3.17</b> Grafik Penurunan Jumlah <i>Complain</i> Terhadap Layanan Kesehatan Tahun 2020-2023 .....	84
<b>Gambar 3.18</b> Grafik Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO) Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024.....	86
<b>Gambar 3.19</b> Grafik Capaian Indikator Peningkatan Saldo BLU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	88

<b>Gambar 3.20</b>	Grafik Capaian Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	90
<b>Gambar 3.21</b>	Grafik Capaian Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal r RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	92
<b>Gambar 3.22</b>	Grafik Capaian Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	94
<b>Gambar 3.23</b>	Grafik Capaian Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	96
<b>Gambar 3.24</b>	Grafik Capaian Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 .....	98
<b>Gambar 3.25</b>	Grafik Capaian Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023.....	100
<b>Gambar 3.26</b>	Grafik Capaian Indikator Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	102
<b>Gambar 3.27</b>	Grafik Capaian Indikator kepatuhan penggunaan APD RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023.....	105
<b>Gambar 3.28</b>	Grafik Capaian Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023.....	107
<b>Gambar 3.29</b>	Grafik Capaian Indikator Pelaporan hasil kritis Laboratorium RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	109
<b>Gambar 3.30</b>	Grafik Capaian Indikator Penggunaan Formularium Nasional RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	112
<b>Gambar 3.31</b>	Grafik Capaian Indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	114
<b>Gambar 3.32</b>	Grafik Capaian Indikator Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	117
<b>Gambar 3.33</b>	Grafik Capaian Indikator Penggunaan Formularium Nasional RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023 .....	120
<b>Gambar 3.34</b>	Grafik Capaian Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023.....	122
<b>Gambar 3.35</b>	Grafik Capaian Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2023 .....	124
<b>Gambar 3.36</b>	Grafik Capaian Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional Tahun 2023.....	126
<b>Gambar 3.37</b>	Grafik Capaian Indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar Tahun 2023 .....	128
<b>Gambar 3.38</b>	Grafik Capaian Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023.....	131
<b>Gambar 3.39</b>	Grafik Capaian Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif Tahun 2023.....	133

<b>Gambar 3.40</b> Grafik Capaian Indikator Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Tahun 2023 .....	135
<b>Gambar 3.41</b> Grafik Ketepatan Waktu Visite Dokter RSUP .....	137
<b>Gambar 3.42</b> Grafik Ketercapaian Indikator Klinis Layanan Prioritas RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023.....	139
<b>Gambar 3.43</b> Grafik Membina RSUD menjadi Utama sesuai .....	140
<b>Gambar 3.44</b> Grafik Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna RSUPDr.Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	142
<b>Gambar 3.45</b> Grafik Pelaksanaan 9 Layanan Penyakit Prioritas RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023.....	143
<b>Gambar 3.46</b> Grafik Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	144
<b>Gambar 3.47</b> Grafik Waktu Tanggap Operasi SC RSUP .....	147
<b>Gambar 3.48</b> Grafik Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	148
<b>Gambar 3.49</b> Grafik Persentase Realisasi Target Pendapatan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	151
<b>Gambar 3.50</b> Grafik Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	152
<b>Gambar 3.51</b> Grafik Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023 .....	153
<b>Gambar 3.52</b> Grafik Nilai EBITDA RSMH Tahun 2023.....	154

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Sejarah Singkat RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Palembang (RSMH) merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang diberikan mandat untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya masyarakat dalam wilayah Provinsi Sumatera Selatan. Didirikan sejak tahun 1953, RSMH saat ini adalah Rumah Sakit Badan Layanan Umum berdasarkan SK Menkes RI Nomor 1243 / Menkes / SK / VIII / 2005, tanggal 11 Agustus 2005.

RSMH sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional untuk wilayah Sumsel sendiri serta ke 4 provinsi lain seperti Jambi, Lampung, Bengkulu dan Bangka-Belitung, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/390/2014 tanggal 17 Oktober 2014 serta penetapan RSMH sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK 01.07/MENKES/1353/2022 tanggal 18 Agustus 2022 memacu RSMH untuk terus meningkatkan mutu dan layanannya sesuai standar. Sebagai buktinya RSMH telah ketiga kalinya memperoleh akreditasi nasional (KARS) paripurna yang berhasil diraih pada tanggal 27 Oktober 2023.

## 1.2. Visi , Misi dan Budaya RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

### *Visi:*

“Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional yang Mandiri dan Terpercaya”.

### *Misi:*

1. Menyelenggarakan standarisasi pelayanan, pendidikan dan penelitian;
2. Meningkatkan SDM yang unggul dan berbudaya kerja;
3. Menyelenggarakan produktifitas dan efisiensi;
4. Menjalin kemitraan dengan jaringan bisnis rumah sakit secara kompherensif dan berkelanjutan.

### *Budaya Kerja (Tata Nilai)*

## **S**inergi

Koordinasi, kolaborasi, satu persepsi dalam meningkatkan mutu dan keselamatan.

## **I**ntegritas

Jujur, disiplin, konsisten, komitmen dan menjadi teladan

## **P**rofesional

Tanggung jawab, kompeten, bekerja tuntas, akurat, efektif dan efisien.

### **1.3. Struktur Organisasi**

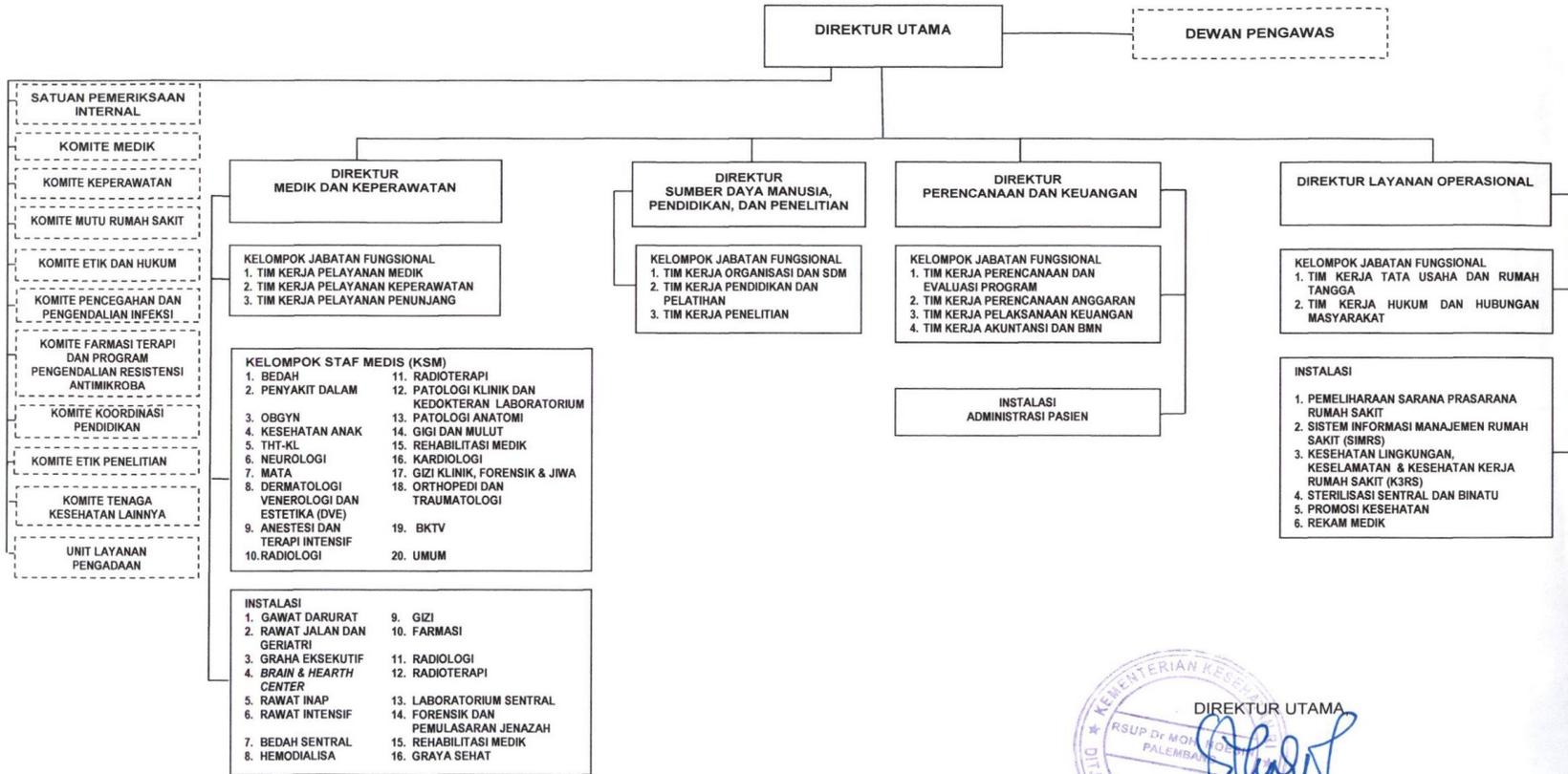
Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang telah ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 dan Surat Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor : OT.01.01/D/6976/2023 tanggal 26 April 2023 Hal : Penataan Organisasi Non Struktural di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Secara garis besar susunan organisasi RSMH Palembang terdiri dari 4 (empat) Direktorat, dibawah Direktur Utama dengan penjelasan sebagai berikut:

- ❖ Direktorat Medik dan Keperawatan ;  
mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan non medis.
- ❖ Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian;  
mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan.
- ❖ Direktorat Perencanaan dan Keuangan ;  
mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan dan pengelolaan rumah sakit.
- ❖ Direktorat Direktorat Layanan Operasional;  
mempunyai tugas melaksanakan urusan layanan operasional

Namun untuk mengakomodir kebutuhan pencapaian Misi RSMH sebagai Rumah Sakit pendidikan dan Rumah Sakit Rujukan Nasional maka telah dilakukan beberapa perubahan pada unit non struktural yang kewenangannya ditetapkan dan untuk mengakomodir kebutuhan pencapaian Misi RSMH sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional yang Mandiri dan Terpercaya maka dibentuk unit non struktural sesuai Surat Keputusan Direktur No. HK.02.03/D.XVIII/1816/2023 tanggal 4 Juli Tahun 2023 mengenai Struktur Organisasi RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang seperti berikut :

## STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr.MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG



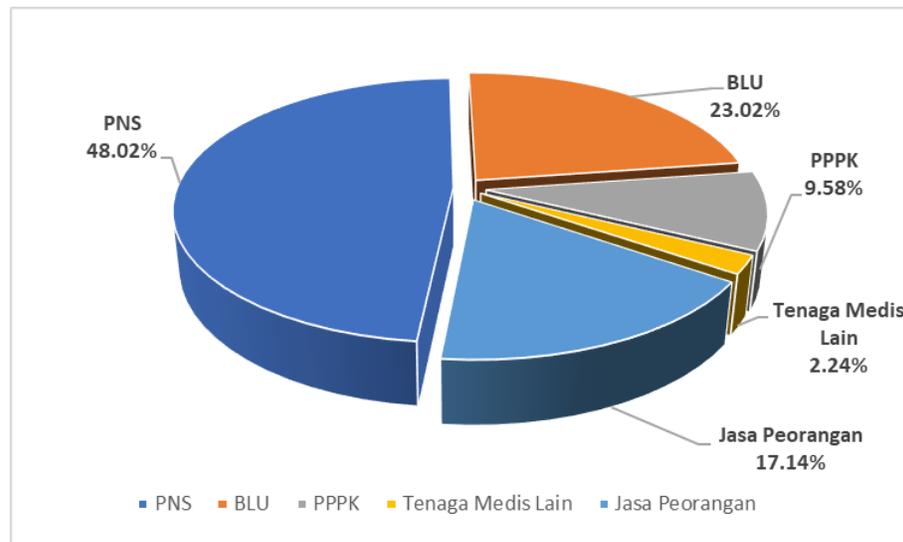
  
 DIREKTUR UTAMA  
*Siti Khalimah*  
 SITI KHALIMAH

## 1.4. SUMBER DAYA

### 1.4.1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber Daya Manusia (SDM) sampai dengan 31 Desember Tahun 2023 secara keseluruhan berjumlah 2.724 pegawai, dengan komposisi PNS Kemenkes (48,02%), Tenaga BLU (23,02%), PPPK (9,58%), Jasa Perorangan (17,14%) dan Medis Lainnya (2,24%).

**Gambar 1.1** Diagram Komposisi SDM Tahun 2023 Menurut Jenis Ketenagaan



Sumber Data : Laporan Tahun 2023 Kelompok Substansi SDM RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Komposisi SDM berdasarkan kompetensi seperti terlihat pada Tabel 1.1

**Tabel 1.1** Komposisi SDM Berdasarkan Kompetensi Tahun 2023

NO	JENIS KEPEGAWAIAN	Per Desember 2023					
		PNS	BLU	PPP K	Tenaga Lainnya		JUM LAH
					MEDI S LAIN	JASA PEROR ANGAN	
TENAG A KLINIS	1 DOKTER UMUM	29	13	1	0	0	43
	2 DOKTER GIGI	1	0	0	0	0	1
	3 DOKTER SPESIALIS I	29	5	1	21	0	56
	4 DOKTER SPESIALIS II	133	2	2	40	0	177
	5 DOKTER GIGI SPESIALIS	7	0	1	0	0	8
	6 <b>TENAGA KEPERAWATAN</b>						
	a. Perawat	552	374	178	0	0	1104
	7 BIDAN	35	20	16	0	0	71
	8 <b>TENAGA KEFARMASIAN</b>						
	a. Apoteker	27	8	7	0	0	42
b. Asisten Apoteker	52	70	33	0	0	155	

NO	JENIS KEPEGAWAIAN	Per Desember 2023						JUM LAH
		PNS	BLU	PPP K	Tenaga Lainnya			
					MEDI S LAIN	JASA PEROR ANGAN		
	9	<b>TENAGA GIZI</b>						
		a. Nutrisionis	31	0	0	0	0	31
	10	<b>TENAGA KETERAPIAN FISIK</b>						
		a. Fisioterapis	11	11	2	0	0	24
		b. Okupasi Terapis	3	0	0	0	0	3
		c. Terapis Wicara	3	1	0	0	0	4
		d. Ortotis Prostetis	2	1	0	0	0	3
		e. Refraksionis Optisien	1	0	0	0	0	1
		f. Perawat Gigi	8	3	0	0	0	11
	11	<b>TENAGA KETEKNIISIAN MEDIK</b>						
		a. Radiografer	30	13	4	0	0	47
		b. Teknisi Elektromedis	13	1	1	0	0	15
		c. Perekam Medis	34	23	3	0	0	60
	d. Pranata Laboratorium Kesehatan	49	24	10	0	0	83	
	e. Sanitarian	8	0	0	0	0	8	
	f. Fisikawan Medis	2	3	0	0	0	5	
	g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat	7	0	0	0	0	7	
	h. Psikolog Klinis	2	0	0	0	0	2	
	i. Penata Anastesi	5	1	0	0	0	6	
	j. Asisten Penata Anestesi	4	0	0	0	0	4	
TENAGA NON KLINIS	12	a. Auditor	3	0	0	0	0	3
		b. Pengelola Pengadaan Barang/Jasa	8	0	0	0	0	8
		c. Pranata Hubungan Masyarakat	3	0	0	0	0	3
		d. Analis Kepegawaian	7	0	2	0	0	9
		e. Administrator Kesehatan	19	0	0	0	0	19
		f. Pembimbing Kesehatan Kerja	3	0	0	0	0	3
		g. Teknisi Gigi	3	0	0	0	0	3
	13	<b>TENAGA ADMINISTRASI</b>						
		a. Administrasi	157	42	0	0	191	390
	14	<b>IT</b>						
		a. Pranata Komputer	11	0	0	0	0	11
		b. Programmer	0	3	0	0	0	3
		c. Database Administrator	0	6	0	0	0	6
15	<b>TENAGA KEAMANAN</b>	2	0	0	0	0	2	
16	PRAMUBAKTI (Pramubakti Kebersihan, Pramusaji, Laundry /Sterilisasi, Teknisi, Portir, Petugas Gudang)	14	2	0	0	276	292	
17	Pengemudi	0	1	0	0	0	1	
	<b>JUMLAH</b>	<b>1308</b>	<b>627</b>	<b>261</b>	<b>61</b>	<b>467</b>	<b>2724</b>	

Sumber Data : Laporan Tahun 2022 Kelompok Substansi SDM RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Kompetensi SDM menurut jenis pendidikan, seperti terlihat pada Tabel 1.2.

**Tabel 1. 2** Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan Tahun 2023

No	Pendidikan	PNS	BLU	PPPK	Tenaga Lainnya		Total
					Tenaga Medis Lain	Jasa Peorangan	
1	S3	12	0	0	7	0	19
2	S2	116	0	0	2	2	120
3	dr/drg	29	13	1	0	0	43
4	Spesialis 1/2/AV	155	7	4	52	0	218
5	S1/Profesi	403	343	73	0	123	942
6	D.IV	61	4	0	0	3	68
7	D.III/Akademi	508	251	183	0	64	1006
8	D.II	0	0	0	0	0	0
9	D.I	0	1	0	0	0	1
10	SMA	22	7	0	0	275	304
11	SMP	1	1	0	0	0	2
12	SD	1	0	0	0	0	1
<b>JUMLAH</b>		<b>1308</b>	<b>627</b>	<b>261</b>	<b>61</b>	<b>467</b>	<b>2724</b>

Sumber Data : Laporan Tahun 2023 Kelompok Substansi SDM RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Berdasarkan Tabel 1.2 menunjukkan bahwa jumlah seluruh SDM pada Tahun 2023 sebanyak 2.724 pegawai dan terbanyak (1.006 pegawai) merupakan SDM dengan kategori pendidikan D.III / Akademi.

#### 1.4.2. Sarana dan Prasarana

##### A. Tanah dan Bangunan

Luas lahan RSMH Palembang berdasarkan hasil pengukuran adalah seluas 218.455 m<sup>2</sup>, dengan luas bangunan 102.398 m<sup>2</sup>. Peruntukkan bangunan dibagi berdasarkan fungsi bangunan :

1. Gedung Layanan
2. Gedung Penunjang
3. Gedung Administrasi

Dengan rincian luas masing-masing gedung sebagai berikut :

**Tabel 1.3** Rincian Ruangan Gedung Pelayanan RSMH

NO	URAIAN	LANTAI	LUAS	TOTAL
<b>A</b>	<b>GEDUNG LAYANAN</b>			
1	IGD	3	1.270 m <sup>2</sup>	3.809 m <sup>2</sup>
2	Instalasi Rawat Jalan	3	2.630 m <sup>2</sup>	7.889 m <sup>2</sup>
3	Public Hall	3	937 m <sup>2</sup>	2.812 m <sup>2</sup>
4	Graha Spesialis (Gedung Lama)	3	1.467 m <sup>2</sup>	4.400 m <sup>2</sup>
5	Spesialis Jantung dan Saraf Terpadu	2	1.862 m <sup>2</sup>	3.724 m <sup>2</sup>

NO	URAIAN	LANTAI	LUAS	TOTAL
	(BHC)			
6	Gedung Rawat Inap Terpadu (Graha Spesialis Gedung Baru)	8	1.405 m <sup>2</sup>	11.240 m <sup>2</sup>
7	Gedung A (ICU. CSSD. COT)	3	2.111 m <sup>2</sup>	6.334 m <sup>2</sup>
8	Gedung B (Rehab Medik. Anastesi, PA)	2	1.137 m <sup>2</sup>	2.274 m <sup>2</sup>
9	Gedung C (Enim/Kebidanan)	2	1.016 m <sup>2</sup>	2.033 m <sup>2</sup>
10	Gedung D (Lakitan/Bedah)	2	1.907 m <sup>2</sup>	3.813 m <sup>2</sup>
11	Gedung E (Rupit/Penyakit Dalam)	2	928 m <sup>2</sup>	1.856 m <sup>2</sup>
12	Gedung F (Rambang/Kemoterapi)	2	1.094 m <sup>2</sup>	2.189 m <sup>2</sup>
13	Gedung G (Komerling/Penyakit Dalam)	2	1.050 m <sup>2</sup>	2.100 m <sup>2</sup>
14	Gedung H (Rawas/Penvakit Syaraf)	2	1.098 m <sup>2</sup>	2.196 m <sup>2</sup>
15	Gedung I (Selincih/Penyakit Anak)	5	818 m <sup>2</sup>	4.091 m <sup>2</sup>
16	Gedung J (Kelingi/Penyakit Paru, Jantung)	2	1.015 m <sup>2</sup>	2.030 m <sup>2</sup>
17	Gedung K (Lematang/Rawat Inap Kelas 1)	2	1.346 m <sup>2</sup>	2.692 m <sup>2</sup>
18	Gedung L (Musi/ Rawat Inap VIP)	2	1.016 m <sup>2</sup>	2.031 m <sup>2</sup>
19	Gedung M (Haemodialisa)	2	671 m <sup>2</sup>	1.342 m <sup>2</sup>
20	Gedung N (Ogan)	1	657 m <sup>2</sup>	657 m <sup>2</sup>
21	Gedung O (Geriatrik)	1	207 m <sup>2</sup>	207 m <sup>2</sup>
22	Gedung P ( Borang/TB MDR. SARS)	1	299 m <sup>2</sup>	299 m <sup>2</sup>
23	Pelayanan Darah	2	847 m <sup>2</sup>	1.694 m <sup>2</sup>
24	Radiologi & Laboratorium	2	3297 m <sup>2</sup>	6594 m <sup>2</sup>
25	Dermatologi	2	445 m <sup>2</sup>	890 m <sup>2</sup>
26	Diklat	2	917 m <sup>2</sup>	1.834 m <sup>2</sup>
<b>Luas Total Gedung Layanan</b>				<b>81.039 m<sup>2</sup></b>

Sumber Data : Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit RSUP Dr. Mohammad Hoesin

**Tabel 1. 4** Rincian Ruangan Gedung Penunjang

NO	URAIAN	LANTAI	LUAS	TOTAL
<b>B</b>	<b>GEDUNG PENUNJANG</b>			
1	Farmasi	1	502 m <sup>2</sup>	502 m <sup>2</sup>
2	Ruang Gas (COT)	1	36 m <sup>2</sup>	36 m <sup>2</sup>
3	Ruang Genset Utama	1	214 m <sup>2</sup>	214 m <sup>2</sup>
4	Ruang boiler	1	535 m <sup>2</sup>	535 m <sup>2</sup>
5	Sarana Non Medik	1	452 m <sup>2</sup>	452 m <sup>2</sup>
6	Sarana Medik	1	344 m <sup>2</sup>	344 m <sup>2</sup>
7	Ruang Oksigen	1	41 m <sup>2</sup>	41 m <sup>2</sup>
8	Ruang Genset	1	54 m <sup>2</sup>	54 m <sup>2</sup>
9	Forensik	2	472 m <sup>2</sup>	944 m <sup>2</sup>
10	Instalasi laundry	2	543 m <sup>2</sup>	1.086 m <sup>2</sup>
11	Tangki	1	437 m <sup>2</sup>	437 m <sup>2</sup>
12	WTP/ IPAL	1	473 m <sup>2</sup>	473 m <sup>2</sup>
13	Ruang Gas (Diklat)	1	41 m <sup>2</sup>	41 m <sup>2</sup>
14	Instalasi Gizi	2	1.495 m <sup>2</sup>	2.990 m <sup>2</sup>

NO	URAIAN	LANTAI	LUAS	TOTAL
15	Gedung Arsip	2	578 m <sup>2</sup>	1.156 m <sup>2</sup>
16	Gedung IDI	1	24 m <sup>2</sup>	24 m <sup>2</sup>
17	Incenerator	1	83 m <sup>2</sup>	83 m <sup>2</sup>
18	Gudang B3	1	127 m <sup>2</sup>	127 m <sup>2</sup>
19	Bunker	1	473 m <sup>2</sup>	473 m <sup>2</sup>
20	Rusuwa	3	816 m <sup>2</sup>	2.448 m <sup>2</sup>
21	Rumah Tangga	1	436 m <sup>2</sup>	436 m <sup>2</sup>
22	Garasi Mobil	1	1.043 m <sup>2</sup>	1.043 m <sup>2</sup>
<b>Luas Total Gedung Penunjang</b>				<b>13.937 m<sup>2</sup></b>

Sumber Data : Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit RSUP Dr. Mohammad Hoesin

**Tabel 1. 5** Rincian Ruang Gedung Administrasi

NO	URAIAN	LANTAI	LUAS	TOTAL
<b>C</b>	<b>Gedung Administrasi</b>			
1	BPJS	2	395 m <sup>2</sup>	790 m <sup>2</sup>
2	Informasi	2	1.039 m <sup>2</sup>	2.079 m <sup>2</sup>
3	Direksi/Administrasi	3	399 m <sup>2</sup>	1.196 m <sup>2</sup>
4	Aula	2	1.044 m <sup>2</sup>	2.088 m <sup>2</sup>
5	Gudang Arsip	2	640 m <sup>2</sup>	1.280 m <sup>2</sup>
<b>Total Gedung Administrasi</b>				<b>7.432 m<sup>2</sup></b>
<b>Total A + B + C</b>				<b>102.398 m<sup>2</sup></b>

Sumber Data : Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit RSUP Dr. Mohammad Hoesin

**Gambar 1.2** Denah Lokasi RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

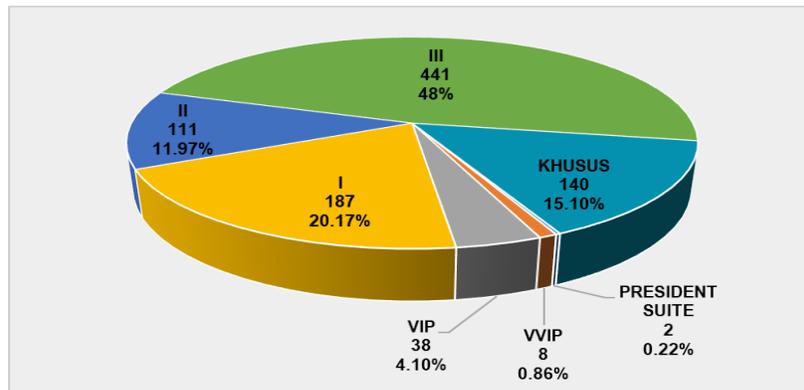


Sumber : Master Plan 2016

## B. Kapasitas Tempat Tidur

Sarana berupa tempat tidur pasien berjumlah 927, pada tahun 2023 terjadi perubahan komposisi tempat tidur sesuai SK Direktur Utama RSMH Palembang Nomor HK.02.03/D.XVIII/3181/2023 tanggal 6 September 2023, seperti terlihat pada diagram berikut ini:

**Gambar 1. 3** Diagram Jumlah dan Komposisi Tempat Tidur Tahun 2023



Gambar 1.3 menunjukkan bahwa rumah sakit telah berupaya untuk menyediakan fasilitas pendukung layanan bagi pasien dan sebagian besar (48%) tempat tidur diperuntukan untuk pasien Kelas III.

Berdasarkan Keppres Nomor 12 Tahun 2020, Covid-19 telah ditetapkan sebagai pandemi serta bencana nasional dan berdasarkan surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/169/2020 tanggal 10 Maret 2020, RSMH ditetapkan sebagai salah satu rumah sakit rujukan penanggulangan Covid-19 yang ada di Sumatera Selatan. Meskipun Pemerintah telah mencabut status Pandemi Covid-19 per tanggal 21 Juni 2023, akan tetapi RSMH tetap melakukan pelayanan pasien Covid-19 dengan menempatkan pasien Covid-19 diruang isolasi sesuai dengan jaminan kelas rawat pasien.

## C. Barang Milik Negara (BMN)

Sampai dengan akhir tahun 2023, sarana dan prasarana yang tercatat pada Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi

Barang Milik Negara (SIMAK BMN) dan Sistem Akuntansi Instansi (SAI), dapat dilihat pada tabel 1.6.

**Tabel 1. 6** Sumber Daya Barang Milik Negara Tahun 2023

No	Uraian	Nilai
<b>A</b>	<b>BMN INTRAKOMPTABLE</b>	
	- Posisi Awal (1 Januari 2022)	6.314.717.738.116
	- Penambahan	232,417,657,286
	- Pengurangan	40,874,877,334
	- Posisi Akhir (31 Desember 2022)	6,504,068,055,068
<b>B</b>	<b>BMN EKSTRAKOMPTABLE</b>	
	- Posisi Awal (1 Januari 2022)	160.704.211
	- Penambahan	92,567,273
	- Pengurangan	25,124,330
	- Posisi Akhir (31 Desember 2022)	228,147,154
<b>C</b>	<b>BMN GABUNGAN INTRA DAN EKSTRAKOMPTABLE</b>	
	- Posisi Awal (1 Januari 2022)	6,312,685,979,327
	- Penambahan	232,510,224,559
	- Pengurangan	40,900,001,664
	- Posisi Akhir (31 Desember 2022)	6,504,296,202,222
<b>D</b>	<b>ASET TAK BERWUJUD</b>	
	- Posisi Awal (1 Januari 2022)	3,651,297,207
	- Penambahan	20,000,000
	- Pengurangan	-
	- Posisi Akhir (31 Desember 2022)	3,671,297,207
<b>E</b>	<b>KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan</b>	
	- Posisi Awal (1 Januari 2022)	741,743,887
	- Penambahan	1,820,611,729
	- Pengurangan	992,162,430
	- Posisi Akhir (31 Desember 2022)	1,570,193,186

Sumber : Laporan Keuangan RSMH Tahun 2022

Tabel 1.6 diatas menunjukkan bahwa BMN Intrakomptabel mendapat penambahan sebanyak Rp232.417.657.286,- dan pengurangan sebanyak Rp40.874.877.334,- , selain itu pada BMN Ekstrakomptabel terdapat penambahan sebanyak Rp92.567,273,- .dan pengurangan dengan jumlah sebanyak Rp25.124.330,- sehingga pada posisi 31 Desember 2023 BMN gabungan antara Intra dan Ekstrakomptable berjumlah Rp6.504.296.202.222,-.

Penambahan aset ini berupa penambahan peralatan dan mesin yang berasal dari pembelian peralatan medis dan peralatan penunjang non medis sebesar, hibah peralatan mesin peralatan

medis dan peralatan penunjang non medis, adanya transfer masuk sebesar serta likuidasi masuk dari Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat Palembang.

Sementara penambahan aset pada gedung dan bangunan yaitu penambahan dari belanja modal gedung berupa renovasi Gedung, likuidasi masuk dari Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat.

Sementara adanya pengurangan aset berasal dari reklasifikasi keluar aset peralatan dan mesin ke aset lain-lain, aset gedung dan bangunan ke aset lainnya.

Untuk aset Konstruksi Dalam Pengerjaan terjadi mutasi tambah yang berasal dari perolehan KDP dengan total sebesar Rp.828.449.299.

#### **1.5. KEGIATAN DAN PELAYANAN**

Guna mewujudkan visi dan misi RSMH, pada tahun 2023 menjalankan kegiatan yang lebih memfokuskan pada kegiatan penguatan layanan unggulan (kanker dan jantung), layanan prioritas (Stroke, Uronefro dan KIA-KB) dan sebagai RS pendidikan dan rujukan nasional. Adapun program/kegiatan dimaksud antara lain sbb:

1. Pelayanan Layanan Unggulan yang terdiri dari renovasi ruang radioterapi, pemenuhan peralatan medik dan non medik untuk layanan onkologi dan jantung;
2. Pelayanan Prioritas (Stroke, Uronefro dan KIA-KB) yang terdiri dari pemenuhan peralatan medik;
3. Peningkatan kualitas mutu sebagai RS Pendidikan adalah pemenuhan sarana dan prasarana diklat terakreditasi;
4. Sebagai RS Rujukan Nasional melakukan peningkatan kompetensi SDM, pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar (Pengadaan dan pemeliharaan peralatan dan gedung), penguatan layanan yang berbasis IT.
5. Penilaian Akreditasi sebagai Upaya Pemenuhan standar mutu layanan, SDM, sarana prasarana sesuai standar akreditasi terbaru Rumah Sakit.

## **1.6. TANTANGAN STRATEGIS**

Perkembangan teknologi, keterbukaan informasi dan semakin kritisnya masyarakat terhadap layanan publik membawa perubahan besar dalam wajah layanan Kesehatan saat ini. Sehingga perlu adanya adopsi teknologi dalam pemberian layanan dan manajemen di rumah sakit. Seiring dengan itu maka tantangan strategis yang dihadapi oleh RSMH untuk periode tahun 2023 sebagai berikut :

1. Pengembangan layanan berbasis teknologi informasi untuk kemudahan akses layanan bagi pasien maupun akses pengolahan data/informasi bagi pemberi layanan.
2. Efisiensi dan efektifitas pengelolaan keuangan RS sebagai BLU
3. Penerapan monoloyalitas tenaga medik

**BAB II**  
**PERENCANAAN KINERJA**

**2.1. Rencana Kinerja Tahun 2023**

Rencana Kerja RSMH tahun 2023 ini merupakan rencana kerja tahun keempat untuk pencapaian sasaran strategis dan sasaran program/ kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis RSMH tahun 2020-2024. Rencana kerja selanjutnya dituangkan sebagai Pernyataan Perjanjian Kinerja RSMH tahun 2023 yang disepakati oleh Direktur Utama RSMH dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan seperti berikut :

**Tabel 2. 1 Perjanjian Kinerja Tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
<b>A Perspektif Konsumen</b>				
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Capaian WBK, WBBM	WBK
		2	Tingkat Kesehatan BLU	85
		3	Tingkat Kepuasan Pasien	86%
		4	Tingkat Kepuasan Karyawan	80%
		5	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	90%
		6	Terlaksananya Kegiatan Pengampunan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring Dan Daring	100%
<b>B Perspektif Bisnis Internal</b>				
1	Terwujudnya Layanan Yang Berkualitas, Inovatif Dan Unggul	7	Jumlah Layanan Inovatif	2 Layanan
		8	Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi	27 Hari
		9	Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Onkologi	11 Hari
		10	Capaian Door To Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer Pada Pasien STEMI Onset <12 Jam	80%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		11	<i>Respon Time CABG</i>	<48 Jam
		12	Persentase Capaian Paripurna Untuk Layanan KJSU Di RSMH	50%
		13	Jumlah Layanan Baru Melalui Program <i>Sister Hospital</i>	2 Layanan Inovasi
2	Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan Yang Berkeadilan Melalui Kegiatan Promotif, Preventif, Kuratif Dan Rehabilitatif	14	Jumlah Kerja Sama Dengan Asuransi Kesehatan Non BPJS	6 Kerja Sama
		15	Jumlah Kerja Sama Layanan Preventif Promotif	10 Kerja Sama
3	Peningkatan Kompetensi Dan Sistem Pendidikan Pelatihan SDM Kesehatan	16	Jumlah Kerja Sama Pendidikan Profesi Dan Non Profesi Dalam Layanan Kesehatan	13 Kerja Sama
		17	Jumlah Pelatihan Yang Terakreditasi	8 Pelatihan
		18	Diklat Terakreditasi	Terakreditasi
		19	Jumlah Penelitian Klinis Onkologi Dan Kardiologi	2 Penelitian
<b>C</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan Dan Pengembangan</b>			
1	Terwujudnya SDM Kompeten	20	Peningkatan Jumlah Perawat Area Kritis Dan Layanan Unggulan Yang Tersertifikasi	75%
2	Terwujudnya Sarana Prasarana Yang Sesuai Standar Dan Handal	21	Ketersediaan Sarana Pendukung Layanan Unggulan Terstandar	100%
		22	Persentase Pengembangan Dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen RS	90%
		23	Persentase Penurunan Jumlah Komplain Terhadap Pelayanan Kesehatan	50%
<b>D</b>	<b>Perspektif Keuangan</b>			
1	Terwujudnya Produktifitas Dan	24	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)	87%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	Efisiensi	25	Nilai IKPA (Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran)	89%
<b>E</b>	<b>Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal</b>			
1	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana, Dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	26	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%
2	Menguatnya Tata Kelola Manajemen Dan Pelayanan Spesialistik	27	Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
3	Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas Di Rumah Sakit	28	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan	2 Kali
4	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	29	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80
		30	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		31	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
		32	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥90%
		33	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		34	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		35	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100%
		36	Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional	≥90%
		37	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway)	≥85%
		38	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		39	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%
5	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	40	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		41	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	42	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		43	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		44	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		45	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		46	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		47	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		48	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Indikator Tercapai Setiap Layanan
7	Meningkatnya	49	1 RS Vertikal harus	1

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)		membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	Rumah Sakit
8	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	50	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang Paripurna	1 (masing2 Rumah Sakit Vertikal dengan Strata Paripurna)
9	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	51	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama	1 Layanan
10	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
11	Indikator RPJMN	53	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 Menit
		54	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100 %
12	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	55	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%
		56	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		57	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		58	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		59	Persentase nilai EBITDA	15%

Sumber data : Perjanjian Kinerja RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

## 2.2. Rencana Anggaran

Anggaran belanja RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2023 mengalami revisi sebanyak 16 (enam belas) kali. Revisi anggaran merupakan bagian dari fleksibilitas anggaran dalam rangka menunjang pelayanan RSMH, yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

**Tabel 2. 2** Revisi DIPA Tahun 2023

Revisi	Uraian	Total Pagu	
-	Awal Definitif	Rp	843,780,990,000
Revisi ke-1	Revisi Automatic Adjustment (AA)	Rp	843,780,990,000
Revisi ke-2	Revisi Buka Blokir	Rp	843,780,990,000
Revisi ke-3	Revisi Pemutakhiran Hal III DIPA	Rp	843,780,990,000
Revisi ke-4	Revisi Penggunaan Saldo Awal	Rp	891,561,603,000
Revisi ke-5	Revisi Anggaran dalam Hal Pagu Anggaran Berubah (Revisi Integrasi RSMH-LKTM)	Rp	893,809,552,000
Revisi ke-6	Revisi POK/ Pemutakhiran KPA	Rp	893,809,552,000
Revisi ke-7	Revisi Buka Blokir / Automatic Adjustment	Rp	883,738,310,000
Revisi ke-8	Revisi Pergeseran	Rp	883,738,310,000
Revisi ke-9	Revisi Pergeseran	Rp	883,738,310,000
Revisi ke-10	Revisi POK/ Pemutakhiran KPA	Rp	883,738,310,000
Revisi ke-11	Revisi Pemutakhiran Hal III DIPA	Rp	883,738,310,000
Revisi ke-12	Revisi Anggaran dalam Hal Pagu Anggaran Berubah (Revisi Penambahan Belanja Gaji Pegawai RM dari ABT BA BUN)	Rp	891,519,669,000
Revisi ke-13	Revisi Pergeseran antar jenis belanja dalam 1 KRO dan/atau antar KRO (optimalisasi sisa anggaran)	Rp	891,519,669,000
Revisi ke-14	Revisi Penggunaan Saldo Awal	Rp	931,519,669,000
Revisi ke-15	Revisi Pemutakhiran KPA (POK)	Rp	931,519,669,000
Revisi ke-16	Revisi Pemutakhiran KPA (POK)	Rp	931,519,669,000

Sumber data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Anggaran belanja yang tersedia sesuai Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum (DIPA-BLU) Tahun Anggaran 2023 revisi ke-16 Nomor: SP DIPA-024.04.2.415624/2023 tanggal 22 Desember 2023 adalah sebesar Rp. 931.519.669.000,- , dengan sumber dana :

1. Rupiah Murni : Rp.102.178.816.000
2. PNBP : Rp.829.340.853.000,-

Adapun rincian alokasi pagu anggaran tahun 2023 yaitu :

**Tabel 2. 3** Pagu Anggaran Belanja Awal dan Revisi 16 Tahun Anggaran 2023

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023	
		DIPA AWAL	REVISI 16
1	2	3	19
<b>A. DANA RUPIAH MURNI (RM)</b>		<b>Rp 102,220,750,000</b>	<b>Rp 102,178,816,000</b>
51	Belanja Pegawai	Rp 102,220,750,000	Rp 101,388,732,000
<b>A</b>	<b>Layanan Gaji dan Tunjangan PNS</b>	Rp 97,654,188,000	Rp 91,246,225,000
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	Rp 65,102,793,000	Rp 61,157,842,000
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	Rp 913,000	Rp 833,000
511121	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PNS	Rp 5,096,371,000	Rp 4,239,887,000
511122	Belanja Tunjangan Anak PNS	Rp 1,303,752,000	Rp 1,286,867,000
511123	Belanja Tunjangan Struktural PNS	Rp 118,561,000	Rp 59,480,000
511124	Belanja Tunjangan Fungsional PNS	Rp 8,045,310,000	Rp 7,891,564,000
511125	Belanja Tunjangan PPh PNS	Rp 500,579,000	Rp 396,676,000
511126	Belanja Tunjangan Beras PNS	Rp 3,508,815,000	Rp 3,315,760,000
511129	Belanja Uang Makan PNS	Rp 11,234,859,000	Rp 10,509,207,000
511134	Belanja Tunjangan Kompensasi Kerja PNS	Rp 885,179,000	Rp 671,879,000
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	Rp 787,720,000	Rp 620,994,000
512211	Belanja Uang Lembur	Rp 1,069,336,000	Rp 1,095,236,000
<b>B</b>	<b>Layanan Gaji dan Tunjangan PPPK</b>	Rp 4,566,562,000	Rp 10,142,507,000
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	Rp 2,810,997,000	Rp 6,647,539,000
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	Rp 92,000	Rp 99,000
511621	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PPPK	Rp 277,433,000	Rp 406,279,000
511622	Belanja Tunjangan Anak PPPK	Rp 110,427,000	Rp 126,857,000
511624	Belanja Tunjangan Fungsional PPPK	Rp 352,744,000	Rp 630,800,000
511625	Belanja Tunjangan Beras PPPK	Rp 288,746,000	Rp 446,893,000
511628	Belanja Uang Makan PPPK	Rp 705,124,000	Rp 1,863,041,000
512212	Belanja Uang Lembur PPPK	Rp 20,999,000	Rp 20,999,000
52	Belanja Barang	Rp -	Rp 790,084,000
<b>A</b>	<b>Langganan Daya dan Jasa</b>		

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023	
		DIPA AWAL	REVISI 16
522113	Belanja Langganan Air	Rp -	Rp 121,119,000
522111	Belanja Langganan Listrik		Rp 668,965,000
<b>B. DANA PNBP</b>		<b>Rp 741,560,240,000</b>	<b>Rp 829,340,853,000</b>
52	Belanja Barang	Rp 670,496,107,000	Rp 715,906,937,000
525111	Belanja Gaji & Tunjangan BLU	Rp 296,561,373,000	Rp 273,346,596,000
525112	Belanja Barang BLU	Rp 10,992,852,000	Rp 11,210,260,000
525113	Biaya Jasa BLU	Rp 16,497,560,000	Rp 41,851,505,000
525114	Belanja Pemeliharaan BLU	Rp 34,092,359,000	Rp 34,545,494,000
525115	Belanja Perjalanan BLU	Rp 1,990,076,000	Rp 4,992,388,000
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya	Rp 69,583,571,000	Rp 100,068,995,000
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya (IsDB)	Rp 12,965,599,000	Rp 6,874,297,000
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Obat-obatan & BMHP	Rp 185,390,060,000	Rp 143,514,901,000
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Pembayaran Hutang Farmasi	Rp -	Rp 54,482,900,000
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU	Rp 42,422,657,000	Rp 45,019,601,000
53	Belanja Modal	Rp 71,064,133,000	Rp 113,433,916,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Kesehatan	Rp 38,087,574,000	Rp 77,852,924,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Perangkat Pengolah Data dan Informasi	Rp 5,678,426,000	Rp 8,004,713,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	Rp 4,356,108,000	Rp 3,706,941,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Non Medik	Rp 5,074,081,000	Rp 6,469,442,000
537113	Belanja Modal Gedung & Bangunan BLU	Rp 17,867,944,000	Rp 17,399,896,000
<b>TOTAL (A+B)</b>		<b>Rp 843,780,990,000</b>	<b>Rp 931,519,669,000</b>

Sumber : DIPA Awal dan Revisi ke-16 Tahun Anggaran 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

### 3.1. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja merupakan proses mengukur pencapaian dengan membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang telah dilakukan oleh RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi mengenai pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/ kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/ kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Tahun 2023 merupakan tahun keempat dari Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2020 – 2024 yang mengacu kepada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Capaian tahun 2023 juga diperbandingkan dengan target jangka menengah (tahun 2024), apakah perlu dilakukan penyesuaian terhadap target jika capaian di tahun ini terlalu rendah atau telah jauh terlampaui.

Sasaran strategis yang ingin dicapai dalam Tahun 2023 sesuai dengan Revisi ke-2 Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024 adalah sebagai berikut:

1. Terwujudnya kepuasan *stakeholders*
2. Terwujudnya layanan yang berkualitas, inovatif dan unggul
3. Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative
4. Peningkatan kompetensi dan system Pendidikan, pelatihan, dan penelitian SDM Kesehatan
5. Terwujudnya sarana prasarana yang sesuai standar dan handal
6. Terwujudnya Produktifitas dan Efisiensi

Dari ke enam Sasaran strategis diatas diturunkan menjadi perspektif konsumen terdapat 1 sasaran strategis dengan 6 IKU, perspektif bisnis internal terdapat 2 sasaran strategis dengan 9 IKU, perspektif

pertumbuhan dan pengembangan terdapat 2 sasaran strategis dengan 8 IKU dan perspektif keuangan terdapat 1 sasaran strategis dengan 2 IKU. Maka total sasaran strategis dari ke 4 perspektif tersebut yaitu sebanyak 6 sasaran strategi dengan 25 IKU.

Selain 25 Indikator yang berasal dari Sasaran Strategis dalam Revisi ke-2 Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024, terdapat 34 indikator yang berasal dari penambahan indikator kegiatan UPT Vertikal yang merupakan indikator kinerja direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan harus tertera dalam Perjanjian Kinerja Kepala Satuan Kerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan TA 2023, sehingga dimasukkan dalam perjanjian Kinerja Direktur Tahun 2023. Untuk evaluasi hanya dibandingkan dengan target capaian sesuai yang sudah menjanjikan sebagaimana disebutkan dalam surat Plt. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : PR.03.02/D.I/1306/2023 07 Februari 2023 hal Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023

Realisasi capaian indikator kinerja tahun 2023 secara total menunjukkan masih terdapat 20 (duapuluh) indikator kinerja yang tidak mencapai target seperti yang telah disepakati dalam kontrak kinerja antara Dirjen Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 3.1** Target dan Realisasi Capaian Indikator Kinerja Utama  
RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

NO	Sasaran Strategis	IKU	Satuan	Target Tahun 2023		Persentase Capaian terhadap Target	Target Akhir RSB (2024)	
				Target	Capaian			
<b>1</b>	<b>Perspektif Konsumen</b>							
	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Capaian WBK.WBBM	-	WBK WBBM	0	0%	WBK WBBM
		2	Tingkat Kesehatan BLU	Total Skor	85	84.55	97%	86
		3	Tingkat Kepuasan Pasien	%	86%	84.90%	99%	87%
		4	Tingkat Kepuasan Karyawan	%	80%	75.71%	95%	81%
		5	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	%	90%	98.67%	110%	100%
		6	Terlaksananya Kegiatan Pengampunan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring dan Daring	%	100%	100%	100%	100%
<b>2</b>								
	Terwujudnya Layanan yang berkualitas.	7	Jumlah Layanan Inovatif	Jumlah layanan	2	4	200%	2
		8	Waktu tunggu pelayanan radioterapi	Jumlah Hari	27	21.39	126%	14 hari

NO	Sasaran	IKU	Satuan	Target Tahun 2023		Persentase	Target	
	Inovatif dan unggul	9	Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Onkologi	Jumlah Hari	11	9	121%	11 hari
		10	Capaian Door to Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer pada Pasien STEMI onset <12 jam	%	80%	93.20%	117%	90%
		11	Respon Time CABG	Jumlah Jam (< 48 Jam)	<48 jam	66.26	72%	<48 jam
		12	Persentase Capaian Paripurna Untuk Layanan KJSU Di RSMH	%	50%	50%	100%	100%
		13	Jumlah layanan baru melalui program sister hospital	Jumlah layanan Layanan Inovasi	2	0	0%	2
	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif	14	Jumlah Kerja Sama dengan asuransi kesehatan Non BPJS	Jumlah Kerjasama	6	6	100%	8
		15	Jumlah Kerja Sama Layanan Preventif Promotif	Jumlah Kerjasama	10	22	220%	12
	Peningkatan kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM Kesehatan	16	Jumlah Kerja Sama Pendidikan Profesi Dan Non Profesi Dalam Layanan Kesehatan	Jumlah Kerjasama	13	32	246%	14
		17	Jumlah Pelatihan yang Terakreditasi	Jumlah pelatihan	8	9	113%	10
		18	Diklat Terakreditasi	%	terakreditasi	terakreditasi	100%	terakreditasi
		19	Jumlah penelitian klinis Onkologi dan kardiologi	Jumlah Penelitian	2	2	100%	2
<b>3</b>								
	Terwujudnya SDM Kompeten	20	Peningkatan Jumlah Perawat Area Kritis dan Layanan Unggulan yang Tersertifikasi	%	75%	76.37%	102%	78%
		Terwujudnya sarana prasarana yang sesuai standar dan handal	21	Ketersediaan Sarana Pendukung Layanan Unggulan Terstandar	%	100%	100%	100%
	22		Persentase Pengembangan dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen RS	%	90%	93%	103%	100%
	23		Persentase Penurunan jumlah komplain terhadap pelayanan kesehatan	%	50%	64.93%	130%	50%
<b>4</b>								
	Terwujudnya Produktifitas dan Efisiensi	24	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	87%	98.63%	113%	90%
		25	Nilai IKPA (Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran)	%	89%	92,02%	103%	89%
<b>5</b>								
	Meningkatnya Kualitas Sarana. Prasarana. Dan Alat (SPA) Fasilitas	26	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	%	95%	99,41%	105%	

NO	Sasaran	IKU	Satuan	Target Tahun 2023		Persentase	Target
	Pelayanan Kesehatan Rujukan						
	Menguatnya Tata Kelola Manajemen Dan Pelayanan Spesialistik	27	Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal	%	<2.5	5.92%	42%
	Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas Di Rumah Sakit	28	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan	Jumlah Pelaporan (kali pelaporan)	2	2	100%
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan		29	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	%	≥ 80	84.90%	106%
		30	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Jumlah Laporan	12	12	100%
		31	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Jumlah Laporan	12	12	100%
		32	Kepatuhan Kebersihan Tangan	%	≥90%	83.62%	93%
		33	Kepatuhan Penggunaan APD	%	100%	100%	100%
		34	Kepatuhan Identifikasi Pasien	%	100%	99.08%	99%
		35	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	%	100.00 %	100%	100%
		36	Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional	%	(≥90%)	98.14%	108%
		37	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway)	%	≥85%	79.73%	93.80%
		38	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	%	100%	97,57%	98%
		39	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	%	≥80%	100%	120.00%
Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP		40	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	%	Sesuai RBA	100%	100%
		41	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	%	10%	12.96%	130%
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal		42	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Jumlah Layanan	1	0	0%
		43	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	70%	76.45%	109%
		44	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	≥ 80%	38%	47.5%
		45	Penundaan Waktu Operasi Elektif	%	≤ 3%	2.51%	119.52%
		46	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	%	≥ 80%	87.85%	109.81%
		47	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%	≥ 80%	74.39%	93%
		48	Tercapainya target	Jumlah	1	1	100%

NO	Sasaran	IKU		Satuan	Target Tahun 2023		Persentase	Target
			indikator klinis layanan prioritas KJSU	Indikator				
	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	49	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	Jumlah Rumah Sakit	1 Rumah sakit	0	0	
	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	50	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang Paripurna	1 (masing-masing Rumah Sakit Vertikal dengan Strata Paripurna)	1	1	100%	
	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	51	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama	Jumlah Layanan	1 Layanan	1 Layanan	100%	
	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	Jumlah Sistem	1	0	0	
Indikator RPJMN		53	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	Jumlah Menit	≤30 Menit	32.75%	91.60%	
		54	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran. IGD. rawat inap. rawat jalan. OK. layanan penunjang (laboratorium. radiologi. gizi. rehab medik) dan farmasi	%	100%	97%	97%	
Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas. pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan		55	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	92.50%	98.31%	106.28 %	
		56	Persentase realisasi Target Pendapatan BLU	%	95%	111.09%	116.94%	
		57	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97%	100.38%	103.48%	
		58	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	%	95%	99.05%	104.26%	
		59	Persentase nilai EBITDA	%	15%	5.20%	34.67%	

Sumber data : PIC masing-masing IKU

### 3.1.1. Capaian Sasaran terhadap Perspektif Konsumen

Dalam Perspektif Konsumen terdapat satu sasaran strategis yaitu terwujudnya kepuasan *stakeholders* yang memiliki 6 (enam) Indikator Kinerja Utama.

Dari tabel 3.1 terdapat 4 (empat) indikator yang tidak mencapai target yaitu indikator capaian WBK,WBBM, Indikator Tingkat Kepuasan BLU, Indikator Tingkat Kepuasan Pasien dan indikator tingkat kepuasan karyawan. Secara rinci dijelaskan dibawah ini capaian kinerja masing-masing IKU pada sasaran strategis “Terwujudnya kepuasan *stakeholders*”.

### 3.1.1.1. Sasaran Strategis 1 : Terwujudnya kepuasan *stakeholders*

#### IKU 1 : Capaian WBK-WBBM

Capaian WBK-WBBM adalah pengakuan dari Kementerian Kesehatan dan Kementerian PAN RB atas layanan kesehatan yang diberikan RS sesuai dengan standar yang ditentukan sebagai penyedia layanan yang bebas dari korupsi (***good corporate governance***).

Target Capaian WBK-WBBM yangjanga ditetapkan untuk tahun 2023 adalah WBK.

#### Capaian

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Capaian WBK-WBBM	WBK	0	0%

Proses pengajuan WBK WBBM sudah dimulai sejak tahun 2022 dimana pada tahun 2022 telah dilaksanakan kegiatan pendampingan serta *Pre Assesment* atas Pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM di RSMH oleh Tim Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan pada tanggal 27-29 Mei 2022 dan diperoleh hasil sebesar 78,34%, namun pengajuan untuk dilakukan assesment belum dapat di lanjutkan, karena terhalang adanya temuan kerugian negara yang belum terselesaikan, secara rinci hasil *preassesment* dijelaskan pada tabel berikut:

**Tabel 3. 2** Hasil *Pre Assesment* atas Pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas Menuju WBK/WBBM di RSMH

No	Komponen	Bobot	Nilai	%
A	PENGUNGKIT	60,00	47,01	78,34%
I	PEMENUHAN	30,00	23,50	78,33%

No	Komponen	Bobot	Nilai	%
<b>1</b>	<b>MANAJEMEN PERUBAHAN</b>	<b>4,00</b>	<b>2,79</b>	<b>69,68%</b>
	i Penyusunan Tim Kerja	0,50	0,38	75,00%
	ii Rencana Pembangunan	1,00	0,67	66,67%
	iii Pemantauan dan Evaluasi	1,00	0,56	55,67%
	iv Perubahan pola pikir dan budaya kerja	1,50	1,19	79,25%
<b>2</b>	<b>PENATAAN TATALAKSANA</b>	<b>3,50</b>	<b>2,47</b>	<b>70,67%</b>
	i Prosedur Operasional Tetap (SOP) Kegiatan Utama	1,00	0,72	72,33%
	ii Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik	2,00	1,50	75,00%
	iii Keterbukaan Informasi Publik	0,50	0,25	50,00%
<b>3</b>	<b>PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM APARATUR</b>	<b>5,00</b>	<b>4,33</b>	<b>86,67%</b>
	i Perencanaan Kebutuhan Pegawai sesuai dengan Kebutuhan Organisasi	0,25	0,17	66,67%
	ii Pola Mutasi Internal	0,50	0,33	66,67%
	iii Pengembangan Pegawai Berbasis Kompetensi	1,25	0,83	66,67%
	iv Penetapan Kinerja Individu	2,00	2,00	100%
	v Penegakan Aturan Disiplin / Kode Etik / Kode Perilaku Pegawai	0,75	0,75	100%
	vi Sistem Informasi Kepegawaian	0,25	0,25	100%
<b>4</b>	<b>PENGUATAN AKUNTABILITAS</b>	<b>5,00</b>	<b>4,62</b>	<b>92,44%</b>
	i Keterlibatan Pimpinan	2,50	2,23	89,00%
	ii Pengelolaan Akuntabilitas Kinerja	2,50	2,40	95,88%
<b>5</b>	<b>PENGUATAN PENGAWASAN</b>	<b>7,50</b>	<b>5,28</b>	<b>70,41%</b>
	i Pengendalian Gratifikasi	1,50	0,88	58,50%
	ii Penerapan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)	1,50	0,94	62,50%
	iii Pengaduan Masyarakat	1,50	1,31	87,50%
	iv Whistle-Blowing System	1,50	1,25	83,33%
	v Penanganan Benturan Kepentingan	1,50	0,90	60,20%
<b>6</b>	<b>PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK</b>	<b>5,00</b>	<b>4,00</b>	<b>80,05%</b>
	i Standar Pelayanan	1,00	0,67	66,75%
	ii Budaya Pelayanan Prima	1,00	0,75	75,17%
	iii Pengelolaan Pengaduan	1,00	0,75	75,00%
	iv Penilaian Kepuasan terhadap Pelayanan	1,00	1,00	100%
	v Pemanfaatan Teknologi Informasi	1,00	0,83	83,33%
<b>II</b>	<b>REFORM</b>	<b>30,00</b>	<b>23,51</b>	<b>78,36%</b>
<b>1</b>	<b>MANAJEMEN PERUBAHAN</b>	<b>4,00</b>	<b>2,77</b>	<b>69,17%</b>
	i Komitmen dalam Perubahan	2,00	1,10	54,84%
	ii Komitmen Pimpinan	1,00	1,00	100,00%
	iii Membangun Budaya Kerja	1,00	0,67	67,00%
<b>2</b>	<b>PENATAAN TATALAKSANA</b>	<b>3,50</b>	<b>2,75</b>	<b>78,57%</b>
	i Peta Proses Bisnis Mempengaruhi Penyederhanaan Jabatan	0,50	0,50	100,00%
	ii Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE) yang Terintegrasi	1,00	0,75	75,00%
	iii Transformasi Digital Memberikan Nilai Manfaat	2,00	1,50	75,00%
<b>3</b>	<b>PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM APARATUR</b>	<b>5,00</b>	<b>3,33</b>	<b>66,67%</b>
	i Kinerja Individu	1,50	1,50	100,00%
	ii Assesment Pegawai	1,50	1,50	100,00%
	iii Pelanggaran Disiplin Pegawai	2,00	0,33	16,67%
<b>4</b>	<b>PENGUATAN AKUNTABILITAS</b>	<b>5,00</b>	<b>3,82</b>	<b>76,39%</b>
	i Meningkatkan capaian kinerja unit kerja	2,00	1,81	90,48%
	ii Pemberian Reward and Punishment	1,50	1,01	67,00%
	iii Kerangka Logis Kinerja	1,50	1,01	67,00%
<b>5</b>	<b>PENGUATAN PENGAWASAN</b>	<b>7,50</b>	<b>6,25</b>	<b>83,33%</b>
	i Mekanisme Pengendalian	2,50	1,25	50,00%
	ii Penanganan Pengaduan Masyarakat	3,00	3,00	100,00%
	iii Penyampaian Laporan Harta Kekayaan	2,00	2,00	100,00%
<b>6</b>	<b>PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK</b>	<b>5,00</b>	<b>4,59</b>	<b>91,75%</b>
	i Upaya dan/ atau Inovasi Pelayanan Publik	2,50	2,09	83,50%
	ii Penanganan Pengaduan Pelayanan dan Konsultasi	2,50	2,50	100,00%
<b>RATA-RATA PENGUNGKIT (I PEMENUHAN + II REFORM)</b>				

No	Komponen	Bobot	Nilai	%
1	MANAJEMEN PERUBAHAN	8,00	5,55	69,42%
2	PENATAAN TATALAKSANA	7,00	5,22	74,62%
3	PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM APARATUR	10,00	7,67	76,67%
4	PENGUATAN AKUNTABILITAS	10,00	8,44	84,41%
5	PENGUATAN PENGAWASAN	15,00	11,53	76,87%
6	PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK	10,00	8,59	85,90%

Sumber data : Laporan Hasil Pendampingan WBK di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang oleh Tim Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan

#### **Faktor Pendukung :**

1. Dukungan penuh dari Tim WBK WBBM dan seluruh SDM RSMH untuk terwujudnya WBK WBBM di RSMH
2. Simulasi mandiri WBK menggunakan Permenpan Nomor 90 Tahun 2021
3. Pendampingan dan *Pre Assesment* dari Tim Itjen Kemenkes RI telah dilakukan dengan nilai > 78 dan di rekomendasikan untuk dinilai oleh TPI

Berdasarkan dokumen RSB Tahun 2020-2024, target akhir indikator Capaian WBK WBBM adalah RSMH memperoleh predikat WBK WBBM. Jika dibandingkan dengan capaian pada tahun 2022 yaitu memperoleh hasil *preassesment* sebesar 78,34%, capaian ini masih tahap awal yang harus dilaksanakan untuk bisa menuju capaian WBK WBBM. Salah satu persyaratan untuk mencapai WBK adalah nilai Lembar Kerja Evaluasi (LKE) minimal 75, sementara saat ini RSMH sudah mencapai nilai 78,34 berdasarkan hasil *pre assessment*.

#### **Hambatan :**

Belum tuntasnya Laporan Hasil Audit dari eksternal yaitu adanya temuan Kerugian Negara, sebagai salah satu kriteria dalam WBK WBBM. Dimana perhitungan secara berkala (Tahunan) kriteria menuju wilayah Bebas dari Korupsi yaitu harus 100 % telah menyelesaikan tindak lanjut laporan hasil Audit.

#### **Upaya Tindak Lanjut :**

Menyelesaikan tindak lanjut laporan hasil pendampingan yaitu temuan audit terkait adanya temuan Kerugian Negara (KN) dan administratif secara perdata melalui pengadilan.

## IKU 2 : Tingkat Kesehatan BLU

Indikator Tingkat Kesehatan BLU merupakan gambaran hasil penilaian kinerja BLU yang berasal dari *total score* (TS) penilaian aspek keuangan dan penilaian aspek pelayanan, sebagaimana tertuang dalam Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-22/PB/2020 tentang perubahan kedua atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.

Target Tingkat Kesehatan BLU yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah sebesar 85

### Capaian :

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Tingkat Kesehatan BLU	85	84,55	99,47%

*Total score* penilaian kinerja RSMH Tahun 2023 sebesar 84,55 dengan kategori “Baik AA”(80<TS≤95). Secara rinci hasil penilaian dari masing-masing aspek diuraikan sebagai berikut:

### A. Penilaian Aspek Keuangan

Pencapaian Aspek Keuangan selama Tahun 2022 dan 2021 seperti terlihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3.3** Penilaian Aspek Keuangan Tahun 2022 dan 2021

**Tabel 3.3** Penilaian Aspek Keuangan Tahun 2022 dan 2021

INDIKATOR	SKOR STANDAR MAKSIMA	TAHUN 2023 (Unaudited)		TAHUN 2022 (Unaudited)	
		HAPER	SKOR	HAPER	SKOR
1	2	3	4	3	4
<b>I. Rasio Keuangan</b>					
Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )	2,25	152.04	1,25	292,45	2,25
Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> )	2,75	256.30	1,25	371,24	1,75
Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> )	2,25	36.05	1,75	4,31	2,25
Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )	2,25	13.26	1,25	9,86	0,75
Imbalan atas Aset Tetap ( <i>Return on Fixed Asset</i> )	2,25	1.38	1,00	(0,64)	0,00
Imbalan Ekuitas ( <i>Return on Equity</i> )	2,25	1.65	0,85	(0,73)	0,00
Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turnover</i> )	2,25	6.77	0,75	15,84	1,25
Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,75	98.63	2,75	81,01	2,75
<b>Sub Total I</b>	<b>19,00</b>		<b>10,85</b>		<b>11,00</b>
<b>II. Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>					
Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2,00	Ada	2,00	Ada	2,00
Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2,00	Ada	2,00	Ada	2,00
Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2,00	Ada	2,00	Ada	2,00
Tarif Layanan	1,00	Ada	1,00	Ada	1,00
Sistem Akuntansi	1,00	Ada	1,00	Ada	1,00
Persetujuan Rekening	0,50	Ada	0,50	Ada	0,50
SOP Pengelolaan Kas	0,50	Ada	0,50	Ada	0,50
SOP Pengelolaan Piutang	0,50	Ada	0,50	Ada	0,50
SOP Pengelolaan Utang	0,50	Ada	0,50	Ada	0,50
SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,50	Ada	0,50	Ada	0,50
SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,50	Ada	0,50	Ada	0,50
<b>Sub Total II</b>	<b>11,00</b>		<b>11,00</b>		<b>11,00</b>
<b>TOTAL (I + II)</b>	<b>30,00</b>		<b>21,85</b>		<b>22,00</b>

Sumber : Laporan Capaian IKU dari Kelompok Substansi Akuntansi dan BMN dan Kelompok Substansi Perencanaan dan Evaluasi RSMH Tahun 2023 dan 2022

Tabel 3.3 menunjukkan bahwa Penilaian Aspek Keuangan RSMH Tahun 2023 mencapai skor 21,85 dari skor maksimal 30 lebih rendah dari capaian tahun 2022 sebesar 22. Penurunan capaian terjadi pada 4 indikator yaitu indikator *Cash Ratio*, *Current Ratio*, *Collection Period* dan *inventory turn over*. Walaupun terdapat dua indikator yang meningkat dibandingkan dengan capaian tahun 2022 yaitu indikator *return on fix asset* dan *return on equity*. Hanya indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional yang mencapai standar maksimal.

**Kendala :**

- Terkait indikator rasio kas yang mengalami penurunan disebabkan meningkat nya kewajiban

RSUP Dr. Mohammad Hoesin kepada pihak ketiga Tahun 2023 yang mencapai angka Rp95.851.368.351 dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar Rp51.923.772.105. Peningkatan hutang kepada pihak ketiga ini terjadi terutama pada hutang pengadaan barang farmasi.

- Sedangkan Indikator perputaran persediaan juga mengalami penurunan disebabkan besarnya pemakaian persediaan pada Tahun 2023, tetapi pemakaian persediaan tersebut belum optimal dalam meningkatkan pendapatan rumah sakit

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Berkoordinasi dengan unit belanja terkait agar mampu melakukan efisiensi dalam melakukan belanja, diantaranya melakukan evaluasi dan menetapkan skala prioritas terkait kebutuhan rumah sakit.

**B. Penilaian Aspek Pelayanan**

Pencapaian Aspek Pelayanan selama Tahun 2022 seperti terlihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 3. 4** Kinerja Pelayanan Tahun 2023, 2022 dan 2021

NO	INDIKATOR	TAHUN 2023		TAHUN 2022		TAHUN 2021		SKOR STANDAR MAKSIMAL
		HAPER	SKOR RSMH	HAPER	SKOR RSMH	HAPER	SKOR RSMH	
<b>I</b>	<b>LAYANAN</b>		<b>30,75</b>		<b>33.00</b>		<b>31.75</b>	<b>35.00</b>
<b>A</b>	<b>Pertumbuhan produktivitas</b>							
1	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	1,15	2,00	1.34	2.00	1.18	2.00	2 (RJ ≥ 1.10)
2	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	1,10	2,00	1.14	2.00	1.14	2.00	2 (RD ≥ 1.10)
3	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	1,09	1,50	1.18	2.00	1.09	1.50	2 (RI ≥ 1.10)
4	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	1,20	2,00	1.23	2.00	1.31	2.00	2 (PR ≥ 1.10)
5	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	1,07	1,50	1.17	2.00	1.35	2.00	2 (PL ≥ 1.10)
6	Pertumbuhan Operasi	1,09	1,50	1.30	2.00	1.00	1.25	2 (PO ≥ 1.10)
7	Pertumbuhan Rehabilitasi Medik	1,27	2,00	1.51	2.00	1.32	2.00	2 (PRM ≥ 1.10)
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	1,17	2,00	1.13	2.00	1.21	2.00	2 (PDK ≥ 1.10)

NO	INDIKATOR	TAHUN 2023		TAHUN 2022		TAHUN 2021		SKOR STANDAR MAKSIMAL
		HAPER	SKOR RSMH	HAPER	SKOR RSMH	HAPER	SKOR RSMH	
9	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	0,94	1,00	1.36	2.00	1.15	2.00	2 (PPD $\geq$ 1.10)
<b>B</b>	<b>Efektifitas Pelayanan</b>							
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	48,76	1,25	63.42	1.50	89.26	2.00	2 (KRM > 80)
2	Pengembalian Rekam Medik	100,00	2,00	100.00	2.00	100.00	2.00	2 (PRM > 80)
3	Angka Pembatalan Operasi	2,10	1,00	6.81	0.50	13.47	0.50	2 ( $0 \leq$ APO $\leq$ 1.00)
4	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	0,05	2,00	0.10	2.00	0.48	2.00	2 ( $0 \leq$ AKR $\leq$ 1.00)
5	Penulisan Resep sesuai Formularium	98,14	2,00	96.60	2.00	98.34	2.00	2 (PRF > 90)
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0,12	2,00	0.13	2.00	0.11	2.00	2 ( $0 \leq$ PPL $\leq$ 1.00)
7	Bed Occupancy Rate (BOR) (%)	78,77	2,00	71.77	2.00	61.07	1.50	2 ( $70 \leq$ BOR $\leq$ 79)
<b>C</b>	<b>Pertumbuhan Pembelajaran</b>							
1	Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan	2.90	1.00	1.25	1.00	3.06	1.00	1 (JPK $\geq$ 0.80)
2	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	1 (TOT > 75)
3	Program Reward and Punishment	Ada program dilaksanakan	1.00	Ada program dilaksanakan	1.00	Ada program dilaksanakan	1.00	1 (Ada program dilaksanakan sepenuhnya)
<b>II</b>	<b>MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT</b>		<b>31.95</b>		<b>32.45</b>		<b>32.82</b>	<b>35.00</b>
<b>A</b>	<b>Mutu Pelayanan</b>							
1	Emergency Respon Time Rate	5,00	2,00	5.00	2.00	5.00	2.00	2 (ERT $\leq$ 8)
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	32,17	1,50	20.38	2.00	13.46	2.00	2 (WRJ $\leq$ 30)
3	Length of Stay	7,21	2,00	6.94	2.00	6.78	2.00	2 ( $6 <$ LOS $\leq$ 9)
4	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	30,25	0,50	53.05	0.50	29.68	1.00	2 (KRO < 8)
5	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	0,12	2,00	0.16	2.00	0.11	2.00	2 (WTO < 2)
6	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	1,79	2,00	1.67	2.00	1.71	2.00	2 (WTL $\leq$ 3)
7	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2,91	2,00	2.89	2.00	3.49	1.50	2 (WTR $\leq$ 3)
<b>B</b>	<b>Mutu Klinik</b>							
1	Angka Kematian di Gawat Darurat	1,58	2,00	1.46	2.00	1.40	2.00	2 (AKG $\leq$ 2,5)
2	Angka Kematian $\geq$ 48 Jam	5,92	2,00	5.76	2.00	6.20	2.00	2 (AKL < 25)
3	Post operative death rate	3,81	1,50	2.99	1.50	2.73	1.50	2 (POD < 2,0)
4	Angka Infeksi Nosokomial							
	Dekubitus	0,00	1,00	0.00	1.00	0.00	1.00	1 (AIN < 1.5)
	Phlebitis	0,00	1,00	0.00	1.00	0.00	1.00	1 (AIN < 1.5)
	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	0,00	1,00	0.00	1.00	0.00	1.00	1 (AIN < 1.5)

NO	INDIKATOR	TAHUN 2023		TAHUN 2022		TAHUN 2021		SKOR STANDAR MAKSIMAL
		HAPER	SKOR RSMH	HAPER	SKOR RSMH	HAPER	SKOR RSMH	
	Infeksi Luka Operasi (ILO)	0,04	1,00	0,03	1,00	0,01	1,00	1 (AIN < 1.5)
5	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	0,18	2,00	0,09	2,00	0,00	2,00	2 (AKI < 1.0)
<b>C</b>	<b>Kepedulian kepada Masyarakat</b>							
1	Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarkes Lain	Ada program dilaksanakan	1.00	Ada program dilaksanakan	1.00	Ada program dilaksanakan	1.00	1 (Ada program dilaksanakan sepenuhnya)
2	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat	Ada program dilaksanakan	1.00	Ada program dilaksanakan	1.00	Ada program dilaksanakan	1.00	1 (Ada program dilaksanakan sepenuhnya)
3	Rasio tempat tidur kelas 3 Th	46,97	2.00	48.32	2.00	49.88	2.00	2 (RTT ≥ 30)
<b>D</b>	<b>Kepuasan Pelanggan</b>							
1	Penanganan Pengaduan / Komplain	100	1.00	100	1.00	100	1.00	1 (PPK >7)
2	Kepuasan Pelanggan	0,85	0,87	0,85	0,85	0,82	0,82	1.00
<b>E</b>	<b>Kepedulian terhadap Lingkungan</b>							
1	Kebersihan Lingkungan	9685	2.00	12485	2.00	10950	2.00	2 (Nilai Total ≥ 7500)
2	Proper Lingkungan	Biru	0.60	Biru	0.60	Kuning	1.00	1 (Kuning)
	<b>TOTAL (I + II)</b>		<b>62.70</b>		<b>65.45</b>		<b>64.57</b>	<b>70.00</b>

Sumber data : Laporan Capaian IKU dari Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2023, 2022 dan 2021

Tabel di atas menunjukkan Kinerja aspek pelayanan selama Tahun 2023 mencapai skor 62.70 dari standar skor 70, hasil ini menunjukkan capaian lebih rendah bila dibandingkan dengan capaian tahun 2022 dan 2021 baik pada indikator layanan dan mutu dan manfaat kepada masyarakat.

#### Kendala :

capaian aspek pelayanan belum dapat mencapai standar diakibatkan adanya ada 1 (satu) indikator yang capaiannya rendah yaitu Indikator Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi.

Penyebab lamanya pelayanan resep obat jadi antara lain terdapat proses migrasi database ke server baru yang menyebabkan *e-prescribing*

susah diakses, serta adanya penumpukan resep masuk pada jam puncak.

Selain itu adanya 9 (Sembilan) indikator yang capaiannya tidak mencapai skor maksimal (nilai 2) dibandingkan tahun 2022.

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Saat ini data pelayanan sudah tersimpan di server baru yg lebih besar kapasitasnya.
- Terkait dengan penumpukan resep masuk pada jam puncak, maka akan dilakukan mobilisasi TTK dari TPO lain saat jam puncak

Berdasarkan perhitungan kedua indikator BLU diatas, maka tingkat kinerja/ kesehatan RSMH pada Tahun 2022 dan 2021 adalah sebagai berikut:

No	Indikator	Capaian Tahun 2021	Capaian Tahun 2022	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	% Capaian/ Target Tahun 2024
1	Indikator Kinerja Keuangan	24,12	22,00	21,85	23	95,00%
2	Indikator Kinerja Pelayanan	64,57	65,45	62,70	63	99,52%
	Total	88,69	87,45	<b>84,55</b>	86	98,31%

Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan Nomor 36 Tahun 2016, hasil penilaian BLU dengan kriteria Baik dikategorikan menjadi 3 (tiga) yaitu :

- (1) AAA, apabila  $TS > 95$ ;
- (2) AA, apabila  $80 < TS \leq 95$ ; dan
- (3) A, apabila  $68 < TS \leq 80$ .

Tingkat kesehatan RSMH selama Tahun 2023 sebesar **84,55** tersebut tergolong “**BAIK AA**” ( $80 < TS \leq 95$ ) menurun bila dibandingkan dengan capaian tahun 2022 dan tahun 2021 sebesar **87,45** dan **88,69** dan masih tergolong **Baik AA**. Terjadi penurunan pada aspek Kinerja Keuangan. Sedangkan bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024, capaian tahun 2023 telah

belum mencapai target hanya sebesar **98,31%** dari target jangka menengah.

### **IKU 3 : Tingkat Kepuasan Pasien**

Tingkat kepuasan pasien merupakan angka yang diperoleh dari hasil survei kepuasan pasien/ pelanggan dengan menggunakan indeks kepuasan masyarakat unit layanan berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Publik. Survei kepuasan pasien dilaksanakan secara internal oleh Kelompok Substansi Hukum Organisasi dan Humas melalui Sub Substansi Hubungan Masyarakat (Humas).

Standar/ target dari indikator Kepuasan Pasien/ Pelanggan di Rumah Sakit sebagai unit layanan di instansi pemerintah mencapai nilai yang sangat baik jika kepuasan mencapai nilai lebih dari 88,30%. Adapun standar Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi IKM, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan ditunjukkan pada tabel 3.5.

**Tabel 3. 5** Standar Nilai Persepsi, Nilai Interval, Nilai Interval Konversi, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan

Nilai Persepsi	Nilai Interval	Nilai Interval Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	1,76 – 2,50	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3	2,51 – 3,25	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,26 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

Target Tingkat Kepuasan Pasien yang ditetapkan untuk tahun 2022 adalah 85%.

#### **Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Tingkat Kepuasan Pasien	86%	84,90%	98,72%

Hasil pengukuran survei kepuasan pasien dari seluruh unit layanan yang terkait pelayanan langsung kepada pasien pada tahun 2023 mencapai nilai 98,72%.

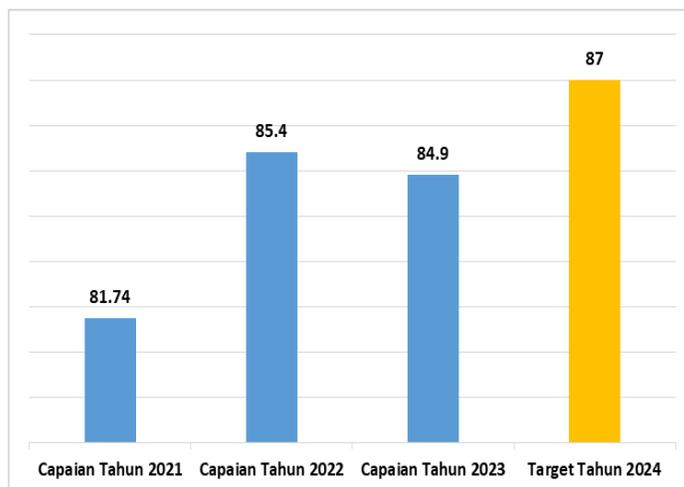
Dari 12 unit kerja yang dilakukan survei, terdapat 3 unit kerja yang mendapatkan kriteria kinerja sangat baik (A) sedangkan 9 unit kerja yang lain mendapatkan kriteria kinerja baik (B) berdasarkan Keputusan Menteri PAN RI Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Publik, karena berada pada rentang kepuasan 76,61 – 88,30 sebagaimana ditunjukkan pada tabel dibawah ini:

**Tabel 3. 6** Hasil Survei Kepuasan Pasien RSMH Tahun 2022

NO	UNIT KERJA	% TINGKAT KEPUASAN TAHUN 2022
1	INSTALASI RAWAT JALAN	83,37
2	INSTALASI BRAIN & HEART CENTER	84,16
3	INSTALASI GRAHA EKSEKUTIF	82,84
4	INSTALASI GAWAT DARURAT	80,71
5	INSTALASI FARMASI	86,90
6	INSTALASI RADIOLOGI	91,82
7	INSTALASI LABORATORIUM SENTRAL	80,53
8	INSTALASI RADIOTERAPI	80,49
9	INSTALASI REHABILITASI MEDIS	92,26
10	INSTALASI HEMODIALISA	83,24
11	INSTALASI RAWAT INTENSIF	88,57
12	INSTALASI RAWAT INAP	83,60
<b>KEPUASAN RS</b>		<b>84,90</b>

Sumber data : Laporan Capaian IKU Tahun 2022 dari Kelompok Substansi Hukum, Organisasi dan Humas

Apabila melihat Tingkat Kepuasan RSMH dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2023, sedikit lebih rendah dibanding pada tahun 2022, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.1** Grafik Tingkat Kepuasan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024

**Tabel 3. 7** Hasil Survei Kepuasan Pasien RSMH Tahun 2021 dan 2022

NO	UNIT KERJA	% TINGKAT KEPUASAN TAHUN 2021	% TINGKAT KEPUASAN TAHUN 2022	% TINGKAT KEPUASAN TAHUN 2023	Selisih Capaian
1	INSTALASI RAWAT JALAN	79,85	81,82	83,37	1,55
2	INSTALASI BRAIN & HEART CENTER	84,65	86,50	84,16	-2.34
3	INSTALASI GRAHA EKSEKUTIF	82,32	86,49	82,84	-3.65
4	INSTALASI GAWAT DARURAT	83,03	86,43	80,71	-5.72
5	INSTALASI FARMASI	80,14	80,96	86,90	5.94
6	INSTALASI RADIOLOGI	77,96	84,48	91,82	7.34
7	INSTALASI LABORATORIUM SENTRAL	84,94	78,77	80,53	1.76
8	INSTALASI RADIOTERAPI	79,92	85,00	80,49	-4.51
9	INSTALASI REHABILITASI MEDIS	84,51	92,70	92,26	-0.44
10	INSTALASI HEMODIALISA	82,41	84,58	83,24	-1.34
11	INSTALASI RAWAT INTENSIF	85,9	90,73	88,57	-2.16
12	INSTALASI RAWAT INAP	81,24	83,21	83,60	0.39
	<b>KEPUASAN RS</b>	<b>81,74</b>	<b>85,40</b>	<b>84,90</b>	<b>-0.5</b>

Sumber data : Kelompok Substansi Hukormas

Dari 12 instalasi yang dilakukan survei, terlihat 5 instalasi yang mengalami peningkatan dimana instalasi Radiologi mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 7,34%.

Namun Instalasi gawat Darurat mengalami penurunan yang cukup signifikan sebesar 5,72% dari Tahun sebelumnya.

Dan apabila dibandingkan dengan standar nasional sebesar minimal 85%, capaian pada tahun 2023 jika dilakukan pembulatan ke atas maka nilai telah memenuhi standar, namun bila dibandingkan dengan target jangka menengah atau tahun 2024 sebesar 87% progress tingkat kepuasan pasien sudah mencapai 97,59%.

**Hambatan :**

Kebutuhan sarana prasarana pasien yang kurang memadai seperti :

1. Masih sulitnya pelanggan untuk mendapatkan parkir saat berobat
2. Kualitas kamar mandi /toilet masih kurang baik
3. Waktu Tunggu pelayanan masih kurang baik

**Upaya Tindak Lanjut :**

Beberapa upaya tindak lanjut yang dilakukan untuk meningkatkan kepuasan pasien antara lain:

Beberapa upaya tindak lanjut yang dilakukan untuk meningkatkan kepuasan pasien antara lain:

1. Adanya usulan untuk pengelolaan parkir sistem parkir bertingkat
2. Koordinasi secara berkala dengan pengelola kebersihan dan melakukan Monev
3. Akan mensosialisasikan kembali aplikasi daftarinaja dan edukasi dan koordinasi dengan Pelayanan Medik untuk waktu tunggu pelayanan.

**IKU 4 : Tingkat Kepuasan Karyawan**

Tingkat kepuasan karyawan merupakan angka yang diperoleh dari hasil survei kepuasan karyawan. Survei kepuasan karyawan dilaksanakan secara internal oleh Komite Mutu Rumah Sakit.

Target Tingkat Kepuasan Karyawan yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah 80%.

**Capaian :**

<b>IKU</b>	<b>Target</b>	<b>Capaian</b>	<b>% Capaian terhadap Target</b>
Tingkat Kepuasan Karyawan	80%	75,71%	95%

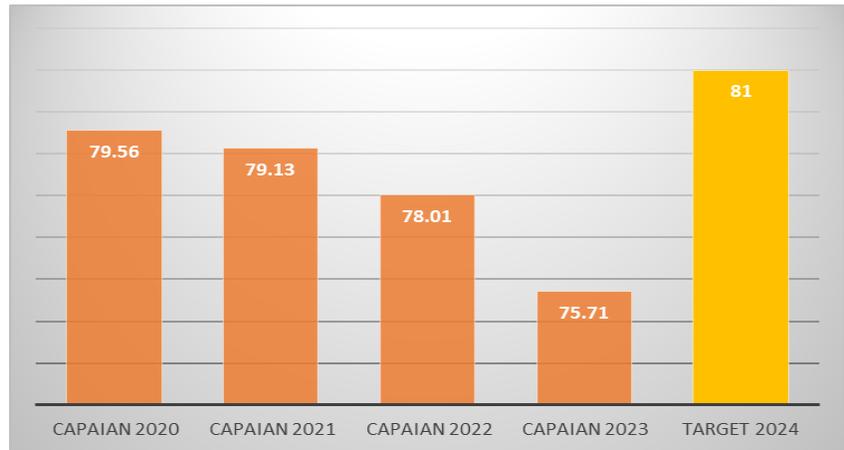
Survei tingkat kepuasan karyawan di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2023 dilakukan sebanyak 2 (dua) kali yaitu pada akhir Semester 1 Tahun 2023 dan pada akhir Semester 2 Tahun 2023 dengan total sampel 914 responden.

**Hasil Evaluasi Kepuasan Karyawan Tahun 2022**

Dari total 914 responden, kepuasan untuk masing-masing kategori adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kepuasan terhadap pekerjaan di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang adalah sebesar 78,84%
- b. Tingkat kepuasan terhadap imbalan di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang adalah sebesar 66,15%
- c. Tingkat kepuasan terhadap supervisi atasan di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang adalah sebesar 77,12%
- d. Tingkat kepuasan terhadap rekan kerja di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang adalah sebesar 82,96
- e. Tingkat kepuasan terhadap kesempatan promosi di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang adalah sebesar 74,08%

Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020, 2021 dan 2022 tingkat kepuasan karyawan Tahun 2023 mengalami penurunan. Dan bila disandingkan dengan target tahun 2024 sebesar 81%, perlu upaya untuk mencapai kepuasan karyawan karena progress capaian baru mencapai 95%.



**Gambar 3.2** Grafik Tingkat Kepuasan Karyawan RSMH Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024

**Keluhan Ketidakpuasan Karyawan :**

Tingkat kepuasan karyawan yang terendah berada pada aspek imbalan. Kepuasan terhadap imbalan cukup rendah karena responden merasa bahwa pembagian insentif belum adil dan terbuka.

Beberapa responden menyampaikan keluhan sebagai berikut:

- Besarnya potongan pajak remunerasi
- Kurangnya keterbukaan cara perhitungan remunerasi (tidak disosialisasikan)
- Tidak adanya remunerasi bagi pegawai kontrak
- Remunerasi yang tidak mempertimbangkan beban kerja dan hasil kerja
- Beban kerja pegawai yang terlalu tinggi
- Tempat parkir yang sering penuh

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Melakukan sosialisasi tentang cara perhitungan remunerasi dan cara perhitungan pajak kepada seluruh pegawai berdasarkan Timeline sosialisasi yang sudah ditentukan
- Melakukan pengkajian ulang terhadap pemberian remunerasi.

- Menambah SDM sesuai ABK agar beban kerja tidak terlalu tinggi.
- Memperluas lahan parkir atau memperbaiki sistem perparkiran

**IKU 5 : Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)**

Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) merupakan sistem informasi yang dimanfaatkan sebagai media komunikasi dan menghubungkan data pasien antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan baik dari yang tingkatnya lebih rendah ke tingkat lebih tinggi maupun tingkat yang setara (rujukan vertikal maupun horizontal) dalam rangka mempercepat proses rujukan dan memastikan pasien dapat dirawat sesuai dengan kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menjadi tujuan rujukan.

Berdasarkan surat edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/0601/2021 tanggal 10 Maret 2021 tentang Kewajiban Penyampaian Evaluasi Pelaksanaan SISRUTE di Rumah Sakit UPT Vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan, maka RSMH mencantumkan indikator Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2023, serta RSB RSMH Tahun 2020-2024. Target yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah 90%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	90%	98,67%	110%

Pada Tahun 2023 ada sebanyak 13.225 kasus yang dirujuk ke IGD RSMH melalui SISRUTE, dan sebanyak 13.049 atau sebesar 98.67% direspon kurang dari 1 jam oleh petugas pengelola SISRUTE.

Secara rinci data Persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki *respon time* kurang dari 1 jam dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 8** Data Persentase Kasus Rujukan Melalui SISRUTE Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam	Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti	Capaian
1	Januari	1071	1076	99,54%
2	Februari	869	877	99,09%
3	Maret	973	974	99,90%
4	April	935	948	98,63%
5	Mei	1117	1197	93,32%
6	Juni	963	970	99,28%
7	Juli	963	971	99,18%
8	Agustus	1131	1133	99,82%
9	September	1070	1083	98,80%
10	Oktober	1284	1288	99,69%
11	November	1306	1312	99,54%
12	Desember	1367	1396	97,92%
<b>Tahun 2022</b>		<b>13.049</b>	<b>13225</b>	<b>98,67%</b>

Sumber data : Laporan Capaian IKU Instalasi Gawat Darurat Tahun 2023

Sesuai surat edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/0601/2021 target nasional indikator ini di tahun 2024 adalah 100%, progress capaian saat ini terhadap target tersebut adalah sebesar 98,67%. Dan apabila dibandingkan dengan standar nasional tahun 2023, capaian SISRUTE telah melampaui standar sebesar 90%. Sedangkan bila dibandingkan dengan capaian Tahun 2022 sebesar 99,10%, capaian SISRUTE Tahun 2023 mengalami sedikit penurunan, sebagaimana dapat dilihat pada grafik berikut :



**Gambar 3.3** Grafik Capaian SISRUTE RSMH Tahun 2021-2023 dan Target Tahun 2024

**Faktor Pendukung :**

1. Ketersediaan fasilitas medis dan non medis (khususnya ruangan intensif)
2. Kelengkapan data penunjang pasien rujukan
3. Ada petugas khusus (dokter umum) sebagai operator SISRUTE
4. Terdapat grup SISRUTE sebagai sarana komunikasi
5. Bila Terjadi gangguan SISRUTE, data dikirim melalui email

**Tindak Lanjut :**

1. Update ketersediaan dan kelengkapan fasilitas medis & non medis pada sistem SISRUTE RSMH melalui Dinkes provinsi sebagai Penanggung Jawab SISRUTE memonev SISRUTE RS Jejaring
2. Kepala IGD melalui Penanggung Jawab Layanan melakukan monev SISRUTE
3. Melaporkan setiap bulan capaian dan kendala ke Kelompok Substansi Pelayanan Medik agar dapat menjaga konsistensi layanan SISRUTE yang sudah cukup baik

## **IKU 6 : Persentase Terlaksananya Kegiatan Pengampuan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring dan Daring**

Persentase Terlaksananya Kegiatan Pengampuan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring dan Daring merupakan Persentase dari kegiatan pengampuan yang dilakukan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang baik secara tidak langsung melalui jaringan internet (Daring) minimal dilakukan dalam 3 bulan dan atau secara langsung bertatap muka (luar jaringan/luring minimal 6 bulan sekali pada RS yang diampu

Adapun capaian

<b>IKU</b>	<b>Target</b>	<b>Capaian</b>	<b>% Capaian terhadap Target</b>
Capaian Persentase Terlaksananya Kegiatan Pengampuan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring dan Daring	100%	100%	100%

Faktor Pendukung :

- .Layanan pengampuan yang dilaksanakan di RSUP. Dr. Mohammad Hoesin Palembang ditetapkan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan tentang Rumah Sakit jejaring terhadap 9 (Sembilan) layanan yaitu; pengampuan layanan Kanker, Kardiovaskuler, Stroke, Uronefrologi, Kesehatan Ibu dan Anak, Respirasi dan tuberculosis, Diabetes Melitus, Gastrohepatologi, dan Penyakit infeksi emerging (PIE). Dari layanan tersebut diatas RSMH berada pada strata Paripurna untuk layanan Stroke, Kardiovaskuler, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), sedangkan untuk layanan Uronefrologi, Kanker, Respirasi dan tuberculosis, Diabetes Melitus, Gastrohepatologi, dan Penyakit infeksi emerging (PIE) masih berada pada strata Madya. Strata pengampuan layanan di RSMH dipengaruhi oleh jumlah kunjungan pasien dan angka kejadian kasus serta kondisi SDM dan sarana penunjang yaitu alat Kesehatan yang tersedia di RSMH saat ini.

- Dukungan SDM yang kompeten dan kelengkapan SPA di RSMH merupakan factor yang mempengaruhi tercapainya target indikator ini, selain itu peningkatan kapasitas kemampuan SDM dan SPA RS yang diampu akan membantu memperbaiki level severity pasien yang dirujuk ke RSMH.

Indikator Capaian Persentase Terlaksananya Kegiatan Pengampuan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring dan Daring ini merupakan indikator baru yang muncul di tahun 2024 sebagai bentuk tindak lanjut dari Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jejaring Pengampuan Pelayanan Prioritas di RSMH. Sehingga tidak dapat membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

Sedangkan jika dibandingkan dengan target tahun 2024 makanya capaian di tahun 2023 sudah mencapai 100% sesuai target.

**Upaya Tindak Lanjut :**

1. Koordinasi dengan beberapa RS terutama terkait pengampuan Layanan Jantung seperti RSUD Sekayu yang saat ini sedang membuka fellowship intervensi dan RSUD Bari yang sudah membuka layanan kateterisasi jantung
2. Akan melakukan *follow up* terhadap PKS Program Echo ke RS India sebagai Sister Hospital

**3.1.2. Capaian Sasaran Strategis Dalam Perspektif Bisnis Internal**

Dalam perspektif bisnis internal terdapat 3 sasaran strategis dan memiliki 13 (tigabelas) indikator kinerja utama. Pada perspektif ini terdapat 1 indikator yang tidak memenuhi target yaitu Indikator Indikator *Respon time CABG*. Adapun rincian capaian dari masing-masing IKU pada sasaran adalah sebagai berikut:

**1.1. Sasaran Strategis 2 : Terwujudnya layanan yang berkualitas, inovatif dan unggul**

**IKU 7 : Jumlah Layanan Inovatif**

Layanan inovatif merupakan pengembangan dari layanan yang sudah ada dan/ atau layanan baru yang selama ini belum tersedia.

Target yang ditetapkan untuk tahun 2022 adalah sebanyak 2 layanan inovatif.

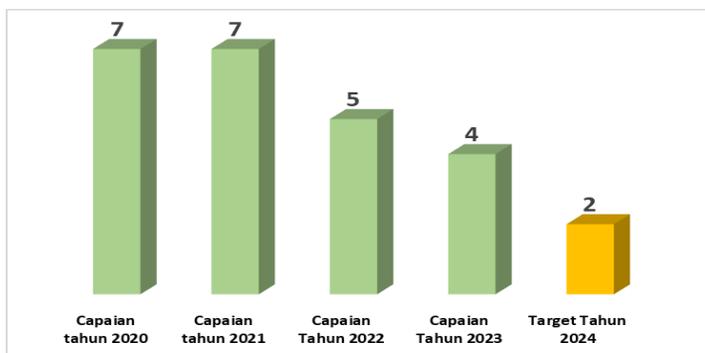
**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Jumlah Layanan Inovatif	2 layanan	4 layanan	120%

Selama Tahun 2023 ada 4 (empat) layanan inovatif yang sudah di lakukan di RSMH, yaitu :

- 1) Pelayanan Transplantasi Ginjal
- 2) Pelayanan MCU Stroke
- 3) Layanan StartUp CT Scan 256 Spectral
- 4) Optimalisasi CT- Scan Uro Nephrologi

Bila melihat data tahun 2020 sampai dengan tahun 2023, maka jumlah layanan inovatif di RSUP Dr. Mohammad Hoesin pada tahun 2023 mengalami sedikit penurunan di dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Namun, bila dibandingkan dengan target Tahun 2024, capaian layanan inovatif Tahun 2023 sudah mencapai 200%, sebagaimana dapat dilihat pada grafik berikut :



**Gambar 3.4** Grafik Jumlah Layanan Inovatif Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024

**Faktor Pendukung :**

1. Adanya dukungan kuat dari Kementerian Kesehatan dan manajemen RSMH untuk melaksanakan pengembangan layanan
2. Dukungan SDM yang kompeten dan kelengkapan SPA di RSMH

**Faktor Penghambat :**

1. Adanya inovasi layanan yang serupa dengan layanan yang dilakukan juga oleh rumah sakit lain.
2. Masih ada beberapa alat tambahan yang belum tersedia dalam menunjang pelayanan

**Upaya Tindak Lanjut :**

1. Koordinasi dengan Instalasi Promosi Kesehatan untuk melakukan promosi terkait pelayanan inovatif di RSMH
2. Melakukan *follow up* terhadap pengajuan permintaan alat dan SDM

**IKU 8 : Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi**

Adalah waktu tunggu pasien sejak pasien konsultasi terakhir dengan Dokter Spesialis Radioterapi sampai dengan terapi dilaksanakan. Target Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi untuk Tahun 2023 adalah 27 hari.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi	27 hari	21,39 hari	126%

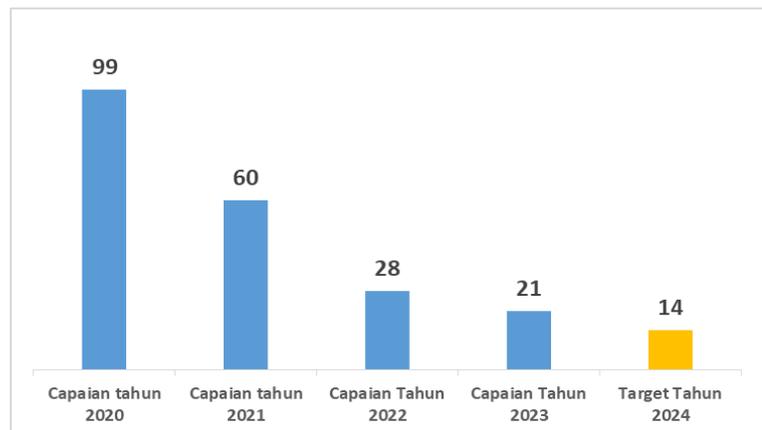
Selama Tahun 2023 ada sebanyak 904 pasien yang dilakukan tindakan radioterapi (sinar pertama) dengan total waktu tunggu adalah 25.176 hari, sehingga capaian Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi pada Tahun 2022 adalah 28 hari. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3. 9** Data Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi Tahun 2022

Bulan	Total Waktu Tunggu Pasien (Hari)	Jumlah Pasien Sinar Pertama
Januari	2952	102
Februari	2201	114
Maret	2432	107
April	1582	64
Mei	2319	109
Juni	1349	73
Juli	2768	111
Agustus	2940	134
September	1860	105
Oktober	1774	104
November	2237	129
Desember	2773	119
<b>Total</b>	<b>27187</b>	<b>1271</b>
<b>Rata-rata Waktu Tunggu</b>		<b>21,39</b>

Sumber data : Laporan Capaian IKU Instalasi Radioterapi

Apabila melihat capaian waktu tunggu layanan radioterapi tahun 2020 dan 2021, pada tahun 2021 mengalami peningkatan yang cukup signifikan, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.5** Grafik Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024

**Faktor Pendukung :**

- Adanya SOP yang berlaku untuk penjadwalan pasien
- Penggunaan teknik hypofraksi untuk memperpendek overall treatment time selama pandemi covid-19

- Telah operasionalnya 3 (tiga) alat radiasi eksterna yaitu LINAC Precise, LINAC Synergy dan Cobalt-60 Equinox

Target yang ditetapkan di tahun 2024 adalah standar waktu tunggu pelayanan radioterapi nasional yaitu sebesar 14 hari. Bila dibandingkan dengan target 14 hari, capaian tahun 2022 belum mampu mencapai target. Ada beberapa kendala yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan radioterapi yaitu:

**Kendala :**

- Masih kurangnya tenaga SDM fisikawan medis, perawat dan administrasi
- Adanya SDM baru (RTT) yang masih belum terlatih
- Kurangnya TPS untuk perencanaan radiasi

**Upaya Tindak Lanjut :**

1. Sistem penjadwalan pasien yang terkomputerisasi.
2. Mengajukan surat usulan Penambahan SDM Instalasi Radioterapi ( Fisikawan Medis, perawat dan administrasi)
3. Melakukan pelatihan untuk tenaga SDM yang baru
4. Pengajuan penambahan TPS

**IKU 9 : Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Pasien Onkologi**

Adalah waktu tunggu pasien sejak pasien memenuhi persyaratan menjalankan operasi onkologi sampai dengan operasi onkologi dilaksanakan.

Target Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Onkologi yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah 11 hari.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Onkologi	11 hari	9 hari	121,1%

Selama Tahun 2023 ada sebanyak 4.005 pasien yang dilakukan tindakan operasi onkologi dengan total waktu tunggu adalah 36.425 hari, sehingga capaian Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Pasien Onkologi pada Tahun 2023

adalah 9 hari, hal ini sudah melampaui target tahun 2023 yaitu 11 hari. Secara rinci dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

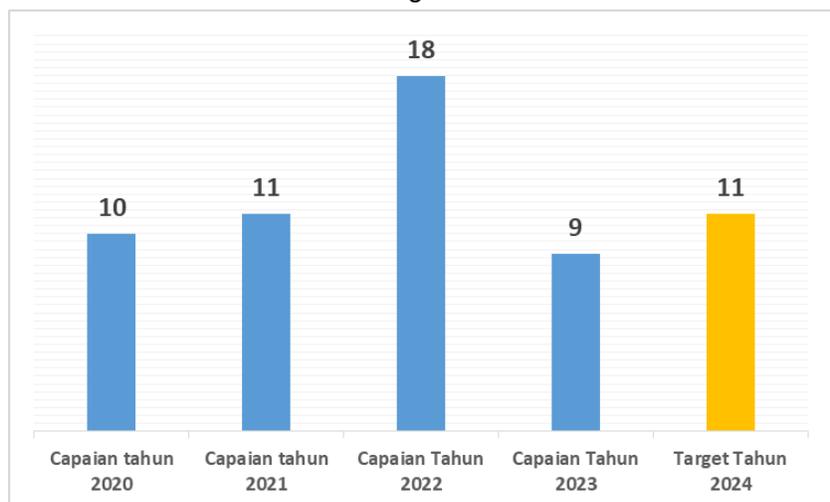
**Tabel 3. 10** Data Waktu Tunggu Operasi Onkologi Tahun 2023

No	Uraian	Tahun 2022		
		Jumlah Pasien Operasi Onkologi	Total WTO (hari)	Rata-rata Waktu Tunggu (Hari)
1	Onkologi Mata	134	1503	11
2	Onkologi THT	579	3758	6
3	Onkologi Obgyn	713	5886	8
4	Onkologi Bedah	2330	23061	10
5	Onkologi Ortopedi	186	1974	11
6	Onkologi Gigi dan Mulut	63	243	4
	<b>Total</b>	<b>4.005</b>	<b>36.425</b>	<b>9</b>

Sumber data : Laporan Capaian IKU KSM Mata, THT, Obgyn, Bedah dan Gilut

Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020, 2021 dan 2022, capaian waktu tunggu operasi onkologi mengalami terus mengalami penurunan. Sedangkan, bila dibandingkan dengan target tahun 2024 yaitu sebesar 11 hari, maka capaian itu juga sudah melampaui target tersebut karena progress capaian tahun 2023 baru sebesar 121%, seperti terlihat pada grafik berikut :

**Gambar 3.6** Grafik Waktu Tunggu Operasi Onkologi Tahun 2019-2021 dan Target Tahun 2024



**Faktor Pendukung :**

- Adanya aplikasi SIJO membantu proses penjadwalan operasi sehingga pelaksanaan operasi tepat waktu

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Usulan Pemenuhan SDM Onkologi dan sarana prasarana ruang operasi bedah onkologi yang digunakan untuk memenuhi persyaratan rumah sakit rujukan onkologi tersier

**IKU 10 : Capaian *Door to Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer pada Pasien STEMI onset <12 jam***

Adalah Persentase jumlah pasien dengan STEMI onset <12 jam yang masuk ke IGD RSMH yang dilakukan tindakan IKP Primer sesuai standar waktu yang ditetapkan (kurang dari 120 menit).

Standar waktu yang ditetapkan untuk indikator ini yaitu sebesar kurang dari 120 menit sesuai dengan Panduan Diagnosis dan Tatalaksana Penyakit Kardiovaskular pada Pandemi Covid-19.

Target yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah sebesar 80% dari total pasien dengan STEMI onset < 12 jam di IGD RSMH yang dilakukan IKP Primer.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Capaian <i>Door to Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer pada Pasien STEMI onset &lt;12 jam</i>	80%	93,20%	117%

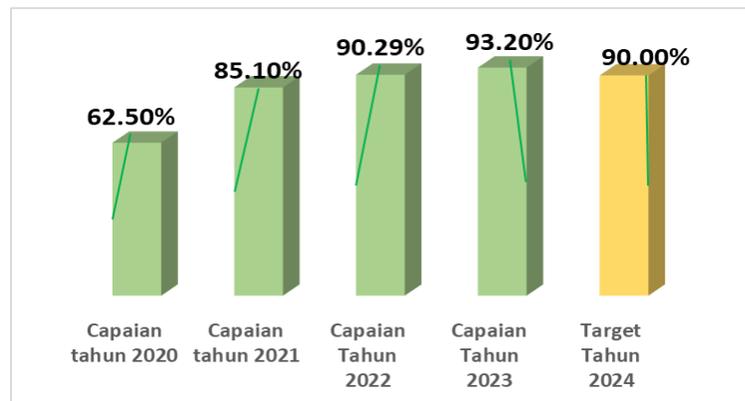
Selama Tahun 2023 ada sebanyak 147 pasien IGD yang dilakukan tindakan IKP Primer dan sebanyak 93,20% atau 137 pasien telah dilakukan tindakan IKP Primer dengan *respon time* kurang dari 120 menit. Hal ini telah mencapai target yang ditetapkan di tahun 2023 yaitu sebesar 80%. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3. 11** Data Capaian *Door to Wire Time* IKP Primer pada Pasien STEMI onset <12 Jam Tahun 2022

No	Bulan	Tahun 2022	
		Jumlah Pasien	Jumlah Pasien dengan Respon Time < 120 menit
1	Januari	13	12
2	Februari	4	3
3	Maret	9	8
4	April	6	6
5	Mei	11	10
6	Juni	15	15
7	Juli	17	17
8	Agustus	16	16
9	September	9	8
10	Oktober	16	16
11	November	13	10
12	Desember	18	16
<b>Jumlah</b>		<b>137</b>	<b>147</b>
<b>Rata-rata Door to Wire Time</b>		<b>93,20%</b>	

Sumber data : Laporan Capaian IKU Tahun 2022 dari Kelompok Substansi Pelayanan Medik

Jika dibandingkan dengan tahun 2020, 2021 dan tahun 2022, pada tahun 2023 ada sebanyak 147 pasien IGD yang dilakukan tindakan IKP Primer dan sebanyak 90,3% atau 93 pasien telah dilakukan tindakan IKP Primer dengan *respon time* kurang dari 120 menit. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian di tahun 2022 dan bila dibandingkan dengan target Tahun 2024 sesuai dengan RSB yaitu sebesar 90%, maka progress capaian tahun sudah mencapai 100%, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.7** Grafik Capaian *Door to Wire Time* IKP Primer pada Pasien STEMI onset <12 Jam Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024

**Faktor Pendukung :**

- IKP atau Intervensi Koroner Perkutan merupakan salah satu dari layanan jantung terpadu yang merupakan layanan unggulan RSMH
- Tim iSTEMI selalu *stand by* 24 jam/7 hari sehingga bila ada pasien yang memerlukan tindakan IKP bisa segera dilaksanakan.

**IKU 11 : Respon Time CABG**

CABG (*Coronary Artery Bypass Graft*) adalah tindakan operasi jantung (tindakan *bypass*) dengan menggunakan fasilitas termutakhir yaitu dengan *heart lung machine* dimana alat tersebut dapat menggantikan fungsi jantung di saat jantung tersebut dioperasi.

*Respon Time* CABG adalah waktu tunggu pasien sejak pasien direncanakan operasi jantung CABG sampai dengan operasi dilaksanakan sesuai target yang ditetapkan. Untuk tahun 2023 telah ditetapkan target *respon time* CABG adalah kurang dari 48 jam.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Respon Time CABG	<48 jam	66,26 jam	72%

Selama Tahun 2023 ada sebanyak 23 (duapuluh) pasien yang dilakukan tindakan CABG dengan total waktu tunggu adalah 1.524 jam, sehingga rata-rata capaian *Respon Time* CABG Tahun 2022 adalah 66,26 jam. Secara rinci dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

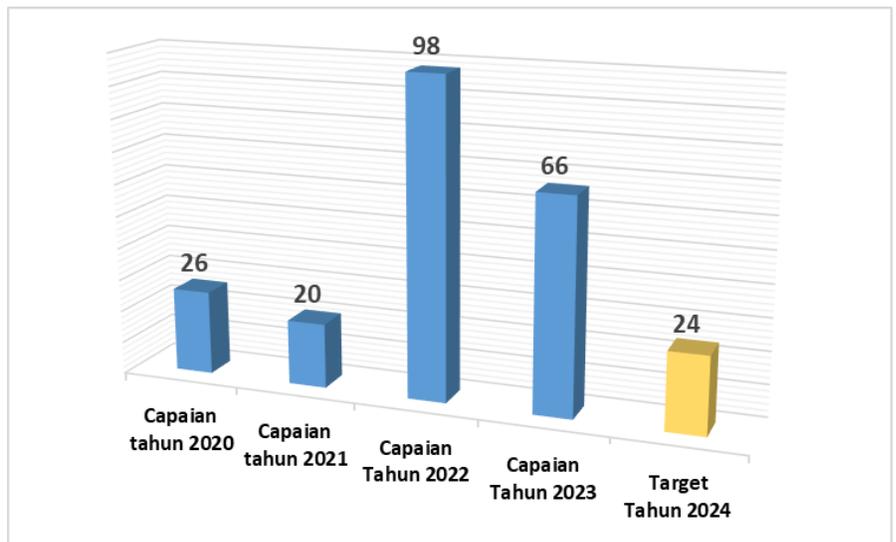
**Tabel 3. 12** Data Capaian *Respon Time* CABG Tahun 2022 dan Tahun 2021

No	Bulan	Tahun 2023		Tahun 2022		Tahun 2021	
		Jumlah Pasien CABG	Respon Time CABG (jam)	Jumlah Pasien CABG	Respon Time CABG (jam)	Jumlah Pasien CABG	Respon Time CABG (jam)
1	Januari	2	144	0	0	1	20,15
2	Februari	2	120	0	0	0	0
3	Maret	2	42	0	0	0	0

No	Bulan	Tahun 2023		Tahun 2022		Tahun 2021	
		Jumlah Pasien CABG	Respon Time CABG (jam)	Jumlah Pasien CABG	Respon Time CABG (jam)	Jumlah Pasien CABG	Respon Time CABG (jam)
4	April	1	15	0	0	1	15.40
5	Mei	1	99	0	0	0	0
6	Juni	1	147	3	178	0	0
7	Juli	4	225	1	72	0	0
8	Agustus	1	82	2	146	0	0
9	September	1	42	1	63,5	0	0
10	Oktober	3	160	1	163	0	0
11	November	2	158	2	332	1	24
12	Desember	3	290	1	120	0	0
<b>Jumlah</b>		<b>23</b>	<b>1.524</b>	<b>11</b>	<b>1.074,5</b>	<b>3</b>	<b>59,6</b>
<b>Rata-rata Respon Time CABG</b>		<b>66,26</b>		<b>98</b>		<b>20</b>	

Sumber data : Laporan Capaian IKU Tahun 2022 dari Instalasi Bedah Sentral

Bila melihat data tahun 2021 sampai dengan tahun 2022, capaian tahun 2023 mengalami peningkatan capaian. Apabila dibandingkan dengan target respon time CABG sesuai RSB yaitu kurang dari 24 jam, capaian respon time CABG Tahun 2023 baru mencapai 24%, grafik capaian dapat dilihat pada gambar berikut :



**Gambar 3.8** Grafik Capaian *Respon Time CABG* Tahun 2020 - 2022 dan Target Tahun 2024

Belum terpenuhinya capaian di tahun 2023 disebabkan oleh beberapa kendala dalam pelaksanaan Tindakan CABG diantaranya :

1. Kondisi klinis pasien yang tidak memenuhi persyaratan ketika akan dilakukan tindakan operasi
2. Kebutuhan pasien yang berasal dari keluarga belum siap seperti kebutuhan donor darah atau inform consent yang belum tersedia.
3. Gangguan Sarana Ruang operasi/tindakan tidak nyaman (suhu ruangan panas)

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Perbaiki ruangan sesuai kebutuhan/standar pelayanan jantung.
- Kerjasama dengan petugas rawat inap untuk Persiapan pasien lebih optimal
- Edukasi keluarga pasien terhadap pentingnya pemenuhan kebutuhan persiapan sebelum tindakan (inform consent dan ketersediaan donor dari keluarga)

**IKU 12 : Persentase Capaian Paripurna untuk layanan Prioritas di RSMH**

Persentase Capaian Paripurna untuk layanan Prioritas di RSMH merupakan Persentase capaian paripurna di RSMH untuk layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Uronefro). Dimana formulasi perhitungannya merupakan persentase dari jumlah layanan KJSU yang telah paripurna di RSMH dibandingkan dengan jumlah seluruh layanan prioritas KJSU.

Adapun capaian Paripurna KJSU adalah untuk layanan Jantung dan Stroke berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan dengan penjelasan sesuai table dibawah ini :

No	Layanan	Status Paripurna	Surat Keterangan
1	Kanker	-	
2	Jantung	Paripurna	KMK No. HK.01.07/MENKES/11965/2022
3	Stroke	Paripurna	KMK No. HK.01.07-MENKES-1948-2022
4	Uronefrologi	-	

Sehingga capaian indikator Persentase Capaian Paripurna untuk layanan Prioritas di RSMH dari 4 layanan KJSU yang ada adalah sebagai berikut :

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase Capaian Paripurna untuk layanan Prioritas di RSMH	50%	50%	100%

**Faktor Pendukung :**

- Penetapan RSMH sebagai RS Rujukan dengan status Paripurna
- Dukungan SDM yang kompeten dan kelengkapan SPA di RSMH merupakan factor yang mempengaruhi tercapainya target indikator ini.

Seperti halnya Indikator IKU no 6 yang baru, IKU 12 Capaian Capaian Persentase Terlaksananya Kegiatan Pengampuan KJSU ini merupakan indikator baru yang muncul di tahun 2024 sebagai bentuk tindak lanjut dari Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jejaring Pengampuan Pelayanan Prioritas di RSMH. Sehingga tidak dapat membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

Sedangkan jika dibandingkan dengan target tahun 2024 makanya capaian di tahun 2023 baru mencapai 50% dari target.

**Upaya Tindak Lanjut :**

1. Berkoordinasi dengan unit terkait untuk pemenuhan SPA dan SDM sesuai stratifikasi paripurna masing-masing layanan
2. berkoordinasi dengan rs pengampu nasional terkait PKS pelaksanaan proctorship/pendampingan transplantasi ginjal oleh RSCM, saat ini sedang proses penandatanganan.
3. Follow up pengembangan pelayanan onkologi (SDM dan SPA) dalam Program IsDB

4. Berfokus pada pengampunan beberapa rumah sakit potensial seperti RSUD Sekayu yang saat ini sedang Fellowship Intervensi dan RSUD Bari yang sudah membuka layanan kateterisasi
5. Akan melakukan *follow up* terhadap PKS Program Echo ke RS India sebagai Sister Hospital
6. Follow up pengembangan pelayanan onkologi (SDM dan SPA) dalam Program IsDB
7. Koordinasi untuk memperbanyak tindakan transplantasi ginjal supaya bisa dilakukan secara mandiri

### **IKU 13 : Jumlah Layanan Baru melalui program sister hospital**

Indikator Jumlah Layanan Baru melalui program sister hospital adalah salah satu indikator dari 4 indikator baru yang masuk dalam revisi RSB tahun 2020 – 2024 RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

Pengertian dari Indikator Jumlah Layanan Baru melalui program sister hospital adalah Jumlah pelayanan yang baru di RSMH yang didapat melalui program sister hospital selama tahun berjalan.

#### **Capaian :**

<b>IKU</b>	<b>Target</b>	<b>Capaian</b>	<b>% Capaian terhadap Target</b>
Jumlah Layanan Baru melalui program sister hospital	2 layanan inovasi	0	0%

#### **Hambatan :**

1. Program pengembangan layanan baru dengan Sister hospital dipengaruhi proses finalisasi PKS dengan RS Sister Hospital (Utah University Hospital)
2. Adanya mekanisme Pembiayaan terkait program Sister Hospital yang masih belum jelas terkait pembentukan layanan (layanan cardiooncology)

#### **Rencana Tindak lanjut :**

- Melakukan koordinasi dengan sister Hospital terkait Proses MoU antara lain :
  - RSMH- Carl gustav carus dresden-rsmh.
  - RSMH-Lmu
  - RSMH-Utah university.

Sama halnya dengan ke3 indikator baru yang muncul di tahun 2023 maka Capaian di tahun 2023 tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Dan jika dibandingkan dengan target di tahun 2024 maka berarti persentase capaian masih bernilai 0%.

**1.2. Sasaran Strategis 3 : Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif**

**IKU 14 : Jumlah kerjasama dengan asuransi kesehatan non BPJS**

Peningkatan kerjasama layanan kesehatan non BPJS per tahun adalah jumlah kontrak kerjasama layanan kesehatan yang dilakukan RSMH (sebagai pemberi layanan kesehatan) dengan pihak asuransi kesehatan baik itu perusahaan swasta maupun pemerintah selain BPJS.

Target yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah sebanyak 6 kerja sama dengan asuransi kesehatan non BPJS

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Jumlah Kerjasama Layanan Preventif dan Promotif	6 kerja sama	6 kerja sama	100%

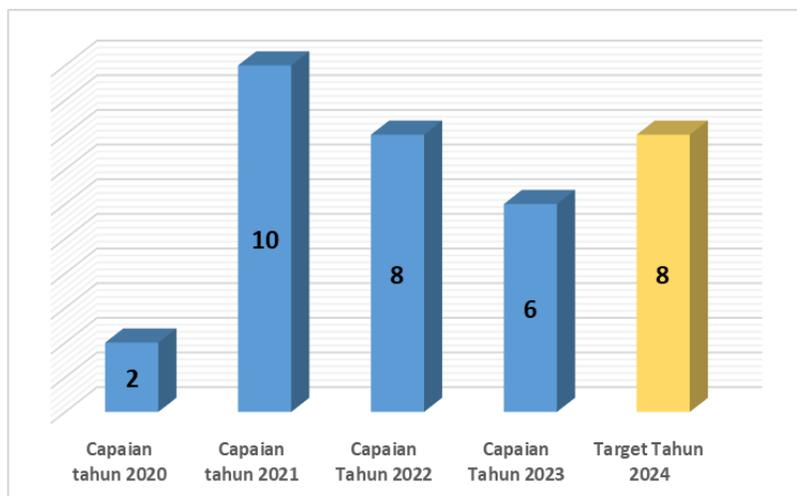
Selama tahun 2023 terdapat ada 8 (delapan) kontrak kerja sama baru dengan pihak asuransi kesehatan non BPJS, yaitu :

**Tabel 3. 13** Data Jumlah Kerjasama Pihak Asuransi Kesehatan Non BPJS Tahun 2022

No	Nama PKS	Masa Berlaku	
		Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir
1	Pelayanan Kesehatan rujukan Bagi Pasien yang Tidak Dijamin BPJS Kesehatan (dengan dinas Kesehatan Kabupaten Musi Banyuasin)	1 Januari 2023	31 Desember 2023
2	Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Pasien yang tidak Mampu yang Belum Mempunyai Kartu JKN-KIS Tahun 2023 (dengan dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas)	1 Januari 2023	31 Desember 2024
3	Perawatan Peserta Jaminan Kecelakaan Kerja PT Taspen (Persero)	13 Februari 2023	12 Februari 2025
4	Pelayanan Kesehatan dengan PT Harsana Eklinika Reforma	17 April 2023	16 April 2025
5	Pelayanan Perawatan dan Pengobatan secara Berlanggan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang (PT BNI Life Insurance)	8 Mei 2023	7 Mei 2026
6	Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan dengan PT Asuransi Sinar Mas	01 Oktober 2023	30 September 2024
	Pelayanan Kesehatan Rawat Inap dengan PT Asuransi Sinar Mas	01 Oktober 2023	30 September 2024

Sumber data : Laporan Capaian IKU Kelompok Substansi Hukormas

Bila dibandingkan dengan data awal tahun RSB yaitu Tahun 2020, capaian Tahun 2022 mengalami peningkatan sedangkan bila dibandingkan dengan Tahun 2022, capaian Tahun 2023 mengalami sedikit penurunan. Hal ini disebabkan salah satunya akibat banyaknya persyaratan yang harus dipenuhi untuk kerjasama dengan pihak asuransi dan lamanya proses penyelesaian perjanjian kerjasama. Berikut dapat dilihat grafik jumlah kerja sama RSMH dengan asuransi kesehatan non BPJS dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2022 :



**Gambar 3.9** Grafik Jumlah Kerjasama dengan Asuransi Kesehatan Non BPJS Tahun 2020-2022

**Faktor Pendukung :**

1. RSMH merupakan Rumah Sakit Kelas A dan rujukan tertinggi di Sumsel yang memiliki SDM dan sarana prasarana yang lengkap.
2. Adanya permohonan kerja sama dengan asuransi kesehatan.

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah Tahun 2024 sebesar 8 kerjasama, capaian Jumlah Kerjasama dengan Asuransi Non BPJS baru mencapai target sebesar 80%

**IKU 15 : Jumlah Kerjasama Layanan Preventif dan Promotif**

Merupakan adanya perjanjian kerjasama dengan instansi/ badan usaha untuk melakukan pelayanan kesehatan preventif dan promotif seperti MCU, Vaksinasi, promosi kesehatan dan lain-lain.

Target yang ditetapkan pada tahun 2023 adalah sebanyak 10 kerjasama Layanan Preventif dan Promotif.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Jumlah Kerjasama Layanan Preventif dan Promotif	10 kerja sama	22 kerja sama	220%

Capaian Tahun 2023 sudah melampaui target yang ada yaitu sudah ada 22 (empat belas) kontrak kerja sama dalam layanan preventif dan promotif, seperti terlihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 3. 14** Data Jumlah Kerjasama Layanan Preventif dan Promotif Tahun 2022

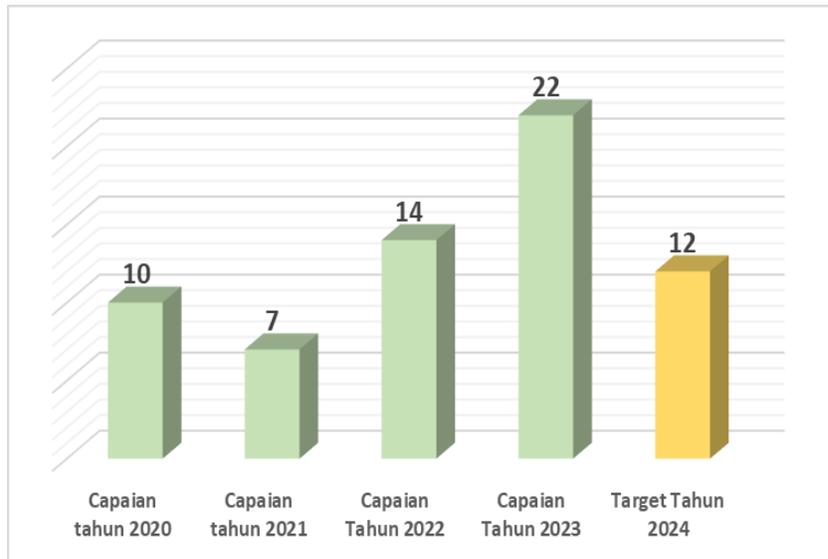
No	Judul PKS	Masa Berlaku	
		Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir
1	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Pemerintah Kota Prabumulih Tahun Anggaran 2023	18/01/2023	31/12/2023
2	Pelayanan Kesehatan dan Medical Check Up bagi Karyawan/Karyawati PT. Epsindo Jaya Pratama	02/01/2023	31/12/2024
3	Pelayanan Kesehatan Karyawan PT. Waskita Karya (Persero) Tbk	04/01/2023	30/06/2024
4	Pelayanan Kesehatan dan Medical Check Up bagi Karyawan/Karyawati	13/03/2023	12/03/2025
5	Hospital Schooling di RSMH Palembang bersama Yayasan Kanker Anak Sumatera Selatan/ Komunikasi Peduli Kanker Anak dan Penyakit Kronis Lainnya	23/03/2023	22/03/2026
6	Produksi & Penyiaran Program Acara Jendela PT Sriwijaya Palembang Televisi	03/02/2023	02/02/2024
7	Kegiatan Promosi Kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Perkumpulan Warga Tulang Sehat Indonesia (Perwatusi)	13/03/2023	12/03/2026
8	Kegiatan Promosi Kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Persatuan Diabetes Indonesia (PERSADIA)	13/03/2023	12/03/2026
9	Kegiatan Promosi Kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Cancer Information & Support Center (CISC) Sumsel	20/03/2023	19/03/2026
10	Pelaksanaan Medical Check Up terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Banyuasin Tahun Anggaran 2023	29/03/2023	31/12/2023
11	Program "Siaran Dokter Kita" Lembaga Penyiaran Republik RRI Palembang	04/04/2023	03/04/2024
12	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD	08/05/2023	31/12/2023

No	Judul PKS	Masa Berlaku	
		Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir
	Provinsi Sumatera Selatan Tahun Anggaran 2023		
13	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Penukal Abab Lematang Ilir Tahun Anggaran 2023	15/05/2023	31/12/2023
14	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Ogan Komering Ulu Tahun Anggaran 2023	12/05/2023	31/12/2023
15	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur Tahun Anggaran 2023	08/05/2023	31/12/2023
16	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Ogan Ilir Tahun Anggaran 2023	22/05/2023	31/12/2003
17	Kegiatan Promosi Kesehatan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang dengan Perkumpulan Lembaga Lanjut Usia Indonesia Provinsi Sumatera Selatan	29/05/2023	28/05/2026
18	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Tahun Anggaran 2023	01/07/2023	30/11/2023
19	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kota Lubuklinggau Tahun Anggaran 2023	02/01/2023	02/01/2024
20	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Lahat Tahun Anggaran 2023	01/07/2023	31/12/2023
21	Pelaksanaan <i>Medical Check Up</i> terhadap Pimpinan dan Anggota DPRD Kabupaten Musi Rawas Utara Tahun Anggaran 2023	01/11/2023	31/12/2023
22	Pelayanan Kesehatan dan Medical Check Up bagi Karyawan/Karyawati PT Biro Klasifikasi Indonesia Cabang Palembang	27/11/2023	26/11/2025

Sumber data : Laporan Capaian IKU Kelompok Substansi Hukormas

Bila dibandingkan dengan jumlah kerja sama layanan preventif dan promotif di tahun 2020, 2021 dan 2022, terjadi peningkatan jumlah kerja sama layanan preventif dan

promotif di RSMH pada Tahun 2023 dan capaian ini telah melebihi target jangka menengah Tahun 2024 hampir 2 kali lipat dari target sebesar 12 kerja sama, seperti terlihat pada grafik berikut :



**Gambar 3.10** Grafik Jumlah kerjasama Layanan Preventif dan Promotif Tahun 2020-2022

**Faktor Pendukung :**

- RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang merupakan RS Type 2 yang memiliki SDM dan prasarana yang lengkap.

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Peningkatan promosi kerja sama layanan preventif dan promotif ke instansi/ perusahaan

**1.3. Sasaran Strategis 4 : Peningkatan Kompetensi dan Sistem Pendidikan**

**IKU 16 : Jumlah Kerjasama Pendidikan Profesi dan Non Profesi dalam Layanan Kesehatan**

Peningkatan perjanjian kerjasama FK-Unsri, RSMH dan Pemerintah Kota/ Kabupaten di wilayah Sumbagsel dalam hal layanan kesehatan.

Target yang ditetapkan pada tahun 2023 adalah sebanyak 12 kerjasama.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Jumlah Kerjasama Pendidikan Profesi dan Non Profesi dalam Layanan Kesehatan	13 kerja sama	32 kerja sama	246%

Sampai dengan akhir Tahun 2023 sudah terdapat 32 (tiga puluh dua) kerja sama pendidikan dalam layanan kesehatan. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3. 15** Data Jumlah Kerjasama Pendidikan Profesi dan Non Profesi dalam Layanan Kesehatan Tahun 2022

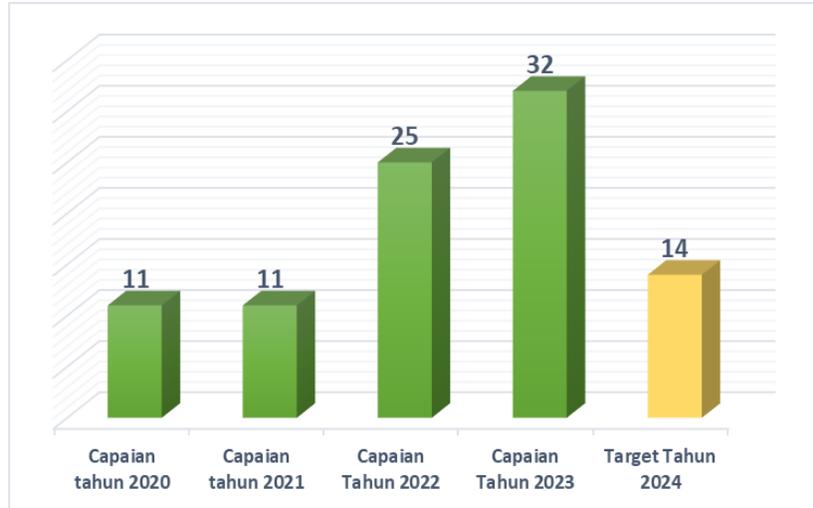
No	Judul PKS	Masa Berlaku	
		Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir
1	Pelayanan Penyelenggaraan Pendidikan Profesi, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan sebagai RS Pendidikan Utama FK UNSRI	14/03/2021	13/03/2026
2	Penyelenggaran Pendidikan Profesi Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya-RSUP Dr Mohammad Hoesin Palembang di Rumah Sakit Jejaring Pendidikan RS Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan dan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya	02/01/2020	01/01/2024
3	Penyelenggaran Pendidikan Profesi Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya-RSUP Dr Mohammad Hoesin Palembang di Rumah Sakit Jejaring Pendidikan RSUP Dr. Rivai Abdullah dan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya	02/01/2020	01/01/2024
4	Pelaksanaan Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit FK Universitas Sriwijaya dan Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Selatan	19/07/2021	18/07/2026
5	Pendidikan, Pelayanan dan Penelitian bagi Peserta Didik Politeknik Kesehatan Palembang	15/02/2023	14/02/2024
6	Penyelenggaraan Pendidikan: Pratik Klinik Prodi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika dan Prodi D-III Gizi Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Bengkulu	07/02/2022	06/02/2025
7	Pelaksanaa Program Pendidikan Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah (PPDS JDP) FK Universitas Syiah Kuala dan RSUD Dr. Zainoel Abidin	02/03/2022	01/03/2025
8	Pendidikan, Penelitian, Pengabdian kepada Masyarakat dan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad	01/01/2022	31/12/2026

No	Judul PKS	Masa Berlaku	
		Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir
	Hoesin Palembang Universitas Padjadjaran RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung		
9	Pelaksanaan, Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi FK Universitas Sriwijaya dan Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut Provinsi Sumatera Selatan	21/07/2021	21/07/2026
10	Pembinaan Pendirian Program Studi SP-1 Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung FK UNSRI, FK UNILA, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	31/08/2022	30/08/2027
11	Pengembangan Program Pendidikan Dokter Spesialis dan Program Pendidikan dokter Subspesialis FK Universitas Brawijaya dan RSUD DR. Syaiful Anwar	12/04/2021	12/04/2024
12	Pelaksanaan Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan sebagai RS Pendidikan Satelit Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya RSUD Sekayu	22/09/2022	21/09/2024
13	Pelaksanaan Penelitian bagi Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Farmasi UGM	24/02/2023	24/02/2024
14	Praktek Kerja Lapangan dan Penelitian bagi Peserta Didik Program Studi Diploma Tiga Farmasi dan Sarjana Farmasi Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Bhakti Pertiwi Palembang	01/03/2023	01/03/2024
15	Praktek Kerja Profesi Apoteker bagi Peserta Didik Program Studi Profesi Apoteker Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Bhakti Pertiwi Palembang	01/03/2023	01/03/2024
16	Penyelenggaraan Pendidikan Profesi-FK UNSRI RSMH Palembang di Rumah Sakit Jejaring Pendidikan FK UNSRI dan RS Umum Daerah Kota Prabumulih	02/03/2023	01/03/2028
17	Pelaksanaan Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit	31/05/2023	30/05/2028
18	Praktek Kerja Lapangan Peserta Didik SMK Negeri 2 Palembang di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang	27/06/2023	26/06/2024
19	Penelitian Fakultas Ilmu Komputer Universitas Sriwijaya	09/06/2023	09/05/2024
20	Praktek Kerja Lapangan, Penelitian Peserta Didik dan Penelitian Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya	09/08/2023	09/07/2024
21	Praktek Kerja Lapangan Fakultas Ilmu Komputer dan Rekayasa Universitas Multi Data Palembang	14/09/2023	13/09/2024
22	Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat bagi Mahasiswa/Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah	25/10/2023	24/10/2024

No	Judul PKS	Masa Berlaku	
		Tanggal Mulai	Tanggal Berakhir
23	Penyelenggaraan Magang Lulusan Tenaga Kesehatan Poltekkes Kemkes Palembang	12/10/2023	11/10/2024
24	Penyelenggaraan Magang Lulusan Tenaga Kesehatan Poltekkes Kemkes Tanjungkarang	12/10/2023	11/10/2024
25	Penyelenggaraan Magang Lulusan Tenaga Kesehatan Poltekkes Kemkes Pangkalpinang	12/10/2023	11/10/2024
26	Penyelenggaraan Magang Lulusan Tenaga Kesehatan Poltekkes Kemkes Bengkulu	12/10/2023	11/10/2024
27	Penyelenggaraan Magang Lulusan Tenaga Kesehatan Poltekkes Kemkes Jambi	12/10/2023	11/10/2024
28	Pelaksanaan Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan sebagai RS Pendidikan Satelit FK UNSRI dan RSUD Dr.H.M. Rabain Muara Enim	01/08/2023	31/07/2026
29	Pelaksanaan Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan sebagai RS Pendidikan Satelit dan Afiliasi FK UNSRI dan RS Umum Daerah Kayu Agung	01/08/2023	31/07/2026
30	Pelaksanaan Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian, Pengabdian dan Pelayanan Kesehatan sebagai RS Pendidikan Satelit dan Afiliasi	01/08/2023	31/07/2026
31	Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian di Masyarakat Universitas Respati Indonesia	17/07/2023	16/07/2026
32	Penyelenggaraan Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian di Masyarakat Universitas Indonesia	10/10/2023	9/10/2024

Sumber data : Laporan Capaian IKU Kelompok Substansi Hukormas

Bila melihat data tahun 2020 sampai dengan tahun 2023, maka jumlah kerja sama pendidikan profesi dan non profesi dalam layanan kesehatan terus meningkat sampai lebih dari dua kali lipat melampaui target jangka menengah seperti yang ditunjukkan pada grafik berikut :



**Gambar 3.11** Grafik Jumlah kerjasama Pendidikan profesi dan non profesi dalam Layanan Kesehatan Tahun 2020-2023

**Faktor Pendukung :**

- a) RSMH merupakan RS Kelas A Pendidikan dan Terakreditasi SNARS ( KARS) kembali di tahun 2023.
- b) Memiliki tenaga dokter spesialis dan subspecialis yang cukup lengkap

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap proses PKS dengan Rumah Sakit Jejaring
- Peningkatan promosi terkait pelayanan spesialistik dan subspecialistik serta SDM unggul di RSMH

**IKU 17 : Jumlah Pelatihan yang terakreditasi**

Jumlah pelatihan yang terakreditasi adalah pelatihan kompetensi yang tersertifikasi BPPSDM. Karena Diklat RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang belum terakreditasi di awal tahun 2022, maka diampu oleh penyelenggara pelatihan yang sudah terakreditasi, maka RSMH bekerja sama dengan Bapelkes Batam sebagai Pengampu Penyelenggara Pelatihan Terakreditasi. Namun, pada bulan April Diklat RSMH telah mendapat Akreditasi A sehingga dapat menyelenggarakan Pelatihan sendiri.

Target yang ditetapkan untuk tahun 2022 adalah sebanyak 3 pelatihan terakreditasi.

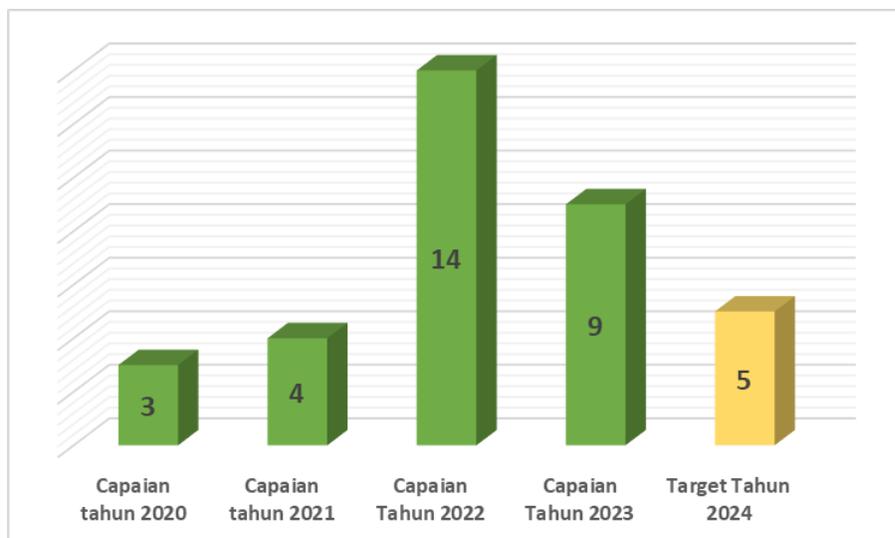
**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Jumlah Pelatihan yang Terakreditasi	8 pelatihan	9 pelatihan	120%

Sampai dengan akhir periode Tahun 2022 terdapat 14 (empatbelas) pelatihan kompetensi yang terakreditasi BPPSDM, telah melampaui target tahun 2022 sebanyak 3 (tiga) pelatihan terakreditasi, yaitu :

1. Pelatihan Terakreditasi Elektrokardiogram bagi Perawat di Rumah Sakit 05 - 09 Juni 2023 - Angkatan 1
2. Pelatihan Terakreditasi Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS) 10 - 14 Juli 2023 - Angkatan 1
3. Pelatihan Terakreditasi Elektrokardiogram (EKG) 24 - 28 Juli 2023 - Angkatan 2
4. Pelatihan Terakreditasi Emergency Nursing Intermediate Level (ENIL) 21 - 26 Agustus 2023
5. Pelatihan Terakreditasi Dialisis bagi Perawat di RS dan Klinik Khusus Dialisis 14 Agustus - 14 Desember 2023
6. Pelatihan Terakreditasi Tenaga Pelatih Kesehatan 11 - 15 September 2023
7. Pelatihan Terakreditasi Penatalaksanaan Pasien Kanker dengan Kemoterapi bagi Perawat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 09 - 14 Oktober 2023
8. Pelatihan Terakreditasi ACLS (Advanced Cardiac Life Support) bagi Perawat 30 Oktober - 04 November 2023

Bila dibandingkan dengan tahun 2020, 2021 dan 2022, terjadi penurunan jumlah pelatihan yang terakreditasi pada tahun 2023 namun capaian tersebut sudah melampaui target tahun 2024 sebesar 113%, yang bisa kita lihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.12** Grafik Pelatihan yang Terakreditasi di RSMH Tahun 2020-2023

**Faktor Pendukung:**

- Diklat RSMH yang sudah terakreditasi
- Adanya perencanaan pelatihan terakreditasi yang telah disetujui oleh BPPSDM
- Adanya alokasi anggaran untuk peningkatan kapasitas SDM
- Target pelatihan untuk persyaratan akreditasi Rumah Sakit

**IKU 18 : Diklat Terakreditasi**

Diklat terakreditasi adalah unit Pendidikan dan Pelatihan terakreditasi oleh Badan PPSDM Kementerian Kesehatan.

Perhitungan capaian indikator Diklat terakreditasi adalah dengan menghitung persentase kemajuan proses Diklat Terakreditasi dengan menggunakan borang penilaian sesuai Pedoman Akreditasi Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Diklat Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	100%

Pada bulan Maret 2022 telah dilaksanakan proses penilaian akreditasi bagi Unit Penyelenggara Pelatihan / Diklat RSMH, dan pada tanggal 19 April 2022 telah ditetapkan berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor HK.02.02/I/765/2022 tentang RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan dengan nilai akhir **92,625** kategori **Akreditasi A**.

Perhitungannya secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

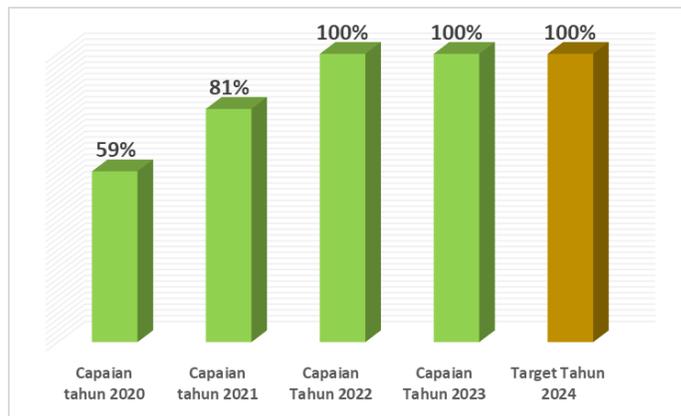
**Tabel 3. 16** Hasil Penilaian Akhir Akreditasi Insitusi Pelatihan RSMH

NO	KOMPONEN	NILAI
<b>I</b>	<b>KOMPONEN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN</b>	<b>24,425</b>
<b>A</b>	<b>Unsur Organisasi dan Kepemimpinan</b>	<b>10,00</b>
	1 Kelembagaan Penyelenggara Pelatihan	3,00
	2 Kepemimpinan dan Budaya Organisasi	3,50
	3 Rencana Strategis	3,50
<b>B</b>	<b>Unsur Kemitraan dan Hubungan Pemangku Kepentingan</b>	<b>4,025</b>
	1 Kemitraan	1,525
	2 Hubungan Pemangku Kepentingan	2,50
<b>C</b>	<b>Unsur Manajemen Mutu</b>	<b>10,4</b>
	1 Manajemen Mutu	10,4
<b>II</b>	<b>KOMPONEN PELAYANAN PELATIHAN</b>	<b>47,20</b>
<b>A</b>	<b>Unsur Manajemen Sumber Daya Manusia</b>	<b>19,20</b>
	1 Pejabat Struktural	4,00
	2 Penyelenggara Pelatihan	3,20
	3 Tenaga Pelatih	4,00
	4 Pengendali Pelatihan	4,00
	5 Pengelola Sistem Informasi Pelatihan	4,00
<b>B</b>	<b>Unsur Manajemen Pelayanan</b>	<b>18,00</b>
	1 Pelayanan Peserta	8,00
	2 Media Komunikasi	10,00
<b>C</b>	<b>Unsur Hasil Kinerja Utama</b>	<b>10,00</b>
	1 Capaian Kinerja Utama	4,00
	2 Penghargaan	3,00
	3 Penerapan WBK	3,00
<b>III</b>	<b>KOMPONEN PELAYANAN PENUNJANG PELATIHAN</b>	<b>21,00</b>
<b>A</b>	<b>Unsur Manajemen Sumber Daya</b>	<b>12,00</b>
	1 Sarana dan Prasarana	6,00
	2 Pembiayaan	6,00
<b>B</b>	<b>Unsur Manajemen Pengetahuan dan Inovasi</b>	<b>9,00</b>
	1 Manajemen Pengetahuan	4,00
	2 Inovasi Lembaga Penyelenggara Pelatihan	5,00
	<b>TOTAL</b>	<b>92,625</b>

Sumber : Keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor HK.02.02/I/765/2022

Bila dibandingkan dengan data tahun 2020 dan 2021, capaian tahun 2022 meningkat signifikan. Hal ini merupakan salah satu bentuk keseriusan RSMH hingga pada Tahun 2022 dapat mencapai Diklat Terakreditasi. Bila dibandingkan

dengan target sesuai dengan RSB pada Tahun 2024 yaitu Terakreditasi, maka capaian Tahun 2023 telah terpenuhi. Capaian tahun 2020 sampai dengan 2023 dapat dilihat seperti grafik di bawah ini :



**Gambar 3.13** Grafik Capaian Diklat Terakreditasi Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024

**Faktor Pendukung :**

Pada tahun 2023 telah tercapai diklat terakreditasi yang didukung beberapa faktor, diantaranya :

- Fasilitas gedung pelatihan yang telah memenuhi standar
- SDM Narasumber dan Fasilitator telah tersertifikasi

**IKU 19: Jumlah penelitian klinis onkologi dan kardionkologi**

Indikator Jumlah penelitian klinis onkologi dan kardionkologi merupakan salah satu indikator dari 4 indikator baru yang masuk dalam revisi RSB tahun 2020 – 2024 RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

Pengertian dari Indikator Jumlah penelitian klinis onkologi dan kardionkologi adalah Jumlah penelitian klinis di bidang layanan Onkologi dan kardiologi yang dilakukan di RSMH sampai publikasi internasional selama tahun berjalan.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Jumlah penelitian klinis Onkologi dan kardiologi	2 penelitian	2 penelitian	100%

Penelitian klinis yang dilakukan pada tahun 2023 adalah penelitian klinis kardiologi yang dilakukan oleh dokter spesialis Jantung Pembuluh darah (Sp.JP) dan dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi Subspesialis Onkologi, sebagaimana tersebut dibawah ini :

No	Judul Penelitian	Peneliti
1	Real time mobile ai assisted cervicography interpretation system	Patiyus Agustiansyah
2	robustelectrocardiogram delineation model for automatic morphological abnormality interpretation (scientific report)	Alexander Edo Tondas MD, dkk

**Faktor pendukung :**

1. Tersedia Anggaran untuk mendukung penelitian
2. Kebutuhan publikasi penelitian bagi para dokter yang sekaligus pendidik klinis di RSMH

**Hambatan :**

1. Pencairan dana baru bias dilakukan di TW IV
2. Peneliti belum aktif melaporkan hasil publikasi

**Rencana Tindak lanjut :**

1. Pengajuan realisasi anggaran sdh mulai bisa di awal TW III
2. Pengajuan publikasi bisa diajukan di awal TW III
3. berkoordinasi dan sosialisasi dengan timker keuangan dan KSM terkait penelitian klinis Onkologi dan kardiologi

Sama halnya dengan ke 3 indikator baru yang muncul di tahun 2023 maka Capaian di tahun 2023 tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Dan jika dibandingkan dengan target di tahun 2024 maka berarti persentase capaian sudah mencapai 100%.

**1.4.1. Capaian Sasaran Strategis dalam Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan**

Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan memiliki 2 (dua) sasaran strategis serta 4 indikator kinerja utama, dimana terdapat 3 (tiga) indikator yang tidak mencapai target tahun 2023.

Adapun rincian capaian dari masing-masing sasaran strategis tersebut ditunjukkan dalam capaian IKU dibawah ini.

#### 1.1. Sasaran Strategis 4 : Terwujudnya SDM Kompeten

##### IKU 20 : Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi

Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi adalah peningkatan jumlah SDM area kritis dan layanan unggulan yang dilatih untuk mendapatkan kompetensi. Area kritis adalah area untuk pasien berisiko tinggi yang disebabkan adanya masalah aktual atau potensial yang mengancam jiwa dan memerlukan pemantauan ketat secara berkala.

Area kritis yang ada di RSUP Dr. Mohammad Hoesin yaitu :

1. Ruang rawat General Intensive Care Unit (GICU)
2. Ruang rawat Pediatric Intensive Care Unit (PICU)
3. Ruang rawat Neonatus Intensive Care Unit (NICU)
4. Ruang rawat Kardiovaskuler Care Unit (CVCU)
5. Ruang rawat Neuro High Care Unit (NHCU)
6. Ruang rawat stroke unit
7. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
8. ICU Covid 19

Sedangkan area layanan unggulan merupakan suatu layanan yang penuh dengan inovasi, didukung oleh teknologi terbaik dibidangnya. Di RSMH terdapat 2 layanan unggulan yaitu Pelayanan Jantung Terpadu dan Pelayanan Onkologi Terpadu.

Target yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah sebesar 75% dari seluruh jumlah perawat di area kritis dan area layanan unggulan.

##### Capaian :

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase jumlah SDM yang tersertifikasi	75%	76%	102%

Realisasi Jumlah SDM perawat yang bersertifikasi di area kritis dan area layanan unggulan pada Tahun 2023

mencapai 76% dari target Tahun 2023 sebesar 75%. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3. 17** Data Jumlah SDM di Area Kritis dan Layanan Unggulan Yang Tersertifikasi Kesehatan Tahun 2023

No	Ruang	Jenis Pelatihan Dasar / Wajib	Jumlah Tenaga	Yg sudah Pelatihan
1	Ruang rawat General Intensive Care Unit (GICU)	Intensif Dasar	63	51
2	Ruang rawat Pediatric Intensive Care Unit (PICU)	Intensif Dasar	17	12
3	Ruang rawat Neonatus Intensive Care Unit (NICU)	Intensif Dasar	32	22
4	Ruang rawat Kardiovaskuler Care Unit (CVCU)	Kardiologi Dasar	16	14
5	Ruang rawat Neuro High Care Unit (NHCU)	Neurologi Dasar	16	16
6	Ruang Rawat Stroke Unit	Neurologi Dasar	10	9
7	IGD	ENILS	66	54
8	ICU Covid-19	Intensif Dasar	72	40
9	Ruang rawat Kardiovaskuler Intensive Care Unit (CVICU)	Kardiologi Dasar	0	0
10	Poli Jantung	Komunikasi terapeutik	5	5
11	Cath Lab Rupit 2	Kardiologi Dasar	8	3
12	Cath Lab BHC	Kardiologi Dasar	7	7
13	OK Hybrid	Kardiologi Dasar	4	4
14	Rehab Jantung	Kardiologi Dasar		
15	Poli Onkologi	Komunikasi terapeutik	6	6
16	Ruang Kemoterapi (Rambang I.1)	Kemoterapi dasar	22	22
17	Radioterapi	Perawatan Pasca Radioterapy	3	0
<b>Total</b>			<b>347</b>	<b>265</b>
<b>Capaian</b>			<b>76,37%</b>	

Sumber data : Laporan Capaian IKU Kelompok Substansi Sumber Daya Manusia

Berdasarkan tabel 3.17, masih banyak tenaga perawat area kritis dan layanan unggulan yang belum tersertifikasi, dimana kebutuhan terbanyak pada pelatihan intensif dasar, sebagai dampak dari pembukaan ruang ICU di eks ruang Musi Elok yang sebelumnya merupakan ruang rawat inap regular.

Namun demikian jika dilihat capaian sebesar 76% dibandingkan target tahun 2023 sebesar 75% maka capaian di tahun 2023 sudah melampaui target tahun 2023 sebesar 102%.

**Faktor Pendukung :**

- telah terdapat sejumlah SDM yang berkompeten sebagai CI (Clinical Instructor) di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.
- Kebutuhan standar akreditasi untuk kompetensi PPA sesuai tempat tugas.

**Kendala :**

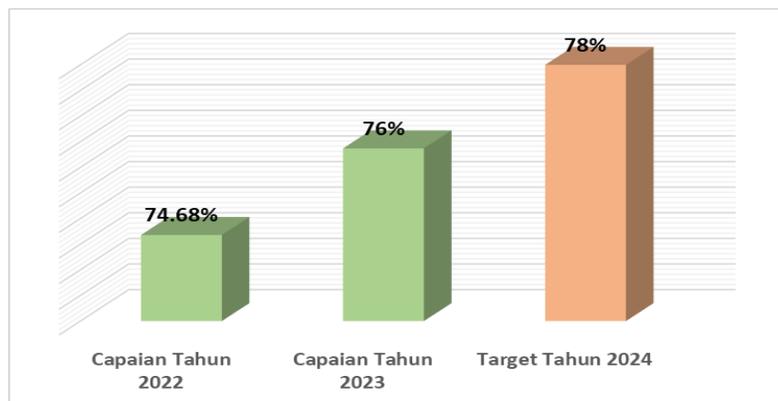
- Belum dilaksanakannya pelatihan ICU komprehensif yang direncanakan akan dilaksanakan tahun 2023 karena terkendala :
  1. Keterbatasan narasumber/fasilitator (SDM di RSMH) yang memahami materi di kurikulum
  2. Keterbatasan narasumber/fasilitator (SDM di RSMH) yang akan berada di lapangan pada saat magang.
  3. Materi pembelajaran belum tersedia.
  4. Keterbatasan fasilitas/alat bantu, contoh : manekin, dll.
  5. Tidak ada modul pelatihan sehingga akan menjadi kendala untuk melaksanakan pelatihan dan akan membutuhkan waktu yang lama untuk membuat modul.
  6. Jadwal pelaksanaan kegiatan yang berbarengan dengan kegiatan survey akreditasi
  7. Biaya pelatihan jika dilakukan diluar RSMH cukup besar.

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Menyusun jadwal secara bergantian agar seluruh tenaga perawat di area kritis dan area layanan unggulan dapat diikutsertakan dalam pelatihan wajib di area pelayanan tersebut
- akan dilaksanakan pelatihan ICU komprehensif dengan bekerjasama dengan Organisasi profesi sebagai narasumber
- Menyelenggarakan pelatihan internal di RSMH mengingat Unit Penyelenggara Pelatihan di RSMH sudah terakreditasi A

- Bekerja sama dengan instansi pengampu untuk melaksanakan pelatihan di RSMH dikarenakan masih terbatasnya jumlah SDM di RSMH untuk menjadi tenaga pelatih.

Indikator Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi merupakan indikator baru yang muncul di tahun 2022 yang merupakan akibat dari adanya perubahan DO (Definisi Operasional) area kritis yang sebelumnya hanya mencakup ruang intensif dan IGD bertambah juga layanan unggulan yaitu layanan jantung dan onkologi terpadu, maka Capaian di tahun 2023 hanya dibandingkan dengan capaian tahun 2022. Dan jika dibandingkan dengan target di tahun 2024 sebesar 78% maka berarti persentase capaian sudah mencapai 98% seperti terlihat pada grafik di bawah ini.



**Gambar 3.14** Capaian Indikator Peningkatan Jumlah SDM Yang Tersertifikasi

## 1.2. Sasaran Strategis 5 : Terwujudnya sarana prasarana yang sesuai standar dan handal

### IKU 21 : Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar

Layanan unggulan RSMH Tahun 2020-2024 sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 yaitu Layanan Jantung Terpadu dan Layanan Onkologi Terpadu.

Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar adalah jumlah dan kualitas sarana pendukung

layanan unggulan yang memenuhi standar. Pemenuhan sarana medis dan non medis sesuai standar di tahun 2021 mengacu ke Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

Target ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar pada tahun 2023 ditetapkan sebesar 100%.

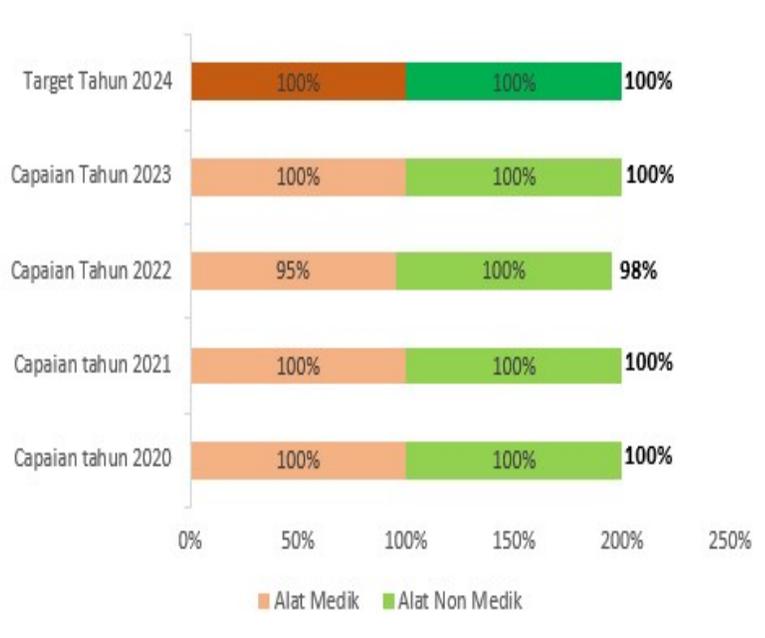
**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar	100%	100%	100%

Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan pada Tahun 2023 mencapai 100% sesuai target Tahun 2023 sebesar 100%. Dari 913 peralatan medis yang dibutuhkan, telah tersedia 913 peralatan medis atau sebanyak 100%. Sedangkan, untuk sarana non medis telah 100% tersedia.

Sejak ditetapkan Layanan Jantung Terpadu dan Layanan Onkologi Terpadu sebagai layanan unggulan, capaian ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar dari tahun 2019 sudah mencapai 100%, dibandingkan capaian pada tahun 2022 terdapat peningkatan capaian ketersediaan alat medik yang dibutuhkan untuk layanan medik sebagaimana ditunjukkan pada table berikut :

**Gambar 3.15** Grafik Ketersediaan Sarana Pendukung Layanan Unggulan Terstandar Tahun 2020-2023 dan Target Tahun 2024



**Faktor Pendukung :**

- Adanya penilaian akreditasi pada tahun 2023 yang mewajibkan RS untuk melengkapi peralatan sesuai standar.
- Tersedianya anggaran pemeliharaan sarana prasarana non medis
- Adanya kerjasama dengan pihak ke 3 bila terjadi gangguan yang dapat membackup kebutuhan di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Menyusun program pemenuhan peralatan medis termasuk mengalokasikan anggaran untuk pengadaan peralatan medis sesuai prioritas kebutuhan.
- Mengoptimalkan pemeliharaan/ perbaikan dan kalibrasi peralatan medis secara swakelola, dengan mengalokasikan belanja alat kalibrasi.
- Melakukan pemeliharaan sarana prasarana secara rutin

- Melakukan kontrak kerjasama dengan pihak ke 3 secara kontinyu.

**IKU 22 : Persentase Pengembangan dan implementasi Sistem Informasi Manajemen RS**

Persentase pengembangan dan implementasi sistem informasi manajemen Rumah Sakit adalah pengembangan sistem informasi manajemen mengacu pada penambahan fungsi pada modul yang ada maupun pembangunan baru sesuai dengan perkembangan zaman serta dan memastikan keberlanjutan penggunaan teknologi informasi oleh pengguna sesuai dengan kebutuhan organisasi.

Target indikator Persentase pengembangan dan implementasi sistem informasi manajemen Rumah Sakit tahun 2023ditetapkan sebesar 90%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase pengembangan dan implementasi sistem informasi manajemen Rumah Sakit	90%	93%	103%

Selama tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin melakukan pengembangan / penambahan modul sistem informasi sebanyak 39 (dua puluh sembilan) modul DARI 42 Modul yang direncanakan, yaitu :

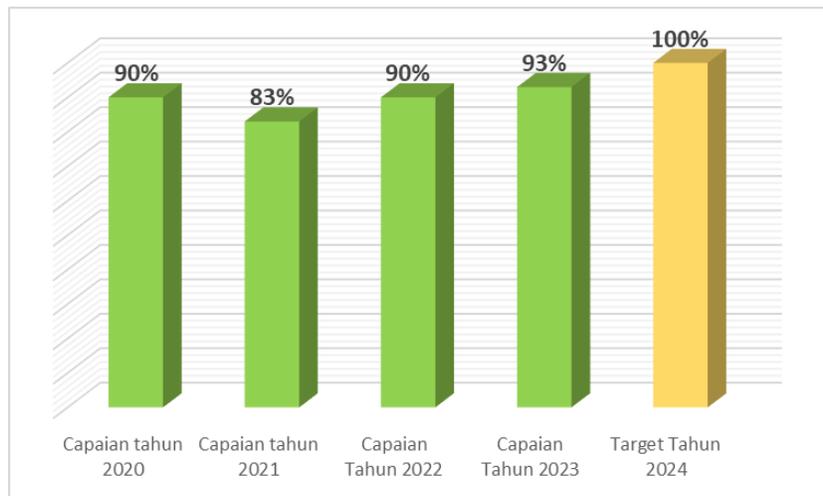
NO	PENAMBAHAN/PENGEMBANGAN MODUL	Keterangan
1	Pembuatan Aplikasi SIJO untuk pasien Graha Eksekutif	terlaksana
2	Pembuatan Aplikasi Pendaftaran Online Rawat Jalan Layanan Penunjang Rehabilitasi Medik	terlaksana
3	Pengembangan Webservice Integrasi Satu Sehat Tahap 1 (Rawat Jalan, Pemetaan Ruang, SOTK)	terlaksana
4	Pengembangan Aplikasi e-Ambulance	terlaksana
5	Pembuatan Aplikasi SIJO untuk pasien Urgensi	terlaksana
6	Pembuatan Aplikasi Pendaftaran Online Pasien Pre Operasi	terlaksana
7	Pengembangan Webservices Antrian MobileJKN	terlaksana
8	Pengembangan Aplikasi e-Logbook	terlaksana
9	Pembuatan Aplikasi e-Indikator Mutu (SI-IMUT)	terlaksana
10	Pembuatan Webservice Integrasi Satu Sehat Tahap 5	terlaksana

NO	PENAMBAHAN/PENGEMBANGAN MODUL	Keterangan
	(Radiologi)	
11	Pembuatan Aplikasi SHK	terlaksana
12	Pengembangan Aplikasi e-Duty Manager	terlaksana
13	Pembuatan Antrian Pasien Radioterapi	terlaksana
14	Pengembangan Website Modul Keluhan Pasien dan Survei Pelanggan	terlaksana
15	Pengembangan Webservice Integrasi Satu Sehat Tahap 2 (SOAP)	terlaksana
16	Pembuatan Aplikasi SIPPTMBK	terlaksana
17	Pembuatan Aplikasi Resume Pasien Klaim	terlaksana
18	Pembuatan Dashboard Farmasi Rawat Inap	terlaksana
19	Pengembangan Aplikasi SIPEDEN	terlaksana
20	Pembuatan Aplikasi Dashboard Manajerial yang memuat informasi profil, Layanan, & keuangan, monitoring keluhan pelanggan	terlaksana
21	Pembuatan Dashboard Integrasi Satu Sehat	terlaksana
22	Pengembangan Webservice Integrasi Satu Sehat Tahap 3 (Farmasi)	terlaksana
23	Pengembangan Aplikasi Pendaftaran Onsite Rawat Jalan	terlaksana
24	Pengembangan Webservice BIOS Next Gen	terlaksana
25	Pengembangan Webservice Integrasi Satu Sehat Tahap 4 (Laboratorium)	terlaksana
26	Pengembangan Aplikasi e-Gizi	terlaksana
27	Pengembangan Sistem Aplikasi Perencanaan Belanja - Sistem Usulan Perencanaan Berbasis Elektronik (SUPERBE)	terlaksana
28	Pengembangan Aplikasi Pendaftaran Online Rawat Jalan Pasien Baru	terlaksana
29	Pembuatan Aplikasi Akreditasi EXPO	terlaksana
30	Aplikasi Cetak PDF Resume Pasien Pulang Rawat Inap (Untuk pasien)	terlaksana
31	Pengembangan Aplikasi Pendaftaran Online Rawat Jalan Pasien Lama	terlaksana
32	Pengembangan Aplikasi Bridging Data RS-Online	terlaksana
33	Aplikasi Dashboard Bridging Antrian Pasien BPJS-Task ID	terlaksana
34	Pembuatan Aplikasi EWS Code Blue	terlaksana
35	Pengembangan Aplikasi SIJO untuk pasien Elektif	terlaksana
36	Pengembangan EMR Rawat Jalan	terlaksana
37	Pembuatan Aplikasi e-Billing	terlaksana
38	Pengembangan EMR Rawat Inap	terlaksana
39	Aplikasi ASIK	terlaksana
40	Pembuatan Webservice Integrasi Satu Sehat Tahap 6	tertunda
41	Pengembangan Aplikasi E-Logistik	tertunda
42	Pembuatan Aplikasi e-Farmasi	tertunda

Dari 42 (empat puluh dua) modul tersebut, sampai akhir tahun 2023 sebanyak 39 (tiga puluh sembilan) modul yang dikembangkan telah diimplementasikan atau sebesar 93%, sementara sisanya masih dalam proses analisis sistem dan akan dilanjutkan di tahun 2024. Jika dibandingkan

dengan target tahun 2023 sebesar 90% atau sejumlah 37 Modul, maka target tersebut sudah terlampaui.

Dibandingkan dengan Tahun 2020, 2021 dan 2022 terlihat bahwa persentase pengembangan dan implementasi sistem informasi manajemen Rumah Sakit di tahun 2023 mengalami peningkatan, seperti tampak pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.16** Grafik Persentase Pengembangan dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen RS Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024

Jika dinadingka dengan target tahun 2024 maka perlu upaya untuk mencapai target yang diharapkan.

**Faktor Pendukung :**

- Unit Kerja PIC Aplikasi dapat mendefinisikan secara mendetail proses bisnis dari sistem yang mereka butuhkan sehingga memudahkan dalam analisa data.
- Ketersediaan anggaran untuk pngembangan sistem

**Kendala :**

Beberapa kendala yang dihadapi antara lain:

- Batas waktu pengerjaan yang relatif singkat,
- alur proses bisnis yg terkadang berubah setelah pekerjaan diproses

- adanya permintaan aplikasi lain yang bersifat Cito/segera sehingga dapat mengganggu ritme timeline kegiatan pengerjaan program.

**Upaya Tindak Lanjut :**

- pengerjaan aplikasi dilaksanakan sesuai target timeline yang sudah ditetapkan di awal tahun,
- Pengaturan/ pembagian porsi kerja petugas IT dalam pengerjaan aplikasi terjadwal; aplikasi cito; aplikasi di luar jam kerja maupun di hari libur; dan melakukan verifikasi terhadap permintaan aplikasi yang bersifat CITO, serta menentukan urutan pengerjaannya sesuai dengan tingkatan prioritas sesuai kebutuhan.
- Melakukan pengembangan kompetensi SDM IT yang ada
- Mengalokasikan anggaran untuk upgrade server dan peremajaan sistem informasi
- Mengusulkan master plan pengembangan sistem informasi RS

**IKU 23 : Penurunan Jumlah *Complain* Terhadap Pelayanan**

**Kesehatan**

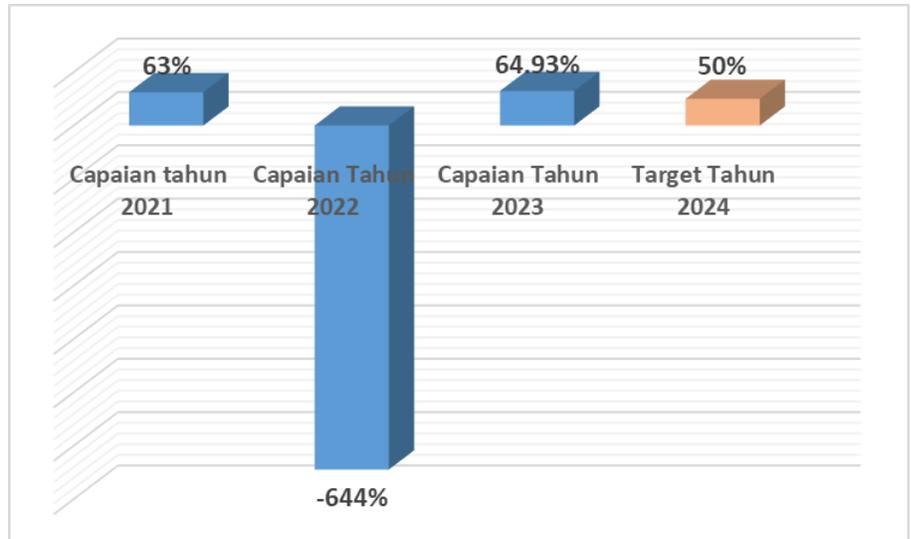
Penurunan jumlah *complain* terhadap layanan kesehatan adalah keluhan pelanggan terhadap pelayanan kesehatan di RS yang disampaikan melalui media cetak, media elektronik dan kotak saran. Target jumlah *complain* terhadap layanan kesehatan tahun 2023 ditetapkan maksimal sebanyak 67 keluhan (penurunan 50%).

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Penurunan jumlah <i>complain</i> terhadap layanan kesehatan	50	64,93	130%

Dari target maksimal sebanyak 67 komplain terhadap pelayanan kesehatan, selama periode Tahun 2023 (Januari-Desember) hanya 47 komplain yang termasuk dalam katagori pelayanan kesehatan.

Bila dibandingkan dengan jumlah *complain* terhadap pelayanan kesehatan di RSMH tahun 2020, 2021 dan 2022, terjadi peningkatan signifikan pada tahun 2022 dan apabila dibandingkan dengan target Tahun 2024 sebesar 50% maka, progress capaian telah mencapai 130%, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.17** Grafik Penurunan Jumlah *Complain* Terhadap Layanan Kesehatan Tahun 2020-2023

**Faktor pendukung :**

1. Tersedianya tenaga yang memiliki kompetensi SDM, baik dokter spesialis, subs spesialis dan tenaga kesehatan lainnya
2. Tersedianya alat kesehatan yang sesuai dengan teknologi terkini
3. Sudah adanya WA khusus, untuk menyampaikan hasil pemeriksaan penunjang yang terhubung langsung ke Sistem Informasi Layanan (Laboratorium/Radiologi)

**Hambatan :**

Beberapa hal yang menjadi hambatan dan keluhan di RSMH diantaranya :

- Penjadwal Operasi yang tidak pasti
- Respon time pelayanan kepada pasien terkesan lambat
- Sikap petugas pemberi layanan yang kurang komunikatif

- Jam mulai pelayanan poliklinik rawat jalan tidak tepat waktu
- Hasil pemeriksaan radiologi belum dapat di terima pasien dan keluarga melalui WA dan belum tersosialisasinya nomor WA radiologi untuk mengkomunikasikan hasil pemeriksaan radiologi
- Pasien paliatif yang memerlukan perawatan yang lama , kondisi pasien di pulangkan dalam keadaan stabil

**Rencana Tindak Lanjut :**

Untuk mengatasi hambatan yang ada maka dilakukan upaya tindak lanjut sebagai berikut:

- Pengoptimalan SIJO untuk pasien yang akan di operasi
- Mengadakan pelatihan pelayanan prima bagi petugas pelayanan terdepan (Petugas admisi, perawat, dokter, satpam dan petugas lainnya)
- Mengusulkan penambahan kamar operasi dan sarana prasarana pendukung

**1.4.2. Capaian Sasaran Strategis dalam Perspektif Keuangan**

Perspektif Keuangan memiliki 1 sasaran strategis serta 2 indikator kinerja utama. Dimana kedua capaian IKU belum memenuhi target. Adapun rincian capaian dari masing-masing sasaran strategis tersebut dijelaskan dibawah ini :

**1.1. Sasaran Strategis 7 : Terwujudnya Produktifitas dan Efisiensi**

**IKU 24 : Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)**

Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan (berbasis akrual) yang diperoleh RS, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). Biaya Operasional merupakan seluruh biaya (berbasis akrual) yang dikeluarkan untuk operasional RS (BLU dan APBN), tidak termasuk biaya penyusutan.

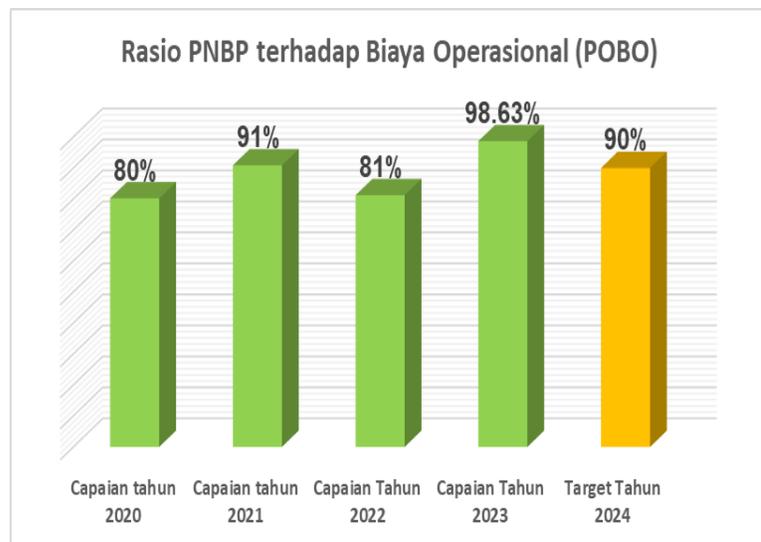
Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) adalah jumlah PNBPN tahun berjalan dibagi dengan total belanja Operasional (APBN+BLU) tahun berjalan. Target POBO Tahun 2023 ditetapkan sebesar 87%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	87%	98,63%	113%

Pendapatan AkruaI PNBPN pada Tahun 2023 adalah sebesar Rp.851.968.502.881,- sedangkan Total Beban Operasional Tanpa Beban Penyusutan sebesar Rp.895.366.628.193,- sehingga pada Tahun 2023 capaian POBO adalah sebesar 98,83%, hal ini menunjukkan hasil capaian sudah melampaui target yang telah ditentukan dan capaian ini juga lebih tinggi dari standar yang ditetapkan dalam Perdirjend Perbendaharaan nomor 24 tahun 2018 tentang Perubahan atas Perdirjend Perbendaharaan nomor 36 tahun 2016 tentang pedoman penilaian Kinerja BLU Bidang Kesehatan yang menetapkan nilai Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (CRR) lebih dari 65 % telah mencapai skor maksimal.

Capaian POBO mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2022, 2021 dan 2020 seperti pada gambar di bawah ini :



**Gambar 3.18** Grafik Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO) Tahun 2020-2022 dan Target Tahun 2024

**Faktor Pendukung :**

Peningkatan capaian disebabkan karena adanya peningkatan pendapatan dari :

- a) Pendapatan Jasa Pelayanan RS BLU terutama adanya peningkatan kualitas klaim (klaim pending berkurang)
- b) Pendapatan Hasil Kerjasama BLU.
- c) Adanya FGD peningkatan pendapatan yang melibatkan PPA dan Manajemen RS

**Rencana Tindak Lanjut:**

- a. Melakukan monev belanja operasional secara berkala
- b. Perbaiki kualitas klaim tagihan
- c. Secara berkala melakukan kegiatan FGD peningkatan pendapatan dengan PPA dan Manajemen RS

**IKU 25 : Nilai IKPA (indeks Kinerja Pelaksanaan anggaran)**

Peningkatan Nilai IKPA (indeks Kinerja Pelaksanaan anggaran) adalah Nilai indikator yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan selaku BUN untuk mengukur kualitas kinerja pelaksanaan anggaran belanja dari sisi kesesuaian terhadap perencanaan efektifitas dan efisiensi pelaksanaan anggaran dan kepatuhan terhadap regulasi.

Nilai IKPA diperoleh dari hasil perhitungan penilaian IKPA pada online system pelaksanaan anggaran negara (OMSPAN) dibagi nilai target pada online sistem pelaksanaan anggaran negara (OMSPAN) dikali 100%

Target Indikator Nilai IKPA (indeks Kinerja Pelaksanaan anggaran) Tahun 2023 ditetapkan sebesar 89%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Peningkatan Saldo BLU	89%	92%	103%

Berdasarkan hasil perhitungan penilaian IKPA pada online system pelaksanaan anggaran negara (OMSPAN) yang tercetak tanggal 5 Januari 2024 tercantum sebagai berikut :

- Nilai Aspek Kualitas Perencanaan Anggaran : 80.05
- Nilai Aspek Kualitas Pelaksanaan Anggaran : 100
- Nilai Aspek Kualitas Hasil Pelaksanaan Anggaran : 100

Sebagai indikator baru yang muncul di tahun 2023 maka Capaian di tahun 2023 tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Dan jika dibandingkan dengan target di tahun 2024 maka berarti persentase capaian mencapai 103 %.



**Gambar 3.19** Grafik Capaian Indikator Peningkatan Saldo BLU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

**Faktor Pendukung :**

- a) Aspek Kualitas Perencanaan Anggaran didukung oleh Pelaksanaan revisi DIPA dilakukan sesuai ketentuan
- b) Aspek Kualitas Pelaksanaan Anggaran didukung oleh rasio penyerapan anggaran pada setiap triwulan sesuai dengan target penyerapan keseluruhan anggaran pada DIPA per triwulan, serta nilai Dispensasi Surat Perintah Membayar (SPM)

- c) Aspek Hasil Pelaksanaan Anggaran didukung oleh ketepatan waktu penyampaian data Capaian Output dan Nilai kinerja atas capaian Rincian Output (RO)

**Upaya Tindak Lanjut :**

- a) Percepatan pengadaan dan kelengkapan dokumen
- b) melakukan penginputan capaian output bulanan pada aplikasi SAKTI
- c) percepatan belanja

**1.4.3. Capaian Sasaran terhadap Perspektif Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal**

Dalam Perspektif Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal terdapat 12 (dua belas) sasaran strategis dan terdiri dari 34 (tiga puluh empat) Indikator Kinerja Utama. Indikator ini merupakan indikator yang berasal dari penambahan indikator kinerja Direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan ke indikator kinerja utama RSMH sesuai surat Plt. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 07 Februari 2023 hal Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023.

Sebagai indikator yang baru dinilai di tahun 2023 dan tidak tercantum dalam RSB maka indikator Direktif ini tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya serta target capaian jangka menengah tahun 2024.

Berdasarkan tabel 3.1 terdapat 13 indikator yang tidak mencapai target pada perspektif ini. Secara rinci dijelaskan dibawah ini capaian kinerja masing-masing IKU pada masing-masing sasaran strategis.

**1.1. Sasaran Strategis 8 : Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana, Dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan**

**IKU 26 : Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar**

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar adalah Persentase pemenuhan Sarana Prasarana

dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya

Perhitungan capaian indikator ini diperoleh dari nilai Persentase SPA dan Persentase Kalibrasi dibagi dua. Nilai Persentase SPA juga diperoleh dari jumlah SPA yang ada dibagi jumlah standar acuan. Nilai Persentase Kalibrasi diperoleh jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi dibagi Jumlah Alat yang wajib dikalibrasi

Target Capaian yang ditetapkan pada indikator ini untuk tahun 2023 adalah 95%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	99,41%	105%

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.20** Grafik Capaian Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Sampai dengan akhir tahun 2023 persentase jumlah SPA yang berasal dari peralatan medic sebesar 99,65 % dan peralatan non medic yang mencapai 100% ditambah nilai dari pelaksanaan

kalibrasi terhadap alat medis dibandingkan standar yang ada yaitu sebesar 99,02 seperti ditunjukkan pada table dibawah ini

Persentase SPA			Persentase Kalibrasi			Persentase Total
Jumlah SPA yang Ada	Jumlah Standar Acuan	Jumlah persentase	Jumlah alat yang dikalibrasi	Jumlah alat yang wajib dikalibrasi	Jumlah persentase	
99,80	100	99,80 %	99,02	100	99,02%	<b>99,41%</b>

**Faktor Pendukung :**

1. Terealisasinya pengadaan alkes yang menunjang layanan RS
2. Aplikasi mendukung yang dapat mempermudah dalam mengentry data inventarisasi alkes
3. Tersedianya anggaran untuk pengadaan alkes dan pelaksanaan kalibrasi alat
4. Tersedianya jadwal kalibrasi dan monev kalibrasi alat.

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Pemeliharaan dan pengembangan Aplikasi mendukung yang dapat mempermudah dalam mengentry data inventarisasi alkes
2. mengajukan permintaan dalam pengadaan alat kesehatan canggih untuk melengkapi / mendukung pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar
3. Penjadwalan kalibrasi dan monev kalibrasi alat

**1.2. Sasaran Strategis 9 : Menguatnya Tata Kelola Manajemen dan Spesialistik**

**IKU 27 : Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal**

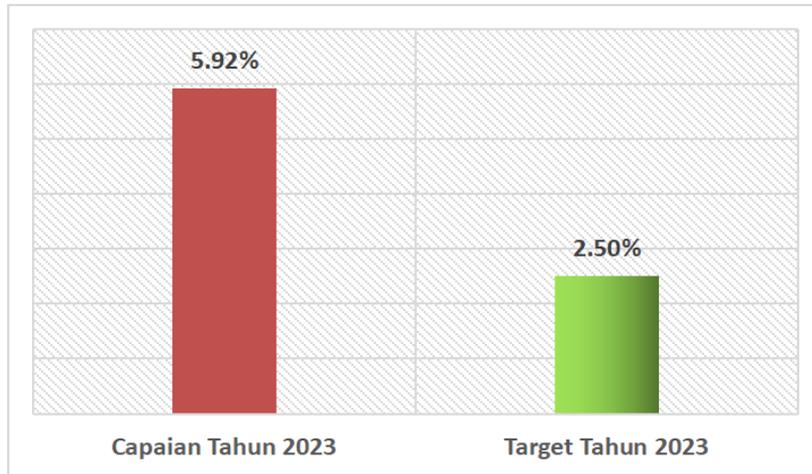
Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal merupakan hasil perhitungan Nett Death Rate (NDR) di RS Vertikal pada tahun berjalan.

Pada tahun 2023 target angka Jumlah Kematian Di Rumah Sakit ( NDR) yaitu kurang dari 2,5%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal	<2,5%	5,92%	42%

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.21** Grafik Capaian Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian jumlah kematian ini belum mencapai target yang ditetapkan, sebagaimana ditunjukkan pada tabel dibawah ini angka kematian tertinggi terjadi pada bulan Juli tahun 2023 sebesar 6,8%

No	Bulan	Tahun 2022		
		Jumlah Kematian >48 jam	Jumlah Penderita Keluar (hidup/ mati)	Nilai NDR
1	Januari	180	2899	6,21%
2	Februari	132	2567	5,14%
3	Maret	157	2780	5,65%
4	April	165	2976	5,54%
5	Mei	158	2343	6,74%
6	Juni	165	3042	5,42%
7	Juli	209	3066	6,82%
8	Agustus	168	3025	5,55%
9	September	157	3050	5,15%
10	Oktober	166	2936	5,65%
11	November	173	2915	5,93%
12	Desember	168	3081	5,45%
<b>Total</b>		<b>1998</b>	<b>34680</b>	<b>5.76%</b>

**Faktor Penghambat :**

1. Banyaknya kasus severity level 3 dengan kompleksitas dan multidiagnosis yang disertai komplikasi
2. Kondisi pasien yang dirujuk dan di rawat di RSMH masuk kondisi terminal

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Optimalisasi rujukan berjenjang dan pelayanan pasien kasus terminal dan kritis di RSMH
2. Peningkatan kapasitas ICU
3. Meningkatkan kewaspadaan lebih dini dengan memanfaatkan fasilitas EWS, Meningkatkan kecepatan dan ketepatan Tim code blue dalam pencegahan Kematian akibat Cardiac Arrest
4. Dibutuhkan peran case manager dalam mengawasi tatalaksana pasien dengan LOS melebihi standar CP
5. Meninjau ulang target mengingat RSMH merupakan RS Rujukan terakhir dengan kondisi pasien yang kompleks

**1.3. Sasaran Strategis 10 : Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas Di Rumah Sakit**

**IKU 28 : Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan**

Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan adalah hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Target yang ditetapkan untuk indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan di tahun 2023 adalah sebanyak 2 pelaporan

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
-----	--------	---------	---------------------------

Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan	2 pelaporan	2 pelaporan	100%
--	-------------	-------------	------

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.22** Grafik Capaian Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

Pelaporan disampaikan pada semester 1 dan semester 2 tahun 2023, adapun penyakit yang menjadi topic audit adalah

1. Stroke iskemik
2. Penyakit Ginjal Tahap Akhir dengan indikasi TPG
3. Dabetes mellitus Tipe 2 dengan ulkus ganggren
4. Sirosis Hati dengan perdarahan varises
5. Seksio Sesaria Elektif
6. Asfiksia neonatorum
7. Stemi
8. DHF Dewasa
9. TB Paru

**Faktor Pendukung :**

- Kelompok Staf Medik sudah mengetahui kriteria kasus yang akan dinilai sehingga sudah dilakukan persiapan pelaporan kasus.
- Adanya penunjukan petugas yang bertugas bertanggung jawab untuk pelaporan dari masing-masing KSM yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Utama.

**Rencana Tindak Lanjut :**

- Koordinasi dengan PIC penanggung jawab data dari masing-masing KSM untuk penyusunan Laporan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas.
- Evaluasi Petugas penanggungjawab data sesuai SK yang sudah ditetapkan.

**1.4. Sasaran Strategis 11 : Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan**

Sasaran strategis 11 memiliki 11 indikator kinerja utama, yaitu IKU 29 sampai dengan IKU 31

**IKU 29 : Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal**

Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal merupakan hasil Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai perhitungan yang ditetapkan dalam Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik di RS Vertikal

Target yang ditetapkan untuk Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal di tahun 2023 diharapkan mencapai angka lebih dari 80%

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	>80%	84,91%	106%

Capaian tersebut diperoleh dari hasil perhitungan persentase kepuasan pelanggan dari 12 (dua belas) instalasi, dimana kepuasan tertinggi berada di Instalasi Rehabilitasi Medis dan

kepuasan terendah pada Instalasi Radioterapi. Kepuasan tertinggi di Instalasi Rehabilitasi Medis terkait sudah tersedianya aplikasi pendaftaran online bagi pasien rehabilitasi medik yang medik ini melakukan pendaftaran secara onsite. Sedangkan kepuasan terendah di Instalasi Radioterapi dengan keluhan waktu tunggu pelayanan di Radioterapi dinilai kurang cepat

NO	Nama Instalasi	% Kepuasan Pelanggan	Responden
1	Instalasi Rawat Jalan Dan Geriatri	83.37	1203
2	Instalasi Brain & Heart Center	84.16	641
3	Instalasi Graha Eksekutif	82.84	745
4	Instalasi Gawat Darurat	80.71	641
5	Instalasi Farmasi	86.90	631
6	Instalasi Radiologi	91.82	652
7	Instalasi Radioterapi	80.20	629
8	Instalasi Laboratorium Sentral	81.00	390
9	Instalasi Rehabilitasi Medis	92.26	681
10	Instalasi Hemodialisa	83.24	698
11	Instalasi Rawat Intensif	88.57	595
12	Instalasi Rawat Inap	83.60	618
	RUMAH SAKIT	84.91	8124

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.23** Grafik Capaian Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Pendukung :**

1. Adanya aplikasi daftarin aja yang memperpendek waktu tunggu pelayanan sehingga, pasien datang sesuai dengan waktu yang tertera dalam barcode yang ada.
2. Sudah di terapkanya pendaftaran online untuk pasien di instalasi Rehabilitasi medik
3. Sudah adanya WA khusus, untuk menyampaikan hasil Lab yang terhubung langsung ke Sistem Informasi Laboratorium dan radiologi
4. SDM secara berkala di berikan Pelatihan Komunikasi yang efektif dan Sosialisasi Penerapan Interaksi Pelayanan Publik

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Mengusulkan penambahan tenaga terkait layanan yang memerlukan penambahan tenaga terkait waktu tunggu layanan seperti tenaga terafis wicara
2. Koordinasi dan evaluasi terhadap waktu tunggu pelayanan di unit layanan seperti waktu tunggu radioterapi
3. Monitoring dan evaluasi secara berkala tentang Penerapan Panduan Interaksi Pelayanan Publik dan Pelatihan secara berkala tentang Komunikasi yg efektif

**IKU 30 : Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional**

**Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**

Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator adalah Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi masing-masing target INM yang telah ditetapkan.

Target yang ditetapkan untuk Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator di tahun 2023 yaitu 12 laporan

**Capaian :**

<b>IKU</b>	<b>Target</b>	<b>Capaian</b>	<b>% Capaian terhadap Target</b>
Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan	12 laporan	100%

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.24** Grafik Capaian Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023

Angka Capaian Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator ini sudah mencapai target yang ditetapkan, dimana penyampaian laporan disampaikan secara tepat waktu melalui aplikasi.

**Faktor Pendukung :**

1. Laporan Indikator Mutu Nasional merupakan salah satu standar penilaian yang diminta dalam Akreditasi Rumah Sakit, yang menjadi perhatian oleh Komite Mutu RSMH sebagai unit penanggungjawab Akreditasi RS.

2. Adanya aplikasi pelaporan INM yang dapat membantu pemantauan penyampaian laporan

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Melakukan pengiriman laporan ke fasyankes secara tepat waktu.
2. Koordinasi dengan unit kerja penanggungjawab data untuk menyampaikan laporan sebelum tanggal 10 setiap bulan pelaporan

**IKU 31 : Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol**

Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol adalah Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil setiap bulan dalam setahun

Target yang ditetapkan untuk Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol di tahun 2023 yaitu 12 laporan

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan	12 laporan	100%

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.25** Grafik Capaian Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023

Angka Capaian indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Pendukung :**

- tersedia aplikasi pelaporan insiden (SIPEDEN)

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. sosialisasi budaya berani melapor
2. menumbuhkan budaya keselamatan pada setiap karyawan

**IKU 32 : Kepatuhan Kebersihan Tangan**

Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan perhitungan indikator dengan didasari oleh beberapa prinsip dibawah ini

1. 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.
2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO
3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:
  - a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.
  - b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.
  - c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan

- steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.
- d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.
  - e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.

Metoda yang digunakan dalam perhitungan indikator yaitu jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi.

Target yang ditetapkan untuk Kepatuhan Kebersihan Tangan di tahun 2023 yaitu  $\geq 90\%$

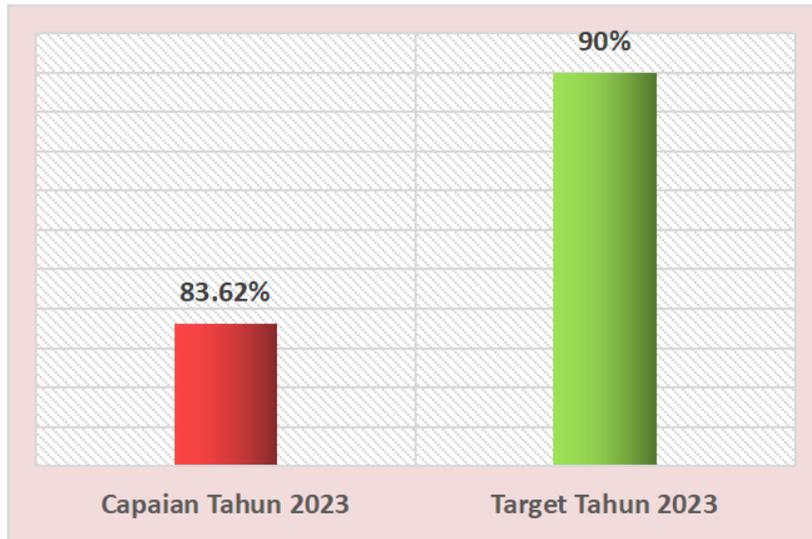
**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Kepatuhan Kebersihan Tangan	□90%	83,62%	93%

No	Bulan	Jumlah tindakan kebersihan tangan	Jumlah total peluang kebersihan tangan	Capaian
1	Januari	1064	1266	84,04%
2	Februari	1162	1372	84,69%
3	Maret	1024	1249	81,99%
4	April	939	1138	82,51%
5	Mei	926	1121	82,60%
6	Juni	909	1111	81,82%
7	Juli	938	1134	82,72%
8	Agustus	863	1010	85,45%
9	September	836	983	85,05%
10	Oktober	841	1007	83,52%

11	November	838	999	83,88%
12	Desember	814	949	85,77%
Total				<b>83,62%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.26** Grafik Capaian Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan belum mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Penghambat :**

Kurangnya kesadaran dan kepatuhan melakukan kebersihan tangan sesuai anjuran WHO karena petugas merasa banyak tindakan/pekerjaan (sibuk) yang akan dilaksanakan dan menganggap nyawa pasien terlebih dahulu yang lebih diutamakan.

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Resosialisasi tentang pelaksanaan kebersihan tangan berdasarkan anjuran WHO

2. Lakukan edukasi secara terus menerus dan audit Kebersihan Tangan secara berkala kepada staf rumah sakit
3. Pemeliharaan fasilitas pendukung untuk pelaksanaan cuci tangan
4. membuat video yang informatif terkait Kebersihan tangan melibatkan DPJP dan PPDS.

### **IKU 33 : Kepatuhan Penggunaan APD**

Definisi dari indikator Kepatuhan Penggunaan APD adalah sebagai berikut :

1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.
2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). Target yang ditetapkan untuk Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol di tahun 2023 yaitu 12 laporan

Sedangkan cara perhitungan indikator kepatuhan penggunaan APD dilakukan dengan melakukan perhitungan terhadap petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibandingkan jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi

#### **Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%

Capaian hasil perhitungan sampel yang dilakukan untuk menghitung indikator penggunaan APD oleh petugas terlihat dibawah ini :

**Tabel 3. 18** kepatuhan penggunaan APD per Bulan Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Petugas yang patuh menggunakan APD	Jumlah seluruh petugas	Capaian
1	Januari	412	412	100,00%
2	Februari	425	425	100,00%
3	Maret	415	415	100,00%
4	April	425	425	100,00%
5	Mei	412	412	100,00%
6	Juni	409	409	100,00%
7	Juli	405	405	100,00%
8	Agustus	400	400	100,00%
9	September	387	387	100,00%
10	Oktober	401	401	100,00%
11	November	413	413	100,00%
12	Desember	425	425	100,00%
Capaian Tahunan				<b>100,00%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.27** Grafik Capaian Indikator kepatuhan penggunaan APD RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator kepatuhan penggunaan APD ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Pendukung :**

1. Terdapat kebijakan (SOP Panduan APD), Peraturan-peraturan pemerintah terkait Penggunaan APD lengkap
2. Ketersediaan kebijakan terkait APD lengkap, terdapat program yang baik, sarana prasarana terkait fasilitas penggunaan APD yang baik

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Update referensi kepatuhan penggunaan APD
2. Melengkapi konten Indikator Kepatuhan yang diamati dengan menggunakan goggle form
3. Monev efektifitas goggle form berdsarkan hasil trial penggunaan Form oleh IPCN
4. Membuat jadwal audit kepatuhan sesuai sampel
5. Pengumpulan data dan Pelaporan secara berkala

**IKU 34 : Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Definisi dari indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien adalah sebagai berikut :

1. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.
2. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
3. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti:
  - a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.

- b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.
- c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.
- d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.

Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar

Sedangkan cara perhitungan indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien dilakukan dengan menghitung persentase terhadap jumlah pemberi layanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibandingkan jumlah pemberi layanan yang diobservasi dalam periode observasi

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99%	99%

Total tenaga pemberi layanan yang melakukan identifikasi pasien pada pasien berjumlah 35.510 dari total petugas sebanyak 35.868, seperti ditunjukkan pada table dibawah ini

**Tabel 3. 19** Pelaksanaan Kepatuhan Identifikasi Pasien RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien	Jumlah pemberi pelayanan	Capaian
1	Januari	3360	3612	93,02%
2	Februari	2847	2852	99,82%
3	Maret	3009	3028	99,37%
4	April	2842	2852	99,65%
5	Mei	2955	2967	99,60%
6	Juni	2912	2929	99,42%

No	Bulan	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien	Jumlah pemberi pelayanan	Capaian
7	Juli	3062	3068	99,80%
8	Agustus	2908	2908	100,00%
9	September	2899	2899	100,00%
10	Oktober	2898	2899	99,97%
11	November	2910	2913	99,90%
12	Desember	2908	2911	99,90%
	TOTAL	35.510	35.838	<b>99,08%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.28** Grafik Capaian Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien ini belum mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Penghambat :**

1. Kurangnya kepatuhan petugas identifikasi kepada pasien
2. Beban kerja perawat yang tinggi mengakibatkan perawat kelelahan dan lupa menanyakan/identifikasi pasien.
3. Pasien lupa memakai kartu identitas dan perawat tidak memantau

### Rencana Tindak Lanjut :

1. Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan yang sudah ada
2. Reeducasi Petugas untuk selalu melakukan identifikasi pasien
3. Monitoring dan evaluasi serta selalu melakukan supervisi/pemantauan pelaksanaan identifikasi pasien oleh staf
4. Sosialisasi berkala kepada pasien untuk menggunakan kalung identitas.

### IKU 35 : Pelaporan hasil kritis Laboratorium

Indikator Pelaporan hasil kritis Laboratorium adalah Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan  $\leq 30$  menit dibagi Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi.

Definisi dari indikator Pelaporan hasil kritis Laboratorium didasari oleh pengertian :

1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.
2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.
3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan  $\leq 30$  menit. Target yang ditetapkan untuk Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator di tahun 2023 yaitu 12 laporan

Nilai target untuk Pelaporan hasil kritis Laboratorium di tahun 2023 adalah 100%

### Capaian :

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100%	100%	100%

Pelaksanaan pengukuran indikator Pelaporan hasil kritis Laboratorium dilakukan setiap bulan dengan total sampel sebanyak 2.617 sampel.

**Tabel 3. 20** Pelaporan hasil kritis Laboratorium RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah hasil kritis labor yang dilaporkan < 30 menit	Jumlah hasil kritis labor yang diobservasi	Capaian
1	Januari	186	186	100,00%
2	Februari	191	191	100,00%
3	Maret	249	249	100,00%
4	April	197	197	100,00%
5	Mei	145	145	100,00%
6	Juni	177	177	100,00%
7	Juli	168	168	100,00%
8	Agustus	227	227	100,00%
9	September	332	332	100,00%
10	Oktober	216	216	100,00%
11	November	305	305	100,00%
12	Desember	224	224	100,00%
	TOTAL	2.617	<b>2.617</b>	<b>100,00%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.29** Grafik Capaian Indikator Pelaporan hasil kritis Laboratorium RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Pelaporan hasil kritis Laboratorium ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Pendukung :**

1. Adanya aplikasi Elektronik Medical Record (EMR) dan Aplikasi Laboratorium Integrated System (LIS)
2. sarana komunikasi telepon selular (ketersediaan pulsa/kuota) dan jaringan telepon internal lancar serta perawat ruangan siap membantu menginformasikan dengan DPJP.

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Usulan sistem pelaporan nilai kritis terhubung ke ruangan rawat inap pasien dengan warning alarm, aksi Perawat dan dokter terekam di sistem
2. Usulan koneksi nilai kritis dengan sistem warning dan alarm ke EMR ruangan
3. Usulan EMR terintegrasi dengan LIS

**IKU 36 : Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional**

Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional adalah Jumlah resep dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi Jumlah resep dalam lembar resep yang diobservasi.

Sedangkan Definisi dari pernyataan indikator Penggunaan Formularium Nasional didasari oleh pengertian :

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

Nilai target untuk Penggunaan Formularium Nasional di tahun 2023 adalah  $\geq 90\%$

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Pelaporan hasil kritis Laboratorium	(□90%)	98.14%	109%

Evaluasi Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional oleh DPJP dilakukan setiap bulan dengan total jumlah seluruh item obat yang diresepkan sebanyak 2.845.797 dimana 98,14 % yang sesuai dengan Formularium Nasional, seperti ditunjukkan pada table dibawah ini :

**Tabel 3. 21** Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah item obat yang diresepkan sesuai fornas	Jumlah seluruh item obat yang diresepkan	Capaian
1	Januari	213478	218984	97,49%
2	Februari	209330	213997	97,82%
3	Maret	236268	241388	97,88%
4	April	195154	199151	97,99%
5	Mei	241036	246567	97,76%
6	Juni	214494	218354	98,23%
7	Juli	224630	228350	98,37%
8	Agustus	248601	253029	98,25%
9	September	240622	244653	98,35%
10	Oktober	261116	264715	98,64%
11	November	254056	258468	98,29%
12	Desember	254031	258141	98,41%
	<b>Total</b>	<b>2.792.816</b>	<b>2.845.797</b>	<b>98,14%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.30** Grafik Capaian Indikator Penggunaan Formularium Nasional RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Penggunaan Formularium Nasional ini sudah melampaui target yang ditetapkan,

**Faktor Pendukung :**

1. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan pengobatan dan referensi dokter
2. ada pertemuan tentang penggunaan obat formularium. yang dilakukan oleh pihak manajemen dan farmasi.

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. melakukan monev dan pertemuan secara berkala dengan para dokter tentang penggunaan formularium nasional dalam meresepkan obat kepada pasien.
2. mengusulkan hadiah atau reward kepada dokter yang patuh terhadap formularium.

**IKU 37 : 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

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah 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. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar

Cara perhitungan indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) dilakukan dengan menghitung persentase jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan Clinical Pathway dibandingkan dengan clinical pathway yang di observasi

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway)	≥85%	79.73%	94%

Nilai Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) diperoleh dari perhitungan 771 pelayanan yang dilakukan oleh PPA sesuai dengan clinical pathway dari total 967 layanan PPA yang diobservasi selama bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2023.

**Tabel 3. 22** Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi	Capaian
1	Januari	71	88	80,68%
2	Februari	48	55	87,27%
3	Maret	71	102	69,61%
4	April	71	80	88,75%
5	Mei	82	101	81,19%
6	Juni	69	80	86,25%
7	Juli	45	59	76,27%
8	Agustus	65	83	78,31%
9	September	52	65	80,00%

No	Bulan	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi	Capaian
10	Oktober	70	90	77,78%
11	November	80	95	84,21%
12	Desember	47	69	68,12%
	Total	771	967	<b>79,73%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.31** Grafik Capaian Indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) ini belum mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Penghambat :**

1. Belum dilaksanakannya monev oleh seluruh PPA
2. Pengisian CP melalui EMR oleh DPJP dan PPA lainnya terhambat akibat loading EMR yang lama
3. Banyaknya kasus severity level 3 dengan kompleksitas dan multidiagnosis yang disertai komplikasi

4. Terdapat diagnosa sekunder diluar dari diagnosa utama pasien
5. Masih terdapat pasien dengan LOS yang melebihi standar CP karena perbaikan KU.
6. Format lembar pemantauan Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway) dirasa terlalu rumit/ membingungkan oleh DPJP & PPA.

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Meningkatkan peran case manager dalam mengawasi tatalaksana pasien dengan LOS melebihi standar CP
2. CP diisi secara manual
3. meningkatkan kewaspadaan lebih dini dengan memanfaatkan fasilitas EWS, Meningkatkan kecepatan dan ketepatan Tim code blue dalam pencegahan Kematian akibat Cardiac Arrest
4. Mempertahankan capaian indikator dengan evaluasi kepatuhan CP tepat waktu
5. Supaya dapat membuat kriteria inklusi dan eskresi dalam mengevaluasi Clinical Pathway
6. Meningkatkan koordinasi dan komunikasi dengan KSM serta unit terkait
7. Akan dilakukan penyederhanaan Format lembar pemantauan Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway)

**IKU 38 : Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh**

Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:

- a. Asesment awal risiko jatuh
- b. Assesment ulang risiko jatuh
- c. Intervensi pencegahan risiko jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang

merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

Perhitungan indikator Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh dilakukan dengan melakukan perhitungan jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh, yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100%	97.57%	98%

Nilai Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh diperoleh dari perhitungan 13.470 pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dari total 13806 pasien rawat inap berisiko jatuh yang di observasi selama bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2023

**Tabel 3. 23** Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	Jumlah pasien rawat inap berisiko jatuh yang di observasi	Capaian
1	Januari	1123	1163	96,56%
2	Februari	1097	1120	97,95%
3	Maret	1117	1130	98,85%
4	April	1084	1101	98,46%
5	Mei	1118	1131	98,85%
6	Juni	1105	1116	99,01%
7	Juli	1163	1179	98,64%
8	Agustus	1164	1177	98,90%
9	September	1148	1159	99,05%
10	Oktober	1097	1154	95,06%

No	Bulan	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	Jumlah pasien rawat inap berisiko jatuh yang di observasi	Capaian
11	November	1076	1132	95,05%
12	Desember	1178	1244	94,69%
	Total	13470	13806	<b>97,57%</b>

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.32** Grafik Capaian Indikator Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh ini belum mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Penghambat :**

1. Assesmen ulang tidak dilaksanakan
2. Kurangnya kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh dan pengkajian ulang risiko jatuh sering terlewat dilakukan dalam pengisian di EMR karena jaringan EMR sering gangguan, sehingga waktu yg dibutuhkan dalam mengisi pengkajian ulang di EMR menjadi lama dan akhirnya tidak dilakukan karena ada tugas lain yang harus dikerjakan.

3. Jumlah perawat dengan pasien tidak sebanding sehingga perawat tidak mampu memantau semuanya yang berisiko tinggi, terkadang terjadi human eror karena kelelahan.

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Sosialisasi dan reedukasi Petugas agar Meningkatkan dan mempertahankan kepatuhan yang sudah ada
2. monitoring dan supervisi pelaksanaan Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
3. Resosialisasi tentang kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

**IKU 39 : Kecepatan Waktu Tanggap Komplain**

Indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.

Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:

1. 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.
2. 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.
3. 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 indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain dilakukan dengan menghitung jumlah complain yang ditanggapi

dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading dibagi jumlah complain yang disurvei

Nilai target untuk Kecepatan Waktu Tanggap Komplain di tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	$\geq 80\%$	100%	125.00%

Jika dilihat dalam laporan jumlah total 427 Pengaduan masyarakat yang masuk dengan ketepatan penyelesaian complain secara tepat waktu pada tiap bulannya sudah mencapai 100% sebagaimana ditunjukkan pada table dibawah ini.

**Tabel 3. 24** Kecepatan Waktu Tanggap Komplain RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2023

No	Bulan	Kecepatan Respon Terhadap Komplain		
		Jumlah Penyelesaian Tepat Waktu	Total Pengaduan Masyarakat Kumulatif	Persentase Penyelesaian Tepat Waktu
1	Januari	67	67	100,00%
2	Februari	55	122	100,00%
3	Maret	49	171	100,00%
4	April	32	203	100,00%
5	Mei	30	233	100,00%
6	Juni	27	260	100,00%
7	Juli	29	289	100,00%
8	Agustus	36	325	100,00%
9	September	24	349	100,00%
10	Oktober	26	375	100,00%
11	November	25	400	100,00%
12	Desember	27	427	100,00%
Tahun 2023		427	427	100.00%

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.33** Grafik Capaian Indikator Penggunaan Formularium Nasional RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Pendukung :**

1. Tersedianya media penyampaian komplain yaitu WA, website, barcode, kotak saran, IG, FB, Telp ext, dan secara langsung ke ruangan pengaduan pelanggan di publik hall lt.1
2. Tersedianya tenaga SDM yang memiliki kompetensi, baik dokter spesialis, subs spesialis dan tenaga kesehatan lainnya

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Melakukan monev terhadap respon penanganan keluhan
2. Mengusulkan penambahan kamar operasi dan sarana prasarana pendukung
3. Melakukan monev terhadap respon penanganan keluhan

1.5. **Sasaran Strategis 12 : Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP**

Sasaran strategis 12 memiliki 2 indikator kinerja utama, yaitu IKU 40 sampai dengan IKU 41

**IKU 40 : Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**

Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran adalah Pelayanan unggulan rajal dan/atau ranap di rs vertikal yang diharapkan dapat menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal.

Adapun perhitungan capaian indikator ini dilakukan dengan menghitung Jumlah Pelayanan di Instalasi Graha Eksekutif sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran RSMH.

Nilai target untuk Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran di tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	100%	100%	100%

Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini.:



**Gambar 3.34** Grafik Capaian Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran RSUP Dr. Mohammad Hoesin Tahun 2020-2023

Angka Capaian indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran ini sudah mencapai target yang ditetapkan.

**Faktor Pendukung :**

1. Adanya layanan VVIP dengan Fasilitas Ruang Rawat VVIP lengkap sesuai standar, nyaman dan terpisah dari ruang rawat inap reguler/biasa.
2. SDM pendukung layanan sudah dilengkapi kompetensi untuk layanan VVIP

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Meningkatkan kualitas pelayanan di VVIP dan promosi layanan VVIP
2. Monev layanan dan sarana prasarana di VVIP
3. Monev kompetensi SDM untuk peningkatan sarana prasarana layanan VVIP

**IKU 41 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Di Pelayanan Unggulan VVIP**

Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP adalah Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP.

Adapun perhitungan capaian indikator ini dilakukan dengan menghitung Jumlah Kunjungan Pasien VVIP (Poli Eksekutif) dibagi jumlah total kunjungan pasien Poli BPJS, Poli Eksekutif dan BHC.

Nilai target untuk Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP di tahun 2023 adalah 10%.

**Capaian :**

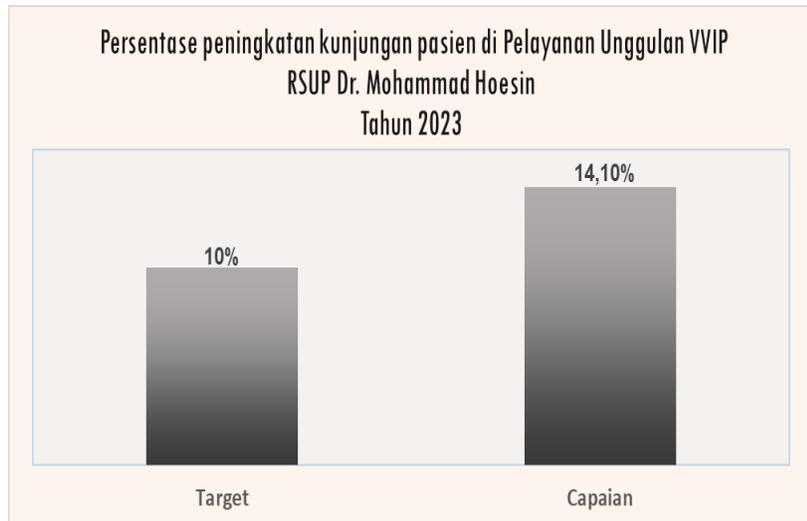
IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	12.96%	10%

Pada tahun 2023, ada sebanyak 53.836 kunjungan pasien VVIP dari total kunjungan pasien keseluruhan sebanyak 341.436 kunjungan pasien. Secara rinci data kunjungan pasien VVIP dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3. 25** Data Kunjungan Pasien VVIP Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Kunjungan Pasien VVIP	Jumlah Kunjungan Pasien Keseluruhan
1.	Januari	5.122	31.408
2.	Februari	4.039	29.522
3.	Maret	4.114	31.529
4.	April	3.746	21.881
5.	Mei	5.073	30.398
6.	Juni	3.566	23.574
7.	Juli	4.057	27.582
8.	Agustus	4.411	30.434
9.	September	4.632	31.947
10.	Oktober	6.780	42.061
11.	November	4.695	41.100
12.	Desember	3.601	40.292
<b>Total</b>		<b>53.836</b>	<b>381.728</b>
<b>Capaian</b>		<b>14,1%</b>	

Berdasarkan Tabel 3.25 Capaian Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di Pelayanan Unggulan VVIP pada Tahun 2023 sebesar 14,1% telah memenuhi target yang ditentukan pada Tahun 2023 10%. Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.35** Grafik Capaian Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Kemudahan dalam mengakses dan mendaftar layanan rawat jalan
2. Kenyamanan ruang tunggu dalam mendapatkan Layanan

**Rencana Tindak Lanjut :**

Melakukan update jadwal di website RSMH setiap hari agar memudahkan pasien dalam mengetahui jadwal dokter

1.6. **Sasaran Strategis 13 : Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal**

Sasaran strategis 13 memiliki 7 indikator kinerja utama, yaitu IKU 42 sampai dengan IKU 48

**IKU 42 : Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf**

**Internasional**

Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP adalah RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan Luar Negeri terkait layanan unggulannya.

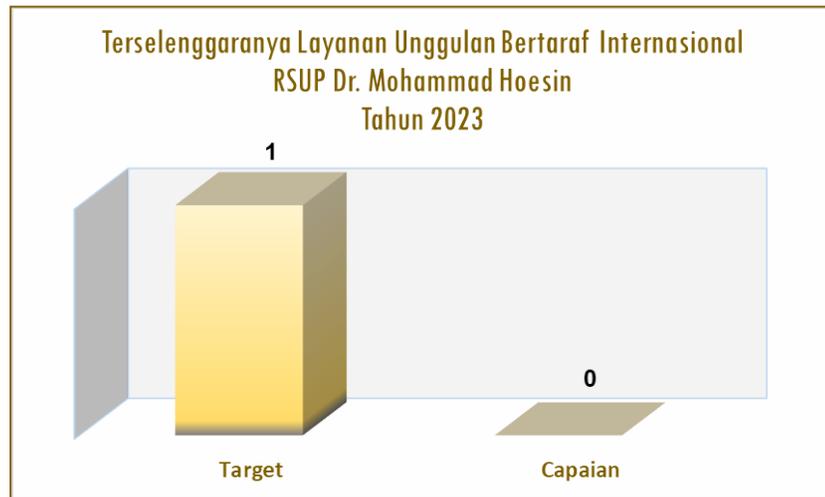
Adapun perhitungan capaian indikator ini dilakukan dengan menghitung jumlah proses kerja sama yang dijalani yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil.

Nilai target untuk Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP di tahun 2023 adalah 1 layanan.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	0	0%

Sampai dengan akhir tahun 2023, belum terdapat layanan unggulan yang bertaraf internasional sehingga capaian indikator ini belum memenuhi target yang ditentukan pada Tahun 2023 sebanyak 1 Layanan. Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.36** Grafik Capaian Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional Tahun 2023

**Faktor penghambat :**

1. Masih dalam proses finalisasi PKS dengan RS Sister Hospital (Utah University Hospital)
2. Adanya mekanisme Pembiayaan terkait program Sister Hospital yang masih belum jelas terkait pembentukan layanan (layanan cardiooncology)

**Rencana Tindak Lanjut :**

3. Berkoordinasi dengan Tim layanan PJT terkait dengan proses MOU dengan Utah University Hospital
4. Berkoordinasi Tim onkologi terpadu dan KS. Diklit terkait kerjasama internasional untuk layanan unggulan

**IKU 43 : Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**

Ketersediaan Fasilitas parker sesuai standar mempertimbangkan beberapa ketentuan dibawah ini :

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

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

Adapun perhitungan capaian indikator ini dilakukan dengan menghitung Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100%.

Nilai target untuk Persentase Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar di tahun 2023 adalah 70%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	76.45%	109%

Pada Tahun 2023, ada sebanyak 1.063 ruang parkir yang tersedia sedangkan total standar ruang parkir yang harus tersedia sebanyak 1.390,5 ruang parkir. Secara rinci data ketersediaan ruang parkir dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

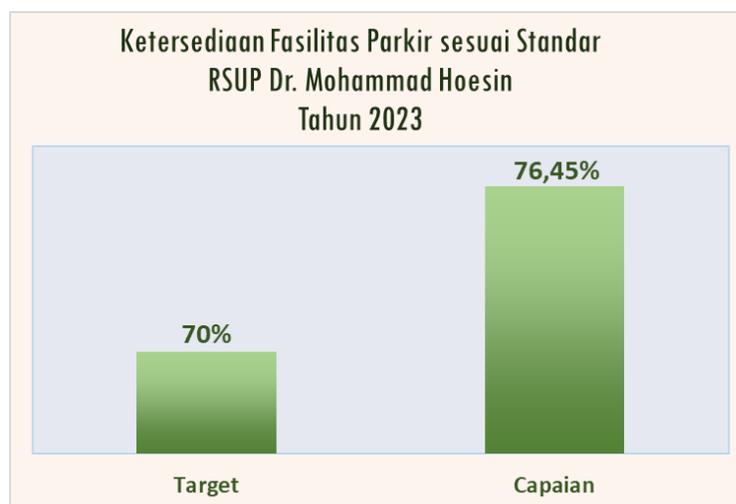
**Tabel 3. 26** Data Ketersediaan Ruang Parkir Tahun 2023

No	Lokasi	Luas Lahan	Parkiran	Banyak Kendaraan
1.	P. Aula RSMH	3.828,09	2.296,854	184
2.	P. Musi Elok	924,31	554,586	44
3.	P. Mobil BHC	1.480,73	888,438	71

No	Lokasi	Luas Lahan	Parkiran	Banyak Kendaraan
4.	P. Graha 8 Lantai	998,77	749,078	60
5.	P. Public Hall	1.219,17	914,378	73
6.	P. IRJ	2.304,39	1.728,293	138
7.	P. IGD	1.732,83	1.299,623	104
8.	P. Belakang Harvest	1.075,01	806,258	130
9.	Depan FK	1.701,00	1.445,850	116
10.	Depan Ogan	2.100,00	1.785,000	143
<b>Total</b>		<b>17.364,30</b>	<b>12.468,356</b>	<b>1.063</b>

$$\begin{aligned}
\text{Kebutuhan Ruang Parkir} &= 1,5 \times \text{Jumlah Tempat Tidur} \\
&= 1,5 \times 927 \\
&= 1390,5
\end{aligned}$$

Capaian indikator ketersediaan fasilitas parkir diperoleh dari jumlah ruang parkir yang tersedia di bagi dengan jumlah kebutuhan ruang parkir sehingga capaian indikator ini pada Tahun 2023 sebesar 76,45%, dimana capaian ini telah memenuhi target yang ditentukan pada Tahun 2023 sebesar 70%. Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.37** Grafik Capaian Indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Luas lahan RSMH yang cukup luas
2. Jajaran Direksi yang konsen terhadap permasalahan parkir

**Rencana Tindak Lanjut :**

Perluasan area parkir/ pembuatan gedung parkir dengan pendanaan dari pihak luar RSMH

**IKU 44 : Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan**

**Penunjang**

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.

Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.

Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 120$  menit. Adapun perhitungan capaian indikator ini dilakukan dengan menghitung Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100%.

Perhitungan indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dilakukan dengan menghitung Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan  $\leq 120$  menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%

Nilai target untuk Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang di Tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$ .

**Capaian :**

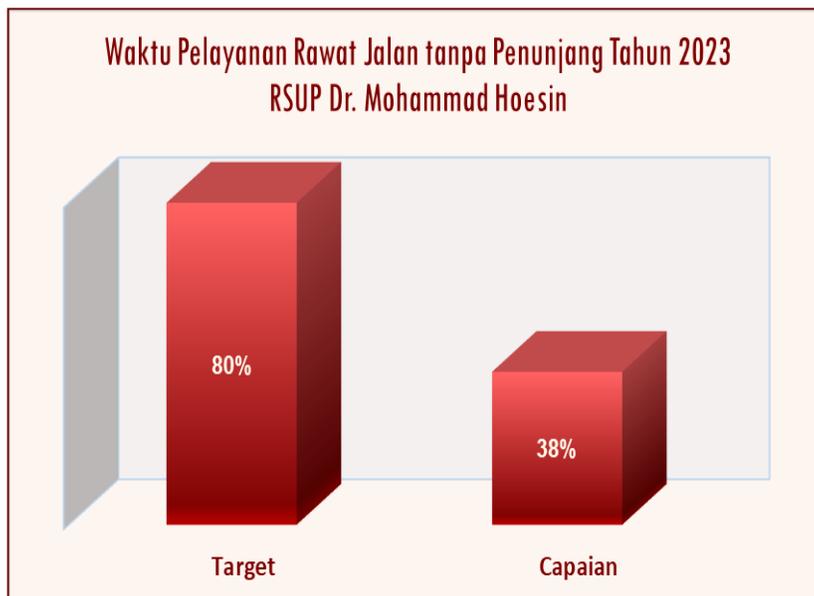
IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq 80\%$	38%	47.84%

Pada tahun 2023, ada sebanyak 3.462 pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan  $\leq 120$  menit dari total pasien rawat jalan tanpa penunjang sebanyak 9.045 pasien. Secara rinci data waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan tanpa penunjang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 27** Data Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Tanpa Penunjang Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Pasien dengan waktu pelayanan $\leq 120$	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
1.	Januari	85	100
2.	Februari	81	100
3.	Maret	89	100
4.	April	40	592
5.	Mei	74	641
6.	Juni	239	1213
7.	Juli	208	1150
8.	Agustus	938	2507
9.	September	532	814
10.	Oktober	471	770
11.	November	430	653
12.	Desember	275	405
<b>Total</b>		<b>3.462</b>	<b>9.045</b>
<b>Capaian</b>		<b>38%</b>	

Berdasarkan Tabel 3.1 Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada Tahun 2023 sebesar 38% belum memenuhi target Tahun 2023 yang ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.38** Grafik Capaian Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023

**Faktor Penghambat :**

1. Kurangnya kepatuhan DPJP untuk hadir di poliklinik sesuai jadwal yang sudah ditentukan.
2. Tidak ada pembatasan untuk pasien on site sehingga jumlah pasien on site meningkat

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Selalu mengingatkan DPJP untuk hadir sesuai jadwal dokter di Poliklinik.
2. Edukasi pasien untuk datang ke poliklinik sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan

**IKU 45 : 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 ditentukan.

Perhitungan indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif dilakukan dengan menghitung Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam di bagi dengan jumlah pasien operasi elektif di kali 100%.

Nilai target untuk Penundaan Waktu Operasi Elektif di Tahun 2023 adalah  $\leq 3\%$ .

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Penundaan Waktu Operasi Elektif	$\leq 3\%$	2.51%	119.52%

Pada tahun 2023, ada sebanyak 289 pasien yang jadwal operasinya tertunda > 1 jam sedangkan total pasien operasi elektif sebanyak 11.521 pasien. Secara rinci data penundaan waktu operasi elektif dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 28** Data Penundaan Waktu Operasi Elektif Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Pasien yang Jadwal Operasinya tertunda > 1 jam	Jumlah Pasien Operasi Elektif
1.	Januari	28	964
2.	Februari	17	895
3.	Maret	31	970
4.	April	11	592
5.	Mei	27	864
6.	Juni	12	716
7.	Juli	21	913
8.	Agustus	37	1098
9.	September	25	1063
10.	Oktober	40	1169
11.	November	29	1192
12.	Desember	11	1085
<b>Total</b>		<b>289</b>	<b>11.521</b>
<b>Capaian</b>		<b>2,51%</b>	

Berdasarkan Tabel 3.1 Indikator penundaan waktu operasi elektif pada Tahun 2023 sebesar 2,51% sudah memenuhi target Tahun 2023 yang ditentukan sebesar  $\leq 3\%$ . Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.39** Grafik Capaian Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Pengaturan jadwal operasi melalui aplikasi SIJO yang bisa diakses oleh semua unit terkait
2. Kepatuhan petugas dalam melaksanakan jadwal operasi

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Koordinasi dengan Kepala Ruang Rawat Inap dan Ketua Tim terkait Persiapan Pasien Operasi
2. Monev kelengkapan rekam medik oleh Kepala Ruang pada H-1
3. Edukasi ke petugas tentang pelaksanaan Kepatuhan Waktu tunggu operasi elektif

**IKU 46 : Ketepatan Waktu Pelayanan Di Poliklinik**

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Tenaga medis yang dimaksud adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi

spesialis. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan dan menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik

Perhitungan indikator ini dilakukan dengan menghitung jumlah Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi dengan jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%

Nilai target untuk Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik di Tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$

**Capaian :**

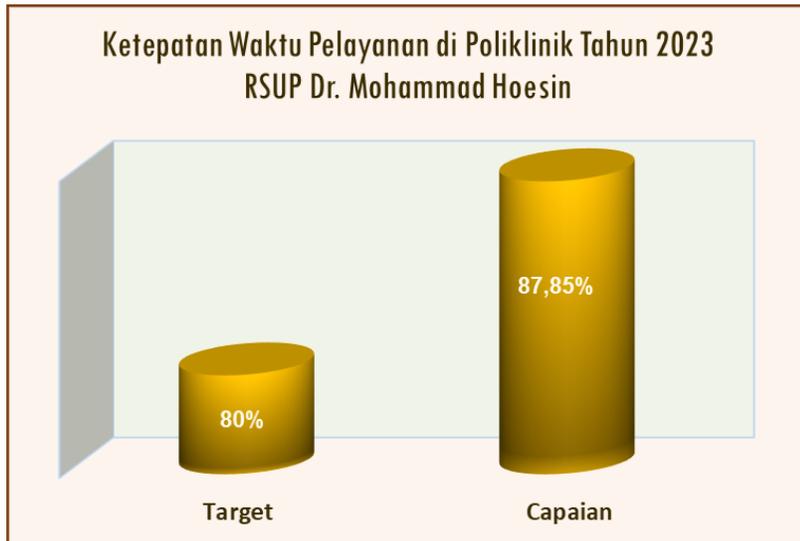
IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	$\geq 80\%$	87.85%	109.82%

Pada tahun 2023, ada sebanyak 23.140 tenaga medis (Dokter) yang memberikan pelayanan tepat waktu di Poliklinik dari total tenaga medis (dokter) yang memberikan pelayanan di Poliklinik sebanyak 26.339. Secara rinci data ketepatan waktu pelayanan di poliklinik dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 29** Data Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Tenaga Medis yang Memberikan Pelayanan Tepat Waktu	Jumlah Tenaga Medis yang memberikan Pelayanan di Poliklinik
1.	Januari	1.524	1.722
2.	Februari	1.625	1.848
3.	Maret	2.017	2.398
4.	April	1.770	1.957
5.	Mei	1.872	2.212
6.	Juni	1.831	2.063
7.	Juli	2.051	2.358
8.	Agustus	2.114	2.435
9.	September	1.949	2.172
10.	Oktober	2.194	2.474
11.	November	2.124	2.407
12.	Desember	2.069	2.293
<b>Total</b>		<b>23.140</b>	<b>26.399</b>
<b>Capaian</b>		<b>87,85%</b>	

Berdasarkan Tabel 3.1 Indikator ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik pada Tahun 2023 sebesar 87,85% sudah memenuhi target Tahun 2023 yang ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.40** Grafik Capaian Indikator Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Ketersediaan DPJP lengkap dan tenaga non medis terampil
2. Ketersediaan sarana prasarana canggih
3. Ruang layanan yang representatif

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Perawat/nakes lainnya berkomunikasi dengan DPJP jika DPJP terlambat datang agar waktu tunggu ideal dapat tercapai
2. Setiap hari petugas Admisi Graha Eksekutif yg dinas sore menghubungi DPJP via WA untuk konfirmasi praktek DPJP tersebut 1 hari sebelum hari praktek

**IKU 47 : Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI**

Indikator waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya, dimana waktu visite yang diperhitungkan mulai dari pukul 06.00 – 14.00 WIB. Target yang ditetapkan untuk indikator ini pada Tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$ .

**Capaian :**

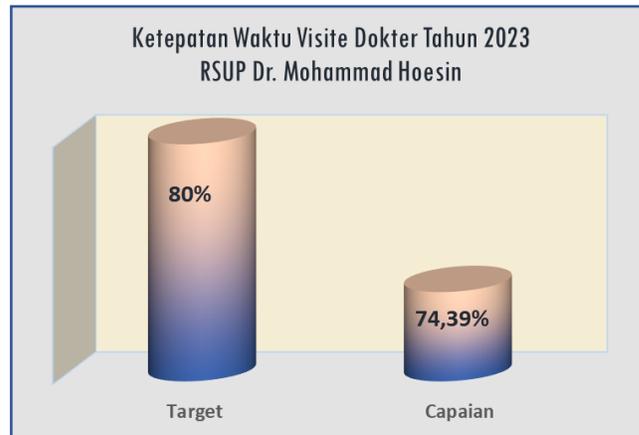
IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	$\geq 80\%$	74,39%	92,98%

Pada tahun 2023, ada sebanyak 112.910 pasien yang divisite oleh dokter pada pukul 06.00-14.00 dari total pasien yang dilakukan visite sebanyak 151.789 pasien. Secara rinci data ketepatan waktu visite dokter dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 30** Data Ketepatan Waktu Visite Dokter Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Pasien yang di Visite pukul 06.00-14.00	Total Pasien yang di Visite
1.	Januari	8.717	13.259
2.	Februari	9.383	12.104
3.	Maret	10.361	13.399
4.	April	6.465	7.870
5.	Mei	10.337	13.114
6.	Juni	8.112	10.390
7.	Juli	9.889	12.701
8.	Agustus	10.397	14.000
9.	September	9.325	12.827
10.	Oktober	10.785	15.091
11.	November	10.385	14.589
12.	Desember	8.754	12.445
<b>Total</b>		<b>112.910</b>	<b>151.789</b>
<b>Capaian</b>		<b>74,39%</b>	

Berdasarkan Tabel 3.1 Indikator ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap pada Tahun 2023 sebesar 74,39% belum memenuhi target Tahun 2023 yang ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.41** Grafik Ketepatan Waktu Visite Dokter RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Hambatan :**

1. Terjadi benturan waktu visite dengan pelayanan rawat jalan di Poliklinik dan tindakan operasi

**Rencana Tindak Lanjut :**

1. Berkoordinasi dengan KSM terkait penjadwalan dokter di Poli Rawat Jalan, Poli Graha, IBS atau ruang tindakan agar tidak terjadi irisan waktu yang sama

**IKU 48 : Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU**

Indikator tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal, dimana Indikator klinis yang dilakukan perhitungan sebagai berikut :

1. Kanker : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari
2. Jantung : Terapi Fibrinolitik : “ Door To Ballon “  $\leq$

90 Menit

3. Stroke : Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari
4. Uronefrologi : Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam

Target yang ditetapkan untuk indikator ini pada Tahun 2023 adalah 1 Indikator tercapai setiap Layanan.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas KJSU	1	1	100%

Pada tahun 2023, indikator klinis yang di hitung untuk setiap Layanan (KJSU) telah melampaui target yang ditentukan sebesar 80%. Secara rinci data waktu tanggap operasi SC dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 31** Data Capaian Indikator Klinis KJSU Tahun 2023

No	Indikator Klinis	Capaian Tahun 2023
1.	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	90,70%
2.	Terapi Fibrinolitik : “ Door To Ballon “ ≤ 90 Menit	95,17%
3.	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	84,15%
4.	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam	99,05%

Berdasarkan Tabel 3.31 dari 4 Indikator yang dilakukan perhitungan, seluruh indikator telah mencapai target. Maka capaian indikator ini pada Tahun 2023 telah memenuhi target yaitu 1 Indikator tercapai untuk setiap layanan, sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.42** Grafik Ketercapaian Indikator Klinis Layanan Prioritas RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Kelengkapan SDM yang kompeten dan Sarana Prasarana Alkes Penunjang yang Lengkap

**1.3. Sasaran Strategis 14 :**

**Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4 (Untuk 9 Layanan Prioritas)**

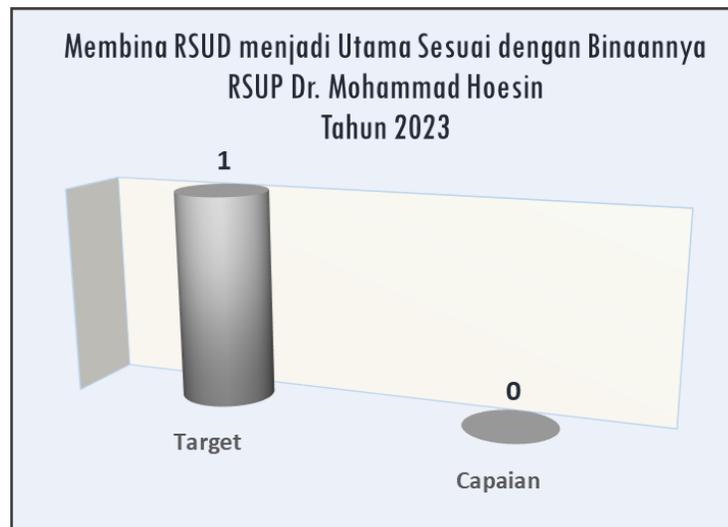
**IKU 49 : 1 RS Vertikal Harus Membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan Binaannya yang Telah di Tetapkan**

Indikator Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama. Indikator ini di lakukan perhitungan setiap 1 Tahun Sekali. Perhitungan capaian indikator ini adalah Jumlah RSUD yang tercapai strata targetnya (Utama) yang dilakukan pembinaan. Target yang ditetapkan untuk indikator ini pada Tahun 2023 adalah 1 RS.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
1 RS Vertikal Harus Membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan Binaannya yang Telah di Tetapkan	1	0	0%

Pada tahun 2023, dari sejumlah RSUD yang dilakukan pengampunan atau pembinaan, belum terdapat RSUD yang mengalami peningkatan strata menjadi utama sehingga capaian indikator ini pada Tahun 2023 belum memenuhi target yang ditentukan sebanyak 1 RS, sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.43** Grafik Membina RSUD menjadi Utama sesuai Dengan binaannya RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Hambatan :**

1. Ketersediaan SDM, Alkes dan SPA di rumah sakit yang diampu belum sesuai dengan standar stratifikasi utama dan tidak dapat terpenuhi dalam waktu dekat karena membutuhkan kemampuan keuangan RS yang dibina dan kerjasama dengan pihak lain

**Tindak Lanjut :**

1. Koordinasi dengan RS yang diampu agar dapat memenuhi kebutuhan SDM sesuai peta jabatan & alat kesehatan, SPA melalui advokasi dengan Pemerintah Daerah/Dinas Kesehatan dan/atau Kementerian Kesehatan
2. Mendorong kerjasama Mitra ketiga melalui BTO/BOT untuk pemenuhan kebutuhan Alkes & SPA

#### 1.4. Sasaran Strategis 15 :

**Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 di RS Vertikal secara Optimal**

##### **IKU 50 : Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna**

Indikator terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna merupakan rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna. Indikator ini dilakukan perhitungan Target yang ditetapkan untuk indikator ini pada Tahun 2023 adalah 1 Layanan.

**Capaian :**

<b>IKU</b>	<b>Target</b>	<b>Capaian</b>	<b>% Capaian terhadap Target</b>
Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	1	100%

Pada tahun 2023, RSUP Dr Mohammad Hoesin telah mencapai strata paripurna pada layanan Stroke sehingga capaian indikator ini telah memenuhi target yang ditentukan pada Tahun 2023 sebesar 1 layanan. Perbandingan capaian terhadap target digambarkan pada diagram dibawah ini:



**Gambar 3.44** Grafik Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Kelengkapan SDM yang kompeten dan Sarana Prasarana Alkes Penunjang yang Lengkap

**1.5. Sasaran Strategis 16 :**

**Terselenggaranya Layanan 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan**

**IKU 51 : RS Umum Vertikal yang Melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama**

Indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas, dimana layanan penyakit prioritas yang dilaksanakan dengan standar minimal strata utama. Indikator ini dilakukan perhitungan setahun sekali. Target yang ditetapkan untuk indikator ini pada Tahun 2023 adalah 1 Layanan.

**Capaian :**

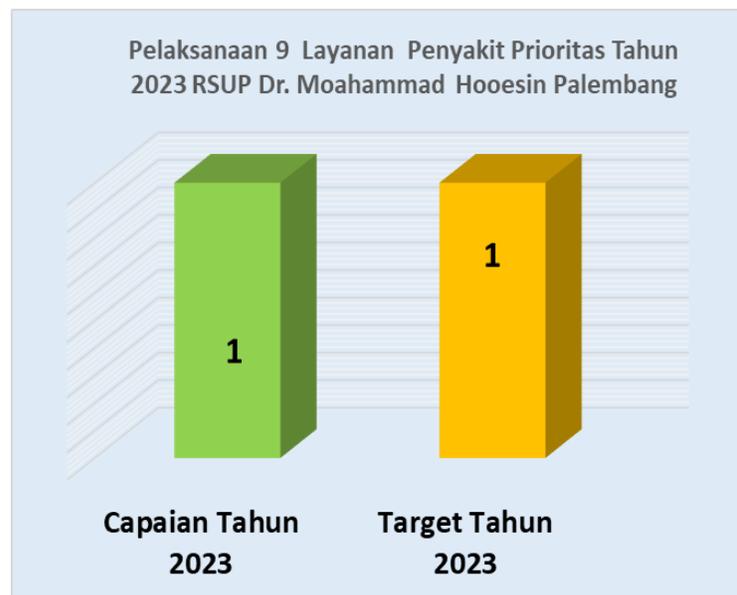
IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
RS Umum Vertikal yang Melaksanakan 9	1	1	100%

Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama			
---	--	--	--

Pada tahun 2023, RSUP Dr Mohammad Hoesin telah melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas yaitu:

1. Layanan Kanker
2. Layanan Jantung
3. Layanan Stroke
4. Layanan Urologi
5. Layanan Infeksi Emerging
6. Layanan KIA
7. Layanan Tuberkulosis
8. Layanan DM
9. Layanan Gastrohepatologi

Capaian Indikator ini pada Tahun 2023 sebesar 1 Layanan dari masing-masing layanan prioritas yang ada (total 9 layanan) sehingga telah mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 1 layanan, sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.45** Grafik Pelaksanaan 9 Layanan Penyakit Prioritas RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Kelengkapan SDM yang kompeten dan Sarana Prasarana Alkes Penunjang yang Lengkap

### 1.6. Sasaran Strategis 17 :

#### Meningkatnya Kemampuan Surveilans berbasis Laboratorium

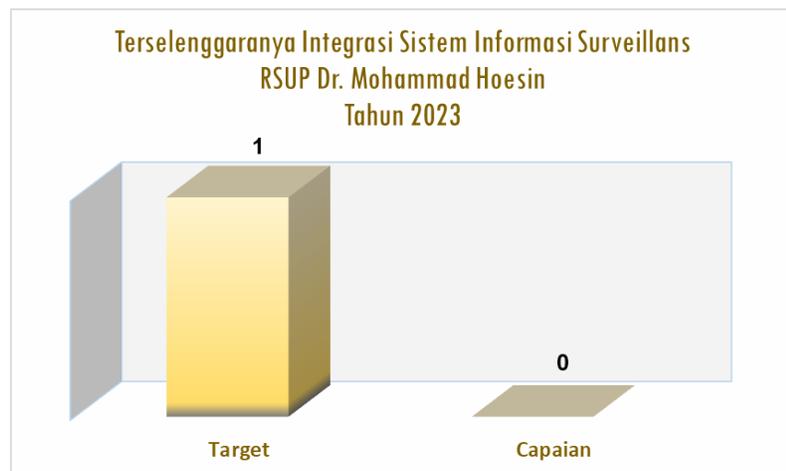
#### **IKU 52 : Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans berbasis digital**

Indikator terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital di hitung berdasarkan jumlah sistem surveillans yang terintegrasi. Target Capaian yang ditetapkan pada indikator ini untuk tahun 2023 adalah 1 Sistem.

#### Capaian :

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans berbasis digital	1	0	0%

Sampai dengan akhir tahun 2023, belum terdapat sistem surveillans yang terintegrasi berbasis digital, sehingga capaian Indikator sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.46** Grafik Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

#### Hambatan :

- Penanggung jawab masih menyusun konsep untuk proses bisnis sistem informasi surveillans berbasis digital

**Upaya Tindak Lanjut :**

- Melakukan study banding tentang proses bisnis sistem informasi surveillans berbasis digital, dengan rumah sakit yang sudah memiliki sistem informasi surveillans berbasis digital yang sudah terintegrasi
- Penanggung jawab menyetujui untuk pembangunan sistem tersebut dikelola mandiri oleh SIMRS RSMH, atau dilakukan kerjasama dengan pihak ke 3 untuk pembangunan aplikasi ini.

**1.7. Sasaran Strategis 18 : Indikator RPJMN**

**IKU 53 : Waktu Tanggap Operasi *Sectio Cesarea* Darurat dalam Waktu ≤ 30 Menit**

Indikator *Sectio Cesarea* (SC) kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dihitung dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Target Capaian yang ditetapkan pada indikator ini untuk tahun 2023 adalah ≤ 30 Menit.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Cesarea</i> Darurat dalam Waktu ≤ 30 Menit	≤ 30	32,75	91,59%

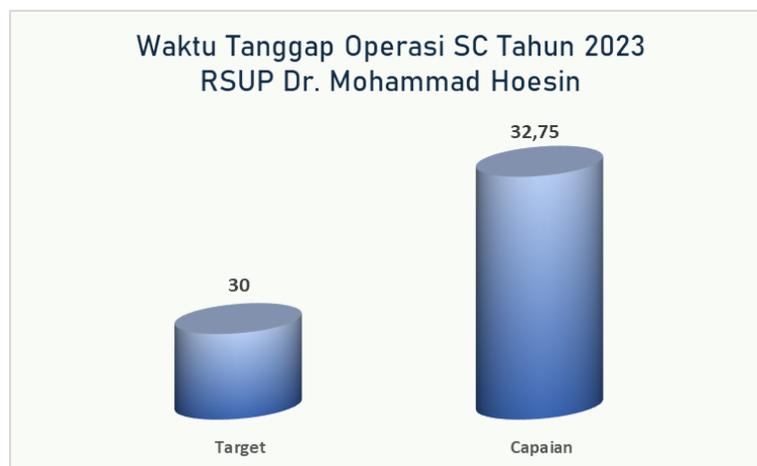
Pada Tahun 2023 ada sebanyak 65 pasien yang dilakukan tindakan SC kategori 1 dengan waktu tanggap operasi keseluruhan selama 2.129 menit atau rata-rata waktu tanggap selama 32,75 menit. Secara rinci data waktu tanggap operasi SC dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3. 32 Data Waktu Tanggap Operasi SC Tahun 2023**

No	Bulan	Jumlah pasien yang dilakukan sc dengan kategori 1	Jumlah waktu tunggu	Capaian
1	Januari	6	183	30,5
2	Februari	7	233	33,3
3	Maret	5	112	22,4
4	April	7	246	35,1
5	Mei	10	394	39,4
6	Juni	4	114	28,5
7	Juli	5	166	33,2
8	Agustus	8	194	24,3
9	September	9	275	30,56
10	Oktober	0	0	0
11	November	2	135	67,5
12	Desember	2	77	38,5
<b>Tahun 2023</b>		<b>65</b>	<b>2.129</b>	<b>32,75</b>

Sumber data : Laporan Capaian IKU Tim Ponek

Hasil capaian Indikator waktu tanggap operasi SC pada Tahun 2023 sebesar 32,75 menit belum dapat memenuhi target yang ditetapkan sebesar  $\leq 30$  Menit, sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.47** Grafik Waktu Tanggap Operasi SC RSUP  
Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Hambatan :**

1. OK IGD full sedang dipakai operasi divisi lain, sedang berjalan dan perkiraan tidak selesai dalam 30 menit
2. Rencana mau menggunakan OK COT (menunggu petugas on-site tidak berada di tempat)
3. Waktu tunggu kamar OK
4. Jarak tempuh VK (kamar bersalin) dengan kamar OK

**Upaya Tindak Lanjut :**

1. Menyiapkan kamar OK khusus kebidanan
2. Memastikan tim selalu siap untuk menangani kasus ERT SC 30 menit

**IKU 54 : Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi**

Indikator Implementasi RME terintegrasi merupakan Pelaksanakan Rekam Medis Elektronik yang terintegrasi pada seluruh layanan yakni pada:

- |  |                |
|--|----------------|
| 1. Pendaftaran   | 2. IGD         |
| 3. Rawat inap  | 4. Rawat jalan |
| 5. OK  | 6. Farmasi     |
| 7. Layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) |                |

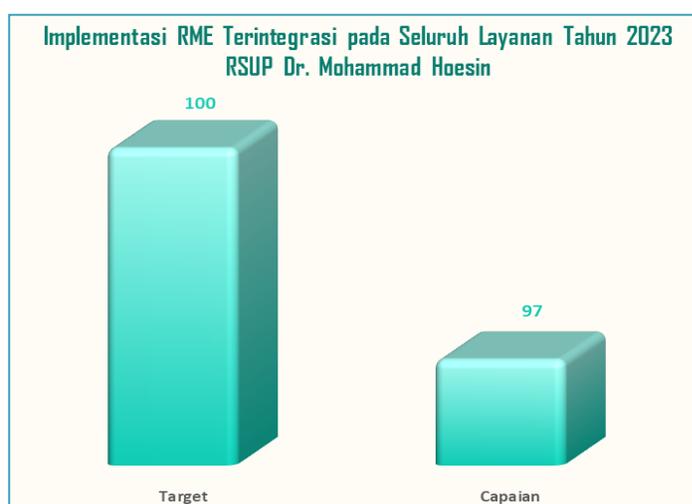
Target Capaian yang ditetapkan pada indikator ini untuk tahun 2023 adalah 100%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab	100%	97%	97%

Medik) dan Farmasi			
--------------------	--	--	--

Pada Tahun 2023 implementasi rekam medis elektronik telah berjalan 97% dimana pada Rawat Inap, OK, Layanan Penunjang dan Farmasi, implementasi sudah berjalan 100% sedangkan pada Rawat Jalan dan IGD baru berjalan 90%. Capaian ini belum dapat memenuhi target yang telah ditetapkan pada Tahun 2023 sebesar 100%, sebagaimana terlihat dalam grafik di bawah ini :



**Gambar 3.48** Grafik Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Hambatan :**

1. Jaringan RME yang sering terlambat
2. Aplikasi yang belum *users friendly*

**Upaya Tindak Lanjut :**

1. Melakukan koordinasi dengan Instalasi SIMRS untuk memperlancar Jaringan RME

### 1.8. Sasaran Strategis 19 :

**Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan**

#### **IKU 55 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**

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

Target Capaian yang ditetapkan pada indikator ini untuk tahun 2023 adalah 92,5%.

#### **Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	98,31%	106,28%

Berdasarkan hasil Inspektorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, pada Tahun 2023 telah dilaksanakan kegiatan pendampingan serta *Pre Assesment* atas Pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM di RSMH oleh Tim Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan pada tanggal 27-29 Mei 2022 dan diperoleh hasil sebesar 78,34%, namun pengajuan untuk dilakukan assesment belum dapat di lanjutkan, karena terhalang adanya temuan kerugian negara yang belum terselesaikan, secara rinci hasil *preassesment* dijelaskan pada tabel berikut:

#### **Faktor Pendukung :**

3. Dukungan penuh dari Tim WBK WBBM dan seluruh SDM RSMH untuk terwujudnya WBK WBBM di RSMH
4. Simulasi mandiri WBK menggunakan Permenpan Nomor 90 Tahun 2021
5. Pendampingan dan *Pre Assessment* dari Tim Itjen Kemenkes RI telah dilakukan dengan nilai > 78 dan di rekomendasikan untuk dinilai oleh TPI

**Upaya Tindak Lanjut :**

Menyelesaikan tindak lanjut laporan hasil pendampingan yaitu temuan audit terkait adanya temuan Kerugian Negara (KN) dan administratif secara perdata melalui pengadilan.

**IKU 56 : Persentase realisasi Target Pendapatan BLU**

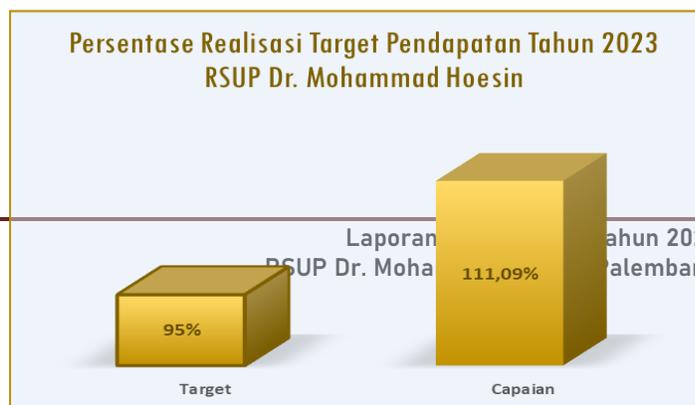
Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

Target Indikator Persentase realisasi target pendapatan BLU yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah sebesar 95%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase realisasi Target Pendapatan BLU	95%	111,09%	116,94%

Besar pendapatan BLU sampai dengan akhir bulan Desember Tahun 2023 adalah Rp. 823.813.340.083. Sedangkan target yang ditetapkan pada RPD DIPA hal.3



Tahun Anggaran 2023 adalah Rp. 741.560.240.000. Maka capaian indikator ini pada Tahun 2023 sebesar 111,09% yang mana telah melebihi target yang ditentukan sebesar 95%, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :

**Gambar 3.49** Grafik Persentase Realisasi Target Pendapatan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

1. Perbaikan kelengkapan resume medis yang berpengaruh pada *true coding Ina-CBGs*, sehingga klaim meningkat seiring dengan peningkatan pasien SL II dan III
2. Perputaran tempat tidur yang semakin baik, sehingga jumlah pasien meningkat
3. adanya layanan unggulan transplantasi ginjal yang klaimnya cukup besar (400jutaan)
4. penambahan utilitas ruang OK

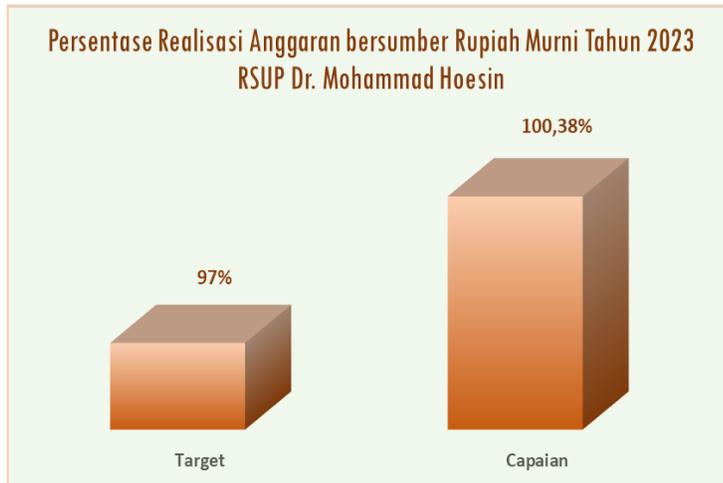
**IKU 57 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**

Indikator ini merupakan besaran Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni. Target Indikator Realisasi anggaran yang bersumber rupiah murni yang ditetapkan untuk Tahun 2023 adalah 97%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	100,38%	103,49%

Besar realisasi Anggaran yang bersumber Rupiah Murni sampai dengan akhir bulan Desember Tahun 2023 adalah Rp. 101.778.138.551. Sedangkan target yang ditetapkan pada RPD DIPA hal.3 Tahun Anggaran 2023 adalah Rp. 101.388.732.000. Maka capaian indikator ini pada Tahun 2023 sebesar 100,38% yang mana telah melebihi target yang ditentukan sebesar 97%, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.50** Grafik Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

Tercapainya indikator ini karena dipengaruhi realisasi belanja sudah sesuai dengan rencana.

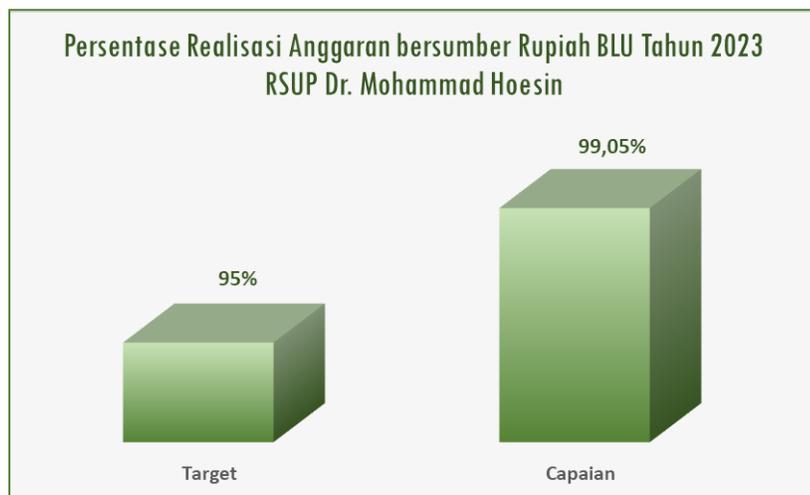
**IKU 58 : Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**

Indikator ini merupakan besaran Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU. Target Indikator Realisasi anggaran yang bersumber rupiah BLU yang ditetapkan untuk Tahun 2023 adalah 95%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	99,05%	104,27%

Besar realisasi Anggaran yang bersumber Rupiah BLU sampai dengan akhir bulan Desember Tahun 2023 adalah Rp. 822.264.907.980. Sedangkan target yang ditetapkan pada RPD DIPA hal.3 Tahun Anggaran 2023 adalah Rp. 830.130.937.000. Maka capaian indikator ini pada Tahun 2023 sebesar 99,05% yang mana telah melebihi target yang ditentukan sebesar 95%, seperti terlihat pada grafik di bawah ini :



**Gambar 3.51** Grafik Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU RSUP Dr.Mohammad Hoesin Tahun 2023

**Faktor Pendukung :**

Tercapainya indikator ini karena dipengaruhi realisasi belanja sudah sesuai dengan rencana dan adanya peningkatan klaim pendapatan BPJS.

**IKU 59 : Persentase nilai EBITDA**

Indikator Persentase nilai Ebitda adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit. EBITDA disebut juga Surplus atau defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. Perhitungan capaian ini diperoleh dari EBITDA dibagi dengan pendapatan di kali 100%.

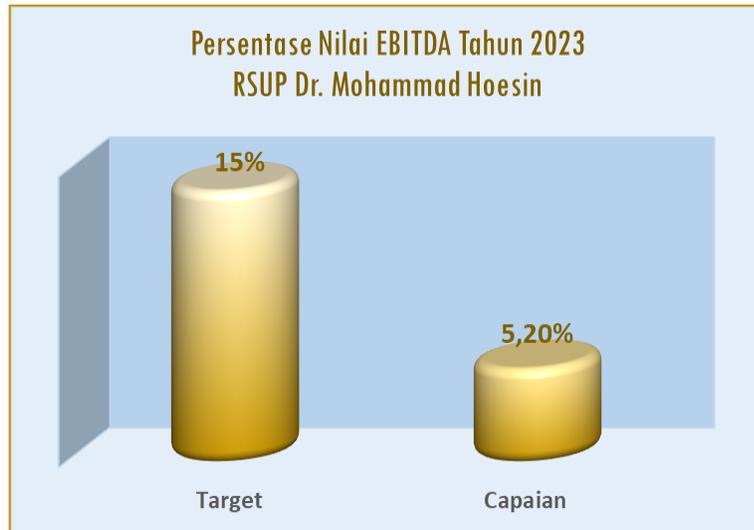
Target Persentase nilai Ebitda yang ditetapkan untuk tahun 2023 adalah 15%.

**Capaian :**

IKU	Target	Capaian	% Capaian terhadap Target
Persentase nilai EBITDA	15%	5,2%	34,46%

Pada Tahun 2023 nilai Ebitda yang diperoleh sebesar Rp. 43.307.394.398 sedangkan pendapatan yang diperoleh

sampai dengan akhir desember 2023 sebesar Rp. 837.713.794.989 sehingga capaian Indikator Persentase nilai EBITDA Tahun 2023 adalah 5,2%, capaian ini belum memenuhi target yang ditentukan sebesar 15%, seperti terlihat pada grafik di bawah ini:



**Gambar 3.52** Grafik Nilai EBITDA RSMH Tahun 2023

**Hambatan :**

Perhitungan EBITDA yang tidak tercapai dikarenakan masih adanya beban yang tidak sesuai standar yaitu beban persediaan. Selain itu, peningkatan pendapatan masih berbanding lurus dengan peningkatan beban.

**Tindak Lanjut :**

1. Optimalisasi mekanisme pengelolaan dan pengendalian persediaan, terutama persediaan farmasi
2. Meningkatkan produktifitas pelayanan dengan melakukan optimalisasi penggunaan ruang OK, melakukan promosi layanan khususnya untuk peningkatan pelayanan bagi pasien non JKN, layanan MCU, pemanfaatan asset BLU
3. Melakukan evaluasi terhadap LOS yang melebihi standar dalam Clinical Pathway dan PPK
4. Evaluasi terhadap peningkatan Severity Level

### 3.2. Realisasi Anggaran

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran Tahun 2023 telah dipertanggungjawabkan dalam Laporan Realisasi Anggaran (LRA) baik alokasi anggaran dana Rupiah Murni (RM) maupun PNBP BLU, sementara Pendapatan dan Belanja Sumber Dana PNBP BLU telah disahkan oleh KPPN Palembang. Uraian alokasi anggaran dan realisasinya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 3. 33** Pagu dan Realisasi Anggaran RSMH Tahun 2023

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023 REVISI 16 DIPA	REALISASI 2023 SEMESTER II	%
1	2			5
<b>A. DANA RUPIAH MURNI (RM)</b>		<b>Rp 102.178.816.000</b>	<b>Rp 101.778.138.551</b>	<b>99,6</b>
51	Belanja Pegawai	Rp 101.388.732.000	Rp 100.988.055.436	99,6
52	Belanja Barang	Rp 790.084.000	Rp 790.083.115	100,0
53	Belanja Modal	Rp -	Rp -	-
<b>B. DANA PNBP</b>		<b>Rp 829.340.853.000</b>	<b>Rp 822.266.391.038</b>	<b>99,1</b>
52	Belanja Barang	Rp 715.906.937.000	Rp 710.191.753.157	99,2
53	Belanja Modal	Rp 113.433.916.000	Rp 112.074.637.881	98,8
<b>TOTAL (A+B)</b>		<b>Rp 931.519.669.000</b>	<b>Rp 924.044.529.589</b>	<b>99,2</b>

Sumber : Laporan Realisasi Belanja Tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Tabel 3.33 menunjukkan bahwa realisasi pada Tahun 2023 yaitu sebesar 99,2% dari alokasi sebesar Rp931.519.669.000,- atau sebanyak Rp924.044.529.589,-.

#### A. Pencapaian Target Kegiatan dan Penerimaan

Pendapatan BLU Tahun 2023 secara total sejumlah Rp.824.170.092.589,- mengalami peningkatan sebesar Rp146,708,276,560 (21,66%) dibandingkan pendapatan BLU Tahun 2022 dimana peningkatan paling signifikan adalah penerimaan atas jasa pelayanan BLU. Secara rinci dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 34** Penerimaan BLU Tahun 2023 dan Tahun 2022

URAIAN	Tahun 2023	Tahun 2022	Naik/ Turun
	Realisasi	Realisasi	
<b>424 Pendapatan PNBP BLU (sesuai SP2B)</b>	<b>Rp 823,813,340,085</b>	<b>Rp 676,978,500,299</b>	<b>Rp 146,834,839,786</b>
A Pendapatan Jasa Pelayanan RS BLU	Rp 799,816,231,872	Rp 641,925,864,542	Rp 157,890,367,330
B Pendapatan Hibah BLU		Rp -	Rp -
C Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	Rp 6,379,869,045	Rp 3,936,718,397	Rp (266.480.177)
D Pendapatan dari Pelayanan BLU yg bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat	Rp 11,778,305,300	Rp 24,701,059,035	Rp (79.534.668.446)
E Pendapatan dari Pelayanan BLU yg bersumber dari Entitas diluar Pemerintah Pusat		Rp -	
F Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	Rp 5,838,933,868	Rp 6,414,858,325	Rp (861.617.806)
G Pendapatan Lain-lain BLU	Rp -	Rp -	Rp (148.990.039)
<b>425 Pendapatan PNBP Lainnya</b>	<b>Rp 356,752,504</b>	<b>Rp 483,315,730</b>	<b>Rp (292.166.039)</b>
A Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN	Rp 97,999,998	Rp 42,295,000	Rp (142.359.000)
B Pendapatan dari Pemanfaatan BMN (Sewa)	Rp 21,564,000	Rp 22,337,000	Rp (817.000)
C Pendapatan Denda	Rp 42,561,797	Rp 241,700,900	-Rp 199,139,103
D Pendapatan kembali Belanja TAYL	Rp 194,626,709	Rp 176,982,830	Rp (148.990.039)
<b>TOTAL</b>	<b>Rp 824,170,092,589</b>	<b>Rp 677,461,816,029</b>	<b>Rp 146,708,276,560</b>

Sumber : Laporan Keuangan Unaudited Tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Dari tabel di atas terlihat bahwa realisasi pendapatan PNBP (sesuai SP2B) tahun 2023 sebesar Rp 823,813,340,085. melampaui target Pendapatan PNBP tahun 2023 yang ditetapkan sebesar Rp.741,560,240,000. Jika dihitung persentase perbandingan pendapatan tahun 2023 dibandingkan tahun 2022 adalah 121,66%.

Salah satu jenis transaksi akuntansi yang berdampak kepada penerimaan rumah sakit adalah piutang. Piutang yang dimaksud adalah piutang dari kegiatan operasional BLU (pasien jaminan perusahaan, umum, BPJS kesehatan, jaminan pemerintah dan asuransi, seperti terlihat pada tabel berikut :

**Tabel 3.20** Piutang dari Kegiatan Operasional BLU per Tahun 2022 dan 2021

No.	Uraian Piutang	Tahun 2023	%	Tahun 2022	%
1	Jaminan Perusahaan	Rp 3.899.875.673	4,58	Rp 3.812.976.099	5,47
2	Umum	Rp 3.736.674.436	4,39	Rp 3.538.083.610	5,07
3	JKN / BPJS Kesehatan	Rp 77.409.258.326	91,01	Rp 60.108.498.250	86,20
a	Pelayanan JKN / BPJS	Rp 72.630.734.906	85,39	Rp 56.259.130.376	80,68
b	Obat JKN / BPJS	Rp 4.778.523.420	5,62	Rp 3.849.367.874	5,52
c	Denda Keterlambatan Pembayaran BPJS	Rp -	-	Rp -	-
4	Jaminan Pemerintah	Rp -	-	Rp -	-
a	Jamsoskes Sumsel Semesta	-	-	-	-
b	Jampersal Banyuasin	Rp -	-	Rp -	-
5	AJII (Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia)	Rp 11.677.193	0,02	Rp 52.006.708	0,07
a	Pelayanan AJII Inhealth	-	-	Rp 42.864.079	0,06
b	Obat AJII Inhealth	Rp -	-	Rp 9.142.629	0,01
6	Piutang Covid-19 (Kemenkes RI)	Rp -	-	Rp 2.218.478.200	3,18
	<b>TOTAL PIUTANG BRUTO</b>	Rp 85.057.485.628	100,00	Rp 69.730.042.867	100,00
	<b>Penyisihan Piutang Tidak Tertagih</b>	Rp 3.194.750.309	3,76	Rp 3.594.772.277	5,16
	<b>Piutang Netto</b>	Rp 81.862.735.319	96,24	Rp 66.135.270.590	94,84

Sumber : Laporan Keuangan Unaudited Tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Piutang Bruto Tahun 2023 (Rp 85,057,485,628) naik 81,98% dibanding Piutang Bruto Tahun 2022 (Rp.69.730.042.867). Kenaikan ini berasal dari pelunasan piutang tahun lalu. Piutang per 31 Desember 2023 berasal dari piutang perusahaan, piutang perorangan, piutang JKN/BPJS Kesehatan dan asuransi jiwa Inhelth Indonesia.

Akumulasi penyisihan piutang berasal dari piutang macet yang sudah berumur lebih dari satu tahun sebesar Rp2.627.520.063 piutang operasional yang sudah berumur lebih dari satu tahun yang terdiri dari Piutang Perusahaan sebesar Rp646.680.249 dan Piutang Perorangan sebesar Rp1.980.839.814 -.

Utang di Tahun 2023 secara total berjumlah Rp.95,851,368,351 dimana utang terbesar berasal dari utang belanja barang-persediaan farmasi (Rp. 93,239,150,430).

Rincian utang RSMH Tahun 2023 secara detil dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 3. 35 Utang Tahun 2022 dan 2021**

No	Uraian	Nilai Utang	
		Tahun 2023	Tahun 2022
1	Utang Belanja Pegawai	Rp 956.524.509	Rp 849.131.000
2	Utang Belanja Barang - Persediaan Farmasi	Rp 93.239.150.430	Rp 43.761.053.340
3	Utang Belanja Barang-bahan habis pakai	Rp 662.672.173	Rp 5.061.600
4	Utang Jasa	Rp 107.724.800	Rp 100.007.520
5	Utang Belanja Barang	Rp 20.998.445	Rp -
6	Utang Belanja Pemeliharaan	Rp 6.410.000	Rp -
7	Utang Perjalanan Dinas	Rp 21.445.024	Rp 109.514.051
8	Utang KSO	Rp -	Rp 5.067.024.833
9	Utang Penyedia Jasa dan Barang BLU Lainnya	Rp 836.442.970	Rp 2.031.838.133
10	Utang Belanja Modal	Rp -	Rp -
11	Cek belum dicairkan (outstanding cek)		
12	Pungutan Pajak Belum Disetor		
11	Belanja Pegawai yang masih harus dibayar	Rp -	Rp -
12	Uang muka pasien	Rp -	Rp 141.628
13	Pendapatan yang diterima dimuka	Rp -	Rp 1.072.535.920
	<b>TOTAL</b>	<b>Rp 95.851.368.351</b>	<b>Rp 52.996.308.025</b>

Sumber : Laporan Keuangan Unaudited Tahun 2023 RSUP Dr. Mohammad Hoesin

Bila dibandingkan dengan utang tahun 2022 sebesar Rp52.996.308.025,- angka utang tahun 2023 mengalami peningkatan terutama pada utang pengadaan barang persediaan farmasi. Hal ini disebabkan masih berjalannya proses verifikasi atas tagihan-tagihan barang farmasi tersebut.

### 3.3. Program Efisiensi

Tantangan strategis yang dihadapi RSMH sebagai BLU saat ini salah satunya adalah kemandirian dalam pengelolaan keuangan. Kemandirian anggaran dapat terwujud dengan dukungan kegiatan yang selalu mengutamakan prinsip produktifitas dan efisiensi. Dalam upaya mendukung program produktifitas dan efisiensi di lingkungan RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang, pada tahun 2023 telah dilakukan kegiatan optimalisasi teknologi diantaranya penyampaian hasil pemeriksaan layanan penunjang seperti ekspertise radiologi dan hasil pemeriksaan laboratorium dikirimkan melalui aplikasi whatsapp ke nomor telepon genggam yang diberikan pasien/keluarga sebagai penerima data hasil pemeriksaan tersebut. Upaya lain adalah penyampaian laporan yang dilakukan melalui aplikasi atau via email.

Disamping beberapa program yang telah dilakukan di tahun 2022 terus dilakukan pengembangannya untuk meningkat keberhasilan program efisiensi di RSMH seperti proses surat menyurat (*paperless*) melalui aplikasi Srikandi dan Rekam Medik Elektronik (RME), peningkatan produktivitas di UTDRS untuk mengurangi tagihan layanan darah ke PMI, adanya prosedur layanan yang membutuhkan persetujuan Direksi terkait dengan penggunaan BMHP yang tarifnya jauh lebih tinggi dari potensi klaim yang akan ditagihkan.

#### **3.4. Penghargaan Yang Diperoleh**

Prestasi yang dicapai selama tahun 2023 adalah :

- Penghargaan rekor MURI Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) RSMH dengan PERDATIN Pusat dan Sumsel di Dining Hall Jakabaring Palembang tanggal 5 Februari 2023
- Penghargaan Laboratorium dengan Performa Pemeriksaan Covid -19 Terbaik di Provinsi Sumatera Selatan oleh Kementerian Kesehatan pada tanggal 20 Maret 2023
- Akreditasi Rumah Sakit RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, tanggal 27 Oktober 2023
- Penghargaan RSMH sebagai Kontribusi Penulis dan Admin Konten Website Dirjen Yankes Kementerian Kesehatan RI
- Penghargaan RSMH Palembang Peringkat ke-3 Nasional sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Berkomitmen Meningkatkan Mutu Pelayanan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tahun 2023 Kategori Rumah Sakit Kelas A dari BPJS Kesehatan pada tanggal 2 Oktober 2023.
-

## BAB IV PENUTUP

### A. Tinjauan Umum Pencapaian Kinerja RSMH

Secara umum Capaian Kinerja RSMH di tahun 2022 cukup baik, dimana sebagian besar sasaran kinerja mencapai target yang telah ditetapkan. Hal tersebut ditunjukkan dari garis besar capaian kinerja sebagai berikut :

1. Tingkat kesehatan RSMH pada Tahun 2022 dengan nilai **84,55** tergolong **“BAIK AA”** ( $80 < TS \leq 95$ ) diperoleh dari nilai Indikator Kinerja Keuangan sebesar 21,85 dan Indikator Kinerja Pelayanan sebesar 62,70.

2. Terdapat 59 indikator kinerja utama yang ditetapkan berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2023 dimana 25 indikator dari 7 sasaran strategis pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSMH Tahun 2020-2024 dan 24 indikator dari 12 sasaran strategis mengacu kepada indikator kinerja direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Dari 59 Indikator Kinerja Utama tersebut ada 19 (Sembilan belas) indikator yang belum mencapai target, Dimana 6 indikator berasal dari indicator sesuai sasaran strategis dalam RSB RSMH Tahun 2020-2024 yaitu : (1) Capaian WBK.WBBM; (2) Tingkat Kesehatan BLU; (3) Tingkat Kepuasan Pasien; (4)Tingkat Kepuasan Karyawan; (5) Respon Time CABG; dan (6) Jumlah layanan baru melalui program sister hospital. Sedangkan 13 indikator yang belum tercapai dari sasaran strategis yang berasal dari indicator kinerja Direktif Dirjen Yankes adalah : (1) Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal; (2) Kepatuhan Kebersihan Tangan; (3) Kepatuhan Identifikasi Pasien; (4) Kepatuhan terhadap Alur Klinis (clinical pathway); (5) Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh; (6) Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional; (7) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang; (8) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI; (9) 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan; (10) Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital; (11) Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam

waktu kurang atau sama dengan 30 menit; (12) Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran. IGD. rawat inap. rawat jalan. OK. layanan penunjang (laboratorium. radiologi. gizi. rehab medik) dan farmasi; (13) Persentase nilai EBITDA

3. Total Total Pagu Anggaran RSMH periode sampai dengan Tahun 2023 berdasarkan DIPA Revisi 16 adalah Rp.931,519,669,000 yang terdiri dari Anggaran Rupiah Murni sebesar Rp.102.178.816.000 dan Anggaran BLU sebesar Rp. 931.519.669.000 (termasuk penggunaan saldo awal). Realisasi Belanja Tahun 2023 yaitu 99,20%dari total pagu atau sebanyak Rp 924.044.529.589.
4. Pendapatan BLU (sesuai SP2B) per 31 Desember 2023 yaitu sebesar Rp823,813,340,085, bila dibandingkan dengan target Penerimaan BLU tahun 2023 sebesar Rp741.560.240.000 maka penerimaan BLU Tahun 2023 (sesuai SP2B) sudah mencapai 111%. Piutang Bruto Tahun 2023 (Rp. 85,057,485,628) naik 81,98% dibanding Piutang Bruto Tahun 2022 (Rp.69,730,042,867). Kenaikan ini terutama berasal dari Penambahan piutang dari BPJS Kesehatan dan piutang obat BPJS. Piutang yang ada per 31 Desember 2023 berasal dari piutang perusahaan, piutang perorangan, piutang BPJS Kesehatan, piutang obat BPJS dan piutang Askes Inhealth
5. Utang di Tahun 2023 berjumlah Rp. 95,851,368,351, mengalami peningkatan sebesar 80,86% bila dibandingkan dengan utang Tahun 2022 yang berjumlah Rp.52,996,308,025.
6. Prestasi yang dicapai selama tahun 2022 adalah :
  - Penghargaan Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2021 dengan Predikat Sangat Baik yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan pada tanggal 7 Maret 2022.
  - Sertifikat Terakreditasi A untuk Institusi Penyelenggaraan Pelatihan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang yang diberikan oleh Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan pada tanggal 28 April 2022.
  - Penghargaan Kinerja Tata Kelola Keuangan Terbaik Tahun 2022 Kategori Pagu Besar yang di berikan oleh Kanwil DJPb Prov. Sumatera Selatan pada 6 September 2022.

- Penghargaan “Penyerah Piutang dengan Kontribusi Penyelesaian Berkas Piutang Terbanyak dan Teraktif dalam Crash Program Tahun 2022” yang di berikan oleh KPKNL pada 21 Desember 2022.

## **B. Strategi Peningkatan Kinerja**

Strategi yang ditempuh untuk meningkatkan kinerja RSUP dr.Mohammad Hoesin Palembang untuk tahun yang akan datang :

1. Melakukan perbaikan kualitas klaim
2. Indikator kinerja utama terkait angka pembatalan operasi dan resep obat diturunkan menjadi faktor pengurang dari indikator kinerja layanan bagi staf medis/unit layanan pengelola terkait
3. Melakukan Pemenuhan alat kesehatan sesuai standar mutu dan keselamatan pasien serta kebutuhan layanan unggulan dan layanan medik lainnya yang dapat meningkatkan produktivitas RSMH.
4. Melakukan pengembangan teknologi / penggunaan IT di semua aspek layanan baik medik, penunjang maupun administrasi, seperti pengembangan farmasi berbasis IT dan terintegrasi dengan Rekam Medik Elektronik.
5. Mengusulkan ke Kementerian Kesehatan untuk penambahan SDM PNS tenaga kesehatan dalam rangka memenuhi rasio tenaga pemberi layanan sesuai dengan standar dan penggantian PNS Purnabakti.
6. Optimalisasi pengawasan oleh Komite Medik, Komite Mutu, Komite Keperawatan, Instalasi K3RS dan SPI terhadap kepatuhan tenaga kesehatan dalam menjalankan Standar Prosedur Operasional (SPO) terutama dalam pelayanan publik.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1: Perjanjian Kinerja Tahun 2023 antara Direktur Utama RSMH dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI

#### DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG



#### PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS

Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

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 tanggungjawab kami.

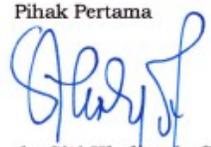
Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Pihak Kedua,

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

Jakarta, Januari 2023

Pihak Pertama

  
**dr. Siti Khalimah, Sp.KJ., MARS**  
NIP 197104162002122001

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	
(1)	(2)	(3)	(4)	
<b>A Perspektif Konsumen</b>				
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Capaian WBK, WBBM	WBK
		2	Tingkat Kesehatan BLU	85
		3	Tingkat Kepuasan Pasien	86%
		4	Tingkat Kepuasan Karyawan	80%
		5	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUITE)	90%
		6	Terlaksananya Kegiatan Pengampunan KJSU Pada RS Yang Di Ampu Secara Luring Dan Daring	100%
<b>B Perspektif Bisnis Internal</b>				
1	Terwujudnya Layanan Yang Berkualitas, Inovatif Dan Unggul	7	Jumlah Layanan Inovatif	2 Layanan
		8	Waktu Tunggu Pelayanan Radioterapi	27 Hari
		9	Waktu Tunggu Pelayanan Operasi Onkologi	11 Hari
		10	Capaian Door To Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer Pada Pasien STEMI Onset <12 Jam	80%
		11	<i>Respon Time</i> CABG	<48 Jam
		12	Persentase Capaian Paripurna Untuk Layanan KJSU Di RSMH	50%
		13	Jumlah Layanan Baru Melalui Program <i>Sister Hospital</i>	2 Layanan Inovasi
2	Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan Yang Berkeadilan Melalui Kegiatan Promotif, Preventif, Kuratif Dan Rehabilitatif	14	Jumlah Kerja Sama Dengan Asuransi Kesehatan Non BPJS	6 Kerja Sama
		15	Jumlah Kerja Sama Layanan Preventif Promotif	10 Kerja Sama
3	Peningkatan Kompetensi Dan Sistem Pendidikan Pelatihan SDM Kesehatan	16	Jumlah Kerja Sama Pendidikan Profesi Dan Non Profesi Dalam Layanan Kesehatan	13 Kerja Sama

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		17	Jumlah Pelatihan Yang Terakreditasi	8 Pelatihan
		18	Diklat Terakreditasi	Terakreditasi
		19	Jumlah Penelitian Klinis Onkologi Dan Kardiologi	2 Penelitian
<b>C</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan Dan Pengembangan</b>			
1	Terwujudnya SDM Kompeten	20	Peningkatan Jumlah Perawat Area Kritis Dan Layanan Unggulan Yang Tersertifikasi	75%
2	Terwujudnya Sarana Prasarana Yang Sesuai Standar Dan Handal	21	Ketersediaan Sarana Pendukung Layanan Unggulan Terstandar	100%
		22	Persentase Pengembangan Dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen RS	90%
		23	Persentase Penurunan Jumlah Komplain Terhadap Pelayanan Kesehatan	50%
<b>D</b>	<b>Perspektif Keuangan</b>			
1	Terwujudnya Produktifitas Dan Efisiensi	24	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)	87%
		25	Nilai IKPA (Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran)	89%
<b>E</b>	<b>Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal</b>			
1	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana, Dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	26	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%
2	Menguatnya Tata Kelola Manajemen Dan Pelayanan Spesialistik	27	Persentase Penurunan Jumlah Kematian Di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
3	Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas Di Rumah Sakit	28	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas Di Masing-Masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan	2 Kali
4	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	29	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	
(1)	(2)	(3)	(4)	
		30	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		31	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
		32	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥90%
		33	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		34	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		35	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100%
		36	Kepatuhan Penggunaan Formularium nasional	≥90%
		37	Kepatuhan terhadap Alur Klinis ( <i>clinical pathway</i> )	≥85%
		38	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		39	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%
5	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	40	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		41	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	42	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		43	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		44	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		45	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		46	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	
(1)	(2)	(3)	(4)	
		47	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		48	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Indikator Tercapai Setiap Layanan
7	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	49	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 Rumah Sakit
8	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	50	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang Paripurna	1 (masing2 Rumah Sakit Vertikal dengan Strata Paripurna)
9	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	51	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama	1 Layanan
10	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
11	Indikator RPJMN	53	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 Menit
		54	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100 %
12	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	55	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%
		56	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		57	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	
(1)	(2)	(3)	(4)	
		58	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		59	Persentase nilai EBITDA	15%

**Program**

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN
2. Program Dukungan Manajemen

**Total**

**Anggaran**

Rp. 741.560.240.000,-

Rp. 102.220.750.000,-

**Rp. 843.780.990.000,-**

Pihak Kedua,

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

Jakarta, Januari 2023

Pihak Pertama

  
**dr. Siti Khalimah, Sp.KJ., MARS**  
 NIP 197104162002122001

## Lampiran 2: Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2023

**RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG**  
**LAPORAN REALISASI ANGGARAN**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022**

(dalam Rupiah)

Uraian	Catatan	Untuk Periode yang Berakhir 31 Desember 2023			Untuk Periode yang Berakhir 31 Desember 2022		
		Anggaran	Realisasi	% terhadap Anggaran	Anggaran	Realisasi	% terhadap Anggaran
<b>A. Pendapatan Negara dan Hibah</b>							
Pendapatan Penerimaan Bukan Pajak	B.1	741,560,240,000	824,170,092,589	111	711,000,000,000	677,461,816,029	95
1 Pendapatan BLU	B.1.1	741,560,240,000	823,813,340,085	111	711,000,000,000	676,978,500,299	95
2 Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya	B.1.2	-	356,752,504	-	-	483,315,730	-
<b>Jumlah Pendapatan dan Hibah</b>		<b>741,560,240,000</b>	<b>824,170,092,589</b>	<b>111</b>	<b>711,000,000,000</b>	<b>677,461,816,029</b>	<b>95</b>
<b>B. Belanja</b>							
Belanja Pemerintah Pusat	B.2	931,519,669,000	924,016,701,758	99	929,193,839,000	885,264,269,723	95
1. Belanja Pegawai	B.2.1	101,388,732,000	100,960,227,605	100	97,752,156,000	92,460,555,991	95
2. Belanja Barang	B.2.2	716,897,021,000	710,981,836,272	99	689,544,356,000	661,304,103,794	99
3. Belanja Modal	B.2.3	113,433,916,000	112,074,637,881	99	161,897,327,000	131,499,609,938	81
<b>Jumlah Belanja</b>		<b>931,519,669,000</b>	<b>924,016,701,758</b>	<b>99</b>	<b>929,193,839,000</b>	<b>885,264,269,723</b>	<b>95</b>

**RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG**  
**LAPORAN PERUBAHAN SALDO ANGGARAN LEBIH**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022**

(dalam Rupiah)

Uraian	Catatan	Untuk Periode yang Berakhir 31 Desember 2023	Untuk Periode yang Berakhir 31 Desember 2022
Saldo Anggaran lebih (SAL) BLU Awal	C.1	144,186,591,108	183,398,548,100
Penggunaan SAL		-	-
<b>Subtotal</b>		<b>144,186,591,108</b>	<b>183,398,548,100</b>
Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA)	C.2	(99,846,609,169)	(207,802,453,694)
Penyesuaian (SiLPA/SiKPA):		101,393,558,216	168,590,496,702
Penyesuaian Transaksi BLU dengan BUN:			
Pendapatan alokasi APBN	C.3	101,750,310,720	169,073,812,432
Penyetoran PNBK ke Kas Negara	C.4	(356,752,504)	(483,315,730)
Penyetoran Surplus BLU ke Kas Negara	C.5	-	-
Pengembalian pendapatan BLU TAYL		-	-
Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA) Setelah penyesuaian		1,546,949,047	(39,211,956,992)
<b>Subtotal</b>		<b>145,733,540,155</b>	<b>144,186,591,108</b>
<b>SALDO ANGGARAN LEBIH AKHIR</b>	C.6	<b>145,733,540,155</b>	<b>144,186,591,108</b>

**Lampiran 3: Prestasi yang Dicapai Tahun 2022**

**PENGHARGAAN**



*Piagam Rekor MURI Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) RSMH dengan PERDATIN Pusat dan Sumsel di Dining Hall Jakabaring Palembang tanggal 5 Februari 2023*



*Penghargaan Laboratorium dengan Performa Pemeriksaan Covid -19 Terbaik di Provinsi Sumatera Selatan oleh Kementerian Kesehatan pada tanggal 20 Maret 2023.*



*Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, tanggal 27 Oktober 2023*



*Penghargaan RSMH sebagai Kontribusi Penulis dan Admin Konten Website Dirjen Yankes Kementerian Kesehatan RI*



*Penghargaan RSMH Palembang Peringkat ke-3 Nasional sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Berkomitmen Meningkatkan Mutu Pelayanan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tahun 2023 Kategori Rumah Sakit Kelas A dari BPJS Kesehatan. Pada 2 Oktober 2023*



*Penghargaan kesehatan JKN TA 2023 tingkat kantor cabang Palembang, kategori rumah sakit kelas A. Pada tanggal 7 September 2023*



MAK	URAIAN	ALOKASI 2023						
		DIPA AWAL	REVISI 1	REVISI 2	REVISI 3	REVISI 4	REVISI 5	REVISI 6
1	2	3	4	5	6	7	8	9
511625	Belanja Tunjangan Beras PPPK	Rp 288,746,000	Rp 594,807,000					
511628	Belanja Uang Makan PPPK	Rp 705,124,000	Rp 1,863,041,000					
512212	Belanja Uang Lembur PPPK	Rp 20,999,000						
52	Belanja Barang	Rp -	Rp 790,084,000	Rp 790,084,000				
<b>A</b>	<b>Langganan Daya dan Jasa</b>							
522113	Belanja Langganan Air	Rp -	Rp 790,084,000	Rp 790,084,000				
522111	Belanja Langganan Listrik							
<b>B. DANA PNBP</b>		<b>Rp 741,560,240,000</b>	<b>Rp 741,560,240,000</b>	<b>Rp 741,560,240,000</b>	<b>Rp 741,560,240,000</b>	<b>Rp 789,340,853,000</b>	<b>Rp 789,340,853,000</b>	<b>Rp 789,340,853,000</b>
52	Belanja Barang	Rp 670,496,107,000						
525111	Belanja Gaji & Tunjangan BLU	Rp 296,561,373,000						
525112	Belanja Barang BLU	Rp 10,992,852,000	Rp 10,992,852,000	Rp 10,992,852,000	Rp 10,992,852,000	Rp 13,069,224,000	Rp 13,069,224,000	Rp 13,069,224,000
525113	Biaya Jasa BLU	Rp 16,497,560,000	Rp 16,497,560,000	Rp 16,497,560,000	Rp 16,497,560,000	Rp 48,619,733,000	Rp 48,619,733,000	Rp 48,619,733,000
525114	Belanja Pemeliharaan BLU	Rp 34,092,359,000						
525115	Belanja Perjalanan BLU	Rp 1,990,076,000	Rp 1,990,076,000	Rp 1,990,076,000	Rp 1,990,076,000	Rp 3,623,638,000	Rp 3,623,638,000	Rp 3,623,638,000
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya	Rp 69,583,571,000	Rp 69,583,571,000	Rp 69,583,571,000	Rp 69,256,871,000	Rp 72,654,236,000	Rp 72,654,236,000	Rp 72,654,236,000
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya (IsDB)	Rp 12,965,599,000						
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Obat-obatan & BMHP	Rp 185,390,060,000	Rp 185,390,060,000	Rp 185,390,060,000	Rp 185,390,060,000	Rp 143,514,901,000	Rp 143,514,901,000	Rp 143,514,901,000
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Pembayaran Hutang Farmasi	Rp -						
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU	Rp 42,422,657,000	Rp 42,422,657,000	Rp 42,422,657,000	Rp 42,749,357,000	Rp 45,395,044,000	Rp 45,395,044,000	Rp 45,395,044,000
53	Belanja Modal	Rp 71,064,133,000	Rp 71,064,133,000	Rp 71,064,133,000	Rp 71,064,133,000	Rp 118,844,746,000	Rp 118,844,746,000	Rp 118,844,746,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Kesehatan	Rp 38,087,574,000	Rp 38,087,574,000	Rp 38,087,574,000	Rp 38,087,574,000	Rp 80,473,994,000	Rp 80,473,994,000	Rp 80,473,994,000

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023						
		DIPA AWAL	REVISI 1	REVISI 2	REVISI 3	REVISI 4	REVISI 5	REVISI 6
1	2	3	4	5	6	7	8	9
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Perangkat Pengolah Data dan Informasi	Rp 5,678,426,000	Rp 5,678,426,000	Rp 5,678,426,000	Rp 5,678,426,000	Rp 8,592,590,000	Rp 8,592,590,000	Rp 8,592,590,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	Rp 4,356,108,000	Rp 4,356,108,000	Rp 4,356,108,000	Rp 4,356,108,000	Rp 4,423,168,000	Rp 4,423,168,000	Rp 4,423,168,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Non Medik	Rp 5,074,081,000	Rp 5,074,081,000	Rp 5,074,081,000	Rp 5,074,081,000	Rp 5,171,659,000	Rp 5,171,659,000	Rp 5,171,659,000
537113	Belanja Modal Gedung & Bangunan BLU	Rp 17,867,944,000	Rp 17,867,944,000	Rp 17,867,944,000	Rp 17,867,944,000	Rp 20,183,335,000	Rp 20,183,335,000	Rp 20,183,335,000
<b>TOTAL (A+B)</b>		<b>Rp 843,780,990,000</b>	<b>Rp 843,780,990,000</b>	<b>Rp 843,780,990,000</b>	<b>Rp 843,780,990,000</b>	<b>Rp 891,561,603,000</b>	<b>Rp 893,809,552,000</b>	<b>Rp 893,809,552,000</b>

Sumber : Timker Perencanaan Anggaran RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

**Tabel L4.2 Pagu Anggaran Belanja Revisi 7 sampai dengan Revisi 12 Tahun Anggaran 2023**

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023				
		REVISI 7	REVISI 8	REVISI 9	REVISI 10	REVISI 11
1	2	10	11	12	13	14
<b>A. DANA RUPIAH MURNI (RM)</b>		<b>Rp 94,397,457,000</b>				
51	Belanja Pegawai	Rp 93,607,373,000				
<b>A</b>	<b>Layanan Gaji dan Tunjangan PNS</b>	<b>Rp 82,753,072,000</b>	<b>Rp 84,383,726,000</b>	<b>Rp 84,383,726,000</b>	<b>Rp 84,383,726,000</b>	<b>Rp 84,383,726,000</b>
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	Rp 52,132,396,000	Rp 55,844,139,000	Rp 55,844,139,000	Rp 55,844,139,000	Rp 55,844,139,000
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	Rp 840,000	Rp 761,000	Rp 761,000	Rp 761,000	Rp 761,000
511121	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PNS	Rp 4,317,107,000	Rp 3,922,062,000	Rp 3,922,062,000	Rp 3,922,062,000	Rp 3,922,062,000
511122	Belanja Tunjangan Anak PNS	Rp 1,289,775,000	Rp 1,185,523,000	Rp 1,185,523,000	Rp 1,185,523,000	Rp 1,185,523,000
511123	Belanja Tunjangan Struktural PNS	Rp 58,399,000	Rp 59,480,000	Rp 59,480,000	Rp 59,480,000	Rp 59,480,000
511124	Belanja Tunjangan Fungsional PNS	Rp 8,218,680,000	Rp 7,147,170,000	Rp 7,147,170,000	Rp 7,147,170,000	Rp 7,147,170,000
511125	Belanja Tunjangan PPh PNS	Rp 434,787,000	Rp 377,799,000	Rp 377,799,000	Rp 377,799,000	Rp 377,799,000
511126	Belanja Tunjangan Beras PNS	Rp 3,381,261,000	Rp 3,065,394,000	Rp 3,065,394,000	Rp 3,065,394,000	Rp 3,065,394,000
511129	Belanja Uang Makan PNS	Rp 10,509,207,000				

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023		ALOKASI 2023		ALOKASI 2023		ALOKASI 2023	
		REVISI 7		REVISI 8		REVISI 9		REVISI 10	
1	2	10		11		12		13	
		10		11		12		13	
511134	Belanja Tunjangan Kompensasi Kerja PNS	Rp	681,077,000	Rp	607,075,000	Rp	607,075,000	Rp	607,075,000
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	Rp	634,307,000	Rp	569,880,000	Rp	569,880,000	Rp	569,880,000
512211	Belanja Uang Lembur	Rp	1,095,236,000	Rp	1,095,236,000	Rp	1,095,236,000	Rp	1,095,236,000
<b>B</b>	<b>Layanan Gaji dan Tunjangan PPPK</b>	Rp	10,854,301,000	Rp	9,223,647,000	Rp	9,223,647,000	Rp	9,223,647,000
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	Rp	6,876,039,000	Rp	5,910,762,000	Rp	5,910,762,000	Rp	5,910,762,000
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	Rp	127,000	Rp	88,000	Rp	88,000	Rp	88,000
511621	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PPPK	Rp	495,853,000	Rp	360,585,000	Rp	360,585,000	Rp	360,585,000
511622	Belanja Tunjangan Anak PPPK	Rp	168,493,000	Rp	112,438,000	Rp	112,438,000	Rp	112,438,000
511624	Belanja Tunjangan Fungsional PPPK	Rp	834,942,000	Rp	559,100,000	Rp	559,100,000	Rp	559,100,000
511625	Belanja Tunjangan Beras PPPK	Rp	594,807,000	Rp	396,634,000	Rp	396,634,000	Rp	396,634,000
511628	Belanja Uang Makan PPPK	Rp	1,863,041,000	Rp	1,863,041,000	Rp	1,863,041,000	Rp	1,863,041,000
512212	Belanja Uang Lembur PPPK	Rp	20,999,000	Rp	20,999,000	Rp	20,999,000	Rp	20,999,000
52	Belanja Barang	Rp	790,084,000	Rp	790,084,000	Rp	790,084,000	Rp	790,084,000
<b>A</b>	<b>Langganan Daya dan Jasa</b>								
522113	Belanja Langganan Air	Rp	790,084,000	Rp	790,084,000	Rp	790,084,000	Rp	121,119,000
522111	Belanja Langganan Listrik							Rp	668,965,000
	<b>B. DANA PNBPN</b>	<b>Rp</b>	<b>789,340,853,000</b>	<b>Rp</b>	<b>789,340,853,000</b>	<b>Rp</b>	<b>789,340,853,000</b>	<b>Rp</b>	<b>789,340,853,000</b>
52	Belanja Barang	Rp	670,496,107,000	Rp	670,446,107,000	Rp	670,446,107,000	Rp	670,446,107,000
525111	Belanja Gaji & Tunjangan BLU	Rp	296,561,373,000	Rp	296,561,373,000	Rp	280,155,542,000	Rp	280,155,542,000
525112	Belanja Barang BLU	Rp	13,069,224,000	Rp	12,580,353,000	Rp	12,580,353,000	Rp	12,580,353,000
525113	Biaya Jasa BLU	Rp	48,619,733,000	Rp	48,161,678,000	Rp	48,161,678,000	Rp	48,161,678,000
525114	Belanja Pemeliharaan BLU	Rp	34,092,359,000	Rp	36,224,021,000	Rp	36,224,021,000	Rp	36,224,021,000
525115	Belanja Perjalanan BLU	Rp	3,623,638,000	Rp	4,992,388,000	Rp	4,992,388,000	Rp	4,992,388,000
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya	Rp	72,654,236,000	Rp	73,875,838,000	Rp	90,281,669,000	Rp	90,281,669,000
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya (IsDB)	Rp	12,965,599,000	Rp	9,965,599,000	Rp	9,965,599,000	Rp	9,965,599,000

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023				
		REVISI 7	REVISI 8	REVISI 9	REVISI 10	REVISI 11
1	2	10	11	12	13	14
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Obat-obatan & BMHP	Rp 143,514,901,000				
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Pembayaran Hutang Farmasi	Rp -				
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU	Rp 45,395,044,000	Rp 44,569,956,000	Rp 44,569,956,000	Rp 44,569,956,000	Rp 44,569,956,000
53	Belanja Modal	Rp 118,844,746,000	Rp 118,894,746,000	Rp 118,894,746,000	Rp 118,894,746,000	Rp 118,894,746,000
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Kesehatan	Rp 80,473,994,000				
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Perangkat Pengolah Data dan Informasi	Rp 8,592,590,000				
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	Rp 4,423,168,000				
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Non Medik	Rp 5,171,659,000				
537113	Belanja Modal Gedung & Bangunan BLU	Rp 20,183,335,000	Rp 20,233,335,000	Rp 20,233,335,000	Rp 20,233,335,000	Rp 20,233,335,000
<b>TOTAL (A+B)</b>		<b>Rp 883,738,310,000</b>				

Sumber : Timker Perencanaan Anggaran RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

**Tabel L4.3 Pagu Anggaran Belanja Revisi 12 sampai dengan Revisi 16 Tahun Anggaran 2023**

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023				
		REVISI 12	REVISI 13	REVISI 14	REVISI 15	REVISI 16
1	2	15	16	17	18	19
<b>A. DANA RUPIAH MURNI (RM)</b>		<b>Rp 102,178,816,000</b>				
51	Belanja Pegawai	Rp 101,388,732,000				
<b>A</b>	<b>Layanan Gaji dan Tunjangan PNS</b>	<b>Rp 91,246,225,000</b>				
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	Rp 61,157,842,000				
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	Rp 833,000				
511121	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PNS	Rp 4,239,887,000				
511122	Belanja Tunjangan Anak PNS	Rp 1,286,867,000				
511123	Belanja Tunjangan Struktural PNS	Rp 59,480,000				

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023		ALOKASI 2023		ALOKASI 2023		ALOKASI 2023	
		REVISI 12	REVISI 13	REVISI 14	REVISI 15	REVISI 16			
1	2	15	16	17	18	19			
511124	Belanja Tunjangan Fungsional PNS	Rp 7,891,564,000							
511125	Belanja Tunjangan PPh PNS	Rp 396,676,000							
511126	Belanja Tunjangan Beras PNS	Rp 3,315,760,000							
511129	Belanja Uang Makan PNS	Rp 10,509,207,000							
511134	Belanja Tunjangan Kompensasi Kerja PNS	Rp 671,879,000							
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	Rp 620,994,000							
512211	Belanja Uang Lembur	Rp 1,095,236,000							
<b>B</b>	<b>Layanan Gaji dan Tunjangan PPPK</b>	Rp 10,142,507,000							
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	Rp 6,647,539,000							
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	Rp 99,000							
511621	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PPPK	Rp 406,279,000							
511622	Belanja Tunjangan Anak PPPK	Rp 126,857,000							
511624	Belanja Tunjangan Fungsional PPPK	Rp 630,800,000							
511625	Belanja Tunjangan Beras PPPK	Rp 446,893,000							
511628	Belanja Uang Makan PPPK	Rp 1,863,041,000							
512212	Belanja Uang Lembur PPPK	Rp 20,999,000							
52	Belanja Barang	Rp 790,084,000							
<b>A</b>	<b>Langganan Daya dan Jasa</b>								
522113	Belanja Langganan Air	Rp 121,119,000							
522111	Belanja Langganan Listrik	Rp 668,965,000							
	<b>B. DANA PNBP</b>	<b>Rp 789,340,853,000</b>	<b>Rp 789,340,853,000</b>	<b>Rp 829,340,853,000</b>	<b>Rp 829,340,853,000</b>	<b>Rp 829,340,853,000</b>			
52	Belanja Barang	Rp 670,446,107,000	Rp 675,906,937,000	Rp 715,906,937,000	Rp 715,906,937,000	Rp 715,906,937,000			
525111	Belanja Gaji & Tunjangan BLU	Rp 280,155,542,000	Rp 273,346,596,000	Rp 273,346,596,000	Rp 273,346,596,000	Rp 273,346,596,000			
525112	Belanja Barang BLU	Rp 12,580,353,000	Rp 11,498,027,000	Rp 11,498,027,000	Rp 11,498,027,000	Rp 11,210,260,000			
525113	Biaya Jasa BLU	Rp 48,161,678,000	Rp 46,070,542,000	Rp 46,070,542,000	Rp 46,070,542,000	Rp 41,851,505,000			

MAK	URAIAN	ALOKASI 2023		ALOKASI 2023		ALOKASI 2023		ALOKASI 2023	
		REVISI 12	REVISI 13	REVISI 14	REVISI 15	REVISI 16			
1	2	15	16	17	18	19			
525114	Belanja Pemeliharaan BLU	Rp 36,224,021,000	Rp 35,224,021,000	Rp 35,224,021,000	Rp 35,224,021,000	Rp 34,545,494,000			
525115	Belanja Perjalanan BLU	Rp 4,992,388,000							
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya	Rp 90,281,669,000	Rp 95,167,577,000	Rp 95,167,577,000	Rp 95,167,577,000	Rp 100,068,995,000			
525119	Belanja Penyedia Barang & Jasa BLU Lainnya (IsDB)	Rp 9,965,599,000	Rp 6,874,297,000	Rp 6,874,297,000	Rp 6,874,297,000	Rp 6,874,297,000			
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Obat-obatan & BMHP	Rp 143,514,901,000							
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU - Pembayaran Hutang Farmasi	Rp -	Rp 14,482,900,000	Rp 54,482,900,000	Rp 54,482,900,000	Rp 54,482,900,000			
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi BLU	Rp 44,569,956,000	Rp 44,735,688,000	Rp 44,735,688,000	Rp 44,735,688,000	Rp 45,019,601,000			
53	Belanja Modal	Rp 118,894,746,000	Rp 113,433,916,000	Rp 113,433,916,000	Rp 113,433,916,000	Rp 113,433,916,000			
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Kesehatan	Rp 80,473,994,000	Rp 77,852,924,000	Rp 77,852,924,000	Rp 77,852,924,000	Rp 77,852,924,000			
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Perangkat Pengolah Data dan Informasi	Rp 8,592,590,000	Rp 8,004,713,000	Rp 8,004,713,000	Rp 8,004,713,000	Rp 8,004,713,000			
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	Rp 4,423,168,000	Rp 3,706,941,000	Rp 3,706,941,000	Rp 3,706,941,000	Rp 3,706,941,000			
537112	Belanja Modal dan Peralatan Mesin BLU - Alat Non Medik	Rp 5,171,659,000	Rp 6,469,442,000	Rp 6,469,442,000	Rp 6,469,442,000	Rp 6,469,442,000			
537113	Belanja Modal Gedung & Bangunan BLU	Rp 20,233,335,000	Rp 17,399,896,000	Rp 17,399,896,000	Rp 17,399,896,000	Rp 17,399,896,000			
<b>TOTAL (A+B)</b>		<b>Rp 891,519,669,000</b>	<b>Rp 891,519,669,000</b>	<b>Rp 931,519,669,000</b>	<b>Rp 931,519,669,000</b>	<b>Rp 931,519,669,000</b>			

Sumber : Timker Perencanaan Anggaran RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang