

# LAPORAN AKUNTABILITAS INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) TAHUN 2023



**RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**  
Jl. Perintis Kemerdekaan, Kota Padang  
Sumatera Barat, 25127

## LEMBAR PERSETUJUAN LAKIP TAHUN 2023

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

Setelah saya meneliti dan memverifikasi seluruh data dan informasi yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) 2023 adalah valid.

Padang, Januari 2024

1. Direktur Utama

Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K)

(.....)

2. Plt. Direktur Medik Dan Keperawatan

Dr. dr. Bestari Jaka Budiman, Sp. THT- KL (K)

(.....)

3. Plt. Direktur Sdm, Pendidikan Dan Penelitian

dr. Dedi Sutia, Sp. N (K)

(.....)

4. Direktur Perencanaan Dan Keuangan

Luhur Djoko Prasetyo, SE

(.....)

5. Plt. Direktur Layanan Operasional

Dr. Asrawati, M. Biomed, SpA(K)

(.....)

## KATA PENGANTAR

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tahun 2023 disusun dalam rangka memenuhi Peraturan Presiden No. 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Kebijakan ini dibangun dan dikembangkan atas pelaksanaan tugas sesuai visi dan misi Presiden dalam rangka perwujudan pertanggungjawaban tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah, salah satunya adalah RSUP Dr. M. Djamil Padang. LAKIP disusun sebagai sarana pengendalian dan penilaian kinerja dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang akuntabel baik dari sisi perencanaan, pengukuran, pelaporan maupun evaluasi kinerja. LAKIP disusun dengan tujuan untuk memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai, dan sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya serta juga diharapkan sebagai salah satu cara evaluasi yang objektif tentang perkembangan rumah sakit yang pada akhirnya dapat membantu RSUP Dr. M. Djamil Padang menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian di Asia Tenggara tahun 2024.

Penyusunan LAKIP tahun 2023 mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 53 tahun 2014 tentang petunjuk teknis penyusunan perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan reвью atas laporan kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 88 Tahun 2021 tentang evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).

Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang ini merupakan perwujudan pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian sasaran strategis tahun anggaran 2023. Laporan Kinerja ini merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024.

RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam menyusun Rencana Strategis Bisnis berdasarkan 4 perspektif yaitu: 1) Financial, 2) Customer, 3) Internal Business Process serta 4) Learning & Growth. Kemudian manajemen RSUP Dr. M. Djamil Padang merumuskan faktor kritikal untuk mendukung tercapainya visi dan misi yang ditetapkan menjadi tujuan dan sasaran strategis dengan mempertimbangkan kepentingan para stakeholder. Analisis akuntabilitas kinerja disusun berdasarkan sasaran strategis yang ditetapkan masing-masing instansi pemerintah dan merujuk pada tujuan dan sasaran strategis Kementerian Kesehatan. Inisiatif program dan kegiatan disusun

melalui suatu pendekatan yang sistematis serta terintegrasi di masing-masing unit kerja sehingga penyusunan LAKIP ini didasarkan atas hasil pengukuran kinerja sebagai berikut:

1. Pencapaian sasaran strategis dalam Rencana Strategis Bisnis yang dinilai menggunakan indikator kinerja yang ditetapkan melalui mekanisme pembahasan bersama pimpinan rumah sakit sebagai IKU RSB.
2. Rencana Kerja Tahunan (RKT) disusun melalui mekanisme top-down (rincian program berdasarkan kebijakan manajemen) dan bottom-up (rincian program berdasarkan kebutuhan dan pengembangan pelayanan, pendidikan, dan penelitian dari unit kerja mengacu pada Key Performance Indicator (IKU) dengan sasaran strategis yang menggunakan Balance Score Card.
3. Pencapaian kinerja direktorat dan unit kerja yang merupakan bagian penting dalam pencapaian visi, misi, dan sasaran strategis rumah sakit. IKU yang sudah ditetapkan kemudian dilakukan kontrak kinerja sebagai penilaian Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan Direktur Utama. Selanjutnya capaian IKU unit kerja akan dijadikan dasar dalam pemberian remunerasi.

Proses penyusunan LAKIP melibatkan semua unit kerja (45 unit kerja) di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang melakukan kontrak kinerja dengan Direktur Utama. Hal ini memang yang dikehendaki oleh pihak manajemen, sehingga RS mampu menerapkan learning organization dalam implementasi pengukuran kinerja berbasis IKU yang sudah terintegrasi dengan sistem IT. Namun demikian, penyajian laporan masih perlu mendapatkan masukan dan saran untuk penyempurnaan isi laporan dan integrasi pencapaian kinerja.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh unit kerja yang telah membantu dalam mengumpulkan data dan menyiapkan laporan, sehingga tersusun LAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023, dan semoga LAKIP ini dapat memenuhi harapan sebagai pertanggungjawaban kami kepada masyarakat atas mandat yang diemban dan kinerja yang telah ditetapkan serta sebagai pendorong peningkatan kinerja organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang di masa mendatang.

Padang, Januari 2024  
Direktur Utama,

Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K)  
NIP. 196804191999031003

## **PERNYATAAN TELAH DIREVIU RSUP DR.M.DJAMIL PADANG**

Kami telah mereviu Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun anggaran 2023 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas Laporan Kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid. Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam Laporan Kinerja ini.

Padang, Januari 2023  
Ketua Satuan Pemeriksaan Internal



Suhatsyah, SE.AK

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
PERNYATAAN TELAH DIREVIU RSUP DR.M.DJAMIL PADANG .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
IKHTISAR EKSEKUTIF .....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2 Maksud dan Tujuan.....	1
1.3. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG .....	2
1.4. Peran Strategis.....	3
1.5. Struktur Organisasi RSUP DR. M. DJAMIL PADANG .....	3
1.6. Permasalahan Utama (Strategic Issued).....	4
1.7 Sistematika Pelaporan.....	6
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	9
2.1. Rencana Strategis Bisnis .....	9
2.2. Pelayanan Prioritas dan Pelayanan Unggulan .....	14
2.3. Rencana Kerja Tahunan ( RKT) dan Anggaran Tahun 2023 .....	14
2.4. Perjanjian Kinerja.....	15
BAB III AKUNTABIILITAS KINERJA .....	19
3.I. Pengukuran Kinerja .....	19
3.2 Analisis Capaian Kinerja.....	22
3.3 SUMBER DAYA.....	76
3.3.1. Sumber Daya Manusia .....	76
3.3.2. Sumber Daya Anggaran dan Effisiensi .....	77
3.3.3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	79
3.3.4. Effisiensi Sumber Daya.....	80
3.3.5 INOVASI .....	82
3.3.6. Evaluasi .....	84
BAB IV PENUTUP .....	86

4.1 Kesimpulan .....	86
4.2 Rekomendasi .....	87
LAMPIRAN.....	88

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Matriks Perencanaan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang periode 2020-2024 .....	12
Tabel 2.2 RKA Tahun 2023 .....	15
Tabel 3.1 Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2023 .....	19
Tabel 3.2 Sasaran Strategis 1 .....	22
Tabel 3.3 Sasaran Strategis 2 .....	23
Tabel 3.4 Sasaran Strategis 3 .....	25
Tabel 3.5 Hasil Survey Kepuasan Peserta Didik Tahun 2023.....	26
Tabel 3.6 Peserta Survey Kepuasan Peserta Didik Tahun 2023 .....	27
Tabel 3.7 Sasaran Strategis 4 .....	28
Tabel 3.8 Sasaran Strategis 5 .....	29
Tabel 3.9 Penelitian Riset Translational 2023.....	30
Tabel 3.10 Sasaran Strategis 6 .....	31
Tabel 3.11 Sasaran Strategis 7 .....	33
Tabel 3.12 Jumlah Sisrute Tahun 2023 .....	34
Tabel 3.13 Alasan Penolakan Tahun 2023.....	34
Tabel 3.14 Tidak Ada Indikasi rujuk/ Tidak transportabel .....	35
Tabel 3.15 Sasaran Strategis 8 .....	36
Tabel 3.16 Sasaran Strategis 9 .....	37
Tabel 3.17 Sasaran Strategis 10 .....	38
Tabel 3.18 Sasaran Strategis 11 .....	39
Tabel 3.19 Analisis Hasil Survei Kepuasan Masyarakat Tahun 2023 .....	41
Tabel 3.20 Sasaran Strategis 12 .....	42
Tabel 3.21 Rekapitulasi Capaian Indikator Nasional Mutu Pelayanan (INM) .....	43
Tabel 3. 22 Sasaran Strategis 13 .....	44
Tabel 3.23 Sasaran Strategis 14 .....	48
Tabel 3.24 Pembagian zona parkir.....	49
Tabel 3.25 Jumlah parker kendaraan bulan Desember 2023.....	50
Tabel 3.26 Sasaran Strategis 15 .....	54

Tabel 3.27 Sasaran Strategis 16 .....	55
Tabel 3. 28 Sasaran Strategis 17 .....	56
Tabel 3. 29 Sasaran Strategis 18 .....	57
Tabel 3.30 Akar Masalah .....	62
Tabel 3. 31 Akar Masalah Pelaporan Nilai Labor Kritis.....	65
Tabel 3.32 Monev Upaya Peningkatan Mutu Pelaporan Nilai Labor Kritis TW III Tahun 2023 ....	66
Tabel 3.33 Jumlah Pengaduan.....	69
Tabel 3.34 Kategori Pengaduan .....	70
Tabel 3.35 Sasaran Strategis 19 .....	71
Tabel 3.36 Sasaran Strategis 20 .....	71
Tabel 3.37 Sasaran Strategis 21 .....	74
Tabel 3.38 Pegawai RSUP DR. M. Djamil Padang .....	76
Tabel 3.39 Realisasi Penyerapan Anggaran Tahun 2023.....	77
Tabel 3.40 Perkembangan Barang Milik Negara Tahun 2023 .....	80
Tabel 3. 41 Inovasi yang Sudah Dilakukan.....	82
Tabel 3.42 Evaluasi atas Penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	84

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang.....	8
Gambar 2.1 Peta Strategi RSUP DR. M. Djamil Padang.....	17
Gambar 2.2 Perjanjian Kienrja Tahun 2023.....	18
Gambar 3. 1 Aplikasi e-Survey .....	42
Gambar 3.2 lahan parker mobil dan motor.....	50
Gambar 3.3 Kepatuhan Identifikasi Pasien .....	59
Gambar 3. 4 Waktu Tanggap Operasi Secarea Emergensi .....	59
Gambar 3. 5 Penundaan Operasi Elektif.....	60
Gambar 3. 6 Cause and Effect Diagram (Ishikawa Chart atau Fishbone Chart).....	62
Gambar 3.7 Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis/DPJP .....	63
Gambar 3.8 Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium .....	64
Gambar 3.9 Pelaporan Nilai Labor Kritis .....	65
Gambar 3. 10 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS).....	66
Gambar 3. 11 Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway .....	67
Gambar 3. 12 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.....	68
Gambar 3.13 Kepuasan Pasien.....	70
Gambar 3.14 Penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik (RME).....	72
Gambar 3.15 Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M. Djamil Padang .....	81

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Perjanjian Kinerja Tahun 2023 .....	88
Lampiran 2 Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir.....	92
Lampiran 3 Lampiran Revisi Sasaran Strategis, IKU/Indikator dan Target pada RSB Revisi II Tahun 2020-2024 .....	98
Lampiran 4 Benchmark Data .....	105

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023 menyajikan capaian kinerja atas Perjanjian Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023. RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 memiliki 21 (dua puluh satu) sasaran strategis dengan total 49 (empat puluh sembilan) indikator kinerja yang harus dicapai.

Sasaran yang ingin dicapai berdasarkan Revisi II RSB Tahun 2020-2024 adalah: 1) Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya; 2) Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya; 3) Terwujudnya kepuasan stakeholder; 4) Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian; 5) Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan; 6) Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan; 7) Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi; 8) Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan; 9) Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik; 10) Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit; 11) Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit; 12) Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan; 13) Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP; 14) Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal; 15) Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas); 16) Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal; 17) Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan; 18) Indikator Nasional Mutu; 19) Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium; 20) Indikator RPJMN; 21) Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan.

Dari hasil pengukuran realisasi terhadap 49 (empat puluh sembilan) target tersebut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 28 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak 11 target;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 7 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 3 target.

Secara umum capaian kinerja sasaran telah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, meskipun, beberapa indikator belum menunjukkan capaian sesuai target karena RSUP Dr. M. Djamil Padang sangat ditentukan oleh komitmen keterlibatan dan dukungan aktif segenap komponen unit kerja. Adapun IKU yang belum mencapai target yaitu Indeks budaya keselamatan, Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Kepatuhan penggunaan APD, Pelaporan hasil kritis laboratorium, Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD,

rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi., Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni, dan terdapat 3 indikator yang capaiannya di bawah 50% yaitu Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal, Penundaan operasi elektif dan Persentase nilai EBITDA Margin.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang. Total realisasi anggaran (APBN-RM) RSUP Dr. M. Djamil Padang TA. 2023 adalah sebesar Rp. 130.119.781.654,- (96,34%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp. 135.069.722.000,-. Total realisasi anggaran BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang TA. 2023 adalah sebesar Rp. 786.408.637.751,- (98,79%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.796.030.614.000,-. Pendapatan pada tahun 2023 sebesar Rp 744.972.487.680,- lebih tinggi sebesar 11,38%, bila dibandingkan dengan pendapatan tahun 2022 yaitu Rp 668.859.475.660,-, sehingga pendapatan naik sebesar 11,38%.

RSUP Dr. M. Djamil Padang selalu mendorong inovasi dan terobosan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan baik di internal maupun eksternal. Keberhasilan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 juga ditunjukkan dari beberapa achievement dan penghargaan, diantaranya adalah “Peringkat III Nasional Pemanfaatan Aplikasi SRIKANDI Kategori Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2023, Penghargaan dari Kementerian Kesehatan tentang Kepatuhan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2023 dengan kategori “BAIK”, PPKM Award 2023 Penghargaan Kategori Rumah Sakit (Tipe A) dengan Performa Tata Kelola COVID-19 Terbaik di Regional Sumatera, penghargaan sebagai Wajib Pajak Instansi pemerintah (APBN) terbaik Tahun 2022 Kantor Pelayanan Pajak Pratama Padang Dua Kantor Wilayah DJP Sumatera Barat dan Jambi, Sertifikat Lulus Akreditasi Paripurna dan Peringkat III Rumah Sakit Vertikal Kategori Rumah Sakit Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik 2023, serta mendapat 6 Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tahun 2023”.

Hasil evaluasi berupa rekomendasi dari Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi atas implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) menjadi dasar pertimbangan untuk perbaikan kebijakan, proses bisnis dan manajemen sistem terkait pengelolaan kinerja.

Capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang diharapkan dapat terus meningkat dari tahun ke tahun. Untuk itu, diperlukan upaya bersama untuk dapat mewujudkan harapan tersebut.

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil Padang adalah Rumah Sakit (RS) kelas A Pendidikan dengan kegiatan utama memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspecialis kepada pelanggan. Sebagai instansi pemerintah RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan perorangan.

Dalam rangka pertanggungjawaban pencapaian kinerja dan pelaksanaan anggaran suatu instansi pemerintah, serta untuk mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) di lingkungan Kementerian Kesehatan, maka setiap instansi di lingkungan Kementerian Kesehatan diwajibkan untuk membuat pelaporan kinerja sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 239/PMK.09/2016 tentang Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Laporan ini merupakan laporan berkala yang disusun RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai wujud pertanggungjawaban dan akuntabilitas kepada seluruh *stakeholder*. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Dr. M. Djamil Padang mengacu pada 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 Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 466/KMK.01/2015, serta Rencana Strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024.

## 1.2 Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan penyusunan LAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah:

1. Sebagai instrumen pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan serta mengacu pada RSB Revisi II RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024.
2. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematis untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun (*sustainable and continuous improvement*).

3. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau dengan kata lain peningkatan kinerja unit kerja di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4. Sebagai tolok ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penghambat atau pendukung tercapainya kinerja serta tindakan perbaikan di masa yang akan datang.

### **1.3. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Tipe II adalah sebagai berikut.

#### **1. Kedudukan**

RSUP Dr. M. Djamil Padang dipimpin oleh Direktur Utama yang merupakan UPT yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. RSUP Dr. M. Djamil Padang secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh sekretaris direktorat jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### **2. Tugas Pokok**

RSUP Dr. M. Djamil Padang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

#### **3. Fungsi**

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSUP Dr. M. Djamil Padang menyelenggarakan beberapa fungsi, antara lain:

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- c. Pengelolaan pelayanan non medis
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerjasama, dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan

- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.
- m. Sebagai instansi yang menerapkan PPK-BLU, RSUP Dr. M. Djamil Padang melakukan fungsi pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

#### **1.4. Peran Strategis**

Untuk menunjukkan prioritas dalam jalan perubahan menuju Indonesia yang berdaulat secara politik, mandiri dalam bidang ekonomi, dan berkepribadian dalam kebudayaan, dirumuskan 5 Poin Visi Pembangunan Presiden dalam pemerintahan ke depan. Dari 5 Poin Visi Pembangunan Presiden dalam pemerintahan yang terkait dengan tugas dan fungsi RSUP DR. M. Djamil Padang adalah khususnya tema serta arah kebijakan dan strategi nasional pada Poin II, yaitu “Pembangunan SDM : Kita akan memberikan prioritas pembangunan kita pada pembangunan sumber daya manusia. Pembangunan SDM menjadi kunci pembangunan Indonesia ke depan. Titik dimulainya pembangunan SDM adalah dengan menjamin kesehatan ibu hamil, kesehatan bayi, kesehatan balita, dan kesehatan anak usia sekolah”.

#### **1.5. Struktur Organisasi RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.01.07/MENKES/1331/2023 tentang Peta Jabatan Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, RSUP Dr. M. Djamil Padang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Tipe II terdiri dari empat direktorat.

#### **Susunan Dewan Direksi dan Dewan Pengawas RSUP Dr. M. Djamil Padang**

##### **Dewan Direksi :**

Direktur Utama	: Dr. dr. Dovy Djanas Sp. OG(K)
Plt. Direktur Medik dan Keperawatan	: Dr. dr. Bestari Jaka Budiman, Sp. THT-KL(K)
Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	: dr. Dedi Sutia, Sp.N (K) FINA, MARS
Direktur Perencanaan dan Keuangan	: Luhur Joko Prasetyo, SE
Plt. Direktur Layanan Operasional	: dr. Asrawati, M. Biomed, Sp.A(K)

Para Direktur diangkat berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan sebagai berikut :

- a. Direktur Utama : Nomor KP.03.03/MENKES/1347/2023 tanggal 15 Mei 2023.
- b. Plt. Direktur Medik dan Keperawatan : Nomor KP.03.04/D/10953/2023 tanggal 06 Oktober 2023

- c. Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian: Nomor HK.02.02/D/7739/2023 tanggal 22 Mei 2023.
- d. Direktur Perencanaan dan Keuangan : KP.03.03/MENKES/1347/2023 tanggal 15 Mei 2023
- e. Plt. Direktur Layanan Operasional : HK.02.02/D/7740/2023 tanggal 22 Mei 2023

**Dewan Pengawas:**

- Ketua : drg. Arianti Anaya, MKM
- Anggota : 1. Indah Febrianti, S.H., M.H  
2. Albertus Yudha Poerwadi, SE, M.Si, CA, CPMA, QIA  
3. Dr. Syukriah HG, S.H., MHum  
4. Dr. Edih Mulyadi, S.E., M.Si

Pengangkatan Dewan Pengawas tersebut didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.01.07/MENKES/1326/2022 tanggal 4 Mei 2023. Dalam rangka membantu pelaksanaan kegiatan Dewan Pengawas secara administratif ditunjuk Mardi Kusuma, S.Sos sebagai Sekretaris Dewan Pengawas melalui Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang Nomor Kp.03.02/II/150/2021 tanggal 4 Januari 2021.

**1.6. Permasalahan Utama (Strategic Issued)**

Dengan keberhasilannya sebagai Rumah Sakit Pendidikan kelas A, status PPK BLU dan Rumah Sakit Rujukan Tingkat Nasional untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah serta sudah terakreditasi Internasional KARS, maka rumah sakit ini terus berupaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam memberikan layanan. Namun demikian rumah sakit ini masih dihadapkan dengan beberapa permasalahan utama (*strategic issued*) pada tahun 2023 diantaranya adalah :

Permasalahan Utama (*Strategic Issued*) yang ditemui di RSUP Dr. M. Djamil Padang saat ini adalah :

1. Belum optimal dalam penagihan klaim dengan terdapatnya klaim pending dari BPJS
2. Pengembangan SDM yang harus ditingkatkan kompetensinya
3. Untuk kelancaran perputaran persediaan dibutuhkan pengembangan IT sehingga diperoleh data yang akurat dan tepat waktu.
4. Pengembangan pelayanan baru difokuskan kepada kegiatan yang dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit.

5. Masih cukup lama waktu tunggu untuk mendapatkan kamar rawat inap; serta ketersediaan lahan parkir yang sangat terbatas.
6. Prosedur layanan, keramahan petugas, dan informasi yang diberikan pihak RS kurang maksimal. Masih ada kecenderungan kurang koordinasi antara satu unit kerja dengan unit kerja lainnya, termasuk koordinasi antara dokter dan perawat dengan pasien/keluarga pasien. Beberapa hal yang menyebabkan ketidakpuasan pelanggan terdapat pada pelayanan publik, standar pelayanan, maupun pemberian informasi dan edukasi baik pada pasien dan atau keluarga pasien di pelayanan rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat intensif, dan pelayanan penunjang.
7. Belum semua pegawai memahami serta berorientasi pada upaya-upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien.
8. Penggunaan air cenderung masih boros. Belum semua kran air diganti dengan keran yang bersifat otomatis. Sistem tata udara/AC masih ada yang belum menggunakan teknologi inverter dan ramah lingkungan.
9. Masih ada sarana prasarana seperti gedung, jaringan/listrik termasuk peralatan baik medis maupun non medis yang sudah melebihi usia ekonomis namun masih digunakan untuk operasional/pelayanan.
10. Masih banyak gedung/bangunan yang membutuhkan pemeliharaan dan/atau perawatan, utamanya ruangan pelayanan namun karena keterbatasan anggaran sehingga kesulitan melakukan pemeliharaan dan perawatan secara terencana. Bahkan sebagian bangunan/gedung layanan belum memenuhi standar (misalnya *fire alarm*, *sprinkle*, dll) utamanya berkaitan dengan keselamatan pasien (standar akreditasi RS/starkes).
11. Pendapatan rumah sakit melalui PNBPN masih dapat dioptimalkan, dengan memanfaatkan berbagai sumberdaya yang tersedia, khususnya tenaga dokter spesialis, subspecialis, keperawatan, dan fasilitas pelayanan lainnya serta efisiensi dari segala aspek. Upaya terobosan yang telah dilakukan adalah melalui pelayanan kamar operasi 24 jam.
12. Masih perlu dilakukan peningkatan kepatuhan dalam kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian rekam medik untuk mempercepat proses penagihan/klaim ke BPJS.
13. Masih perlu terus dilakukan peningkatan terhadap kegiatan monitoring kepatuhan standar dalam memberikan layanan sesuai standar akreditasi nasional dan internasional. Seyogianya monitoring kepatuhan standar dilakukan oleh Komite Medik, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, dan Direktorat Medik dan Keperawatan.
14. Budaya *patient safety* masih perlu ditingkatkan dikalangan *civitas hospitalia*, khususnya pelaporan insiden, bila terjadi insiden keselamatan pasien.

15. Perlu peningkatan koordinasi antara RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kab/Kota serta rumah sakit di wilayah Sumatera Barat untuk implementasi Sistem Informasi Rawat Inap (SIRANAP) dan Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SISRUTE).
16. Belum terintegrasinya system informasi *front office* dan *back office* sehingga keselarasan antara kebutuhan dengan manajemen menjadi timpang
17. *Layout* ruang pelayanan, perawatan, penunjang dan administrasi belum semuanya mempertimbangkan kebutuhan dan perubahan kebutuhan di masa yang akan datang. Sehingga terkesan bongkar bangun yang berpotensi inefisiensi.

## **1.7 Sistematika Pelaporan**

Sistematika penyajian LAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 adalah sebagai berikut:

### **Ikhtisar Eksekutif**

Pada bagian ini disajikan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam rencana strategis dan sejauh mana instansi pemerintah mencapai tujuan dan sasaran utama tersebut, serta kendala-kendala yang dihadapi dalam pencapaiannya; langkah-langkah apa yang telah dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut, dan langkah antisipatif untuk menanggulangi kendala yang mungkin akan terjadi pada tahun mendatang.

### **Bab I. Pendahuluan**

Pada Bab ini di;askan secara singkat tentang latar belakang penyusunan LAKIP, kedudukan, tugas, dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang, peran strategis, struktur organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang, serta sistematika pelaporan.

### **Bab II. Perencanaan Kinerja**

Pada Bab ini disajikan gambaran singkat mengenai visi, misi dan rencana hasil yang akan dicapai (tujuan dan sasaran strategis) dalam rencana jk menengah (RPJMD/Renstra), rencana jangka tahunan (RKT) dan penetapan kinerja (PK).

### **Bab III. Akuntabilitas Kinerja**

#### **3.1 Capaian Kinerja Organisasi**

Pada Sub Bab ini disajikan uraian hasil pengukuran kinerja, evaluasi dan analisis akuntabilitas kinerja. Termasuk di dalamnya menguraikan secara sistematis perbandingan data kinerja secara memadai, • hambatan/kendala, dan permasalahan yang dihadapi sertalangkah-langkah antisipatif yang akan diambil;

#### **3.2 Realisasi Anggaran**

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

### **3.3 Kinerja Lain-Lain**

Pada Sub Bab ini diuraikan penghargaan yang didapatkan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **3.4 Evaluasi**

Pada Sub Bab ini diuraikan evaluasi internal atas pelaksanaan rencana strategis, program, kegiatan, dan anggaran. Selain itu diuraikan juga pelaksanaan review pengelolaan kinerja dan evaluasi implementasi SAKIP di lingkungan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

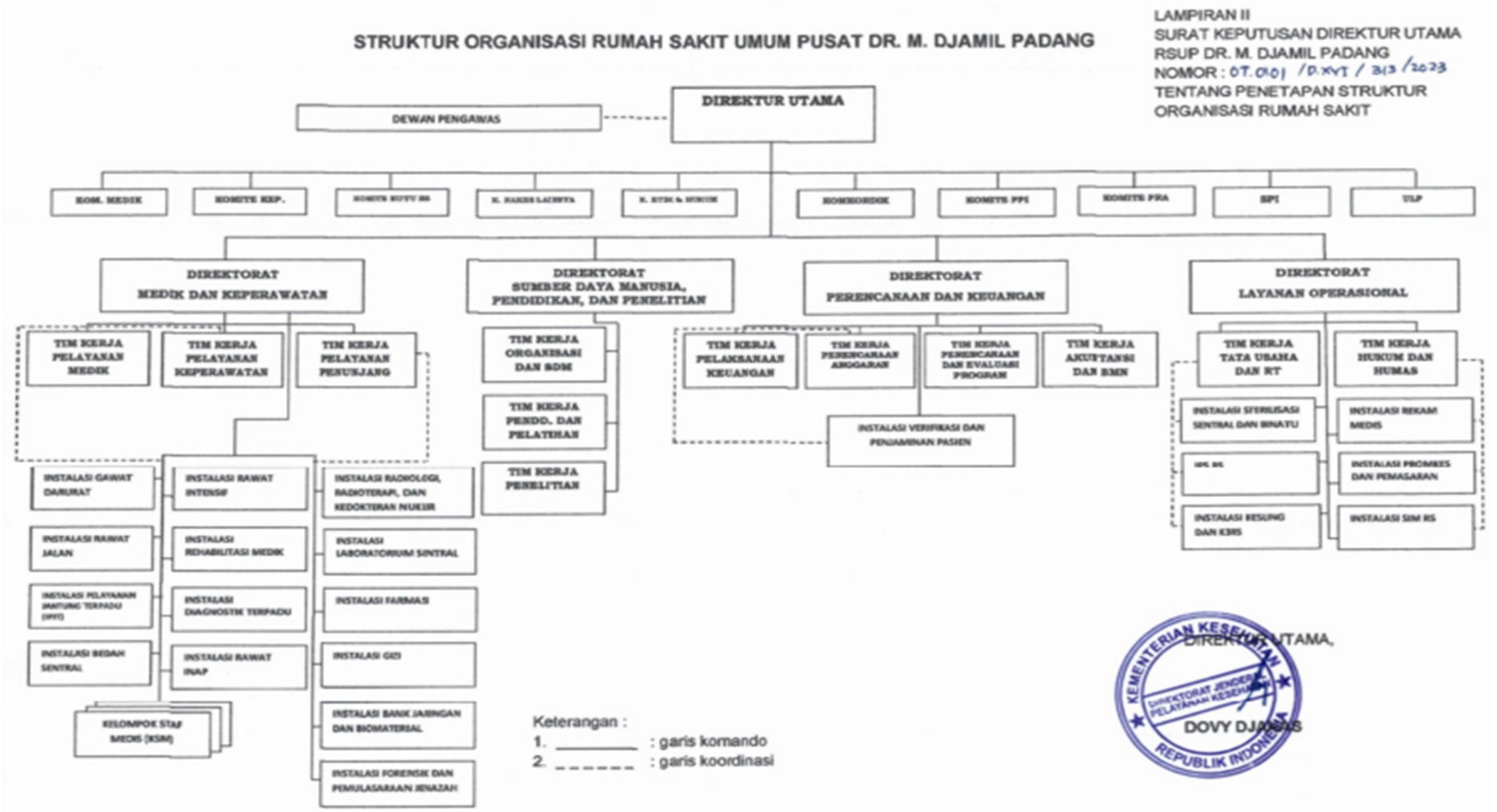
## **Bab IV. Penutup**

Pada Bab ini dikemukakan simpulan secara umum tentang keberhasilan/kegagalan pencapaian sasaran strategis, permasalahan dan kendala utama yang berkaitan dengan pencapaian sasaran strategis serta strategi pemecahan masalah.

## **Lampiran**

Perjanjian Kinerja, Pengukuran Kinerja, hal-hal lainnya

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang



Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang

## **BAB II PERENCANAAN KINERJA**

### **2.1. Rencana Strategis Bisnis**

Rencana Strategis Bisnis(RSB) merupakan dokumen perencanaan unit organisasi sebagai bentuk penjabaran tugas pokok dan fungsi dari organisasi. RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang disusun untuk jangka menengah (periode lima tahun). RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024 memuat visi, misi, tujuan, sasaran strategis, arah kebijakan dan strategi, kerangka regulasi, kerangka kelembagaan, serta target kinerja dan kerangka pendanaan RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun 2020-2024.

Penyusunan RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang mengacu pada dokumen-dokumen perencanaan di Kementerian Kesehatan, meliputi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Rencana Strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024. Sesuai dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang yang mendukung pencapaian 5 Poin Visi Pembangunan Presiden khususnya tema serta arah kebijakan dan strategi nasional pada Poin II, yaitu “Pembangunan SDM : Kita akan memberikan prioritas pembangunan kita pada pembangunan sumber daya manusia. Pembangunan SDM menjadi kunci pembangunan Indonesia ke depan. Titik dimulainya pembangunan SDM adalah dengan menjamin kesehatan ibu hamil, kesehatan bayi, kesehatan balita, dan kesehatan anak usia sekolah”.

Sesuai revisi II Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024, RSUP Dr. M. Djamil Padang mencanangkan visi yaitu “Menjadi Rumah Sakit Terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Asia Tenggara Tahun 2024”.

Misi merupakan jalan yang ditentukan untuk mencapai visi, adapun misi RSUP Dr. M. Djamil Padang, yaitu:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berstandar internasional
- b. Menyelenggarakan pendidikan yang profesional
- c. Melaksanakan penelitian yang inovatif, berbasis bukti dan terpublikasi internasional
- d. Mewujudkan SDM yang profesional, mandiri dan bermartabat.
- e. Menyelenggarakan sistem manajemen rumah sakit yang profesional
- f. Mewujudkan lingkungan rumah sakit yang aman, nyaman dan menyenangkan

Sementara tujuan yang harus dicapai adalah :

- a. Mewujudkan pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai standar rumah sakit internasional
- b. Mewujudkan rumah sakit pendidikan bertaraf internasional yang terintegrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian
- c. Mewujudkan kelengkapan SDM dalam kualitas dan kuantitas

- d. Mewujudkan pembinaan rumah sakit jejaring untuk sistem rujukan berjenjang secara optimal
- e. Mewujudkan terbangunnya budaya kinerja, peduli dan keselamatan pasien
- f. Mewujudkan tata kelola organisasi yang optimal
- g. Mewujudkan system informasi dan manajemen RS terintegrasi
- h. Mewujudkan ketersediaan fasilitas yang berkualitas sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
- i. Mewujudkan peningkatan pendapatan rumah sakit
- j. Mewujudkan efisiensi dan kendali biaya
- k. Mewujudkan kepuasan pelanggan
- l. Mewujudkan *Reward* dan *Punishment* berbasis kinerja secara optimal

Untuk mencapai visi dan misi RSUP Dr. M. Djamil Padang mempunyai nilai-nilai utama (*core values*) atau budaya sebagai pedoman bagi seluruh jajaran rumah sakit dalam memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian. Nilai tersebut adalah **PEDULI RSMD**. Nilai **PEDULI RSMD** merupakan akronim dari kata-kata; **P**rofesional, **E**mpaty, **D**aya saing, **U**tama, **L**oyal, **I**khlas, **R**amah, **S**ahabat, **M**artabat, dan **D**edikasi.

**P = Profesional**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk bekerja sesuai dengan kompetensi dalam melaksanakan tugas dan wewenang yang dibebankan kepadanya. Berorientasi pada pelayanan dan keselamatan dalam memberikan pelayanan pada pelanggan

**E = Empaty**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu merasakan apa yang dirasakan oleh pelanggan dan stakeholder dalam memberikan pelayanan meliputi; keramahan, kesopanan dan kepedulian atau kepekaan serta santun dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**D = Daya Saing**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk meningkatkan kualitas, kompetensi dan sumber daya agar organisasi dapat bersaing pada era globalisasi, dengan menjalankan tugas dan wewenang yang dibebankan kepadanya.

**U = Utama**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu mengutamakan kepentingan organisasi, keselamatan pelanggan internal dan eksternal di atas kepentingan pribadi atau golongan.

**L = Loyal**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk setia dan patuh terhadap aturan dan ketentuan yang berlaku terhadap organisasi.

**I = Ikhlas**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan niat ibadah dan bersungguh-sungguh dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**R = Ramah**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalubekerja dengan ramah dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**S = Sahabat**

Seluruh jajaran RSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan bersahabat dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**M = Martabat**

Seluruh jajaranRSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerjadengan bermartabat dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

**D = Dedikasi**

Seluruh jajaranRSUP Dr. M. Djamil Padang dituntut untuk selalu bekerja dengan penuh dedikasi dalam memberikan pelayanan pada pelanggan.

Adapun Motto RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah **“Kepuasan Anda adalah Kepedulian Kami”**.

Untuk mencapai visi dan melaksanakan misi tersebut di atas, ditetapkanlah tujuan, sasaran strategi, dan program strategis. Tujuan yang ingin dicapai oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagaimana juga diamanatkan dalam RSB Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran strategis diarahkan pada target berdasarkan *Key Performance Indikator (KPI)* yang mampu menjadi pemacu kinerja (*performance driver*) maupun hasil inti (*care outcomes*) yang diharapkan. Adapun dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran strategis diarahkan kepada target berdasarkan 4 perspektif yaitu : *perspektif finansial, perspektif stakeholder, perspektif proses bisnis internal, perspektif learning dan growth.*

Untuk mendukung pencapaian tujuan agar terukur dan dapat dicapai secara nyata telah ditetapkan 21 (dua puluh satu) Sasaran Strategis yang merupakan kondisi riil yang ingin dicapai oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang pada akhir periode Renstra tahun 2024. Adapun Tujuan, Sasaran Strategis, Indikator Kinerja, serta target indikator kinerja Tujuan dan Sasaran Strategis di tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Matriks Perencanaan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang periode 2020-2024

Tujuan/ Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target 2024
Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	Persentase peningkatan pendapatan	10%
Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	Cost recovery rate	71%
Terwujudnya kepuasan stakeholder	Tingkat kepuasan peserta didik	83%
	Tingkat kepuasan staf	77,5%
Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Indeks budaya keselamatan	90%
Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	Jumlah riset translasional	2
Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan	8
	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	1
Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	Indek budaya PEDULI	75%
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali
	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	1 layanan
	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70
	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80

Tujuan/ Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target 2024
	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq 80\%$
	Penundaan waktu Operasi Elektif	$\leq 3\%$
	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	$\geq 80\%$
	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	$\geq 80\%$
	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 indikator tercapai setiap layanan
Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1
Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1
Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 Layanan
Indikator Nasional Mutu	Kepatuhan kebersihan tangan	$\cong 90\%$
	Kepatuhan penggunaan APD	100%
	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	$\cong 80\%$
	Waktu tunggu rawat jalan	$\cong 80\%$
	Penundaan operasi elektif	$\cong 5\%$
	Kepatuhan waktu visit dokter	$\cong 80\%$
	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	$\cong 90\%$
	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	$\cong 85\%$
	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
	Kecepatan waktu tanggap komplain	
Kepuasan pasien	IKM $\cong 80$	
Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
Indikator RPJMN	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	$\leq 30$ menit
	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap,	100%

Tujuan/ Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target 2024
	rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	
Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95
	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97
	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95
	Persentase nilai EBITDA Margin :	15%

(Sumber data RSB Tahun 2020-2024 RSUP Dr.M.Djamil Padang rev.II)

Berdasarkan tabel Rencana Kinerja Jangka Menengah pada dokumen RSB 2020-2024 RSUP Dr.M.Djamil Padang revisi II maka target jangka menengah sudah sampai di tahun keempat sehingga tinggal satu tahun lagi masa berlaku target jangka menengah ini yaitu untuk tahun 2024.

## 2.2. Pelayanan Prioritas dan Pelayanan Unggulan

### 2.2.1 Pelayanan Prioritas

Pelayanan Prioritas RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 adalah Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu

### 2.2.2 Pelayanan Unggulan

Pada tahun 2023 terdapat Pelayanan Unggulan yang diampu oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang terkait dengan tugas dan fungsi RSUP DR. M. Djamil Padang sebagai berikut:

1. Cardio-Cerebro-Vasculer Center
2. Onkologi Terpadu
3. Regenerative Medicine and Cell Therapy
4. Transplantasi Organ
5. Mother and Children Center
6. Layanan Non JKN

## 2.3. Rencana Kerja Tahunan ( RKT) dan Anggaran Tahun 2023

Rencana Kerja Tahunan (RKT) merupakan perencanaan kinerja yang berisi program, kegiatan, anggaran untuk tahun berikutnya. Dalam menyusun Rencana Kerja Tahunan 2023, RSUP Dr.M. Djamil Padang mempedomani mekanisme dan jadwal perencanaan dan penganggaran yang berlaku ditingkat nasional dan Kementerian Kesehatan, baik berupa Rencana Kerja Pemerintah (RKP) maupun Renja K/L (Kementerian Kesehatan) serta Pagu Indikatif.

Faktor lain yang dipergunakan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam menyusun RKT adalah melihat angka Indikator Kinerja Terpilih (IKT) dan indikator Perjanjian Kinerja; khususnya capaian indikator kinerja yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023. Capaian indikator kinerja yang merupakan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr.M.Djamil Padang dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2023 sebagaimana tercantum dalam Lampiran 2.2.

Dalam rangka upaya mewujudkan kinerja yang telah diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja 2023, ditetapkanlah RKA tahun 2023, yang terdiri dari 2 (dua) program sebagai berikut:

Tabel 2.2 RKA Tahun 2023

Program-Kegiatan	Anggaran (Rp)
<b>Program Pelayanan Kesehatan dan JKN</b>	<b>823.541.131.000</b>
• Sarana Bidang Kesehatan	223.239.486.000
• Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	4.455.920.000
• Prasarana Bidang Kesehatan	80.131.478.000
• OM Sarana Bidang Kesehatan	223.543.309.000
• Pelatihan Bidang Kesehatan	8.341.353.000
• Layanan Dukungan Manajemen Internal	259.005.075.000
• Layanan Sarana dan Prasarana Internal	13.497.739.000
• Layanan Manajemen SDM Internal	1.629.708.000
• Prasarana Bidang Kesehatan	9.697.063.000
<b>Program Dukungan Manajemen</b>	<b>107.559.205.000</b>
• Layanan Dukungan Manajemen Internal	107.559.205.000

#### 2.4. Perjanjian Kinerja

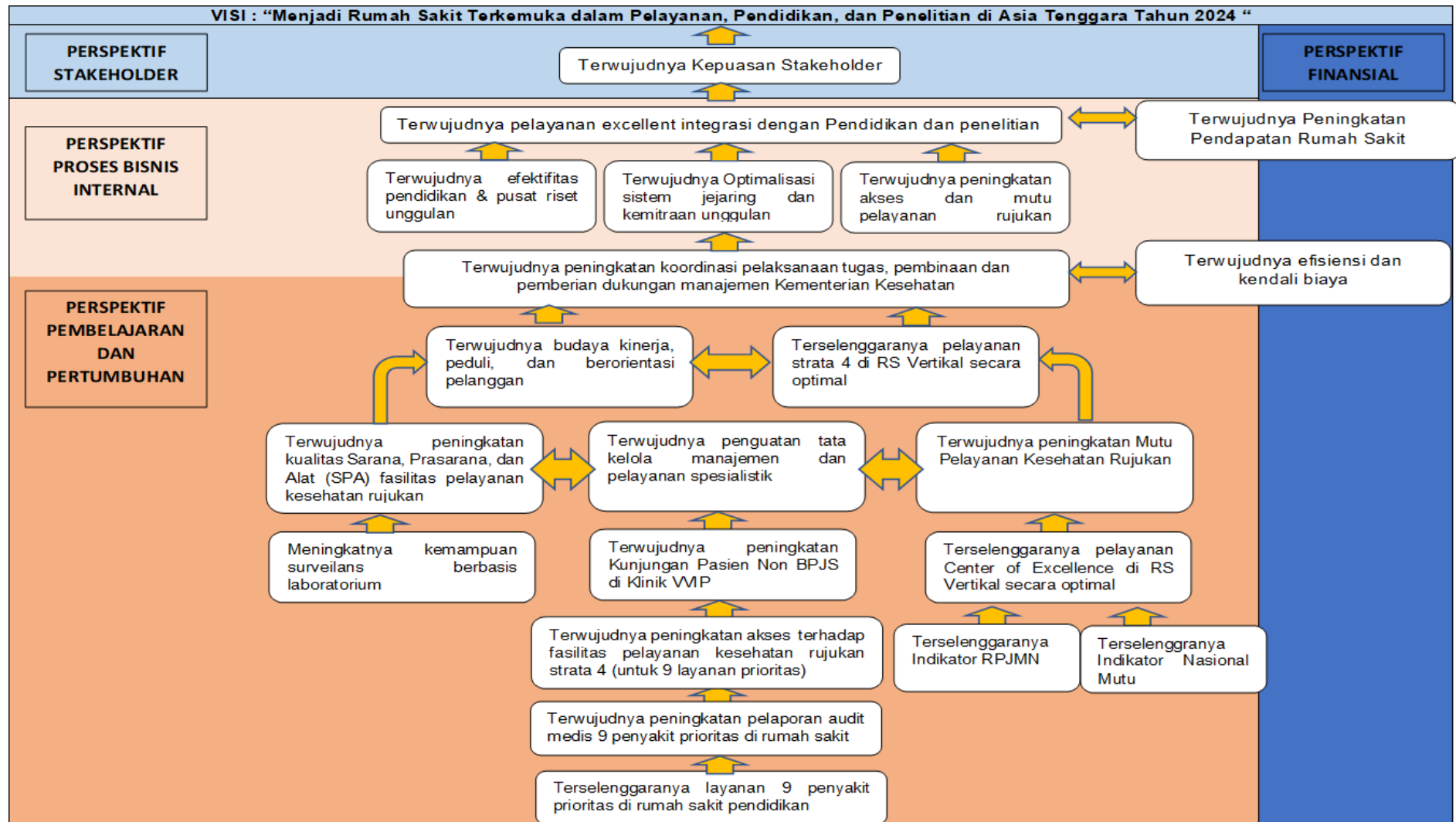
Perjanjian Kinerja adalah dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah, untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan suatu janji kinerja yang akan diwujudkan selaku penerima amanah dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Di tahun 2023 terdapat penambahan 39 IKU dan penghapusan 13 IKU Rencana Strategis Bisnis yang dikontrakkinerjakan, sehingga total IKU yang dikontrakkinerjakan dalam perjanjian kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. M.

Djamil Padang menjadi 49 IKU. Penambahan IKU tersebut merupakan indikator yang diwajibkan dari Kementerian Kesehatan.

Perjanjian Kinerja tahun 2023 RSUP Dr. M. Djamil Padang berpedoman pada visi dan misi Kementerian Kesehatan, RSB, dan peraturan terkait pengelolaan kinerja. Peta Strategi *Balanced Scorecard* RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024 dapat dilihat pada gambar 2.1

Rancangan Peta Strategi RSUP DR. M. Djamil Padang.



Gambar 2.1 Peta Strategi RSUP DR. M. Djamil Padang

Dari peta tersebut tergambar bahwa jumlah Sasaran Strategis (SS) ada sebanyak 21 (dua puluh satu) SS dan diidentifikasi menjadi Indikator Kinerja Utama (IKU) sebanyak 49 (empat puluh sembilan) IKU. Sasaran Strategis tersebut saling berkaitan satu sama lain sehingga diharapkan dapat menopang pencapaian Visi RSUP Dr.M. Djamil Padang.

Dari hasil *refinement* telah dihasilkan IKU Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023 dan ditandatangani antara Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang bersama Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Adapun dokumen perjanjian yang telah dikontrakkinerjakan antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang di Tahun 2023 adalah sebagai berikut :

No.	Sasaran Program/Registan	Indikator Kinerja	Target
<b>A. PERSPEKTIF FINANSIAL</b>			
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1. Persentase peningkatan pendapatan	10%
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2. Cost recovery rate	71%
<b>B. PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>			
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3. Tingkat kepuasan peserta didik	83%
4		4. Tingkat kepuasan staf	77,5%
<b>C. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>			
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5. Indeks budaya keselamatan	90%
5	Terwujudnya efektivitas pendidikan & pusat riset unggulan	6. Jumlah riset translasional	2
6	Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	8
8		8. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	1
7	Terwujudnya peningkatan akreditasi dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
<b>D. PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>			
8	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	10. Indeks budaya PEDULI	75%
9	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SIPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	11. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95
10	Mengurangi tata kelola manajemen dan pelayanan operasional	12. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
11	Meningkatnya pelaporan media massa	13. 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 5 bulan	2 Kali
14	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	14. Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80
15		15. Laporan Bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil	12 Laporan

No.	Sasaran Program/Registan	Indikator Kinerja	Target
<b>A. PERSPEKTIF FINANSIAL</b>			
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1. Persentase peningkatan pendapatan	10%
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2. Cost recovery rate	71%
<b>B. PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>			
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3. Tingkat kepuasan peserta didik	83%
4		4. Tingkat kepuasan staf	77,5%
<b>C. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>			
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5. Indeks budaya keselamatan	90%
5	Terwujudnya efektivitas pendidikan & pusat riset unggulan	6. Jumlah riset translasional	2
6	Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	8
8		8. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	1
7	Terwujudnya peningkatan akreditasi dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
<b>D. PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>			
8	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	10. Indeks budaya PEDULI	75%
9	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SIPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	11. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95
10	Mengurangi tata kelola manajemen dan pelayanan operasional	12. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
11	Meningkatnya pelaporan media massa	13. 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 5 bulan	2 Kali
14	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	14. Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80
15		15. Laporan Bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil	12 Laporan

Gambar 2.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2023

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

### 3.1. Pengukuran Kinerja

Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023 diukur dari pencapaian Indikator Kinerja yang diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja (PK) RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023. Seluruh sasaran strategis yang dituangkan dalam PK RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan kinerja tahun keempat pada periode Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2020-2024. Secara rata-rata capaian kinerja pada tahun 2023 adalah sebesar 120 % yang dihitung dari rata-rata capaian seluruh sasaran strategis. Adapun hasil pengukuran atas pencapaian kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2023

Sasaran Strategis 1 Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Capaian 2023 (%)
1	Persentase peningkatan pendapatan	10%	10%	-7%	11,00	110,00%
Sasaran Strategis 2 Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya						
2	Cost recovery rate	71%	71%	89,72%	92,05%	130%
Sasaran Strategis 3 Terwujudnya kepuasan stakeholder						
3	Tingkat kepuasan peserta didik	83%	83%	90,65%	86,74%	105%
4	Tingkat kepuasan staf	77.5%	77.5%	80,29%	80,02%	103%
Sasaran Strategis 4 Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian						
5	Indeks budaya keselamatan	90%	90%	100%	88,00	97,78%
Sasaran Strategis 5 Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan						
6	Jumlah riset translasional	2	2	7	3	150%
Sasaran Strategis 6 Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan						
7	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	8	8	8	19,00	238%
8	Jumlah kegiatan kemitraan dengan <i>sister hospital</i>	1	1	1	1	100%
Sasaran Strategis 7 Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi						
9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	85%	100%	100%	118%
Sasaran Strategis 8 Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan						
10	Indek budaya PEDULI	75%	75%	92,90%	88,15%	118%
Sasaran Strategis 9						

Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan						
11	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95	95	-	54,79	57,67%
Sasaran Strategis 10						
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik						
12	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5	< 2.5	-	9,16%	45,42%
Sasaran Strategis 11						
Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit						
13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali	-	2 kali	100%
14	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT vertikal	≥ 80	≥ 80	-	85,70	107%
Sasaran Strategis 12						
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan						
15	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan	12 laporan	-	12 laporan	100%
16	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan	12 laporan	-	12 laporan	100%
Sasaran Strategis 13						
Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP						
17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai rba	Sesuai rba	-	100%	100%
18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10 %	10 %	-	9,26%	92,60%
Sasaran Strategis 14						
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal						
19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	1 layanan	-	1 layanan	100,00%
20	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70	70	-	70,00%	100%
21	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80	≥ 80	-	85,70	107%
22	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%	≥ 80%	-	86,32%	108%
23	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%	≤ 3%	-	2,61%	115%
24	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	≥ 80%	-	84,65%	106%
25	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%	≥ 80%	-	85,29%	107%
26	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	-	5	500%
Sasaran Strategis 15						
Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)						
27	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah	1	1	-	7	700%

	ditetapkan					
<b>Sasaran Strategis 16</b>						
<b>Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal</b>						
28	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1	1	-	2	200%
<b>Sasaran Strategis 17</b>						
<b>Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan</b>						
29	(RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)	1 layanan	1 layanan	-	9 layanan	100%
<b>Sasaran Strategis 18</b>						
<b>Indikator Nasional Mutu</b>						
30	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	≥90%	-	92,72%	103%
31	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	-	99,71%	100%
32	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	-	100%	100%
33	Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	≥80%	≥80%	-	86,58%	108%
34	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	≥80%	-	83,86%	105%
35	Penundaan operasi elektif	≤5%	≤5%	-	14,28%	30%
36	Kepatuhan waktu visit dokter	≥80%	≥80%	-	86,01%	108%
37	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	-	89,05%	89%
38	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	≥90%	-	100%	111%
39	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	≥85%	-	100%	118%
40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	-	100%	100%
41	Kecepatan waktu tanggap komplain	99%	99%	100%	100%	125%
42	Kepuasan pasien	IKM ≥ 80	IKM ≥ 80	-	85,70	107%
<b>Sasaran Strategis 19</b>						
<b>Meningkatkan kemampuan surveilans berbasis laboratorium</b>						
43	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 sistem	1 sistem	-	1	100%
<b>Sasaran Strategis 20</b>						
<b>Indikator RPJMN</b>						
44	Waktu tanggap operasi section cesarean darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit	≤30 menit	-	86,58%	144%
45	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	-	90,00%	90%
<b>Sasaran Strategis 21</b>						
<b>Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan</b>						
46	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95	95	-	101,77	107%
47	Persentase realisasi Anggaran	97	97	-	96,34	99%

	bersumber Rupiah Murni					
48	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95	95	-	98,79	104
49	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	15%	-	0,5%	3%

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja pada tabel di atas dapat diketahui:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 28 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak 11 target;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 7 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 3 target.

Adapun IKU yang belum mencapai target yaitu Indeks budaya keselamatan, Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Kepatuhan penggunaan APD, Pelaporan hasil kritis laboratorium, Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi., Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni, dan terdapat 3 indikator yang capaiannya di bawah 50% yaitu Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal, Penundaan operasi elektif dan Persentase nilai EBITDA Margin.

### 3.2 Analisis Capaian Kinerja

Tabel 3.2 Sasaran Strategis 1

Sasaran Strategis 1 Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
1	Persentase peningkatan pendapatan	10%	11,33	110%

#### 1. Persentase Peningkatan Pendapatan

Peningkatan pendapatan adalah kemampuan rumah sakit dalam memperoleh peningkatan pendapatan pada tahun berjalan dibandingkan dengan pendapatan yang diperoleh di tahun sebelumnya.

Sumber pendapatan diperoleh dari semua transaksi keuangan akibat adanya layanan operasional (core bisnis rumah sakit) dan layanan non operasional (layanan non bisnis rumah sakit).

Terdapat kenaikan pendapatan di 2023 sebesar 11% dibandingkan tahun sebelumnya.

Upaya yang dilakukan adalah melakukan perbaikan secara berkelanjutan dan monev pada unit-unit yang berkontribusi dalam peningkatan pendapatan rumah sakit

Kegiatan-kegiatan yang menunjang pencapaian IKU Persentase Peningkatan Pendapatan tahun 2023 adalah:

1. Pengisian berkas rekam medik tepat dan lengkap pada saat pasien pulang.
2. Percepatan proses penagihan dengan membentuk tim Casemix, petugas rekam medis dan Instalasi Verifikasi

Analisis atas pelaksanaan rencana aksi atau mitigasi risiko yang telah disusun dalam pencapaian kinerja.

Dalam upaya pencapaian antara target IKU Persentase peningkatan pendapatan tahun 2023, telah disusun beberapa Rencana Aksi atau Mitigasi Risiko, antara lain:

1. Meningkatkan Promosi & pemasaran
2. Pengadaan fasilitas
3. Penyempurnaan rencana anggaran
4. Penggunaan anggaran sesuai kebutuhan
5. Avlos pasien rawat inap sesuai standar PPK

Rekomendasinya adalah fokus pada peningkatan pendapatan pada layanan unggulan dan menggali potensi pada layanan-layanan baik operasional maupun non operasional yang menyumbang pendapatan besar dalam jangka pendek bagi rumah sakit..

Tabel 3.3 Sasaran Strategis 2

Sasaran Strategis 2 Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
2	<i>Cost Recovery Rate</i>	71%	92,05%	130%

## 2. **Cost Recovery Rate**

*Cost Recovery Rate/POBO* adalah rasio yang digunakan untuk menunjukkan berapa besarnya kemampuan pendapatan usaha rumah sakit dalam menutupi biaya operasionalnya. Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN/RM dan pendapatan PNBPN BLU, tidak termasuk biaya penyusutan. CRR atau POBO merupakan perhitungan untuk menggambarkan berapa PNBPN rumah sakit

dibanding dengan Beban Operasional setelah dikurangi Penyusutan. Berdasarkan perhitungan tersebut didapat angka sebesar 92,05%, ini menggambarkan bahwa pendapatan yang diterima belum dapat menutup biaya operasional yang dikeluarkan.

Target rasio *Cost Recovery Rate* tahun 2023 adalah sebesar 71% sedangkan realisasi rasio *Cost Recovery Rate* tahun 2023 adalah sebesar 92,05%. Rasio *Cost Recovery Rate* sebesar 92,05% disebabkan oleh adanya peningkatan pendapatan dibandingkan pada tahun sebelumnya. Rasio POBO RSUP Dr. M.Djamil Padang setiap tahun selalu di atas target 75 persen dalam empat tahun terakhir. Capaian kinerja rasio POBO yang di bawah 100 persen berdampak terhadap timbulnya kewajiban RSUP Dr. M.Djamil Padang di akhir tahun yang belum dapat dibayarkan. Hal ini ditambah lagi dengan saldo kewajiban jangka pendek RSUP Dr. M.Djamil Padang yang sangat tinggi, maka sudah semestinya RSUP Dr. M.Djamil Padang menargetkan rasio POBO di atas 100 persen agar keuangan surplus dan dapat digunakan untuk membayar utang usaha. Nilai *Cost recovery / Pobo* diperoleh dari pendapatan operasional Rp 778.859.677.099,- dibandingkan dengan beban operasional (diluar penyusutan) Rp 846.287.080.667,-.

Jika melihat trend rasio POBO maka beberapa hal yang bisa dianalisis yaitu berkaitan dengan pendapatan dan belanja masing-masing setiap tahunnya. Penurunan rasio POBO disebabkan oleh beberapa hal, seperti kenaikan belanja barang dan jasa serta pemeliharaan yang cukup signifikan.

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan antara lain dengan membuka layanan kamar operasi 24 jam. OK Ekstend, melakukan perbaikan kualitas dokumen rekam medis, dan efisiensi dalam belanja barang/jasa.

Permasalahan belum optimalnya pengendalian dan efisiensi proses pengadaan barang dan jasa serta belum efisiennya penggunaan obat, BMHP, pemeriksaan penunjang dan pemeriksaan cangkih, pemakaian darah.

Analisis Kendala /Hambatan Dalam menghitung dan menyusun data pendukung terkait perhitungan pencapaian kinerja keuangan ditemui beberapa hambatan antara lain keseluruhan akun pada laporan keuangan masih menggunakan pencatatatan secara manual yang seharusnya perhitungan tersebut sudah harus melalui sistem SAKTI sehingga kondisi tersebut sangat mempengaruhi kinerja keuangan khususnya untuk rasio lancar dan rasio POBO.

Langkah strategis perbaikan masih terus melakukan koodinasi terkait inventarisasi permasalahan yang ada pada sistem aplikasi SAKTI dan melakukan proses penginputan khususnya pada pendetailan dari aset dan persediaan. Upaya tindak lanjutnya adalah Melakukan

perbaikan secara berkelanjutan dan monev terhadap pendapatan dan beban baik operasional maupun non operasional.

Rekomendasi Melakukan pemantauan terhadap implementasi SAKTI bersama unit kerja terkait dan mempersiapkan upaya interkoneksi sistem IT keuangan yang sudah ada di RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan aplikasi SAKTI jika memungkinkan. Fokus pada peningkatan pendapatan pada layanan unggulan dan menggali potensi pada layanan-layanan baik operasional maupun non operasional yang menyumbang pendapatan besar dalam jangka pendek bagi rumah sakit dan menekan biaya yang dikeluarkan.

Analisis beban kerja di tiap unit untuk mengetahui kebutuhan pegawai per unit. Apabila ada kelebihan pegawai dapat didistribusikan ke unit lain yang membutuhkan.

Upaya menunjang pencapaian kinerja adalah melakukan inovasi-inovasi pelayanan dengan melakukan efisiensi penggunaan sumber daya dengan tetap menjaga mutu layanan dan optimalisasi sarana prasarana yang ada sehingga mempunyai daya ungkit peningkatan pendapatan.

Rekomendasi Kendali mutu dan kendali biaya disetiap unit kerja dan Efisiensi penggunaan obat, BMHP, Analisis Efisiensi pemakaian air, listrik dan telepon di unit kerja, Melakukan perawatan secara berkala terhadap asset yang ada. Permintaan darah ke PMI sesuai dengan kebutuhan untuk efisiensi biaya pemakaian darah.

Tabel 3.4 Sasaran Strategis 3

Sasaran Strategis 3 Terwujudnya kepuasan stakeholder				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
3	Tingkat kepuasan peserta didik	83%	86,74%	105%
4	Tingkat kepuasan staf	77.5%	80,02%	103%

### 3. Tingkat Kepuasan Peserta Didik

Untuk meningkatkan tingkat kepuasan peserta didik nantinya dilakukan peningkatan fasilitas pendidikan. Kegiatan yang dilakukan adalah survei tingkat kepuasan peserta didik.

Untuk menunjang keberhasilan pencapaian kinerja dilakukan monev proses kegiatan belajar mengajar serta dengan meningkatkan fasilitas pendidikan.

Upaya menunjang pencapaian kinerja adalah membuat metode-metode pembelajaran yang efektif dan mudah dipahami serta melakukan monitoring dan evaluasi.

Tabel 3.5 Hasil Survey Kepuasan Peserta Didik Tahun 2023

No	Indikator	Puas	Sangat Puas	Kurang Puas	Tidak Puas	Total
1	Saya merasa tujuan pembelajaran sudah sesuai dengan kompetensi yang harus dicapai oleh peserta didik	70	199	8		277
2	Saya merasa tujuan pembelajaran dapat dicapai dengan kegiatan pembelajaran	203	66	8		277
3	Saya merasa tujuan pembelajaran dapat dicapai dengan alokasi waktu yang tersedia	200	61	16		277
4	Saya merasa metode pembelajaran sesuai dengan tujuan pendidikan	63	197	17		277
5	Saya merasa metode pembelajaran memberi kesempatan untuk menambah pengetahuan	195	70	12		277
6	Saya merasa metode pembelajaran memberi kesempatan untuk menambah keterampilan	195	76	6		277
7	Saya merasa mempunyai kesempatan yang cukup untuk belajar mandiri	191	62	23	1	276
8	Saya merasa modul bahan ajar memuat ilmu dasar yang harus di kuasai	196	66	15		277
9	Saya merasa modul bahan ajar disajikan dengan ringkas	202	56	19		277
10	Saya merasa modul bahan ajar memakai bahasa cukup dimengerti	205	61	11		277
11	Saya merasa tugas di akhir modul memberi manfaat	208	62	6	1	276
12	Saya merasa modul bahan ajar mempunyai referensi yang cukup	203	61	13		277
13	Saya merasa modul bahan ajar mempunyai referensi yang up to date	202	62	13		277
14	Saya merasa modul evaluasi sudah sesuai dengan tujuan pembelajaran	207	62	8		277
15	Saya merasa metode evaluasi obyektif	205	61	8	3	274

Tabel 3.6 Peserta Survey Kepuasan Peserta Didik Tahun 2023

No	Program Studi	Puas	Sangat Puas	Kurang Puas	Tidak Puas	Total
1	Bedah Program Spesialis	262	113			375
2	Dermatologi dan Venereologi Program Spesialis	176	34			210
3	Neurologi Program Spesialis	353	67			420
4	Obstetri dan Ginekologi Program Spesialis	382	128			510
5	Orthopaedi dan Traumatologi Program Spesialis	149	106			255
6	Patologi Anatomi Program Spesialis	122	43			165
7	Patologi Klinis Program Spesialis	237	33			270
8	Penyakit Dalam Program Spesialis	982	382		1	1365
9	Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi Program Spesialis	228	190		2	420
10	Anestesiologi dan Terapi Intensif Program Spesialis	117	18			135

Rekomendasinya adalah supaya form survey kepuasan peserta didik disatukan dengan form survey kepuasan staf supaya lebih efektif dan diupayakan agar formnya tidak manual lagi.

#### 4. Tingkat Kepuasan Staf

Tingkat kepuasan staf adalah rasa kepuasan staf terhadap layanan yang diterima atau dirasakan yang dibandingkan dengan harapannya. Tingkat kepuasan staf dinilai dari aspek: kenyamanan tempat kerja, ketegasan pelaksanaan *reward and punishment*, hubungan harmonis dengan lingkungan kerja. Untuk mendukung kualitas pelayanan rumah sakit, dukungan dari seluruh pegawai sangat dibutuhkan. Pegawai RS merupakan *stakeholder* yang merupakan asset RS dan harus dipuaskan guna mendukung pelayanan secara keseluruhan. Kepuasan pegawai sebagai salah satu faktor yang turut menentukan hasil kerja yang terwujud dalam pelayanan di rumah sakit.

Untuk menggambarkan tingkat kepuasan kerja pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang perlu dilakukan *survey* kepuasan pada pegawai. Survei Kepuasan Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang dilaksanakan setiap semester dan pada tahun 2023 telah terlaksana pada bulan Juli 2023 dan Desember 2023. Kuisisioner survei semester I diambil dg digital yaitu memakai link dimana semua bisa diakses oleh seluruh hospitalia. Jumlah pegawai yg mengisi kuisisioner 650 orang.

Tingkat kepuasan pegawai cenderung mengalami peningkatan dari tahun 2020-2023. Hal ini menunjukkan bahwa adanya upaya perbaikan dari waktu ke waktu yang berdampak pada peningkatan kepuasan pegawai di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Kendala :

- Sistem IT yang belum terintegrasi
- Penilaian terhadap aspek pengelolaan SDM belum optimal.

Pada tahun 2023 tingkat kepuasan pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang sebesar 80,02% dari target yang ditentukan 77,5%, sehingga pencapaiannya 103%. Capaian ini sudah mencapai target Rencana Strategis Bisnis untuk Tahun 2023 yaitu 77,5%.

Kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Survey kepuasan staf
2. Penataan dan pembayaran system remunerasi
3. Pelaksanaan layanan kepegawaian sesuai aturan dan standar akreditasi
4. Pemberian penghargaan
5. Pemilihan unit terbaik
6. Pemberian tambahan IKI atau pemotongan sesuai kinerja pegawai

Tingkat kepuasan pegawai yang dinilai melalui banyak dimensi, melibatkan banyak unit kerja untuk memantau dan melaksanakan tindak lanjutnya sehingga menjadi tantangan tersendiri dalam proses koordinasinya.

Upaya tindak lanjut :

- Melakukan penilaian secara berkala terhadap aspek pengelolaan SDM di unit kerja
- Sosialisasi hasil kepuasan staf
- Perlunya sistem elektronik yang terintegrasi
- Saluran komunikasi yang intens dengan satker
- Budaya melayani pelanggan internal agar dapat bekerja dengan kemampuan terbaiknya
- Penerapan reward dan konsekuensi
- Perlu meningkatkan target agar tingkat kepuasan staf lebih tinggi dengan upaya terus menerus dr bagian OSDM

Rekomendasinya adalah :

1. Melayani pelanggan internal secara optimal
2. Pemilihan karyawan berprestasi
3. Pemberian sanksi bagi pegawai bermasalah
4. Tingkat kepuasan staf tahun 2024 sebesar 80%

Tabel 3.7 Sasaran Strategis 4

Sasaran Strategis 4 Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
5	Indeks budaya keselamatan	90%	88,00	97,78%

## 5. Indeks Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga, pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan yang berfokus pada pasien dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan yang berfokus pada pasien.

Capaian pada tahun 2023 tidak memenuhi target yang ditetapkan karena lama dan kurang diisi itemnya dan kuisisionernya. Jumlah sampel yang dilakukan ada 320 sampel.

Kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Penentuan besaran sampel
2. Distribusi Kuisisioner
3. Pengolahan data berupa editing, coding, dan perhitungan
4. Representasi hasil pengukuran
5. Analisis Data
6. Pengukuran survey budaya keselamatan pasien,
7. Sosialisasi pelaporan IKP by system yaitu dengan aplikasi sirancak,
8. Analisis IKP dan Tindak Lanjut analisis IKP.
9. Melakukan pelatihan-pelatihan serta memperkuat budaya keselamatan sesuai standar yang telah ditentukan dan
10. melakukan workshop *patient safety*, audit, membangun mekanisme reward dan konsekuensi.

Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah:

1. Mengevaluasi pemahaman responden terkait budaya
2. Meningkatkan monev responden tentang budaya keselamatan
3. Selalu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan-pelayanan terkait budaya keselamatan pasien.

Tabel 3.8 Sasaran Strategis 5

Sasaran Strategis 5				
Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
6	Jumlah riset translasional	2	3	150%

### 6. Jumlah riset translasional

Penelitian untuk pegawai internal diupayakan dengan adanya dana hibah penelitian, sehingga target untuk penelitian internal cenderung berhasil dan minat untuk penelitian pegawai RSUP Dr. M.

Djamil Padang tetap ada. Adanya hibah penelitian sebagai reward bagi pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang menumbuhkan motivasi pegawai untuk melakukan penelitian internal sehingga dapat melampaui target penelitian yang ditetapkan. Untuk meningkatkan kualitas penelitian internal, RSUP Dr. M. Djamil Padang selalu melakukan kerjasama baik dengan institusi pendidikan maupun dengan pihak ketiga. Hasil Capaian indikator untuk penelitian RS dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023, dari target 2 penelitian realisasi sebanyak 3 penelitian yang telah dilakukan oleh pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang maupun pihak eksternal dengan kerjasama/pembimbing dari RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Rekomendasi hasil capaian adalah perlunya mempertahankan kegiatan pengembangan penelitian yang berkelanjutan dalam bentuk hibah atau reward, untuk meningkatkan motivasi SDM rumah sakit agar ikut berperan serta aktif melakukan penelitian di rumah sakit. Perjanjian kerjasama dengan institusi dan pihak ketiga untuk dapat ditindaklanjuti kembali dan dievaluasi. peningkatan pemantauan penelitian yang sedang berlangsung, berkoordinasi dengan Komite Etik Penelitian dan IPIKI terkait HAKI.

Tabel 3.9 Penelitian Riset Translational 2023

No	Nama Peneliti	Judul	Kategori	Bagian
1	Dr. dr. Satya Widya, Sp. KK (K), FINSADV, FAADV	Pengaruh Fototerapi Terhadap Kadar Sebum dan Hidrasi Kulit Pada Pasien Poli Kulit dan Kelamin RSUP Dr. M. Djamil	Translational	KSM Kulit Kelamin
2	Ns. Rosi Suriati, S.Kep	Efektivitas Penggunaan Hydrocolloid Dressing terhadap kejadian extravasasi : Study eksperimen di Ruang Kronis RSUP Dr. M.Djamil Padang	Translational	Instalasi Kebidanan dan Anak
3	Ns. Linda, S. Kep	Pengaruh Pelaksanaan Discharge planning Model LIMA (Libatkan, Identifikasi, Metode dan Analisa) pada pasien STEMI post PPCI terhadap kesiapan pulang dirawat Inap IPJT Periode 2022-2023	Translational	IPJT

Rencana tindak lanjut adalah :

1. Monitoring dan evaluasi penelitian
2. Target publikasi internasional bereputasi

Rekomendasinya adalah :

1. Menghimbau peneliti staf RS agar aktif melakukan penelitian translasional untuk meningkatkan kualitas pelayanan rs.
2. Menentukan topik penelitian sesuai layanan unggulan, layanan prioritas, dan pelayanan berbasis riset (penelitian stemcell).

3. Mengadakan research class untuk meningkatkan minat, dan keilmuan civitas hospitalia terkait penelitian sehingga menghasilkan penelitian yang berkualitas.

4. Pemberian dana hibah penelitian untuk penelitian translasional.

Tabel 3.10 Sasaran Strategis 6

Sasaran Strategis 6				
Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
7	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	8	19	238%
8	Jumlah kegiatan kemitraan dengan <i>sister hospital</i>	1	1	100%

7. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)

RS jejaring adalah rumah sakit PPK2 yang memiliki kerjasama dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang dan FK-UA dalam aspek pelayanan, pendidikan dan manajemen.

Dari target 8 RS Jejaring sudah tercapai sebanyak 16 RS Jejaring saat ini yang bekerjasama :

1. RS.M.Natsir Solok
2. RSUD Sungai Dareh
3. Fakultas Kedokteran UNPAD
4. RSUD Lubuk Basung
5. RSUD Puri Husada Tambilahan
6. RSUD M.Zein Painan
7. RSUD Solok Selatan
8. RSUD Hanfiah Batusangkar
9. RSUD Pariaman
10. Rumah Sakit UNAND
11. RSUD Padang Panjang
12. Universitas Indonesia,
13. RSCM,
14. UNAND
15. RSUD Sijunjung
16. RSJ. BH.Saanin Padang
17. RS Paru Dr.H.A Rotinsulu Bandung
18. Universitas Padjajaran, dan
19. RSUP Hasan Sadikin Bandung

Kegiatan yang dilakukan adalah melakukan pembinaan Manajerial. Pembinaan dan sosialisasi ke rumah sakit jejaring dalam bentuk pelatihan-pelatihan dan pendampingan. Solusi yang dilakukan adalah membuat IKS dengan rumah sakit jejaring dan membuat program pembinaan serta pendidikan terkait pelayanan rumah sakit jejaring. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah dengan berkoordinasi dengan bidang pelayanan medik dan keperawatan serta bagian orum untuk menyusun IKS dengan rumah sakit jejaring. Disamping itu juga membuat program manajerial, kediklatan, pengembangan SDM

Langkah-langkah Aktivitas Pencapaian Target IKU adalah melakukan pembinaan kepada RS Jejaring sesuai dengan program pelayanan prioritas 9 penyakit katastropik dan Melakukan Kerjasama dengan RS dalam pengampuan, referral.

Kegiatan yang dilakukan adalah visitasi, Pengiriman Dokter Referral.

Permasalahan yang dihadapi adalah tidak semua rumah sakit jejaring mempunyai IKS dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang dan Pembiayaan dari Kementerian Kesehatan.

Tindak lanjut yang dilakukan adalah membuat proposal perencanaan pengembangan pelayanan pengampuan RS Jejaring, dan merencanakan alokasi pembiayaan sesuai standar kebutuhan pelayanan serta monitoring dan evaluasi standar pendidikan dan juga pendokumentasian proses alur pendidikan berbasis IT.

Rekomendasinya adalah :

1. Untuk Kerjasama dengan RS Jejaring agar dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1319/2023 tentang Petetapan RSUP Dr.M.Djamil Padang Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Untuk Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, bahwa proses pendidikan, Penelitian, Pengabdian Kepada Masyarakat dan Pelayanan Kesehatan serta di ikat dengan Perjanjian Kerjasama Tripartit antara FK-Unand dengan RSUP Dr.M.Djamil Padang dan RS Jejajaring.
2. Monitoring dan Evaluasi serta Pegawasan dalam pelaksanaan proses pendidikan wajib melalui bagian Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik)

## **8. Jumlah kegiatan kemitraan dengan *sister hospital***

Sister hospital adalah RS Nasional atau Internasional yang menjalin kemitraan dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam rangka sharing baik dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.

Jumlah kegiatan kemitraan yang dimaksud dapat berupa kerjasama pelayanan, pendidikan dan penelitian. Kegiatan yang dilakukan adalah melakukan kerjasama manajerial/kediklatan/ pengembangan SDM.

Dari Target 1 RS, sudah tercapai 2 rumah sakit kemitraan dengan sister hospital :

1. University Horishima Of Japan
2. Chiba University Of Japan

Kegiatan yang dilakukan adalah kolaborasi riset, pelayanan subspeialistik & proctorship, pengiriman fellowship dokter & keperawatan, kuliah tamu sehingga capaian kegiatannya. Capaian waktu pelaksanaan pendidikan sesuai dengan waktu standar proses pendidikan.

Solusi yang akan dilakukan adalah dengan membuat IKS dengan rumah sakit terkait dan membuat program pengembangan kerjasama dalam suatu kemitraan. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah :

1. Monitoring dan Evaluasi kegiatan kemitraan terkait kolaborasi riset, pelayanan subspeialistik & proctorship, pengiriman fellowship dokter & keperawatan, kuliah tamu
2. Pendokumentasian proses administrasi berbasis IT
3. Berkoordinasi dengan bidang pelayanan medik dan keperawatan serta bagian orum untuk menyusun IKS dengan sister hospital
4. Membuat program manajerial, kediklatan, pengembangan SDM
5. Menyusun program dan anggaran sister hospital

Langkah-langkah yang dilakukan adalah saat ini bekerjasama dengan Hiroshima university Of Japan, dimana saat ini ada 1 orang dokter pendidikan fellowship Foot And Ankle Surgery.

Hambatan permasalahan dalam pencapaian target adalah realisasi pembiayaan fellowship.

Rekomendasinya adalah menambah peluang kerjasama dengan sister hospital untuk pengembangan kegiatan kemitraan terkait kolaborasi riset, pelayanan subspeialistik & proctorship, pengiriman fellowship dokter & keperawatan, kuliah tamu.

Tabel 3.11 Sasaran Strategis 7

Sasaran Strategis 7				
Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	100%	118%

### 9. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

SISRUTE (Sistem Rujukan Terintegrasi) merupakan teknologi informasi berbasis internet yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan lebih rendah ke tingkat layanan lebih tinggi atau sederajat (horizontal maupun vertikal). Manfaat dengan adanya SISRUTE adalah :

- a. Peningkatan mutu layanan dengan sistem informasi rujukan terintegrasi
- b. Peningkatan mutu layanan rumah sakit perujuk dengan informasi dan koordinasi untuk pelayanan lanjutan pasien yang berdampak pada kepuasan pasien.
- c. Sistem rujukan terintegrasi sebagai acuan untuk pelaksanaan rujukan di rumah sakit secara nasional.

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal yaitu menilai kasus rujukan melalui sistem rujukan terintegrasi yang memiliki respon time kurang dari 1 jam. IKU ini mempunyai formula perhitungan jumlah kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam dibagi dengan jumlah total kasus yang ditindaklanjuti. Indikator ini baru ditetapkan untuk diturunkan ke semua rumah sakit rujukan vertikal di tahun 2021. Pada periode Januari-Desember 2023 rata-rata capaian kasus rujukan melalui sistrute yang direspons dalam waktu kurang dari 1 jam sebesar 100% sudah melebihi target yaitu 85%. Capaian ini masih sama dibandingkan tahun 2022 yaitu 100%.

Tabel 3.12 Jumlah Sistrute Tahun 2023

BULAN	TOTAL SISRUTE	COVID	NON COVID	DITERIMA		DITOLAK	
				COVID	NON COVID	COVID	NON COVID
JANUARI	1547	7	1540	6	925	0	317
FEBRUARI	1408	1	1407	1	911	0	254
MARET	1457	4	1453	4	954	0	230
APRIL	1390	24	1366	18	935	2	217
MEI	1565	42	1523	31	925	2	317
JUNI	1594	5	1589	5	931	0	367
JULI	1536	1	1535	0	976	0	275
AGUSTUS	1714	3	1711	3	974	0	425
SEPTEMBER	1554	0	1554	0	922	0	334
OKTOBER	1719	0	1719	0	1007	0	403
NOVEMBER	1742	2	1740	1	965	0	470
DESEMBER	1676	2	1674	1	1020	0	305

(sumber data : googlesheet sistrute IGD)

Tabel 3.13 Alasan Penolakan Tahun 2023

Alasan Penolakan GZ	Jumlah
NICU Penuh	917
PICU Penuh	792
ICU/ROI GZ Penuh	279
HCU Neuro Penuh	182
CVCU Penuh	85

Akut Penuh	35
HCU Anak Penuh	74
Kronik Penuh	43
HCU Paru Penuh	31
HCU PD Penuh	33
HCU Bedah Penuh	7
ISO TB MDR Penuh	1
Iso rabies tidak ada	2
HCU Anak ISO Penuh	1
ISO TB Penuh	23
HCU Bedah Anak Penuh	1

(sumber data : googlesheet sisrute IGD)

Tabel 3.14 Tidak Ada Indikasi rujuk/ Tidak transportabel

Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Jumlah
Tidak Ada Indikasi	12	10	5	8	14	7	4	13	14	14	14	14	129
Anjuran rujuk POLI	15	15	22	4	14	14	21	20	18	18	18	18	197
Tidak Transportable	14	7	15	7	15	13	10	17	34	34	34	34	234
Total	41	32	42	19	43	34	35	50	66	66	66	66	560

(sumber data : googlesheet sisrute IGD)

Aplikasi yang digunakan untuk Sisrute adalah aplikasi SISRUTE dari Pusat (Kemkes). Login aplikasi SISRUTE memerlukan beberapa langkah (username, password, OTP dikirim via email- OTP sistem).

Permasalahan yang dihadapi adalah belum ada reward dan punishment untuk menjawab SISRUTE sesuai rentang waktu yang ditetapkan, dengan best time adalah 5 menit dari RS Perujuk mengirimkan data rujukan ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Kendala yang dihadapi adalah masih ada rujukan dengan kasus yang bisa dirawat di rumah sakit tipe B namun dirujuk ke RSUP Dr.M.Djamil Padang dan SISRUTE beberapa kali mengalami kendala teknis seperti sistem down atau kecepatan koneksi jaringan internet yang berbeda antar institusi sehingga dapat menimbulkan mis-informasi antara RS perujuk dan yang dirujuk.

Upaya tindak lanjut yang dilakukan :

- Optimalisasi penggunaan telepon apabila ada masalah jaringan internet atau system error dalam proses rujukan melalui sisrute
- Koordinasi dengan SIRS dalam peningkatan performa jaringan untuk mempermudah proses rujukan yang sudah direncanakan.

Tabel 3.15 Sasaran Strategis 8

Sasaran Strategis 8				
Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
10	Indek budaya PEDULI	75%	88,15%	118%

## 10. Indek budaya PEDULI

Budaya “Peduli” menggambarkan etos kerja, sikap, prilaku, dan tindakan karyawan saat menjalankan misi pelayanan, pendidikan, dan penelitian pada stakeholders kunci RS Dr M Djamil, yang diukur melalui perwujudan nilai-nilai sebagai berikut: Profesional, Empati, Daya Saing, Utama, Loyal, Ikhlas.

Indek budaya PEDULI :

1. Indek budaya PEDULI mencapai target 2023
2. Indek budaya PEDULI harusnya sejalan dengan kedisiplinan staf

Untuk membangun sumber daya manusia seutuhnya diperlukan peningkatan budaya kerja pegawai dengan menanamkan nilai-nilai tertentu yang melandasi atau mempengaruhi sikap dan perilaku yang konsisten serta komitmen membiasakan suatu cara kerja dilingkungan kerja masing-masing. Dengan adanya komitmen yang kuat merefleksikan nilai-nilai tertentu seperti membiasakan kerja berkualitas yang sesuai standar, efektif / produktif dan efisien. Budaya kerja sangat penting dikembangkan diorganisasi karena mempunyai dampak positif terhadap pencapaian perubahan berkelanjutan di tempat kerja termasuk peningkatan produktivitas.

Setiap nilai tersebut dijabarkan melalui sejumlah indikator/kriteria penilaian prilaku.

Budaya PEDULI diukur melalui instrumen kuesioner dengan menggunakan skala penilaian angka sebagai berikut:

- 1 = Tidak pernah
- 2 = Jarang
- 3 = Sering
- 4 = Sangat sering

Skala hasil penilaian masing-masing responden dijumlah untuk mendapatkan skala penilaian budaya Peduli. Untuk tingkat pencapaian ditetapkan dengan membandingkan masing-masing hasil penilaian dengan jumlah responden yang dinilai untuk mendapat persentase pencapaian. Pencapaian dikatakan baik jika skala nilai menyatakan 3 & 4.

Kendala yang dihadapi adalah aspek pengelolaan SDM di unit kerja belum optimal

Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja adalah membangun komitmen dari semua lapisan mulai dari unit terkecil sehingga semua terpapar dengan budaya kinerja dan PEDULI serta penataan sistem manajemen SDM aparatur. Survey budaya peduli dilaksanakan 2 kali setahun.

Upaya menunjang pencapaian kinerja

1. Membuat edaran terkait sistem manajemen SDM ke unit kerja seperti pembinaan, penilaian, dan lain-lain.
2. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala kepada setiap unsur hospitalia rumah sakit
3. Sosialisasi nilai budaya PEDULI dan kedisiplinan
4. Perlunya sistem elektronik yang terintegrasi
5. Penerapan reward dan konsekuensi
6. Perlu meningkatkan target agar tingkat budaya PEDULI lebih tinggi dengan upaya terus menerus dr bagian OSDM

Rekomendasinya adalah :

1. Membuat nota dinas nilai budaya PEDULI dan kedisiplinan staf
2. Penerapan jam kerja efektif melalui abon
3. Pemilihan staf disiplin setiap bulan
4. Pemberian sanksi bagi pegawai terlambat
5. Tingkat budaya PEDULI tahun 2024 sebesar 77,5%

Tabel 3.16 Sasaran Strategis 9

Sasaran Strategis 9				
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
11	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95	54,79	57,67%

#### 11. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

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. Proses kalibrasi dilakukan oleh vendor.

Perbaikan kerusakan beberapa alat baik medis maupun non medis yang terjadi diakhir tahun mengalami kendala terkait tidak cukupnya waktu penyelesaian baik teknis maupun administratif. Hal tersebut disebabkan oleh pemesanan sparepart yang membutuhkan waktu beberapa minggu atau bulan dan waktu perbaikan yang cukup panjang hingga melewati akhir tahun serta proses administrasi usulan perbaikan alat yang belum selesai sehingga vendor belum dapat melakukan perbaikan.

Adapun capaian indikator perjanjian kinerja: tingkat Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar tahun 2023 adalah 62,34%, dimana belum mencapai target yaitu 95% (PK) dan 82,5% (IKT Dirut)

Penyebab indikator belum mencapai target karena:

1. Data kalibrasi di aplikasi ASPAK belum terupdate
2. Kalibrasi dilakukan oleh pihak ketiga yaitu sebelumnya BPFK Medan namun karena prosesnya  
Lama diganti dengan BPFK Jakarta.
3. Perlunya perhitungan kembali alat kesehatan yang wajib kalibrasi

Rencana perbaikan yang akan dilakukan:

1. Proses sedang berjalan
2. Mengusulkan implementasi kalibrasi
3. Koordinasi hasil kalibrasi alat kesehatan dengan BPFK
4. Melakukan update data ASPAK sesuai data pengadaan dan kalibrasi alat.
5. Berkoordinasi dengan IPSRS terkait pengupdatean data

Upaya tindak lanjut

- Mengoptimalkan pemeliharaan alat medis dan non medis agar usia pemakaian lebih panjang dan kondisi alat selalu terpantau untuk mengantisipasi terjadinya kerusakan yang mendadak
- Sudah dilakukan implementasi dan sekarang sedang menunggu inputan dari BPFK Jakarta untuk layak dan tidak layaknya.
- Meningkatkan koordinasi internal dalam proses pengusulan perbaikan
- Menjalin kerjasama yang baik dengan vendor agar proses perbaikan ataupun pemesanan sparepart dapat dilakukan secara simultan bersamaan dengan proses penerbitan surat perintah kerja

Rekomendasinya adalah :

1. Melakukan update data ASPAK sesuai data pengadaan dan kalibrasi alat.
2. Berkoordinasi dengan IPSRS terkait pengupdateann data

Tabel 3.17 Sasaran Strategis 10

Sasaran Strategis 10				
Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
12	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5	9,16%	45,42%

## 12. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal adalah jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan. Cara perhitungannya adalah jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100.

Penurunan jumlah kematian di rumah sakit tidak tercapai dikarenakan:

1. Peningkatan jumlah kunjungan yang sebagian besar kasus berat/ rujukan
2. Banyaknya kasus dengan komorbiditas dibuktikan dengan peningkatan severity level
3. Tingkat kepatuhan visite DPJP yang masih rendah
4. Kurangnya koordinasi dan komunikasi antar multidisiplin dalam asuhan pasien
5. Kurang Optimalnya pelayanan dan pemantauan kasus post operatif
6. Tingkat kepatuhan DPJP terhadap PPK dan CP masih kurang

Rencana tindak lanjutnya adalah :

1. Koordinasi dengan rumah sakit jejaring terkait kasus rujukan kondisi berat yang layak dirujuk dan membuat mekanisme seleksi kasus rujukan yang layak di rujuk
2. Meningkatkan komitmen DPJP terkait visite dengan mekanisme reward dan punishment
3. Membuat SOP dan Regulasi terkait koordinasi multidisiplin dalam asuhan pasien serta melakukan sosialisasi berulang dan melakukan evaluasi penerapan regulasi
4. Evaluasi berkala setiap bulan warning jumlah kasus yang meningkat signifikan
5. Optimalisasi peningkatan mutu pelayanan medis
6. Koordinasi dengan komkordik terkait peningkatan mutu layanan

Rekomendasinya adalah optimalisasi peran manager pelayanan pasien terkait kendali mutu pelayanan.

Tabel 3.18 Sasaran Strategis 11

Sasaran Strategis 11				
Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali	100%
14	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT vertikal	≥ 80	85,70	107%

### **13. 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 dihitung dari jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

Pelaporan ini dilakukan 2x yaitu pada bulan Januari-Juni 2023 dan Juli-Desember 2023. Langkah-langkah yang dilakukan adalah evaluasi kasus ginjal setiap 6 bulan.

Hambatan Permasalahan dalam pencapaian target :

1. Pelaporan audit medis ginjal belum memenuhi target sebanyak 2 kali. Periode Januari-Juni 2023 didapatkan nilai rata-rata 98,61 %
2. Beberapa kasus hasil pemeriksaan penunjang tidak dituliskan hasil pemeriksaan

Tindak lanjut yang telah/harus dilakukan adalah koordinasi dengan rekam medik.

### **14. Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT vertikal**

Untuk meningkatkan nilai survey kepuasan pelanggan setiap bulan, RSUP Dr. M. Djamil Padang melakukan upaya-upaya perbaikan pelayanan, peningkatan fasilitas layanan, peningkatan kemampuan petugas kesehatan, peningkatan komunikasi efektif dan perbaikan serta penambahan sarana dan prasarana rumah sakit yang dianggap kurang oleh masyarakat sebagai pengguna layanan, selain itu untuk menggali kembali nilai survey yang lebih spesifik terhadap layanan petugas dilakukan kembali survei kepuasan melalui kuisioner penilaian interaksi layanan publik.

Selama tahun 2023 total responden 3.932 dengan hasil rata-rata nilai 85,7. Kendalanya waktu survey yang tidak bisa setiap hari, kesediaan pasien mengisi kuisioner, dan pemahaman pasien terhadap pertanyaan.

Upaya pemberian informasi secara terus menerus terhadap pelanggan secara langsung (face to face) melalui kegiatan sapa pelanggan yang melibatkan manajemen RS, roundtable discussion di setiap pelayanan yang dilakukan secara rutin serta pemberian edukasi tentang RSUP Dr. M. Djamil Padang dan layanan yang tersedia serta prosedur yang berlaku selama mendapatkan pelayanan.

Tabel 3.19 Analisis Hasil Survei Kepuasan Masyarakat Tahun 2023

No	Bulan	Jumlah Responden	Nilai Kepuasan Pasien	Target	Nilai Rata-Rata/Unsur Kepuasan								
					U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
1	Januari	357	81,42	≥ 80	3	3,06	3,02	3,78	3,13	3,17	3,12	3,21	3,76
2	Februari	341	80,96	≥ 80	3,09	3,08	3,03	3,81	3,10	3,12	3,18	3,21	3,56
3	Maret	300	80,97	≥ 80	3,11	3,07	3,02	3,77	3,08	3,19	3,12	3,14	3,68
4	April	353	89,4	≥ 80	3,20	3,16	3,12	3,34	3,18	3,19	3,18	3,55	3,15
5	Mei	362	88,29	≥ 80	3,14	3,13	3,10	3,17	3,15	3,14	3,15	3,54	3,15
6	Juni	313	85,61	≥ 80	3,07	3,05	3,01	3,02	3,02	3,02	3,12	3,44	3,05
7	Juli	267	89,9	≥ 80	3,18	3,17	3,13	3,52	3,18	3,22	3,21	3,37	3,21
8	Agustus	330	89,99	≥ 80	3,12	3,25	3,12	3,56	3,18	3,32	3,24	3,28	3,18
9	September	313	80,36	≥ 80	3,08	3,27	3,03	3,64	3,10	3,28	3,11	3,22	3,23
10	Oktober	293	85,6	≥ 80	3,38	3,39	3,34	3,84	3,37	3,38	3,40	3,49	3,26
11	November	349	88,37	≥ 80	3,48	3,49	3,48	3,88	3,52	3,52	3,40	3,65	3,42
12	Desember	354	87,53	≥ 80	3,44	3,44	3,46	3,77	3,47	3,50	3,45	3,57	3,45
	Jumlah Responden	3932	1028,4		38,38	38,56	37,86	43,10	38,48	39,05	38,68	40,67	40,10
	Nilai Rata-Rata	327,67	85,70	≥ 80	3,20	3,21	3,16	3,59	3,21	3,25	3,22	3,39	3,34

Ket :

U1 : Persyaratan

U2 : Prosedur

U3 : Waktu Pelayanan

U4 : Biaya/Tarif

U5 : ProdukLayanan

U6 : Kompetensi Pelaksana

U7 : Perilaku Pelaksana

U8 : Penanganan Pengaduan, saran, dan masukan

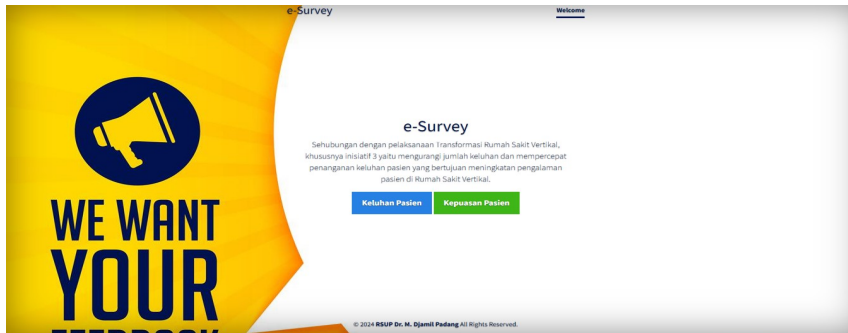
U9 : Saranadan Prasarana

Berdasarkan tabel di atas, hasil Survei Kepuasan Masyarakat tahun 2023 ini dihitung dari seluruh unit pelayanan RSUP Dr. M. Djamil Padang yang terdiri dari 3.932 responden yang mengisi kuesioner, unsur pelayanan yang memiliki nilai rata – rata tertinggi yaitu unsur Biaya/Tarif (U4) yaitu biaya/tarif dengan nilai rata – rata sebesar 3,59 dan masuk dalam kategori sangat baik. Berdasarkan analisis di atas, maka mutu pelayanan di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 secara keseluruhan unsur pelayanan adalah sebesar 85,70 dan termasuk dalam kriteria penilaian baik, yaitu berada pada nilai rata-rata tertimbang 3, sehingga dinyatakan dari 9 unsur pelayanan yang dinilai memiliki kategori BAIK.

Kendala-kendala yang dialami dalam melakukan survey pertama, belum terpenuhinya kegiatan survey setiap hari karena dalam beberapa waktu petugas pengumpul data juga memiliki tugas pokoknya masing-masing. Kemudian, masih banyak calon responden menolak untuk mengisi survey karena merasa tidak ada manfaatnya untuk mereka. Hasil survey perbulan juga dipengaruhi dengan kondisi rumah sakit pada saat dilakukan survey, contohnya ketika rumah sakit tengah dilanda isu miring biasanya data cenderung menurun dari sebelumnya. Kemudian ada beberapa unit pelayanan yang menjadi faktor yang membuat nilai survey menurun.

Adapun langkah-langkah yang dilakukan untuk memperlancar kegiatan survey ini adalah menggalakkan aplikasi survey online agar petugas tidak harus setiap hari melakukan survey kelapangan. Kondisi saat ini pengguna survey online masih sangat sedikit sehingga masih perlunya petugas turun langsung untuk melakukan survey. Upaya yang dilakukan ke depan adalah melakukan sosialisasi langsung kepada pasien dan juga sosialisasi kepada petugas pelayanan untuk mengarahkan pasien mengisi survey kepuasan.

Rencana tindak lanjutnya adalah penggunaan E-Survey Kepuasan pasien, supervisi tim pengumpul data.



Gambar 3. 1 Aplikasi e-Survey

Tabel 3.20 Sasaran Strategis 12

Sasaran Strategis 12 Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
15	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan	12 laporan	100%
16	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan	12 laporan	100%

**15. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**

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

**a) Rekapitulasi Capaian Indikator Nasional Mutu Pelayanan (INM)**

Tabel 3.21 Rekapitulasi Capaian Indikator Nasional Mutu Pelayanan (INM)

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN												RERATA
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	93,71	93,79	92,61	93,74	93,05	92,38	92,58	92,89	92,81	91,92	91,96	91,16	92,72
2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99,71	99,9	99,65	98,83	99,76	99,81	99,45	99,54	99,88	100	100	100	99,71
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	99,97	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%	95,83	91,67	80	90,48	75	91,67	90,63	88,89	81,48	82,5	87,5	83,33	86,58
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	86,83	84,91	83,6	86,1	85,45	81,19	82,31	82,03	82,08	83,47	84,01	84,28	83,86
6	Penundaan operasi elektif	≤5%	12,24	4,78	24,51	18,37	1,34	19,29	12,21	9,79	11,14	15,94	23,79	27,11	15,04
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥80%	87,47	88,46	84,22	84,22	84,35	85,41	85,03	85,83	86,90	86,86	86,51	86,83	86,01
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	83,73	81,2	86,87	91,27	93,25	91,95	94,72	92,77	91,87	87,35	84,09	89,53	89,05
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	99,74	99,77	99,71	99,73	99,83	99,71	99,75	99,66	99,71	99,71	99,74	99,71	99,73
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%	100	100	100	100	100	100	88	100	100	100	100	100	99,00
13	Kepuasan pasien	≥76.61	84,44						86,96						85,70

**Ket :**

	Indikator mutu belum mencapai standar
	Indikator sudah tercapai

Permasalahan yang dihadapi :

1. Pengukuran waktu pelayanan labor hanya 8 parameter tidak termasuk hitung jenis, Labor Kritis agar dimonitor kesamaan nama dokter yang meminta/dokter pengirim sama dengan dokter yang menerima telpon dari labor/labor kritis karena saat ini penyebab capaian rendah tidak bisa ditindaklanjuti karena dokter pengirim tidak sama dengan dokter yang meminta.
2. Indikator penundaan operasi (INM) capaian tidak tercapai angka pembatalan bulan Desember 27,10% (standar <5%) paling tinggi sepanjang tahun 2023, penyebab yang disamakan oleh petugas adalah operasi sebelumnya memanjang, adanya antrian DPJA, AC rusak , menunggu DPJP, penyebab yang terbanyak adalah operasi sebelumnya memanjang.

Rekomendasinya adalah penyebab harus dibuatkan spesifik misalnya kenapa memanjang, pada proses apa yang memanjang apakah pada sign in, intra operasi, trun over pasien atau pembersihan ruangan dan instrument untuk persiapan menerima pasien berikutnya (ditambahkan pada kolom keterangan di google sheet)

Upaya Tindak Lanjut :

Publikasi data internal yang dilaksanakan yaitu pengiriman laporan kepada unit terkait di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan melalui website rumah sakit. Pelaporan eksternal yang dilaksanakan yaitu pelaporan Indikator Nasional Mutu Pelayanan Rumah Sakit melalui website <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/simar/> Pelaporan dilakukan setiap bulan sebelum tanggal 10.

#### 16. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

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

Dibawah ini merupakan laporan IKP Bulan Januari - Desember 2023. Pelaporan IKP di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2023 menggunakan aplikasi SIRANCAK, yang mana aplikasi ini dapat diakses di mobile, dan komputer sehingga dapat memudahkan seluruh unit dalam melaporkan IKP.

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Eksternal

Insiden yang dilaporkan untuk laporan eksternal adalah insiden jenis KTD semua grading dan insiden jenis sentinel ke Kemenkes melalui <https://mutufasyankes.kemkes.go.id/>. Waktu pelaporan IKP eksternal paling lama tanggal 10 setiap bulannya.

Tabel 3. 22 Sasaran Strategis 13

Sasaran Strategis 13 Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai rba	100%	100%
18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10 %	9,26%	92,60%

## **17. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**

RSUP Dr. M. Djamil Padang sudah menyediakan layanan VVIP di rawat jalan yaitu poliklinik pagaruyung dan rawat inap istano pagaruyung. Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rumah sakit vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rumah sakit vertikal.

Permasalahan yang dihadapi adalah :

1. Belum lengkapnya sarana dan prasarana di poliklinik Layanan Non-JKN
2. Poliklinik belum sesuai standar VVIP / Non-JKN
3. Ruang rawatan belum cukup banyak
4. Belum ada ruang operasi khusus
5. Pelayanan masih belum sesuai standar VVIP
6. Masih ada layanan unggulan potensial yang belum tersedia

Rencana Tindak Lanjut yang dilakukan adalah:

1. Pengusulan sarana dan prasarana yang sesuai dengan kebutuhan
2. Merancang poliklinik yang sesuai dengan standar VVIP / Non-JKN
3. Menambah ruang rawatan dengan standar VVIP / Non-JKN
4. Merencanakan penambahan ruang operasi khusus untuk pelayanan VVIP / Non-JKN
5. Peningkatan kemampuan pelayanan service excellent untuk pegawai RS
6. Berkoordinasi dengan KSM dan DPJP terkait untuk mempermudah proses penambahan layanan unggulan yang berpotensi dikembangkan di RS

Rekomendasinya adalah :

1. Membuat permintaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan
2. Membuat permintaan untuk peningkatan performa poliklinik agar sesuai standar VVIP / Non-JKN
3. Membuat permintaan untuk menambah rawatan khusus dengan standar VVIP / Non-JKN
4. Membuat permintaan untuk merancang ruang operasi khusus untuk pasien VVIP / Non-JKN
5. Membuat permintaan untuk pelatihan service excellent dan membuat kerjasama dengan vendor yang berpengalaman dalam menyiapkan pegawai dengan pelayanan service excellent
6. Memfasilitasi koordinasi dengan KSM dan DPJP terkait

## 18. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Pasien pembiayaan non-BPJS adalah pasien yang membeli pelayanan rumah sakit dengan menggunakan pembayaran tunai, jaminan asuransi komersial, jaminan kantor, atau jaminan kerjasama perusahaan dan bukan jaminan non-BPJS.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien non-BPJS Kesehatan} \times 100\%}{\text{Total Kunjungan Pasien}}$$

Keberhasilan capaian indikator meliputi hal-hal sebagai berikut :

- 1) Penentuan target capaian sebesar 10% dengan jumlah pasien secara keseluruhan menjadi denominator perhitungan.
- 2) Tercapainya target persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan Non-BPJS kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya :
  - Perusahaan yang bekerjasama dengan RSUP Dr. M. Djamil Padang jumlahnya bertambah dari tahun sebelumnya.
  - Branding yang terus menerus disampaikan kepada masyarakat melalui media sosial dan website RS atau media yang ada di lingkungan RSUP Dr. M. Djamil Padang.
  - Memberikan pelayanan prima untuk meningkatkan kepuasan pelanggan.
  - Kelengkapan sarana dan prasarana yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mempermudah masyarakat menjangkau layanan RS.

Tindak Lanjut Hasil Capaian

1. Melakukan kerjasama dengan instansi lain untuk meningkatkan pendapatan pasien Non-BPJS.
2. Melakukan kegiatan marketing jenis pelayanan yang ada di RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk menarik pelanggan agar dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Memaksimalkan pengelolaan media sosial dan website untuk dapat menyampaikan informasi kepada pelanggan tentang RSUP Dr. M. Djamil Padang serta sosialisasi kebijakan-kebijakan baru melalui medsos RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4. Meningkatkan promosi layanan Non JKN kepada masyarakat melalui media sosial seperti Instagram, Facebook, Twitter dan Website Rumah Sakit secara kontinyu.
5. Melakukan koordinasi dengan unit terkait tentang kebutuhan sarana, prasarana yang belum terpenuhi.
6. Dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUP Dr M Djamil hadirkan layanan premium yang dinamai klinik Istano Pagaruyuang yang berada

di samping Poliklinik Rawat Jalan RSUP Dr M Djamil yang diresmikan pada tanggal 24 Agustus 2023.

Klinik Istano Pagaruyuang adalah layanan premium yang disuguhkan kepada masyarakat Sumatera Barat agar masyarakat dapat merasakan pengalaman berobat yang lebih cepat, mudah, dan nyaman, dengan bantuan tenaga medis handal, professional, serta teknologi kesehatan yang canggih. Terkait alur, pelayanan klinik ini memiliki alur yang cepat dan terintegrasi dengan semua layanan, yang terdiri dari pelayanan rawat jalan, rawat inap, penunjang, dan tindakan operasi. Saat ini, Klinik Istano Pagaruyuang membuka layanan premium pada layanan Urologi, Ginjal Hipertensi, dan Gastro Hepatologi. Untuk rencana jangka panjang kedepannya akan melakukan pengembangan inovasi serta memberikan semua jenis pelayanan kepada lapisan masyarakat. Dengan adanya klinik ini, dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat di Sumatera Barat. Khususnya masyarakat Sumatera Barat dan sekitarnya yang sering berobat keluar negeri. Adanya klinik ini juga diharapkan dapat menarik wisata asing untuk berkunjung dengan pelayanan *Medical Tourism*.

Klinik Istano Pagaruyuang menempatkan dokter-dokter spesialis dalam bentuk tim dokter yang akan memberikan pelayanan sesuai standar yang diterapkan dan untuk proses pendaftaran akan memiliki mekanisme yang terpisah dengan pendaftaran berobat reguler. Sementara untuk biaya berobat, biaya pelayanannya akan jauh lebih murah dibandingkan dengan pengobatan ke luar negeri namun dengan kualitas yang sama. Dengan adanya layanan ini diharapkan bisa menjadi peluang untuk memberikan layanan di dalam negeri dan menahan devisa masyarakat yang pergi ke luar negeri. Klinik istano Pagaruyuang adalah jawaban dari banyak masyarakat berobat ke luar negeri. Hambatan yang dihadapi adalah : Belum tercapainya peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP karena klini9k ini baru dibuka dari bulan Agustus 2023.

Rencana Tindak Lanjut yang dilakukan adalah :

1. Peningkatan pelayanan dengan service excellent
2. Peningkatan promosi layanan
3. Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana
4. Menambah layanan unggulan yang potensial meningkatkan kunjungan

Rekomendasinya adalah:

1. Membuat permintaan untuk pelatihan service excellent dan membuat kerjasama dengan vendor yang berpengalaman dalam menyiapkan pegawai dengan pelayanan service excellent
2. Merencanakan strategi promosi dengan baik dan terukur
3. Membuat permintaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan dan peningkatan

- kualitas sarana dan prasarana yang sudah ada
4. Memfasilitasi koordinasi dengan KSM dan DPJP terkait

Tabel 3.23 Sasaran Strategis 14

Sasaran Strategis 14				
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	1 layanan	100,00%
20	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70	70%	100%
21	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	$\geq 80$	85,70	107%
22	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq 80\%$	86,32%	108%
23	Penundaan waktu Operasi Elektif	$\leq 3\%$	2,61%	115%
24	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	$\geq 80\%$	84,65%	106%
25	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	$\geq 80\%$	85,29%	107%
26	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 indikator tercapai setiap layanan	5 indikator	500%

#### 19. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

RS yang menyeleggarakan kerja sama (yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.) dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya. Layanan unggulan yang dilakukan kerjasama dengan RS atau insitusi kesehatan LN.

Kerjasama Internasional, telah terselenggaranya kerjasama dengan Hiroshima University Hospital.

Tujuan dari LoA ini adalah untuk menegaskan bahwa HU dan RUMAH SAKIT harus terlibat dalam diskusi mengenai potensi kerja sama dalam pendekatan dan teknik kolaboratif tertentu, dengan tujuan sebagai berikut:

- (i) Meningkatkan tingkat keterampilan dan teknologi medis, memfasilitasi transfer pengetahuan, dan memberikan pelatihan sumber daya manusia.
- (ii) Mengupayakan pengembangan rekam medis/layanan kesehatan digital untuk mengumpulkan data medis/layanan kesehatan individu dan mencapai transformasi digital di bidang medis.

RUMAH SAKIT akan berinisiatif dan mengusulkan bidang kerjasama yang potensial. Penjajakan kerjasama luar negeri dengan NCC, Chiba University Hospital.

Upaya tindak lanjut yang dilakukan adalah :

1. Follow up rencana kerjasama luar negeri terkait layanan unggulan
2. Menunjuk seorang petugas penghubung untuk mewakili institusi/RS dan bertindak sebagai titik kontak utama untuk komunikasi dengan HU.
3. Koordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan dan Penunjang terkait layanan unggulan bertaraf internasional

Rekomendasinya adalah Terkait layanan unggulan bertaraf internasional berkoordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan dan Penunjang. Tim kerja Penelitian dan Pengembangan akan menindaklanjuti dan mencari peluang untuk kerjasama internasional sesuai dengan layanan yang ditetapkan.

## 20. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standard

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

Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.

Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.

Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.

- Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit
- Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00
- Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.
- Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman

Tabel 3.24 Pembagian zona parkir

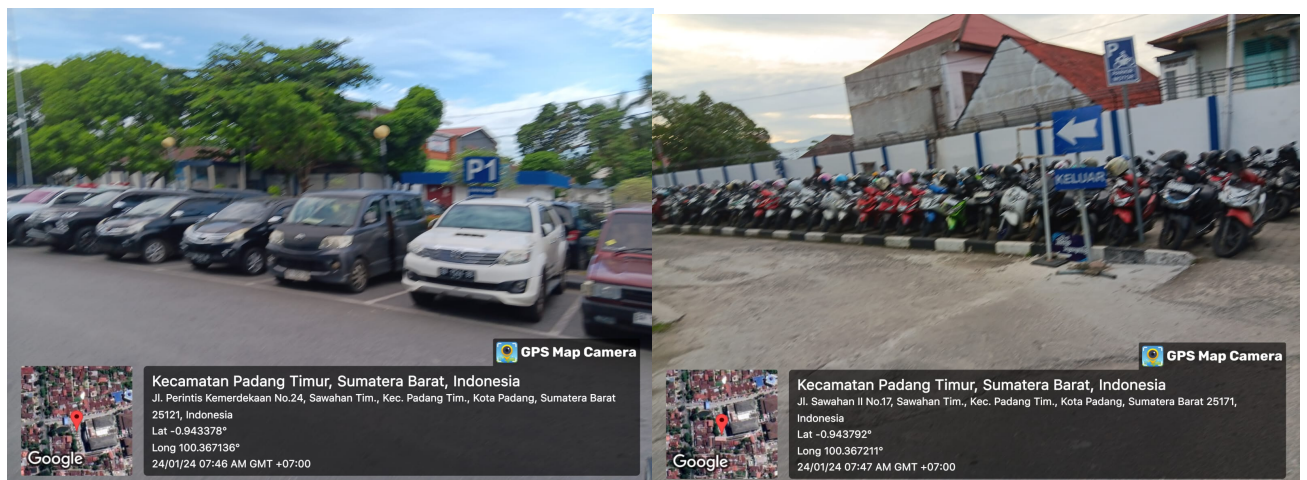
NO	ZONA	AREA	KAPASITAS	PERUNTUKAN
A	R4			
	P1	Depan Gedung Administrasi dan Rawat Jalan	64	Pasien & Pengunjung Rawat Jalan
	P2	Belakang Gedung Administrasi dan Rawat Jalan	16	Pasien & Pengunjung Rawat Jalan
	P3	Sepanjang Jalan Kutilang	160	Pasien & Pengunjung RS

NO	ZONA	AREA	KAPASITAS	PERUNTUKAN
	P4	Depan IRNA Ambun Pagi & Bangsal Paru	63	Pasien & Pengunjung RS
	P5	Samping IDT & Depan gedung IPJT	104	Khusus DPJP
	P6	Lahan Pt. KAI	211	DPJP, Dr jaga IGD & ranap, Chift Residen Jaga, Manajemen RS (Koord, Sub Koor, Ka.Inst, Ka. Komite dan Ka SPI)
Jumlah			618	
B	R2	Samping Gedung Administrasi dan rawat Jalan		Pengunjung & Pegawai
	P7	Samping dan Belakang gedung IDT	396	Pegawai
	P8	Depan IDT & jalan ke kamar Jenazah	275	Pengunjung & Pegawai
	P9	Depan gedung Farmasi	114	Pengunjung & Pegawai
	P10	Samping Rumah Dinas Dir (Mesjid lama)	300	Pengunjung & Pegawai
	P11	Lahan Pt. KAI (Depan Irna AP)		Pengunjung & Pegawai
	P12	300	300	
Jumlah			1385	

Realisasi parkir kendaraan bermotor bulan Desember 2023 adalah :

Tabel 3.25 Jumlah parker kendaraan bulan Desember 2023

No	Jenis Kendaraan		Total
1	Roda dua	A	39
		B	103.969
2	Roda Tiga	A	-
		B	20
3	Roda Empat	A	43
		B	66.322
	Total		170.393



Gambar 3.2 lahan parker mobil dan motor

Hambatan yang ditemui adalah keterbatasan lahan parkir.

Rencana tindak lanjutnya adalah :

1. Proses pengalihan tanah KAI
2. Pembangunan gedung KRIS dengan fasilitas parkir
3. Koordinasi dengan KAI untuk kerjasama pemanfaat lahan KAI untuk parkir

## 21. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Tidak maksimalnya pelaksanaan tindak lanjut terhadap keluhan dan ketidakpuasan pasien

Penyebab risiko :

1. Tidak tergalinya keluhan dan ketidakpuasan pasien
2. Sumber daya tidak memadai

Rencana penanganan :

1. Melengkapi fasilitas yang digunakan untuk pelayanan pasien
2. Bekerja sesuai dengan prosedur

Kendala :

- Responden belum terpenuhi karena masih ada responden yang tidak berkenan mengisi survey pada dua tempat pelayanan.
- Responden di IGD tidak bisa mengisi surevy dikarenakan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk mengisi survey
- Tindak lanjut dari hasil survei belum semua ditindaklanjuti oleh ruangan

Upaya tindak lanjut :

- Melakukan sosialisasi kepada pasien / keluarga secara aktif tentang pengisian kuesioner online dan bekerja sama dengan unit kerja terkait serta menempel scan barcode yang ada di setiap ruang pelayanan.
- Melakukan monitoring dan evaluasi dalam upaya peningkatan nilai hasil survei berikutnya bekerjasama dengan unit kerja terkait.
- Menyampaikan progres laporan hasil survei kepuasan pelanggan kepada unit kerja pelayanan yang dilakukan survei supaya melakukan upaya perbaikan dan peningkatan nilai survei di tahun berikutnya

## 22. 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 rumah sakit sampai dengan menerima obat. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi

kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di loket pendaftaran. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 120$  menit..

Cara perhitungan yang dilakukan adalah jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%.

Indikator capaian waktu tunggu rawat jalan sudah mencapai diatas standar 80% dengan capaian rata rata pertahun 86,32%.

rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah dilakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan bersama seluruh ka ksm dan rekam medis yang memberikan pelayanan agar capaian indikator selalu mnencapai standar setiap bulannya

### 23. 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.

Cara perhitungan yang dilakukan adalah jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam di bagi dengan jumlah pasien operasi elektif di kali 100 %.

### 24. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Untuk mencapai sesuai dengan target ketepatan waktu layanan diperlukan upaya dari setiap satker yang berkontribusi, dan yang paling utama adalah komitmen memulai. Jam dimulainya pelayanan Pasien oleh DPJP sesuai Jam Pelayanan yang ditetapkan di Rumah Sakit dan sesuai dengan Daftar Dinas yang ditetapkan oleh Ka KSM.

Ketepatan waktu layanan di Poliklinik dengan target 80% rata rata pertahun capaian telah memenuhi dari target yang telah ditetapkan dengan capaian rata rata pertahun 83,51%

Waktu pelayanan pukul 08.00 WIB dari seluruh dokter yang memberikan pelayanan di rawat jalan.

Rekomendasi perbaikan capaian indikator adalah :

1. Sosialisasi mengenai capaian ketepatan waktu layanan pada rapat KSM agar diketahui oleh semua KSM dan satker terkait.
2. Dilakukan upaya untuk meningkatkan motivasi terkait peningkatan ketepatan waktu layanan yang diberikan kepada pasien baik rawat jalan.
3. Koordinasi dengan SIMRS untuk dapat menarik data melalui sistem terintegrasi mengenai waktu layanan rawat jalan.
4. Koordinasi dengan SIMRS untuk penarikan data visite sesuai KSM dan DPJP Utama.

Rencana tindak lanjutnya adalah dilakukan Monitoring dan Evaluasi Setiap Bulan Bersama Seluruh Ka KSM dan Rekam Medis yang Memberikan Pelayanan Agar Capaian Indikator Selalu Mnencapai Standar Setiap Bulannya.

## 25. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI

*Visite* dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan di bawah jam 10.00.

Kegiatan yang dilakukan adalah Peningkatan pelayanan ketepatan DPJP dalam melakukan *visite* sesuai dengan ketentuan, edaran dan kebijakan rumah sakit.

Solusi yang lakukan adalah :

1. SPO dan Kebijakan yang mengatur pelaksanaan jam *visite* dokter ke unit rawat inap, telah dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan.
2. Sosialisasikan pada rapat KSM setiap bulan pada minggu ke tiga
3. Diberlakukan sistem pemberian reward dan konsekuensi terhadap masing – masing DPJP dalam bentuk IKT yang dievaluasi setiap bulan dan dilaporkan ke direktur

Program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja:

1. Dibangun komitmen dari DPJP terhadap aturan *visite* yang telah dibuat, melaksanakan *visite* seperti biasa seperti masa sebelum pandemi.
2. Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap kepatuhan *visite* DPJP pada unit rawat inap

Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah dilakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan bersama seluruh ka ksm agar capaian indikator ketepatan waktu visite dokter untuk pasien ri agar mencapai standar setiap bulannya disamping itu juga bisa melakukan monev berkala mulai dari unsur tingkat manajemen RS sampai kepala unit/bagian.

## 26. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)

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

- 1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari
- 2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “  $\leq 30$  Menit
- 3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS)  $< 7$  hari

4) Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam

KIA: 1.

5) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram

6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit

Tabel 3.26 Sasaran Strategis 15

Sasaran Strategis 15				
Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
27	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1	7	700%

**27.** 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan

Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama. Sumber datanya adalah data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan.

Pembinaan rumah sakit umum daerah sudah dilakukan kepada RS Achmad Mochtar, RSUD M Natsir, RSUD Sungai dareh, RSUD Raja Ahmad Tabib, RSUD Arifin Ahmad, RSUD M Yunus, dalam strata utama. Namun untuk penentuan kenaikan stratifikasi tidak bisa ditentukan karena harus memenuhi semua aspek yang diluar wewenang RS Pengampu, seperti pemenuhan SDM di RS ampuan, penyediaan dana untuk pengadaan alkes di RS ampuan yang tentunya bukan menjadi tanggungjawab kita.

Pelaksanaan pembinaan ke rumah sakit yang diampu sudah terlaksana untuk 7 pengampuan KJSU-KIA, kegiatan yang dilakukan berupa visitasi, studi tiru, proctorship, pelatihan untuk pemenuhan kapasitas SDM, namun untuk mencapai kenaikan strata ke utama atau paripurna tidak bisa tercapai dalam waktu singkat sebab rumah sakit butuh waktu untuk memenuhi kebutuhan SDM, penyediaan alkes dan sarana sesuai dengan standar yg ditetapkan. Selain itu ada beberapa rumah sakit yang diampu belum menyediakan anggaran untuk pemenuhan alkes dan sarana.

Pengampuan jantung:

1. RSUD M Natsir Solok (target utama)
2. RSUD Achmad Mochtar (target utama)

Pengampuan kanker

1. RSUD M. Yunus Bengkulu (target utama)
2. RSUD Arifin Achmad Bengkulu (target utama)
3. RSUD Bangkinang (target madya)

Pengampuan stroke

1. RSUD Arifin Achmad (target utama)
2. RSUD Achmad Mochtar (target utama)
3. RS Otak M. Hatta (target paripurna)
4. RSUD Hanafiah (target madya)

Pengampuan uronefro

1. RSUD Achmad Muchtar Bukittinggi (strata target utama)
2. RSUD Sungai Dareh (Strata target Madya)
3. RSUD Raja Ahmad Tabib (Strata target utama)
4. RSUD Lubuk Sikaping (Strata target Madya)

Pengampuan KIA

1. RSUD Rasidin (target madya)
2. RSUD M Zein (target madya)
3. RSUD Lubuk Basung (target madya)
4. RSUD Arosuka (madya)
5. RSUD Pratomo (madya)
6. RSUD Bangkinang (madya)
7. RSUD Mandau (madya)
8. RSUD Dumai (madya)

Rencana tindak lanjut adalah :

1. Melanjutkan pembinaan ke rs ampunan sesuai juknis dan modul
2. merencanakan anggaran untuk program pengampua (visitasi, proctorship, pelatihan dll)

Rekomendasinya adalah berkoordinasi dengan Kemenkes untuk mengkaji ulang indikator kenaikan strata bagi rs ampunan.

**Tabel 3.27 Sasaran Strategis 16**

Sasaran Strategis 16				
Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
28	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1	2	200%

## 28. Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna

Rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal yang mencapai strata targetnya. Cara perhitungannya adalah jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal.

Pengampunan Layanan KIA dan Uronefro sudah mampu melakukan pembinaan pada jejaring rs yang diampu, sedangkan untuk uronefro sudah mampu melakukan transplantasi ginjal hingga 20 kali, selain itu Tim Uronefro juga sudah mulai bekerjasama dengan beberapa RS swasta. Capaian terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna adalah 2 layanan (KIA dan Uronefro)

Rencana tindak lanjut adalah :

1. Memenuhi kebutuhan SDM, Alkes dan sarana yang masih perlu dikembangkan
2. Melanjutkan kerjasama dengan RS ampunan dan RS Swasta
3. Mengembangkan layanan bekerja sama dengan lintas sektoral (pemda, rsud dan rs swasta)
4. Meningkatkan layanan sesuai standar

Rekomendasinya adalah :

1. Identifikasi dan pemetaan SDM, alkes dan sarpras yang masih perlu dikembangkan
2. Penguatan kerjasama dengan lintas sektoral
3. Perekrutan SDM untuk pemenuhan standar
4. Pemenuhan alat kesehatan yang masih belum ada
5. Pemeliharaan sarana dan alkes

Tabel 3. 28 Sasaran Strategis 17

Sasaran Strategis 17				
Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
29	(RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)	1 layanan	9 layanan	100%

## 29. (RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)

Rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama. 9 layanan pengampunan di RS Djamil sudah melakukan layanan minimal strata utama, walaupun masih ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi (SDM dan alkes) namun dari segi layanan sudah bisa memenuhi strata utama. 7 Layanan penyakit prioritas di RSUP Dr M Djamil sudah mencapai strata utama, 2 layanan prioritas sudah mencapai strata paripurna (Uronefro dan KIA).

Rencana tindak lanjut adalah :

1. Pemenuhan standar kebutuhan SDM, alkes dan Sarana yang belum tersedia untuk beberapa

layanan prioritas lainnya

2. Pemenuhan kapasitas dan kemampuan SDM dengan pendidikan dan pelatihan
3. Berkoordinasi dengan lintas instansi (pemda, rs pengampu dan rs ampuan) untuk pelaksanaan program

Rekomendasinya adalah :

1. Identifikasi dan mapping ulang kebutuhan SDM, alkes dan sarpras pengampuan
2. Advokasi ke manajemen terkait untuk pemenuhan standar kebutuhan
3. Pembuat perencanaan kebutuhan SDM dan melakukan perekrutan
4. Membuat perencanaan kebutuhan pelatihan dan pengembangan pendidikan SDM

Tabel 3. 29 Sasaran Strategis 18

Sasaran Strategis 18 Indikator Nasional Mutu				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
30	Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\geq 90\%$	92,72%	103%
31	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	99,71%	99,71%
32	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%
33	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat	$\geq 80\%$	86,58%	108%
34	Waktu Tunggu Rawat Jalan	$\geq 80\%$	83,86%	105%
35	Penundaan Operasi Elektif	$\leq 5\%$	14,28%	30%
36	Kepatuhan Waktu Visit Dokter	$\geq 80\%$	86,01%	108%
37	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	89,05%	89%
38	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\geq 90\%$	100%	111%
39	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	$\geq 85\%$	100%	118%
40	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%
41	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain		100%	125%
42	Kepuasan Pasien	IKM $\geq 80$	85,70	107%

### 30. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Indikator capaian kepatuhan kebersihan tangan 85% dengan capaian di tahun 2023 92,72, sudah melebihi standar yang sudah ditetapkan(85%) Secara keseluruhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan sudah menjadi budaya di rumah sakit RSUP Dr. M Djamil Padang namun masih belum signifikan karena kepatuhan kebersihan tangan masih fluktuatif.

Rencana tindak lanjutnya adalah tindak lanjut yang sudah dilakukan oleh IPCN area memberikan edukasi langsung kepada petugas atau pemberi pelayanan di unit kerja.

Rekomendasinya adalah pengawasan serta edukasi yang dari tim PPI dan manajemen unit kerja tetap dilanjutkan.

### **31. Kepatuhan Penggunaan APD**

Mengacu pada Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Indikator capaian kepatuhan penggunaan APD 100% dengan capaian di tahun 2023 99,71% terjadi peningkatan dari bulan-bulan sebelumnya tapi masih belum mencapai standar yang telah ditetapkan (100 %). Rata-rata kepatuhan petugas dalam menerapkan pemakaian APD Tahun 2023 adalah (99,71%) Penyebab tidak tercapainya kepatuhan penggunaan APD(100 %) adalah di Tahun 2023 masih ditemukan kepatuhan penggunaan APD dibawah standar, petugas yang tidak menggunakan sarung tangan biasa sesuai indikasi dan tidak memakai masker sesuai standar ,petugas yang tidak menggunakan sarung tangan biasa sesuai indikasi dan petugas yang tidak menggunakan Apron kedap air sesuai indikasi, Untuk dibulan Oktober,November Desember sudah mencapai 100%.

Rencana tindak lanjut adalah tindak lanjut yang telah dilakukan oleh Tim PPIRS yaitu edukasi dan sosialisasi kepada unit kerja agar menggunakan APD sesuai indikasi dan keterlibatan manajer ruangan untuk meningkatkan kepatuhan petugas dalam pemakaian APD secara kontinue serta memberikan bimbingan dan arahan bagi petugas yang tidak patuh terhadap standar dan memberikan reward kepada petugas yang patuh terhadap standar yang ditetapkan rumah sakit.

Rekomendasinya adalah

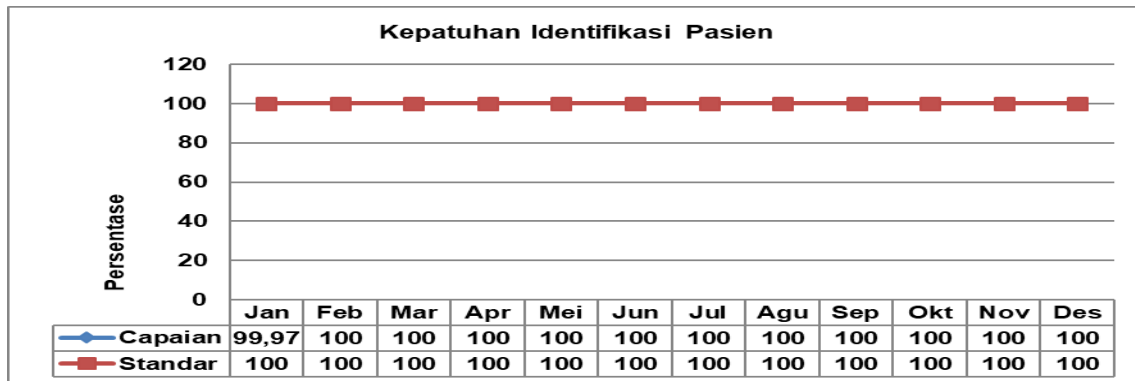
1. Resosialisasi kepatuhan penggunaan APD sesuai Indikasi
2. pengawasan serta edukasi yang dari tim PPI dan manajemen unit kerja tetap dilanjutkan.

### **32. Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Capaian kepatuhan identifikasi pasien di Ruang Rawat Inap (Ambun Pagi, Bedah, Non Bedah, Kebidanan-Anak) telah mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu 100%. Secara

keseluruhan petugas sudah melakukan identifikasi dan sudah menjadi budaya dalam memberikan pelayanan.

Rencana tindak lanjutnya adalah monitoring dan evaluasi setiap bulan sehingga budaya keselamatan pasien dapat tetap dipertahankan.



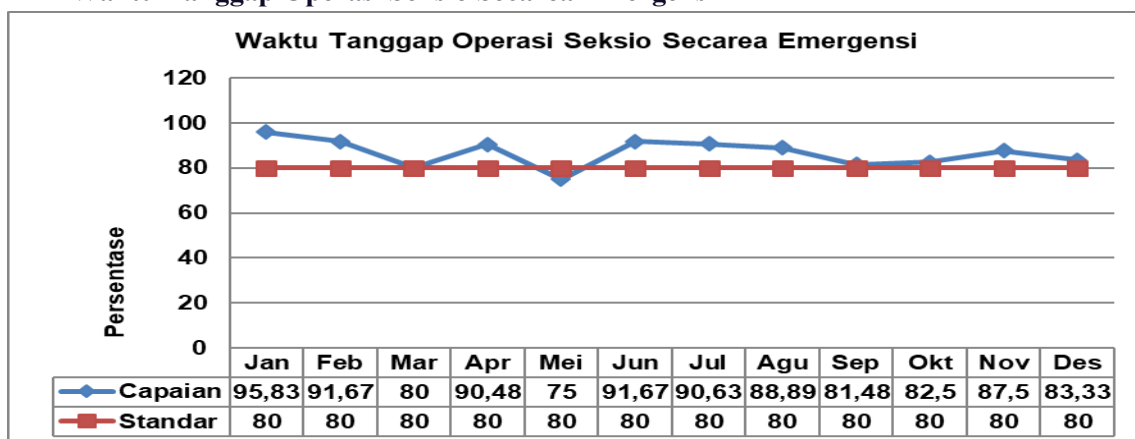
Gambar 3.3 Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian cenderung stabil sudah mencapai standar yang ditentukan (100%), dengan rata-rata capaian sebesar 99,99%. Capaian tertinggi pada Bulan Februari - Desember (100%) dan capaian terendah pada Bulan Januari (99,97%).

Rekomendasi : Mempertahankan dan meningkatkan capaian yang telah didapatkan.

### 33. Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat

#### Waktu Tanggap Operasi Seksio Secarea Emergensi



Gambar 3. 4 Waktu Tanggap Operasi Secarea Emergensi

Indikator Waktu Tanggap Operasi Seksio Secarea Emergensi Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian bervariasi mencapai standar yang ditentukan ( $\geq 80\%$ ), namun Bulan Mei tidak

mencapai standar yang ditetapkan dengan rata – rata capaian sebesar 86,58%. Persentase capaian tertinggi pada bulan Januari (95,83%) dan terendah pada bulan Mei (75%).

Rekomendasi : Mempertahankan dan meningkatkan capaian yang telah didapatkan.

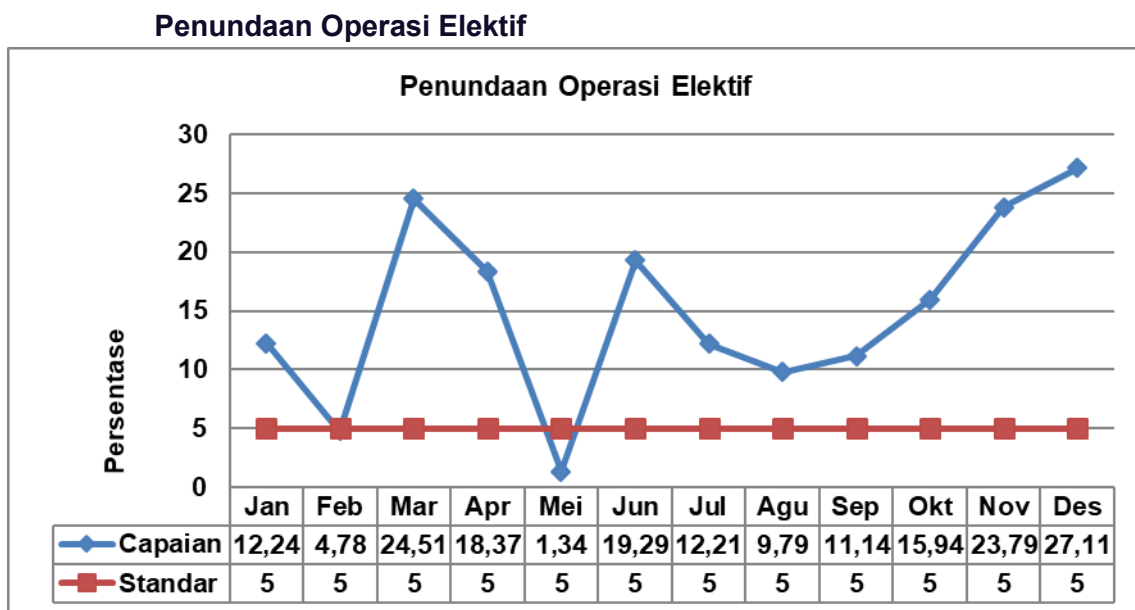
### 34. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah rata rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani oleh dokter.

Capaian Indikator WTRJ Telah Mencapai dari Standar yang Ditetapkan (< 60 menit) dengan Capaian Rata Rata Pertahun 47,85 Menit.

Rencana tindak lanjut adalah dilakukan Monitoring dan Evaluasi Setiap Bulan Bersama Seluruh Ka KSM dan Rekam Medis yang memberikan pelayanan agar capaian indikator selalu mencapai standar setiap bulannya.

### 35. Penundaan Operasi Elektif



Gambar 3. 5 Penundaan Operasi Elektif

Indikator Penundaan Operasi Elektif Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian bervariasi belum mencapai standar yang ditentukan (<5%), capaian indikator mencapai standar pada Bulan Februari dan Mei, dengan rata – rata capaian sebesar 15,04%. Persentase penundaan operasi tertinggi pada bulan Desember (27,11%) dan terendah pada bulan Mei (1,34%).

Penyebab tidak tercapainya indikator yaitu:

- a) Operasi pasien sebelumnya memanjang, tidak sesuai dengan durasi operasi yang direncanakan.

- b) Menunggu DPJP/DPJA
- c) Jadwal operasi dipindahkan ke ekstend
- d) Menunggu alat C ARM yang sedang terpakai
- e) Menunggu ETT (kosong di Apotik)
- f) Menunggu perbaikan AC yang rusak
- g) Menunggu Antrian DPJA (jadwal DPJA 3 kamar operasi diwaktu yang sama)

Tindak lanjut yang telah dilakukan yaitu diterbitkan Surat Edaran Optimalisasi Pelayanan Operasi di Instalasi IBS yang isinya antara lain:

- a) Pencalonan OK harus dilakukan dan diketahui oleh DPJP sehingga estimasi durasi OK bisa sesuai dengan kondisi dan rencana tindakan pasien.
- b) Dibuat kebijakan kamar Operasi bahwa Pemakaian C Arm tidak boleh lebih dari 2 OK diwaktu yang bersamaan.

Rekomendasi : Monev pelaksanaan Surat Edaran Optimalisasi Pelayanan Operasi di Instalasi IBS, monev pengaturan jadwal DPJA di kamar operasi

Penyebab :

1. Keterlambatan pasien diantar dari ruangan
2. gangguan mesin anestesi pada saat akan digunakan
3. keterlambatan kehadiran tim operasi
4. keterlambatan karena kekosongan bmhp di depo farmasi
5. keterlambatan produk darah
6. keterlambatan karena kekosongan implant di depo farmasi

Penanganan :

1. pasien diantar 1/2 jam sebelum penjadwalan operasi
2. Pastikan BMHP tersedia
3. Pastikan ketersediaan produk darah untuk kebutuhan operasi

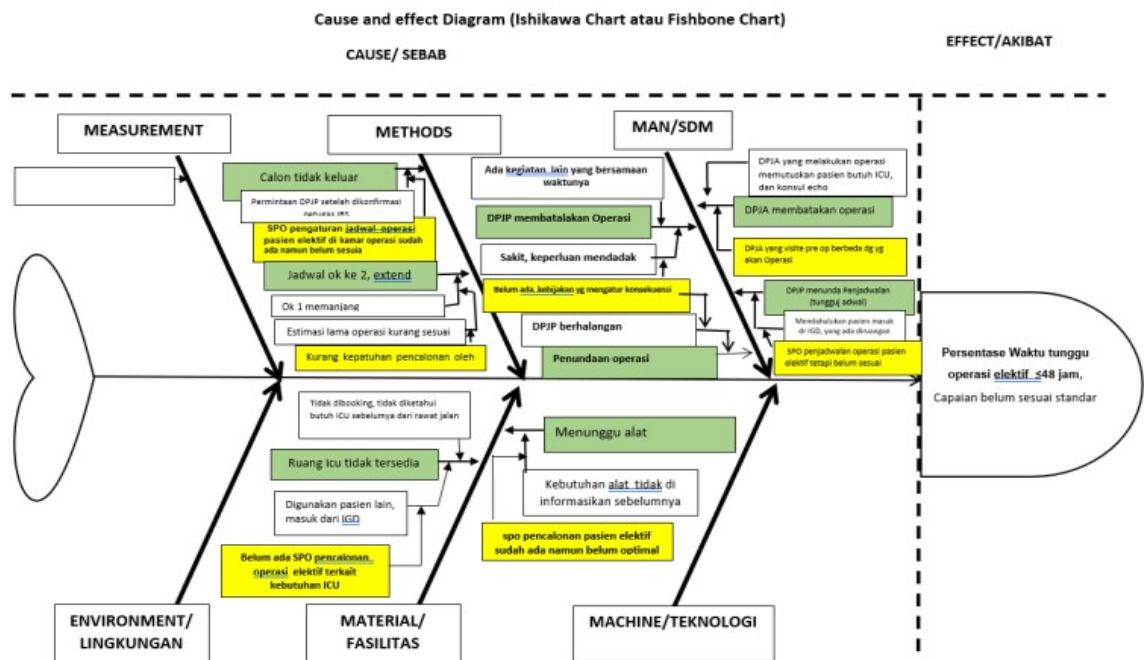
Upaya peningkatan mutu dilakukan untuk mencari akar masalah terhadap indikator mutu prioritas rumah sakit yang tidak tercapai melalui koordinasi, baik rapat pembahasan dan diskusi mendalam dengan unit-unit terkait.

Pembahasan rencana validasi capaian eksrim dan penyebab penundaan operasi memanjang;

- Perbaikan capaian bulan Mei 1.34% sementara April 18.37%. Upaya yang dilakukan IBS adalah pengkawasan ketat terhadap DPJP dan DPJA, jika ada operasi yang cepat selesai kamar operasi dimanfaatkan untuk pasien lain, jika ada DPJA yang stand by menunggu jadwal diminta

kesediaan pembiusan pada pasien berikutnya, kemudian dilakukan konfirmasi via telpon kepada DPJP terkait durasi operasi oleh Karu Ibs.

- Bulan Juni capaian Kembali menurun yaitu 19,29%. Penyebab terbanyak adalah operasi memanjang ini disebabkan karena jadwal DPJA muncul 2-3 kamar operasi dalam waktu bersamaan, sehingga terjadi antrian DPJA, DPJP/DPJA datang terlambat dari jadwal, DPJP berhalangan karena ada ujian, Lama durasi operasi tidak sesuai dengan yang ada pada kertas calon, karena yang membuat adalah PPDS di ruang rawat, dan tidak semua bisa dikonfirmasi oleh Ka Ru Ibs ke pada DPJP. Untuk validasi indikator akan dijadwalkan kembali oleh PJ data IBS karena belum ada waktu yang sesuai.



Gambar 3. 6 Cause and Effect Diagram (Ishikawa Chart atau Fishbone Chart)

Akar Masalah

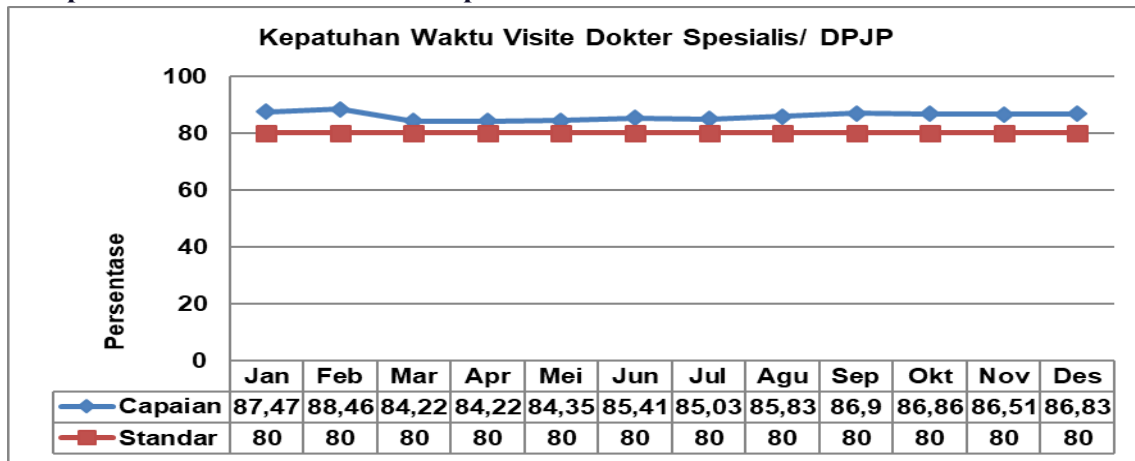
Tabel 3.30 Akar Masalah

No.	PENYEBAB	TOOLS
1	Belum ada SPO penjadwalan operasi pasien elektif ( menunggu jadwal) yang memuat , termasuk pengaturan pasien yang masuk hari libur, ada hari libur , kebutuhan ICU, alat dan penentuan estimasi lam operasi)	Riviu dan membuat SPO penjadwalan operasi pasien elektif yang memuat: > Memuat persyaratan yang harus dipenuhi sebelum operasi ▪ Alat ▪ ICU ▪ Konsul ▪ Pemeriksaan penunjang ▪ Dll sesuai kebutuhan pasien > Memuat pengaturan petugas bad manajer dalam mengetahui data pasien DPJP yang ada diruangan untuk memudahkan memasukan pasien ke Ranap, siapa yang harus dihubungi, PPDS ataukah DPJP/petugas ruangan. > Pengaturan jadwal hari

		senin/masuk hari libur dan ada hari libur saat menunggu jadwal OK. > Pengaturan ICU untuk pasien Elektif > Memuat pengaturan pencalonan pasien diruang rawat ▪ Pasien masuk dari IGD ▪ Pasien perbaikan KU ▪ Pembuatan kertas calon operasi termasuk estimasi durasi operasi ▪ Aturan pengantaran calon ke Kamar OK
2	SPO penjadwalan operasi pasien elektif sudah namun tetapi belum sesuai	Reviu dan membuat SPO pengaturan jadwal operasi pasien elektif dikamar operasi termasuk OK ekstend
3	Belum ada konsekwensi yang diberikan terhadap DPJP/DPJA yang membatalkan operasi yang tidak sesuai jadwal yang sudah diusulkan pada kertas calon op	Membuat aturan/kebijakan tentang konsekwensi DPJP/DPJA atas pembatalan jadwal yang sudah di usulkan

### 36. Kepatuhan Waktu Visit Dokter

#### Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis/ DPJP



Gambar 3.7 Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis/DPJP

Indikator Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian bervariasi sudah mencapai standar yang ditentukan ( $\geq 80$ ) dengan rata-rata capaian 86,01%. Persentase capaian tertinggi pada bulan Februari (88,46%) dan terendah pada bulan Maret dan April (84,22%).

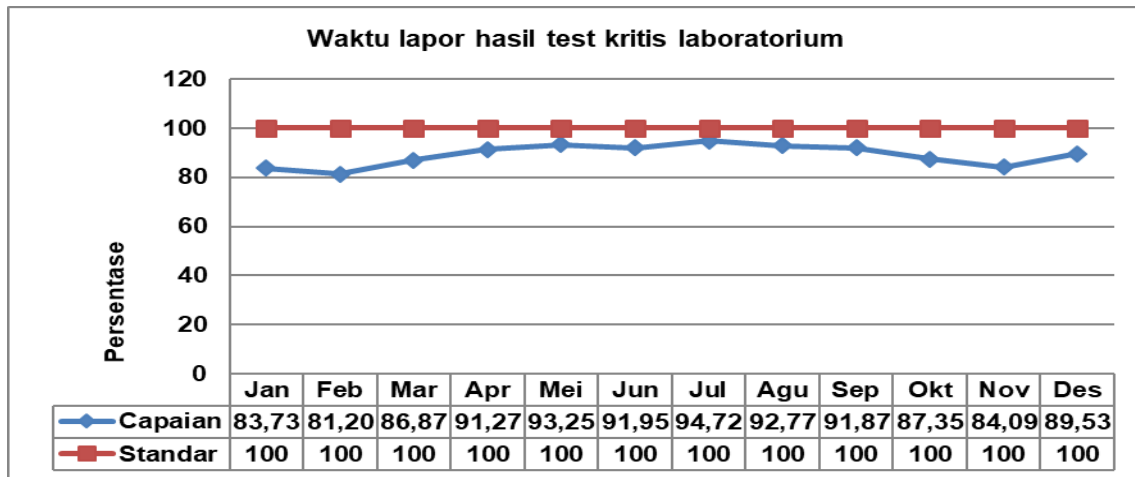
Rekomendasi :

1. Mempertahankan dan meningkatkan capaian yang telah didapatkan.
2. Monitoring dan Evaluasi Setiap Bulan Bersama Seluruh Ka KSM Agar Capaian Indikator dapat Mencapai Standar yang sudah ditetapkan.

### 37. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Labor Kritis agar dimonitor kesamaan nama dokter yang meminta/dokter pengirim sama dengan dokter yang menerima telpo dari labor/labor kritis karena saat ini penyebab capaian rendah tidak bisa ditindaklanjuti karena dokter pengirim tidak sama dengan dokter yang meminta.

Waktu lapor hasil test kritis laboratorium/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium < 30 menit



Gambar 3.8 Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium

Indikator Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian cenderung meningkat namun belum mencapai standar yang ditentukan (100%), dengan rata – rata capaian sebesar 89,05%. Persentase capaian tertinggi pada bulan Juli (94,72%) dan terendah pada bulan Februari (81,20%).

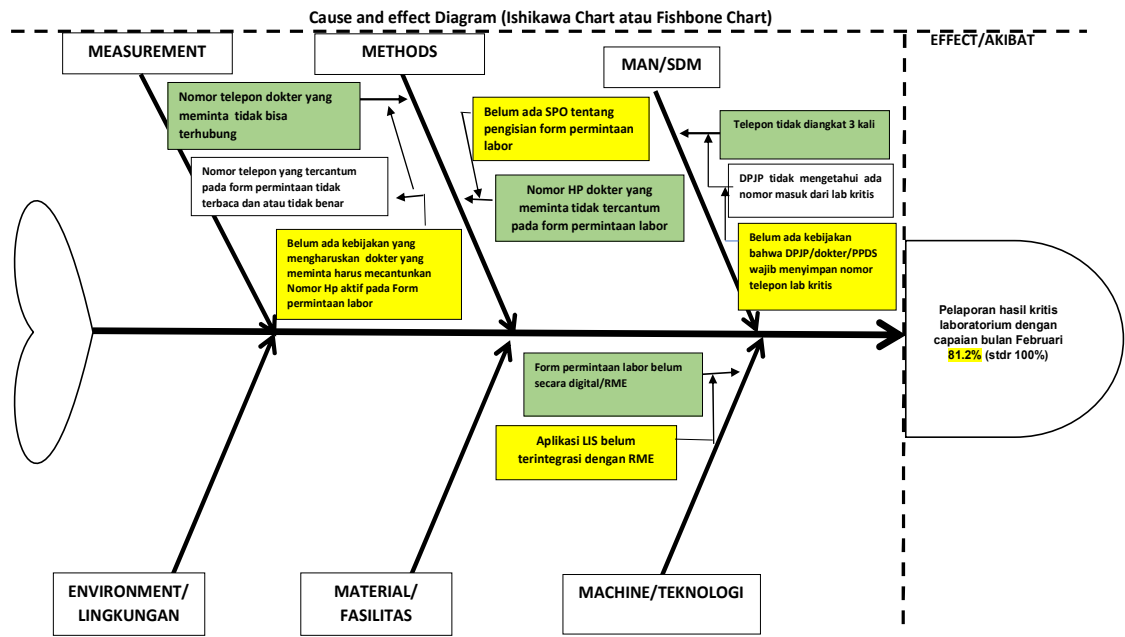
Penyebab belum tercapainya waktu lapor nilai kritis yaitu masih ada sebagian dokter yang meminta pemeriksaan tidak mengangkat telepon dari PPDS/petugas laboratorium yang diberi kewenangan untuk melaporkan nilai kritis labor, dokter yang meminta pemeriksaan tidak menuliskan no handphone pada permintaan labor (RME) sehingga pelaporan nilai kritis diteruskan ke perawat ruangan pasien dirawat agar dapat segera ditindaklanjuti,

Tindak lanjut yang telah dilakukan yaitu sosialisasi Revisi SPO pelaporan nilai kritis labor kepada DPJP, KPS, dan PPDS.

Rekomendasi: Monev pelaksanaan SPO Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dan monev pelaksanaan SPO pelayanan di laboratorium

Upaya peningkatan mutu dilakukan untuk mencari akar masalah terhadap indikator mutu prioritas rumah sakit yang tidak tercapai melalui koordinasi, baik rapat pembahasan dan diskusi mendalam dengan unit-unit terkait. Indikator yang telah dilakukan analisa penyebab tidak tercapai yaitu:

a) Pelaporan Nilai Labor Kritis



Gambar 3.9 Pelaporan Nilai Labor Kritis

(1) Akar Masalah

Tabel 3. 31 Akar Masalah Pelaporan Nilai Labor Kritis

No.	Daftar Masalah	Akar Masalah	Tindak Lanjut
1	Telepon tidak diangkat 3 kali oleh DPJP	Belum ada kebijakan bahwa DPJP/dokter/PPDS wajib menyimpan nomor telepon lab kritis	Surat Edaran agar DPJP/dokter/PPDS wajib menyimpan nomor telepon lab kritis dan mengangkat telepon lab kritis
2	Nomor telepon dokter yang meminta tidak tercantum pada form permintaan labor	Belum ada SPO tentang pengisian form permintaan labor	Membuat SPO pengisian form permintaan labor
3	Nomor telepon dokter yang meminta tidak bisa terhubung	Belum ada kebijakan yang mengharuskan dokter yang meminta harus mencantumkan Nomor telepon aktif pada Form permintaan labor	1. Membuat SPO pengisian form permintaan labor; 2. Pengadaan stempel PPDS dan DPJP dengan nama dokter, SIP dan no.telepon yang aktif yang dapat dihubungi.
4	Form permintaan labor belum secara digital/RME	Aplikasi LIS belum terintegrasi dengan RME	Percepatan integrasi Aplikasi LIS dengan RME

(2) Monev Upaya Peningkatan Mutu Pelaporan Nilai Labor Kritis TW III Tahun 2023

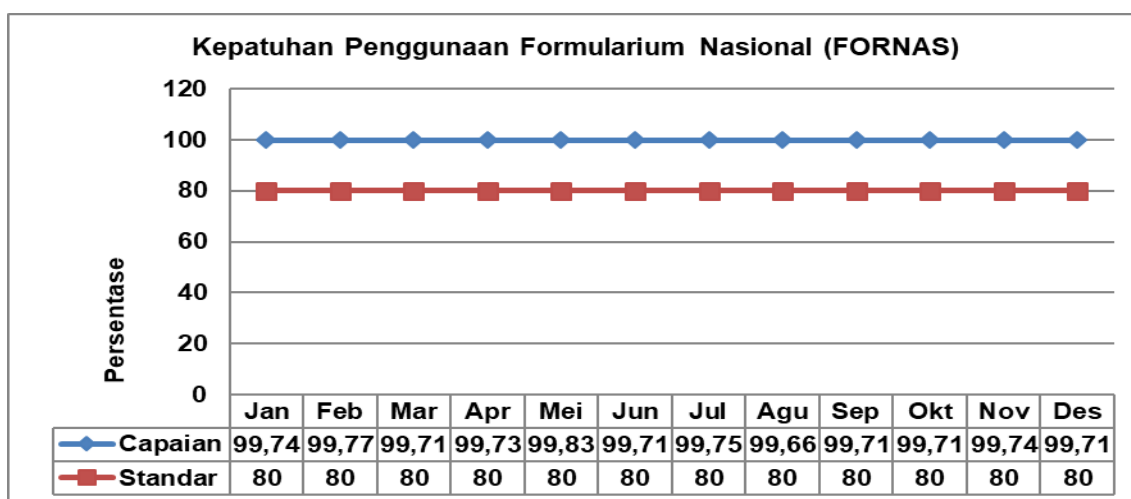
Tabel 3.32 Monev Upaya Peningkatan Mutu Pelaporan Nilai Labor Kritis TW III Tahun 2023

No	Akar masalah	Monev TW II	Monev TW III
1	Belum ada kebijakan bahwa DPJP/dokter/PPDS wajib menyimpan nomor telepon lab kritis	Sudah ada Surat Edaran agar DPJP/dokter/PPDS wajib menyimpan nomor telepon lab kritis dan mengangkat telepon lab kritis	Masih ada DPJP yang belum menyimpan kontak Lab Kritis,
2	Belum ada SPO tentang pengisian form permintaan labor	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sudah ada kebijakan yang mengatur kelengkapan pengisian formulir permintaan pemeriksaan laboratorium</li> <li>Sudah dilaksanakan pengadaan stempel PPDS dan DPJP yang mencantumkan nama dokter, SIP dan no.telepon yang aktif yang dapat dihubungi.</li> </ol>	Capaian indicator pelaporan nilai kritis laboratorium TW 3 masih bervariasi Juli 94.72, Agus 92.77,dan Sep 91.87. Namun sudah meningkat dari bulan2 sebelumnya atau TW 2 dimana penyebabnya adalah masih ada dokter yang meminta pemeriksaan labor tidak mengangkat telpon sudah ditelpon 3 kali.
3	Aplikasi LIS belum terintegrasi dengan RME	Aplikasi LIS sudah integrasi dengan RME dan Form permintaan pemeriksaan labor sudah secara digital	Kelengkapan pengisian form permintaan labor pada TW III sudah mengalami peningkatan

**38. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional dengan standar  $\geq 80\%$  dengan capaian rata-rata 99,71% untuk tahun 2023 (sudah melebihi standar).

Rencana tindak lanjut adalah mempertahankan capaian indikator dengan monitoring dan evaluasi oleh PIC, PJ Mutu dan unit terkait.

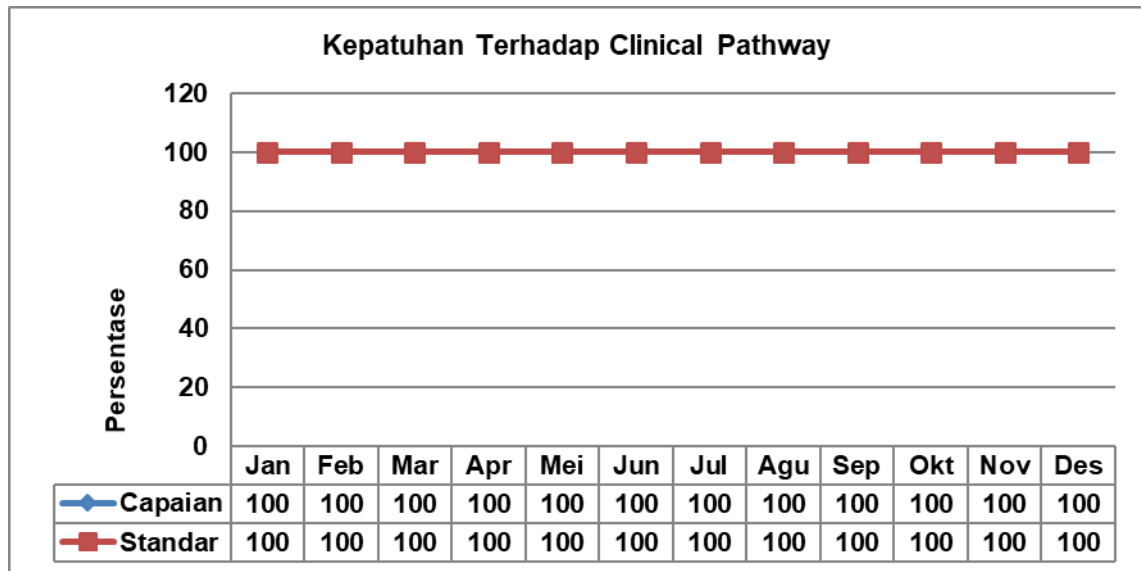


Gambar 3. 10 Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)

Indikator Kepatuhan Penggunaan FORNAS Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian stabil sudah mencapai standar yang ditentukan ( $\geq 80\%$ ), dengan rata – rata capaian sebesar 99,73%. Persentase capaian tertinggi pada bulan Mei (99,83%) dan terendah pada bulan Agustus (99,66)

Rekomendasi : Mempertahankan dan meningkatkan capaian yang telah didapatkan.

### 39. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Gambar 3. 11 Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Indikator Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian stabil sudah mencapai standar yang ditentukan (100%), dengan rata – rata capaian sebesar 100%.

Rekomendasi : Mempertahankan capaian yang telah didapatkan.

Capaian kepatuhan terhadap alur klinis :

1. Capaian kepatuhan alur klinis/CP tahun 2023 mencapai 100%
2. Beberapa data CP yang dilaporkan belum lengkap
3. Pelaporan data CP ke aplikasi Sirancak belum tepat waktu
4. Tools aplikasi Sirancak untuk mengunci penutupan tiap bulannya

Tidak patuh dalam menjalankan CP Risiko LOS memanjang rencana penanganan PPA patuh dalam pelaksanaan CP.

Langkah-langkah Aktivitas Pencapaian Target IKU adalah Evaluasi CP dilakukan setiap 3 bulan dilaporkan setiap 6 bulan.

Hambatan Permasalahan dalam pencapaian target :

1. Kelengkapan data CP yang dilaporkan
2. Pelaporan data belum tepat waktu
3. Belum ada Tools di Aplikasi Sirancak untuk mengunci pelaporan tiap bulannya.

Tindak lanjut yang telah/harus dilakukan adalah :

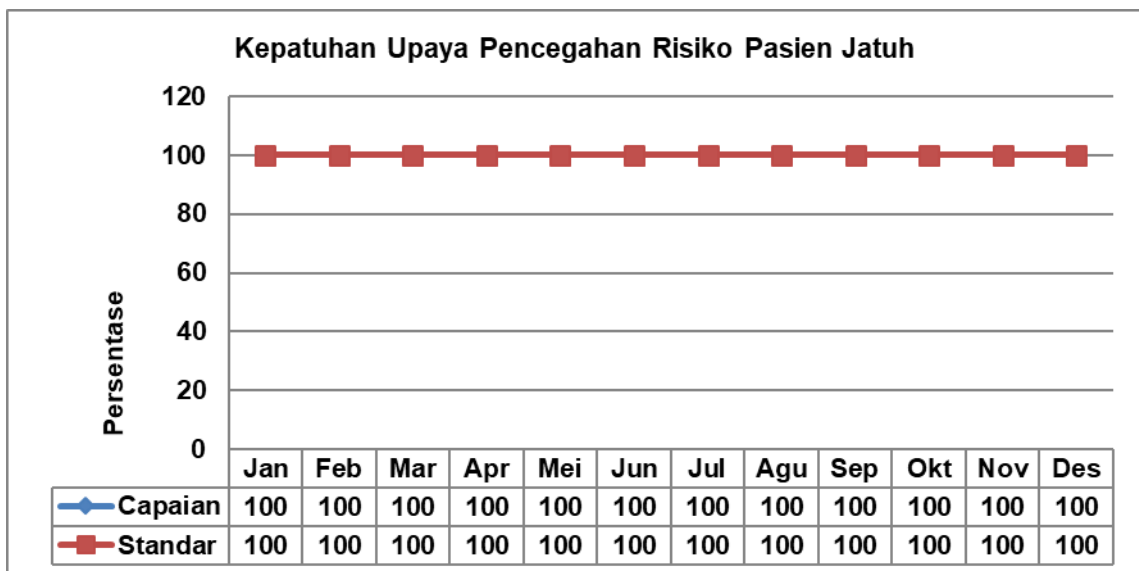
1. Koordinasi dengan MPP
2. Koordinasi dengan Komite Mutu

Kegiatan yang dilakukan adalah evaluasi implementasi CP Prioritas sehingga CP Prioritas terevaluasi.

Rekomendasi yang dilakukan adalah :

1. Konfirmasi dan koordinasi dengan MPP
2. Konfirmasi ke komite mutu untuk update tools aplikasi Sirancak

#### 40. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Gambar 3. 12 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian stabil sudah mencapai standar yang ditentukan (100%), dengan rata – rata capaian sebesar 100%.

Rekomendasi : Mempertahankan capaian yang telah didapatkan.

Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh di Ruang Rawat Inap (Ambun Pagi, Bedah, Non Bedah, Kebidanan-Anak) telah mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu 100%. secara keseluruhan petugas sudah melakukan upaya pencegahan risiko pasien jatuh.

Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut:

- a) Kurangnya kepedulian SDM terkait dokumentasi pelayanan dan asuhan pasien.
  - b) Masih kurangnya monitoring evaluasi manajemen internal untuk kepatuhan pelaporan IKP
  - c) Pelaporan IKP belum menjadi budaya di setiap unit
  - d) Masih kurangnya kesadaran staf akan pentingnya pelaporan IKP terhadap pelayanan di Rumah Sakit
  - e) Laporan yang disampaikan oleh staf diunit kerja tidak diverifikasi dan tidak dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung
  - f) Kegiatan pelayanan yang padat sehingga tidak mempunyai waktu untuk pelaporan IKP
- Rencana tindak lanjutnya adalah monitoring dan evaluasi setiap bulan sehingga kejadian pasien jatuh dapat dicegah

#### 41. Kecepatan waktu tanggap komplain

Selama tahun 2023 total pengaduan yang masuk secara langsung ke bagian pengaduan berjumlah 100 pengaduan dengan berbagai macam pengaduan. Hal yang menjadi aduan terbanyak yaitu mengenai ketersediaan obat. Adapun kendala yang dialami dalam menyelesaikan pengaduan adalah koordinasi yang terkadang masih lama karena terpaut birokrasi. Kemudian untuk beberapa permasalahan seperti obat solusi yang kongrit agar tidak selalu terulang hal yang sama.

Tabel 3.33 Jumlah Pengaduan

Bulan	Jumlah Pengaduan
Januari	14
Februari	4
Maret	10
April	3
Mei	8
Juni	3
Juli	17
Agustus	9
September	2
Oktober	8
November	10
Desember	12
<b>JUMLAH</b>	<b>100</b>

Sumber : Timker Hukum dan Humas

Tabel 3.34 Kategori Pengaduan

KATEGORI PENGADUAN							Jumlah Pengaduan
Obat	Alat Kesehatan	Komunikasi	Fasilitas + Pelayanan	Jadwal	AdministrasiLayanan	Petugas + Layanan+Biaya	
24	11	13	7	23	10	12	
<b>TOTAL</b>							100

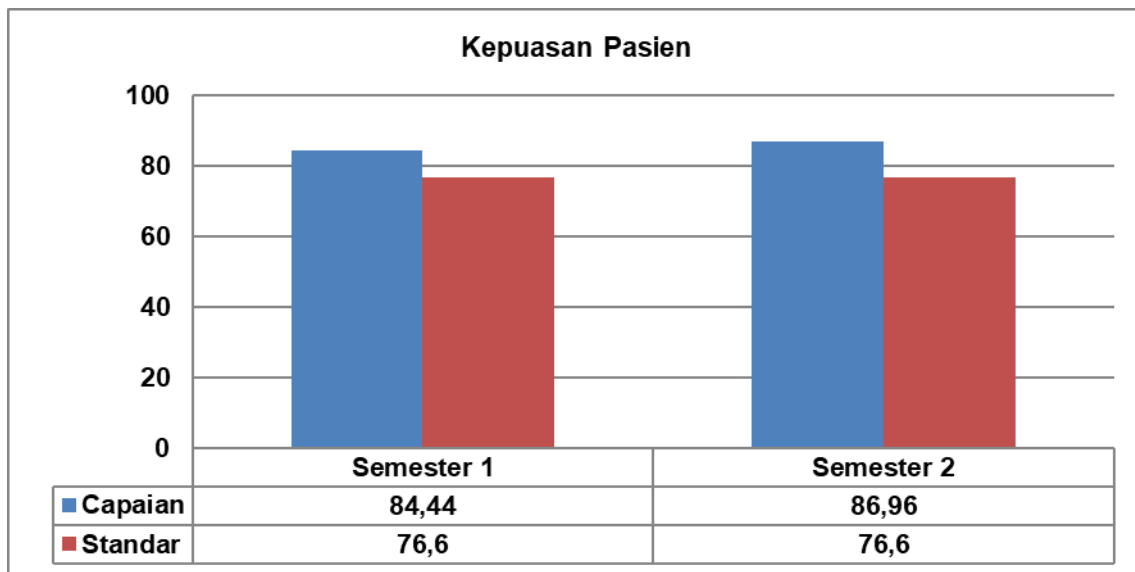
Sumber : Timker Hukum dan Humas

Adapun rekomendasi yang dapat diberikan adalah, humas selalu mengirimkan laporan pengaduan kepada direksi dan juga bagian mutu untuk dapat dijadikan bahan evaluasi agar ada pembenahan kedepannya terkait hal yang diadukan oleh masyarakat. Saat ini juga humas sudah membuat aplikasi untuk layanan pengaduan secara online untuk menampung pengaduan dari masyarakat dan memudahkan bagi masyarakat juga.

Rencana tindak lanjutnya mempertahankan capaian dengan melakukan monev berkala, penggunaan aplikasi e-pengaduan, dan penambahan staf yang sudah diajukan.

#### 42. Kepuasan pasien

Penggunaan E-Survey Kepuasan pasien, supervisi tim pengumpul data



Gambar 3.13 Kepuasan Pasien

Indikator Kepuasan Pasien Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian meningkat sudah mencapai standar yang ditentukan (76,61), dengan rata – rata capaian sebesar 85,70.

Rekomendasi : Mempertahankan capaian yang telah didapatkan.

Tabel 3.35 Sasaran Strategis 19

Sasaran Strategis 19				
Meningkatkan kemampuan surveilans berbasis laboratorium				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
43	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem	1	100%

#### 43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

Sampai saat ini surveilans HAIs masih memakai google sheet yang di kirim setiap bulannya ke unit terkait, sudah dilakukan usulan dengan Rekam medik dan koordinasi tim SIMRS menunggu perioris.

Rencana tindak lanjutnya adalah melakukan usulan ulang dengan Rekam medik dan SIMRS agar informasi surveilans berbasis digital.

Tabel 3.36 Sasaran Strategis 20

Sasaran Strategis 20				
Indikator RPJMN				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
44	Waktu tanggap operasi section cesarean darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit	86,58%	144%
45	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	90,00%	90%

#### 44. Waktu tanggap operasi section cesarean darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

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

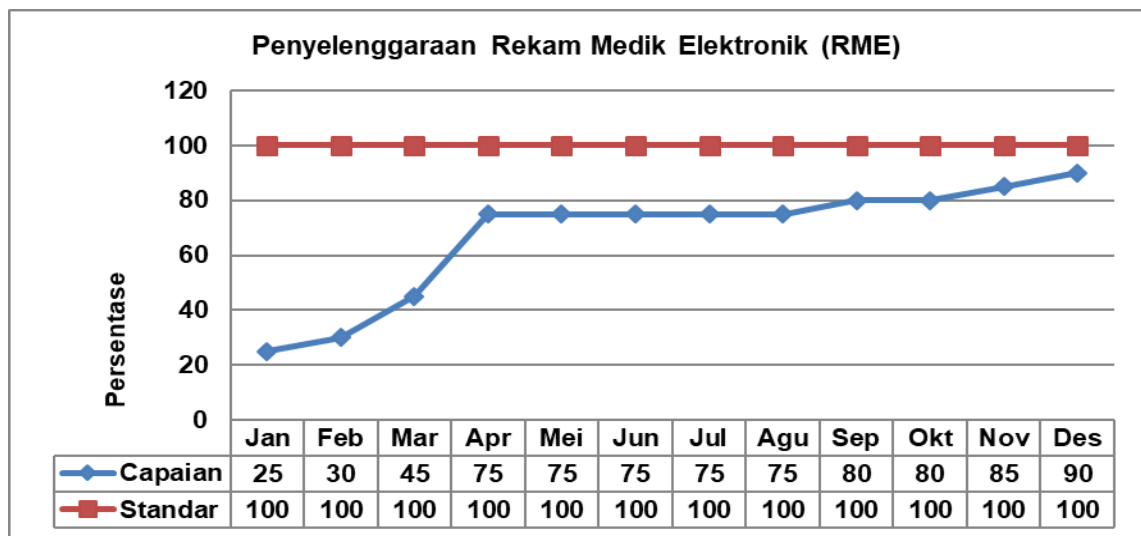
SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS. Cara perhitungan adalah jumlah kasus SC emergensi kategori 1 dengan

waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100

Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. Sumber datanya adalah Laporan kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.

45. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan,



Gambar 3.14 Penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik (RME)

Indikator Penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik (RME) Bulan Januari - Desember Tahun 2023 capaian cenderung meningkat namun belum mencapai standar yang ditentukan (100%), dengan rata – rata capaian sebesar 67,50%. Capaian tertinggi pada Bulan Desember (90%) dan capaian terendah pada Bulan Januari (25%).

Rekomendasi : Meningkatkan capaian yang telah didapatkan.

OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

Untuk layanan IRJ IGD Ranap, OK, Lab,Rehab Medik, dan farmasi sudah terintegrasi,radiologi sudah terintegrasi dengan memunculkan hasil Gambar di RME.

Dengan terimplementasinya rekam medis elektronik mempunyai manfaat yaitu :

- Meningkatkan kualitas pelayanan
- Mencegah terjadinya kehilangan catatan medis pasien
- Meningkatkan keselamatan pasien

- Efisiensi biaya, waktu dan tenaga
- Mewujudkan Sistem Ketahanan Nasional yang Tangguh

#### Kendala

- Jaringan internet masih sering terjadi gangguan
- Tenaga programmer masih belum mencukupi
- Pengerjaan formulir rekam medik elektronik masih ada yang belum terselesaikan
- dikarenakan adanya kegiatan tambahan

#### Upaya tindak lanjut :

- Untuk mendukung kegiatan / program IT yang terintegrasi berjalan dilakukan optimalisasi infrastruktur IT
- Integrasi order radiologi, hasil bisa diakses oleh pasien menggunakan link, dan melengkapi RME dengan Form dietisien

#### Rekomendasi

1. Pembuatan alur bisnis kerja dan atau standar operasional prosedur yang sudah ditetapkan bersama, untuk dijadikan user requirement pengembangan dan penyesuaian aplikasi
2. Penambahan tenaga sistem analis untuk membantu percepatan menginterpretasikan kebutuhan satuan kerja dengan bahasa programmer.
3. Penambahan tenaga programmer dan peningkatan kompetensi programmer untuk membantu percepatan akselerasi teknik dan bahasa pemrograman yang baru.
4. Kebijakan, pedoman dan regulasi rumah sakit dalam mendukung penggunaan Aplikasi SIMRS melalui komitmen bersama
5. Peningkatan koordinasi setiap level manajemen satuan kerja untuk mencapai tujuan rumah sakit yang terintegrasi agar mendapatkan perencanaan yang dapat difasilitasi dari semua satuan kerja yang terlibat didalamnya.
6. Penambahan pagu anggaran untuk perangkat software, hardware dan brainware agar berkesinambungan dengan kebutuhan pengembangan IT yang terintegrasi.
7. Perencanaan kebijakan terkait persentase pemasukan RS yang sebagian dikhususkan untuk pengembangan IT diluar pagu anggaran.
8. Penggunaan mini pacs, serta optimalisasi proses bridging order radiologi

Tabel 3.37 Sasaran Strategis 21

Sasaran Strategis 21 Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
46	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95	101,77%	107%
47	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97	96,34%	99%
48	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95	98,79%	104%
49	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	0,50%	3%

#### 46. 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.

Cara perhitungannya adalah  $\text{Pendapatan} = \text{Pendapatan rawat jalan} + \text{Pendapatan rawat inap} + \text{Pendapatan layanan lainnya}$ .

Pendapatan RS tahun 2023 yang berasal dari JKN, Non JKN dan Non Operasional target : 732.050.000.000 , capaian 744.972.487.680 terdapatnya kenaikan pendapatan tahun 2023 menjadi 101,77%.

Pesyaratan Penagihan tidak lengkap.

Penyebab :

1. Berkas belum lengkap
2. Berkas belum di tanda tangani
3. Tulisan tidak jelas

Penanganan :

1. Persentase pergerakan berkas setiap harinya dilaporkan melalui WA grup koordinator penerima klaim  
BPJS yang diawasi oleh direksi dan pihak yang terkait dengan klaim BPJS
2. Melakukan rapat koordinasi dengan rekam medis dan instalasi verifikasi
3. Monev dilakukan saat rapat PMKP setiap bulan

Rencana tindak lanjutnya adalah meningkatkan pendapatan BPJS dan Non BPJS (IKS) serta lebih meningkatkan kerjasama dengan pihak-pihak perusahaan untuk layanan pasien Non JKN.

Rekomendasinya adalah Berkoordinasi dengan unit-unit terkait klaim terutama rawat jalan supaya mempercepat proses berkas tagihan, baik BPJS dan IKS.

**47. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.**

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni cara perhitungannya adalah Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100%.

**48. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU cara perhitungannya adalah Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 % dengan sumber datanya Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.

**49. Persentase nilai EBITDA Margin**

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

EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.. Cara perhitungannya adalah  $EBITDA \text{ margin} = (EBITDA \text{ dibagi Pendapatan}) \times 100\%$ . Sumber datanya adalah Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.

Adapun pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap Indikator Kinerja Utama (IKU) pada masing-masing perspektif di dalam RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2020-2024, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut 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.

Selain untuk mendapatkan informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 khususnya dibandingkan dengan target yang ingin dicapai yang sudah ditetapkan di awal tahun. Manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang dan Penetapan Kinerja tahun 2023.

Perolehan EBIDTA Margin selama tahun berjalan (akumulasi) adalah 0,5% yang mana standar nilai yang ditetapkan adalah positif sehingga posisi EBIDTA Margin rumah sakit berada di atas

standar. Rencana tindak lanjutnya adalah meningkatkan pendapatan serta menekan biaya dan efisiensi operasional.

Rekomendasi yang dilakukan adalah Efisiensi terhadap seluruh biaya baik operasional dan non operasional tanpa mengabaikan kendali mutu dan kendali biaya.

### 3.3 SUMBER DAYA

#### 3.3.1. Sumber Daya Manusia

RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional memiliki sumber daya yang memadai sehingga mampu menyelenggarakan berbagai jenis pelayanan spesialis dan subspecialistik yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Dalam menghadapi tantangan masa depan dengan perubahan yang dinamis dan persaingan global, RSUP Dr. M. Djamil Padang harus mampu mengatasi permasalahan- permasalahan melalui optimalisasi sumber daya. Dalam melakukan optimalisasi sumber daya maka diperlukan suatu manajemen sumber daya manusia, yaitu bagaimana mengatur hubungan dan peran sumber daya(tenaga kerja) yang dimiliki oleh individu secara efisien dan efektif serta dapat digunakan secara maksimal sehingga tujuan bersama rumah sakit, pegawai dan masyarakat menjadi maksimal.

Sumber Daya Manusia di RSUP Dr. M. Djamil Padang per 31 Desember 2023 sejumlah 2.530 orang pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut:

Tabel 3.38 Pegawai RSUP DR. M. Djamil Padang

DATA SDM SEMESTER II 2023					
No	Jabatan	PNS	PPPK	Non PNS Tetap	Kontrak
1	Jumlah Tenaga Bidan	48	12	2	7
2	Jumlah Tenaga Perawat	472	336	16	143
3	Jumlah Tenaga Non-Medis	82	24	33	29
4	Jumlah Pharmacist	68	62	10	30
5	Jumlah Sanitarian	8	1		2
6	Jumlah Dokter Gigi	4			1
7	Jumlah Dokter Umum	62		19	15
8	Jumlah Fisioterapis	10	1	0	0
9	Jumlah Nutritionist	20	8		4
10	Jumlah Radiographer	18	14	3	19
11	Jumlah Dokter Spesialis	124		4	2
12	Jumlah Tenaga Professional Lainnya	0	0	0	0
13	Jumlah Pranata Laboratorium	34	35	1	10
14	Jumlah Tenaga Non - Medis Administrasi	174	15	108	440
<b>Total</b>		<b>1124</b>	<b>508</b>	<b>196</b>	<b>702</b>

(Sumber : Data dari Bagian SDM RSUP Dr. M. Djamil Padang Per Desember 2023)

Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang CPNS, Non PNS, dan pensiunan:

- a. Pegawai CPNS RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 tidak ada.
- b. Pegawai PNS RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 sebanyak 1.124.
- c. Pegawai PPPK RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 sebanyak 508.
- d. Non-PNS Tetap RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 sebanyak 196 orang.
- e. Pegawai Kontrak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 sebanyak 702
- f. Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang yang pensiun selama tahun 2023 sebanyak 49 orang.

Berdasarkan jumlah pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang awal Tahun 2023 sebanyak 2.523 orang, terdapat penambahan dan pengurangan jumlah pegawai selama tahun 2023 dikarenakan penambahan pengadaan kebutuhan SDM PPPK dan pengurangan karena pegawai pensiun, dan meninggal dunia, sehingga pada akhir tahun 2023 jumlah pegawai di RSUP Dr. M. Djamil Padang berjumlah 2.530 orang.

### 3.3.2. Sumber Daya Anggaran dan Efisiensi

Realisasi penyerapan terhadap pagu dalam periode tahun 2023 sebagaimana terlihat dalam tabel 3.68 dibawah ini.

Tabel 3.39 Realisasi Penyerapan Anggaran Tahun 2023

Uraian	31 Desember 2023		% Realisasi terhadap Anggaran	TA 2022
	Anggaran	Realisasi		Realisasi
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak	Rp 732.050.000.000	Rp 744.972.487.680	101,77%	Rp 668.859.475.660
Jumlah Pendapatan	Rp 732.050.000.000	Rp 744.972.487.680	101,77%	Rp 668.859.475.660
Belanja				
Belanja Pegawai	Rp 107.559.205.000	Rp 103.112.782.038	95,87%	Rp 85.392.075.865
Belanja Barang	Rp 676.912.537.000	Rp 674.593.886.161	99,66%	Rp 618.905.716.360
Belanja Modal	Rp 146.628.594.000	Rp 138.766.220.540	94,64%	Rp 306.149.335.912
Jumlah Belanja	Rp 931.100.336.000	Rp 916.472.888.739	98,43%	Rp 1.010.447.128.137

(Sumber : Laporan Penerimaan dan Aplikasi SMART DJA)

Tabel di atas menjelaskan realisasi anggaran di Tahun 2023 dan membandingkan antara PAGU dalam DIPA TA 2023 dengan realisasinya yang mencakup unsur-unsur Pendapatan Negara dan realisasi Belanja Negara selama Tahun Anggaran 2023 (1 Januari s.d. 31 Desember 2023).

Realisasi pendapatan Tahun Anggaran (TA) 2023 sebesar Rp. 744.972.487.680 atau 101,77% dari estimasi pendapatan sebesar Rp. 732.050.000.000,- lebih tinggi sebesar 10,22%, bila dibandingkan dengan pendapatan tahun 2022 yaitu 668.859.475.660,-, sehingga pendapatan naik sebesar 10,22%.. Capaian tersebut sudah melampaui target, dan RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta seluruh jajaran berkomitmen akan selalu meningkatkan kinerja untuk memenuhi capaian target yang

diamanatkan. Realisasi belanja TA 2023 sebesar Rp. 916.472.888.739,- dari anggaran dalam DIPA sebesar Rp. 931.100.336.000,- atau 98,43%

Adapun hambatan-hambatan yang terjadi antara lain:

1. Penyusunan anggaran tidak memperhitungkan utang usaha atau pihak ketiga tahun sebelumnya  
sesuai Laporan Keuangan Tahun Anggaran
2. Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
3. Persetujuan anggaran sudah disetujui namun sampai menjelang akhir tahun kegiatan baru atau belum terlaksana.
4. Pengelola anggaran mengusulkan persetujuan anggaran setelah kegiatan sudah dilaksanakan
5. Usulan kegiatan tidak masuk dalam RUP Belanja Modal
6. Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
7. Fungsi pengelola anggaran belum berjalan secara efektif
8. Belum ada alokasi anggaran untuk kegiatan diluar perencanaan (*emergency*) sehingga ada beberapa program dan layanan unggulan tidak dapat terealisasi terkait dengan ketersediaan dana tersebut.

Permasalahan dalam pelaksanaan operasional Rumah Sakit :

1. Kebijakan tarif RS masih berupa tarif satuan layanan, akan diubah menjadi tarif paket secara bertahap dan belum direvisi.
2. Mempertahankan Akreditasi Rumah Sakit International (JCI) membutuhkan biaya yang cukup besar.
3. Masih adanya permasalahan dalam sistem klaim pembayaran sistem JKN, tarif JKN masih dibawah *unit cost*, kebijakan JKN berubah-ubah dan proses pembayarannya masih lambat, sehingga menyebabkan subsidi rumah sakit cukup besar tidak menutup biaya operasional layanan JKN.
4. Integrasi sistem informasi rumah sakit yang masih perlu direalisasi cepat.
5. Penerapan tarif berbasis unit cost belum dapat dilaksanakan sepenuhnya.

Hal-hal yang perlu mendapat perhatian sebagai berikut :

1. Penghapusan piutang; telah dilakukan kerjasama dengan KPKNL dalam pengelolaan piutang macet
2. Penghapusan persediaan setiap tahun
3. Meningkatkan efisiensi logistik dengan melaksanakan pelayanan logistik satu pintu melalui administrasi logistik

Adanya upaya-upaya perbaikan tata kelola keuangan antara lain sebagai berikut:

1. Melakukan penertiban terhadap rekening menjadi terpusat;
2. Melakukan perbaikan dan pembenahan terhadap Proses Bisnis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) antara lain penertiban pola pencatatan keuangan yang dapat mengidentifikasi tambahan utang tahun sebelumnya;
2. Melakukan upaya efisiensi belanja yang dapat menimbulkan utang Melakukan *update* tarif rumah sakit sebagai upaya meningkatkan daya saing RSUP Dr. M. Djamil Padang;
3. Renegosiasi dan menata kembali perhitungan bagi hasil Kerja Sama Operasional (KSO);
4. Menata kembali kebijakan yang terkait belanja pegawai.

### 3.3.3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara per 31 Desember 2023 adalah sebagai berikut:

#### a. Barang Milik Negara (BMN) INTRAKOMPTABLE

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp	1.875.398.793.681
Koreksi Tambah	: Rp	274.306.745.369
Koreksi Kurang	: Rp	165.354.209.439
Nilai BMN	: Rp	1.984.351.329.611
Akumulasi Penyusutan	: Rp	956.359.472.665
Nilai Buku per 31 Desember 2022	: Rp	1.027.991.856.946

#### b. Barang Milik Negara (BMN) EKSTRAKOMPTABLE

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp	1.477.236.055
Koreksi Tambah	: Rp	188.017.083
Koreksi Kurang	: Rp	221.474.700
Nilai BMN	: Rp	1.443.778.438
Akumulasi Penyusutan	: Rp	1.217.220.005
Nilai Buku per 31 Desember 2022	: Rp	226.558.433

#### c. Barang Milik Negara (BMN) Gabungan INTRAKOMPTABLE dan EKSTRAKOMPTABLE

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp	1.876.876.029.736
Koreksi Tambah	: Rp	274.494.762.452

Koreksi Kurang	: Rp 165.575.684.139
Nilai BMN	: Rp 1.985.795.108.049
Akumulasi Penyusutan	: Rp 957.576.692.670
Nilai Buku per 31 Desember 2022	: Rp 1.028.218.415.379

(Sumber Data SIMAK BMN)

Tabel 3.40 Perkembangan Barang Milik Negara Tahun 2023

NO	AKUN NERACA	Nilai BMN Periode Tahunan TA 2023					
		Saldo awal (setelah koreksi)	Koreksi		Nilai BMN	Akumulasi Penyusutan	Nilai Buku
			Tambah	Kurang			
1	2	3	4	5	6=3+4+5	7	8=6-7
A	ASET TETAP	1.860.347.495.984	235.784.597.161	128.381.588.231	1.967.750.504.914	941.911.624.738	1.025.838.880.176
	A1 Tanah	224.822.024.000	438.840.000	438.840.000	224.822.024.000	-	224.822.024.000
	A2 Peralatan dan Mesin	1.170.253.514.447	161.960.286.516	105.802.445.708	1.226.411.355.255	850.474.345.091	375.937.010.164
	A3 Gedung dan Bangunan	446.867.353.994	52.611.595.945	18.300.786.523	481.178.163.416	80.850.744.040	400.327.419.376
	A4 Jalan, Irigasi dan Jaringan	17.947.902.463	4.046.791.350	39.516.000	21.955.177.813	10.586.535.607	11.368.642.206
	A5 Aset tetap lainnya	71.999.500	-	-	71.999.500	-	71.999.500
	A6 Konstruksi Dalam Pengerjaan	394.701.580	16.727.083.350	3.800.000.000	13.311.784.930	-	13.311.784.930
B	ASET LAIN-LAIN	15.051.297.697	38.522.148.208	36.972.621.208	16.600.824.697	14.447.847.927	2.152.976.770
	B1 Aset lain-lain	13.683.892.900	36.900.148.208	36.972.621.208	13.611.419.900	13.569.232.400	42.187.500
	B2 Aset Tidak Berwujud	1.367.404.797	1.622.000.000	-	2.989.404.797	878.615.527	2.110.789.270
	B3 Kejasama Pihak ketiga						
C	Total Intrakomtable (A+B)	1.875.398.793.681	274.306.745.369	165.354.209.439	1.984.351.329.611	956.359.472.665	1.027.991.856.946
D	Total Ekstrakomtable	1.477.236.055	188.017.083	221.474.700	1.443.778.488	1.217.220.005	226.558.483
E	Gab. Intra dan Ekstrakomtable	1.876.876.029.736	274.494.762.452	165.575.684.139	1.985.795.108.049	957.576.692.670	1.028.218.415.379

Berdasarkan hasil laporan Posisi Barang Milik Negara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai Neraca Keseluruhan baik dalam bentuk Intrakomtable, Ekstrakomtable, Aset Tak Berwujud dan Kontruksi Dalam Pengerjaan sampai dengan 31 Desember 2023 tercatat sebanyak Rp.1.028.218.415.379,-

### 3.3.4. Efisiensi Sumber Daya

Di tahun 2023 efisiensi tetap menjadi indikator yang diturunkan ke semua instalasi dan unit kerja (45 unit kerja) tidak termasuk KSM. Program efisiensi yang diusulkan tidak hanya terkait anggaran, namun juga terkait waktu, maupun SDM. Rumah sakit melaksanakan manajemen energi dengan menerapkan program efisiensi /penghematan energi (listrik, air, dll) dengan menerapkan perhitungan kinerja energi, menggunakan jenis energi yang ramah lingkungan serta memilih jenis peralatan yang hemat energi. Efisiensi energi adalah kemampuan menggunakan energi lebih kecil untuk menjalankan fungsi dan kinerja yang sama.

RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam menerapkan efisiensi energi menggunakan beberapa prinsip yaitu :

- Mengurangi penggunaan materi dan biaya bahan
- Mengurangi konsumsi energi & biaya operasional
- Mengurangi pencemaran & penularan penyakit

- Menciptakan RS yang bersih, sehat, ramah lingkungan & nyaman
- Mengoptimalkan penggunaan sumber daya terbaharukan & minimalisasi dampak
- Meningkatkan kemampuan daur ulang material & minimalkan biaya
- Meningkatkan pelayanan di RS

Program efisiensi energi dalam jangka menengah sebagai berikut:

- Penggantian jenis lampu hemat energy lampu LED dilakukan secara bertahap
- Pemasangan kontrol otomatis sensor atau timer
- Pemasangan kapasitor bank perbaikan faktor daya

Program efisiensi energi dalam jangka panjang sebagai berikut :

- Penggantian bahan bakar minyak (solar) dengan gas (CNG)
- Penggantian gas pendingin AC dan kulkas dari freon menjadi *Hydrocarbon*
- Pembuatan system *recycle* air limbah

Program efisiensi air di RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai berikut :

- Memasang spanduk, stiker tentang efisiensi air
- Pengelolaan limbah RO untuk menyiram tanaman
- Pengelolaan limbah cair untuk *flusing*
- Sosialisasi efisiensi melalui stiker
- Melakukan pemeliharaan instalasi daur ulang air dan system perpipaan secara rutin

### Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M. Djamil Padang:



Gambar 3.15 Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M. Djamil Padang

### 3.3.5 INOVASI

Adapun inovasi yang sudah dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil adalah sebagai berikut :

Tabel 3. 41 Inovasi yang Sudah Dilakukan

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
1	Podcast	sosialisasi layanan rumah sakit	bertujuan menyampaikan informasi tentang layanan yang ada di Rumah sakit public/masyarakat dengan menggunakan platform IG, Youtube
2	Simpel Me	Aplikasi Manajemen Pengelolaan Alat Medik	Aplikasi berbasis Wb dan Mobile untuk pengelolaan peralatan medik, terkait inventarisasi aset dan pemeliharaan
3	SILAGA	Aplikasi Pengelolaan Gas Medik	Aplikasi berbasis Wb dan Mobile untuk pencatatan harian gas medik
4	Swakelola dalam penyediaan linen pasien	Menjamin mutu penyediaan linen sesuai standar dan terciptanya <i>cost efficiency</i>	Memudahkan deteksi kehilangan linen, kontrol jumlah maksimal pakai ulang
5	Layanan jasa londri bagi pelanggan eksternal RS	Menambah pendapatan Unit	Memberikan Layanan laundry kepada Pihak eksternal RS
6	Layanan jasa sterilisasi bagi pelanggan eksternal RS	Menambah pendapatan Unit	Memberikan Layanan sterilisasi kepada Pihak eksternal RS
7	Pemanfaatan jerigen bekas HD menjadi wadah limbah benda tajam (safety box)	Sebagai wadah limbah benda tajam (jarum suntik)	Efisiensi biaya pembelian safety box
8	Pengolahan limbah organik menjadi kompos dengan media biopori	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai penyerapan air</li> <li>2. Efisiensi timbulan limbah organik</li> <li>3. Mengubah limbah organik menjadi kompos</li> <li>4. Menyuburkan tanah</li> </ol>	Teknologi sederhana ramah lingkungan
9	Pelaporan limbah medis dengan sistem barcode dan aplikasi sistem siraja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memudahkan pelaporan</li> <li>2. Menghemat biaya kertas</li> </ol>	Aplikasi berbasis Web dan Mobile untuk pelaporan limbah medis
10	Pelaporan kepuasan pelanggan penggunaan toilet umum dengan sistem barcode dan digital customer feed back	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tingkat kepuasan penggunaan toilet umum dengan mudah</li> <li>2. Menghemat biaya kertas</li> </ol>	Aplikasi berbasis Web dan Mobile untuk kepuasan pelanggan terhadap penggunaan toilet umum
11	Ceklist pengecekan rutin toilet setiap jam oleh leader cleaning service	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan toilet dalam keadaan bersih</li> <li>2. Memberikan kenyamanan kepada pengguna toilet bahwa toilet dibersihkan setiap jam</li> </ol>	KPI Inisiatif 1 Kementerian Kesehatan : Memperbaiki fasilitas pendukung

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
12	Ruang terbuka hijau horizontal maupun vertikal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menambah kawasan hijau rumah sakit agar RTH &gt; 30% dari luas lahan</li> <li>2. Menambah kenyamanan bagi pengunjung dan petugas</li> </ol>	KPI inisiatif 1 kementerian kesehatan : RTH >30% luas area rumah sakit
13	E-Survey	Untuk mempermudah survey kepuasan pasien hanya dengan scan QR Code	Aplikasi ini untuk membuat masyarakat lebih mudah untuk menilai kinerja instansi terhadap pelayanan yang mereka berikan hanya dengan SCAN QR Code melalui smartphone.
14	E-Pengaduan	Untuk menambah ruang bagi masyarakat atau pasien dalam menyampaikan keluhan atau pengaduan dengan scan QR Code	Aplikasi ini untuk membuat masyarakat dapat menyampaikan keluhan atau pengaduan dengan melakukan scan QR code melalui smartphone.
15	SI RANCAK RSMDJ	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk pelaporan data unit untuk akreditasi	Sistem Informasi Pelaporan dan Pencatatan Mutu Komprehensif
16	AMERA	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk memonitoring dan evaluasi rekomendasi audit	Aplikasi Monitoring dan Evaluasi Rekomendasi dan Audit
17	SIHOTRI	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk layanan homecare bagi lansia	Sistem Informasi Homecare Geriatri
18	Derma Djamil	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk pendaftaran online derma djamil dan melihat informasi tarif poliklinik kecantikan eksklusif	Dermatology and Aesthetic Clinic
19	Jadwal Dokter	Aplikasi yang digunakan untuk melihat jadwal dokter di poliklinik Rawat Jalan Regular, Eksekutif, dan Klinik Istano Pagaruyung	Aplikasi Informasi Penjadwalan Dokter Poliklinik Rawat Jalan
20	SIMADAM	Sistem Informasi yang digunakan untuk penginputan dan monitoring data kepegawaian	Sistem Informasi Manajemen Sumber Daya Manusia
21	SIREON	Sistem Informasi yang digunakan untuk memonitoring dan evaluasi regulasi yang sudah disahkan agar bisa di akses secara elektronik	Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi Regulasi
22	SIGAUL	Sistem informasi yang digunakan untuk penginputan data gaji uang makan dan lembur pegawai Non PNS	Sistem Informasi Gaji Uang Makan dan Lembur Pegawai
23	Mo UMK	Sistem Infomasi yang digunakan penginputan uang muka kerja kegiatan dinas	Aplikasi Monitoring dan Evaluasi Uang Muka Kerja Kegiatan
24	SIMERAH	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk memonitoring evaluasi realisasi anggaran dan hutang	Sistem Infomasi Monitoring Realiasi Anggaran dan Hutang
25	DJAMIL APPS	Aplikasi berbasis mobile yang digunakan	Aplikasi Mobile

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
		untuk pendaftaran online pasien rawat jalan, informasi jadwal dokter di poliklinik , info antrian pasien rawat jalan, dan Hasil Laboratorium pasien	
26	SEP Elektronik	Memudahkan pasien untuk proses pendaftaran, hemat kertas 3 ply	Sebelumnya pasien antri untuk menunggu print dari SEP, jika pasien mendaftar di mesin anjungan pendaftaran mandiri.
27	Pengiriman Berkas Klaim Rajal	Mengirim berkas klaim secara elektronik	Perubahan SEP membuat klaim rajal dimudahkan dalam proses pengiriman secara elektronik

### 3.3.6. Evaluasi

Hasil Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) pada RSUP Dr. M. Djamil Padang berpedoman pada Peraturan Menteri PAN/RB Nomor 88 tahun 2021 tentang Juknis Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) di Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 14/KMK.09/2017 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, evaluasi SAKIP dipandang perlu untuk memberikan rekomendasi perbaikan dan peningkatan kualitas pengelolaan dan akuntabilitas kinerja yang lebih baik.

Evaluasi atas implementasi SAKIP pada RSUP DR. M. DJAMIL PADANG Tahun 2022 telah dilakukan oleh Inspektorat Jenderal (Itjen) Kementerian Kesehatan. Evaluasi atas penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022 telah dilaksanakan pada tahun 2023 terhadap 4 komponen, yaitu perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja dan evaluasi akuntabilitas kinerja internal. Nilai hasil evaluasi atas implemenasi SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022 adalah sebesar 86,70 dengan kategori A (Memuaskan), dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.42 Evaluasi atas Penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	KomponenEvaluasi	Nilai Maksimal	Nilai Perolehan
1	Perencanaan Kinerja	30,00	24,60
2	Pengukuran Kinerja	30,00	27,60
3	Pelaporan Kinerja	15,00	13,50
4	Evaluasi Internal	25,00	21,00
	<b>Nilai Akuntabilitas Kinerja</b>	<b>100,00</b>	<b>86,70</b>
	<b>Kategori Predikat</b>		<b>A</b>

Hasil evaluasi tahun 2022 mengalami peningkatan dibandingkan dengan nilai tahun 2021 yang capaiannya sebesar 86,15. Salah satu penyebabnya yaitu target yang ditetapkan belum dicapai dengan baik, hal ini disebabkan karena masih terdapat beberapa indikator yang belum mencapai target.

Rekomendasi tahun lalu yaitu :

1. Mengkaji ulang indikator yang mempunyai target yang sama dari tahun ke tahun,
2. Memotoring capaian kinerja sehingga dapat mengatasi dan menyusun strategi baru dalam hal indikator belum tercapai
3. Mengembangkan aplikasi sirancak dan Bigstar sehingga dapat diadopsi oleh instansi lain.
4. SPI mengevaluasi internal AKIP sebelum dilakukan evaluasi oleh APIP
5. Menyusun inovasi terkait manfaat evaluasi akuntabilitas kinerja internal

## **BAB IV PENUTUP**

### **4.1 Kesimpulan**

Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 menyajikan berbagai keberhasilan maupun kendala dalam mencapai sasaran strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 dan perkembangan tahun-tahun sebelumnya, yang tercermin pada capaian Indikator Kinerja Utama (IKU).

Secara umum capaian sasaran strategis menunjukkan perkembangan yang signifikan, meskipun terdapat indikator yang belum mencapai target yang diharapkan. Hal tersebut disebabkan beberapa indikator kinerja membutuhkan komitmen, keterlibatan, dan dukungan aktif segenap manajemen dan petugas medis dan medis. Capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 dapat dinyatakan “berhasil”, karena realisasi 39 dari 49 Target Indikator Kinerja Sasaran Strategis 100% ke atas, dengan rincian:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 28 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak 11 target;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 7 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 3 target.

Selain itu, secara keseluruhan capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 mengalami peningkatan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.

Untuk mencapai sasaran tersebut berbagai upaya telah dilakukan seperti penerbitan SPO terkait layanan, kordinasi pelaksanaan dan monitoring evaluasi atas pelaksanaan kebijakan tersebut sehingga terwujudnya layanan yang prima untuk memberikan pelayanan publik yang baik kepada masyarakat.

Pelaksanaan kegiatan di atas menyebabkan realisasi anggaran tahun 2023 RSUP Dr. M. Djamil Padang menjadi sebesar anggaran (APBN-RM) Rp. 130.119.781.654,- (96,34%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp. 135.069.722.000,-. Total realisasi anggaran BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang TA. 2023 adalah sebesar Rp. 786.408.637.751,- (98,79%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.796.030.614.000,-. Pendapatan pada tahun 2023 sebesar Rp 744.972.487.680,- lebih tinggi sebesar 11,38%, bila dibandingkan dengan pendapatan tahun 2022 yaitu Rp 668.859.475.660,-, sehingga pendapatan naik sebesar 11,38%.

Kendala dan permasalahan yang menyebabkan tidak tercapainya indikator sasaran tersebut akan menjadi fokus perbaikan kinerja di tahun mendatang. Upaya koordinasi dan peningkatan kerjasama dengan berbagai unit akan dilakukan dengan lebih intensif, mengingat target indikator hanya dapat dicapai dengan melibatkan segenap pegawai medis dan non medis dalam

penyelenggaraan sistem pemerintahan yang berorientasi pada hasil, berbasis kinerja dan bertujuan melayani masyarakat.

Pada tahun 2023 pencapaian penerimaan sebesar Rp. 744.972.487.680,- atau 101,77% dari target PNBPN tahun 2023 sebesar Rp. 732.050.000.000,-. Capaian tersebut sudah melampaui target, dan RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta seluruh jajaran berkomitmen akan selalu meningkatkan kinerja untuk memenuhi capaian target yang diamanatkan.

RSUP Dr. M. Djamil Padang selalu mendorong inovasi dan terobosan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan baik di internal maupun eksternal. Keberhasilan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 juga ditunjukkan dari beberapa achievement dan penghargaan, diantaranya adalah “Peringkat III Nasional Pemanfaatan Aplikasi SRIKANDI Kategori Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2023, Penghargaan dari Kementerian Kesehatan tentang Kepatuhan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2023 dengan kategori “BAIK”, PPKM Award 2023 Penghargaan Kategori Rumah Sakit (Tipe A) dengan Performa Tata Kelola COVID-19 Terbaik di Regional Sumatera, penghargaan sebagai Wajib Pajak Instansi pemerintah (APBN) terbaik Tahun 2022 Kantor Pelayanan Pajak Pratama Padang Dua Kantor Wilayah DJP Sumatera Barat dan Jambi, Sertifikat Lulus Akreditasi Paripurna dan Peringkat III Rumah Sakit Vertikal Kategori Rumah Sakit Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik 2023, serta mendapat 6 Penganugerahan Tenaga Kesehatan Teladan Tahun 2023”.

Laporan Kinerja ini diharapkan dapat memberikan informasi secara transparan kepada pimpinan dan seluruh pihak yang terkait dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Laporan ini juga menjadi bahan evaluasi untuk peningkatan pengelolaan kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang, serta dapat digunakan sebagai bahan untuk merumuskan kebijakan ke depan.

#### **4.2 Rekomendasi**

1. Meningkatkan koordinasi antar unit kerja untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan
2. Membuat media komunikasi terkait SDM yang memudahkan staf untuk mengetahui informasi mengenai kebijakan terbaru, konsultasi jenjang karir, dan pendapatan.
3. Mengoptimalkan integrasi IT terkait Pelayanan, Keuangan, Pendidikan dan Pelatihan, Pengadaan, dan SDM.

## LAMPIRAN

### 1. Perjanjian Kinerja Tahun 2023 Lampiran 1 Perjanjian Kinerja Tahun 2023

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

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

Nama : Dr.dr. Yusirwan Sp.B, Sp.B.A(K), MARS

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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


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

Pihak Kedua,

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

Jakarta, Januari 2023

Pihak Pertama,

  
**Dr.dr. Yusirwan Sp.B, Sp.B.A(K), MARS**  
NIP. 196211221989031001

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
<b>A</b>	<b>PERSPEKTIF FINANSIAL</b>			
1	Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1	Persentase peningkatan pendapatan	10%
2	Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2	<i>Cost recovery rate</i>	71%
<b>B</b>	<b>PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>			
3	Terwujudnya kepuasan stakeholder	3	Tingkat kepuasan peserta didik	83%
4		Tingkat kepuasan staf	77,5%	
<b>C</b>	<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>			
4	Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5	Indeks budaya keselamatan	90%
5	Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	6	Jumlah riset translasional	2
6	Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7	Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial, SDM, dan pendidikan)	8
		8	Jumlah kegiatan kemitraan dengan <i>sister hospital</i>	1
7	Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
<b>D</b>	<b>PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>			
8	Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	10	Indek budaya PEDULI	75%
9	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	11	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	12	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
11	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali
12	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	14	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal	≥ 80
		15	Laporan bulanan pengukuran Indikator Nasional Mutu dengan hasil	12 Laporan

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		mencapai target masing-masing indikator	
		16 Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
13	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	17 Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA
		18 Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
14	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	19 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
		20 Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70
		21 Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80
		22 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		23 Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		24 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		25 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		26 Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 indikator tercapai setiap layanan
15	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	27 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1
16	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	28 Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	29 (RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)	1 Layanan
18	Indikator Nasional Mutu	30 Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
		31 Kepatuhan penggunaan APD	100%
		32 Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		33 Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	≥80%
		34 Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		35 Penundaan operasi elektif	≤5%
		36 Kepatuhan waktu visit dokter	≥80%
		37 Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		38 Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
		39 Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%
		40 Kepatuhan upaya pencegahan risiko	100%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		pasien jatuh	
		41 Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
		42 Kepuasan pasien	IKM ≥ 80
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	43 Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem
20	Indikator RPJMN	44 Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit
		45 Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
21	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	46 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95
		47 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97
		48 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95
		49 Persentase nilai EBITDA Margin	15%

**Program**

1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN
2. Program Dukungan Manajemen

**Anggaran**

Rp 732.050.000.000,-  
Rp 105.869.933.000,-

**Total**

Rp 837.919.933.000,-

Pihak Kedua,

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

Jakarta, Januari 2023  
Pihak Pertama,

**Dr.dr.Yusirwan Sp.B,Sp.B.A(K), MARS**  
NIP. 196211221989031001

2. Lampiran Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir

Lampiran 2 Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir

SASARAN STRATEGIS	IKU	BO BOT	SATUAN	PIC	Realisasi 2020	Realisasi 2021	Realisasi 2022	Target 2023	Realisasi 2023	Target 2024
<b>PERSPEKTIF FINANSIAL</b>	1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	4	Persentase	DK	12,80%	47,97%	-7%	10%	11%	10%
	2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	4	Persentase	DK	75,71%	99,65%	89,72%	71%	91,95%	71%
<b>PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>	3. Tingkat kepuasan pasien	4	Persentase	USP	83,51%	85,63%	82,58%	≥ 80	85,70	≥ 80
	3. Terwujudnya kepuasan stakeholder	4	Persentase	USP	88,01%	82,76%	90,65%	83%	86,74%	83%
	5. Tingkat kepuasan staf	4	Persentase	USP	83,15%	81,09%	80,29%	77,5%	80,02%	77,5%
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>	4. Terwujudnya pelayanan exellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	3	Persentase	USP	93,53%	93,75%	94,39%			
	7. Kecepatan Respon Terhadap Komplain	4	Persentase	DMK	100%	100%	100%			
	8. Indeks budaya patient safety	4	Persentase	DMK	85%	89,00%	90,75%			
	9. Capaian akreditasi rumah sakit	4	Satuan	DMK	Kars Internasional	-	Penilaian akreditasi akan dilaksanakan Tahun 2023			
5. Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	10. Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	4	Satuan	DMK	Pelayanan PONEK	Pelayanan paliatif, kanker dan nyeri terpadu	Pelayanan Onkologi Terpadu			
	11. Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	4	Persentase	DMK	87,08%	71,63%	76,02%			
6. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	12. Jumlah program studi spesialis (Sp1 /Sp2)	3	Satuan	USP	1/0	1/0	1/1			
	13. Jumlah riset translasional	4	Satuan	USP	2	3	7	2	3	2
7. Optimalisasi sistem rujukan berjenjang	14. Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-	4	Persentase	DMK	-	-	-			

	bawah)										
8. Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	15. Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	3	Satuan	DMK	7	7	8	8	19	8	
	16. Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	3	Satuan	USP	1	1	1	1	1	1	
9. Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja	17. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	4	Persentase	DMK	-	-	-				
	18. Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis-	4	Persentase	DMK	85%	85%	92,29%				
10. Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	19. Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	4	Persentase	USP	-	-	-				
	20. Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	4	Persentase	USP	-	-	-				
<b>PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>											
11. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	21. Indek budaya PEDULI	4	Persentase	USP	73,5%	92,16%	92,90%	75%	88,15%	75%	
12. Terpenuhinya kuantitas & kualitas SDM	22. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	4	Persentase	USP	68,2%	69,17%	71,14%				
	23. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	4	Persentase	USP	72,38%	98,08%	98,70%				
13. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	24. Persentase jumlah modul yang terintegrasi	4	Persentase	DK	100%	80%	85%				
14. Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	25. Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	4	Persentase	DMK	99,30%	99,50%	98,78%				
	26. Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	4	Persentase	DMK	98,02%	97,11%	98,00%				
	27. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal							85%	100%	85%	
	28. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar							95	54,79	95	
	29. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal							< 2.5	9,16%	< 2.5	

	30. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan							2 kali	2 kali	2 Kali
	31. Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT vertikal							≥ 80	85,70	≥ 80
	32. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator							12 laporan	12 laporan	12 Laporan
	33. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol							12 laporan	12 laporan	12 Laporan
	34. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran							Sesuai rba	100%	Sesuai RBA
	35. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP							10 %	9,26%	10%
	36. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional							1 layanan	1 layanan	1 layanan
	37. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar							70	70,00%	70
	38. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan							≥ 80	85,70	≥ 80
	39. Waktu								86,32%	≥ 80%

	pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang							$\geq 80\%$		
	40. Penundaan waktu Operasi Elektif							$\leq 3\%$	2,61%	$\leq 3\%$
	41. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik							$\geq 80\%$	84,65%	$\geq 80\%$
	42. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI							$\geq 80\%$	85,29%	$\geq 80\%$
	43. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)							1 indikator tercapai setiap layanan	5	1 indikator tercapai setiap layanan
	44. 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan							1	7	1
	45. Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna							1	2	1
	46. (RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)							1 layanan	9 layanan	1 Layanan
	47. Kepatuhan kebersihan tangan							$\geq 90\%$	92,72%	$\geq 90\%$
	48. Kepatuhan penggunaan APD							100%	99,71%	100%
	49. Kepatuhan identifikasi pasien							100%	100%	100%
	50. Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat							$\geq 80\%$	86,58%	$\geq 80\%$

51. Waktu tunggu rawat jalan							$\geq 80\%$	83,86%	$\geq 80\%$
52. Penundaan operasi elektif							$\leq 5\%$	14,28%	$\leq 5\%$
53. Kepatuhan waktu visit dokter							$\geq 80\%$	86,01%	$\geq 80\%$
54. Pelaporan hasil kritis laboratorium							100%	89,05%	100%
55. Kepatuhan penggunaan formularium nasional							$\geq 90\%$	100%	$\geq 90\%$
56. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)							$\geq 85\%$	100%	$\geq 85\%$
57. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh							100%	100%	100%
58. Kecepatan waktu tanggap komplain							99%	100%	
59. Kepuasan pasien							IKM $\geq 80$	85,70	IKM $\geq 80$
60. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital							1 sistem	1	1 Sistem
61. Waktu tanggap operasi section cesarean darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit							$\leq 30$ menit	86,58%	$\leq 30$ menit
62. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi							100%	90,00%	100%
63. Persentase Realisasi Target							95	101,77	95

	Pendapatan BLU									
	64. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni							97	96,34	97
	65. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU							95	98,79	95
	66. Persentase nilai EBITDA Margin							15%	1%	15%

3. Lampiran Revisi Sasaran Strategis, IKU/Indikator dan Target pada RSB Revisi II Tahun 2020-2024

Sasaran Strategis, IKU/Indikator, dan Target  
Rencana Strategis Bisnis  
RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Tahun 2020 – 2024

Lampiran 3 Lampiran Revisi Sasaran Strategis, IKU/Indikator dan Target pada RSB Revisi II Tahun 2020-2024

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
<b>A. PERSPEKTIF FINANSIAL</b>										
1. Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	1. Persentase peningkatan pendapatan	4	%	PKB	10%	10%	10%	10%	10%	10%
2. Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	2. <i>Cost recovery rate</i>	4	%	PKB	65%	67%	69%	70%	71%	71%
<b>B. PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>										
3. Terwujudnya kepuasan stakeholder	3. Tingkat kepuasan peserta didik	4	%	SPU	79.54%	80%	81%	82%	83%	83%
	4. Tingkat kepuasan staf	4	%	SPU	67.7%	70%	72,5%	75%	77,5%	77,5%
<b>C. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>										
4. Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	5. Indeks budaya keselamatan	4	%	PKP	80%	82%	84%	86%	90%	90%
5. Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	6. Jumlah riset translasional	4	Satuan	SPU	1	1	1	2	2	2
6. Terwujudnya Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	7. Jumlah rumah sakit jejaring yang dilakukan pembinaan (manajerial,	3	Satuan	SPU	7	7	7	8	8	8

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
	SDM, dan pendidikan)									
	8. Jumlah kegiatan kemitraan dengan <i>sister hospital</i>	3	Satuan	SPU	1	1	1	1	1	1
7. Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	9. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	4	%	PKP		-	60%	70%	85%	85%
<b>D. PERSPEKTIF LEARNING &amp; GROWTH</b>										
8. Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	10. Indek budaya PEDULI	4	%	SPU	66.1%	67.5%	70%	72.5%	75%	75%
9. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	11. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar								95	95
10. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	12. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal								< 2.5	< 2.5

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
11. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	13. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan								2 Kali	2 Kali
	14. Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT Vertikal								≥ 80	≥ 80
12. Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	15. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator								12 Laporan	12 Laporan
	16. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol								12 Laporan	12 Laporan
13. Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	17. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran								Sesuai RBA	Sesuai RBA
	18. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan								10%	10%

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
	VVIP									
14. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	19. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional								1 layanan	1 layanan
	20. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar								70	70
	21. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan								≥ 80	≥ 80
	22. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang								≥ 80%	≥ 80%
	23. Penundaan waktu Operasi Elektif								≤ 3%	≤ 3%
	24. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik								≥ 80%	≥ 80%
	25. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI								≥ 80%	≥ 80%
	26. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK)								1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan
15. Meningkatnya akses terhadap fasilitas	27. 1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum								1	1

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan									
16. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	28. Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna								1	1
17. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	29. (RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)								1 Layanan	1 Layanan
18. Indikator Nasional Mutu	30. Kepatuhan kebersihan tangan								≥90%	≥90%
	31. Kepatuhan penggunaan APD								100%	100%
	32. Kepatuhan identifikasi pasien								100%	100%
	33. Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat								≥80%	≥80%
	34. Waktu tunggu rawat jalan								≥80%	≥80%
	35. Penundaan operasi elektif								≤5%	≤5%

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
	36. Kepatuhan waktu visit dokter								≥80%	≥80%
	37. Pelaporan hasil kritis laboratorium								100%	100%
	38. Kepatuhan penggunaan formularium nasional								≥90%	≥90%
	39. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)								≥85%	≥85%
	40. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh								100%	100%
	41. Kecepatan waktu tanggap komplain									
	42. Kepuasan pasien								IKM ≥ 80	IKM ≥ 80
19. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital								1 Sistem	1 Sistem
20. Indikator RPJMN	44. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit								≤30 menit	≤30 menit

SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	PIC	BASELINE 2019	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
	45. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.								100%	100%
21. Meningkatkan koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	46. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU								95	95
	47. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni								97	97
	48. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU								95	95
	49. Persentase nilai EBITDA Margin								15%	15%

#### 4. Lampiran 4 *Benchmark Data*

Pelaksanaan Benchmark dilakukan melalui pelaporan INM eksternal pada Aplikasi SIMAR dan benchmark dengan rumah sakit lain

Pelaksanaan Benchmark dilakukan melalui pelaporan INM eksternal pada Aplikasi SIMAR dan benchmark dengan rumah sakit lain.

##### a) Benchmark data melalui aplikasi SIMAR

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR		CAPAIAN												RERATA	KET
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC		
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	RSMDJ	93,71	93,79	92,61	93,74	93,05	92,38	92,58	92,89	92,81	91,92	91,96	91,16	92,72	
			Prov	90,97	91,29	90,96	91,16	90,01	89,62	90,76	90,08	91,08	90,32	91,69	90,58	90,71	
2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	RSMDJ	99,71	99,9	99,65	98,83	99,76	99,81	99,45	99,54	99,88	100	100	100	99,71	
			Prov	93,83	94,78	93,88	94,54	94,79	93,33	94,82	95,69	96,09	95,85	96,18	97,16	95,08	
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	RSMDJ	99,97	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00	
			Prov	93,52	95,02	98,29	98,69	98,11	99,19	99,05	99,25	99,53	99,46	99,72	99,78	98,30	
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%	RSMDJ	95,83	91,67	80	90,48	75	91,67	90,63	88,89	81,48	82,5	87,5	83,33	86,58	
			Prov	86,74	75,79	79,25	83,33	84,5	88,51	88,14	82,65	89,63	84,01	86,32	76,34	83,77	
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	RSMDJ	86,83	84,91	83,6	86,1	85,45	81,19	82,31	82,03	82,08	83,47	84,01	84,28	83,86	
			Prov	50,27	47,47	48,95	61,23	51,8	72,03	55,56	52,83	67,23	63,46	64,64	66,3	58,48	
6	Penundaan operasi elektif	≤5%	RSMDJ	12,24	4,78	24,51	18,37	1,34	19,29	12,21	9,79	11,14	15,94	23,79	27,11	15,04	
			Prov	9,17	4,68	8,01	8,77	5,15	7,73	7,61	8,34	24,67	9,56	10,23	9,82	9,48	
7	Kepatuhan waktu visite	≥80%	RSMDJ	87,47	88,46	84,22	84,22	84,35	85,41	85,03	85,83	86,90	86,86	86,51	86,83	86,01	

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR		CAPAIAN												RERATA	KET
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC		
	dokter		Prov	62,7	67,21	70,56	69,41	71,03	73,78	66,8	72,12	68,53	72,57	74,31	72,51	70,13	
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	RSMDJ	83,73	81,2	86,87	91,27	93,25	91,95	94,72	92,77	91,87	87,35	84,09	89,53	89,05	
			Prov	89,31	91,6	94,68	96,14	96,93	96,09	95,42	94,86	94,29	91,61	90,96	94,17	93,84	
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	RSMDJ	99,74	99,77	99,71	99,73	99,83	99,71	99,75	99,66	99,71	99,71	99,74	99,71	99,73	
			Prov	89,38	89,55	86,14	89,06	88,37	87,30	86,76	87,37	87,01	87,39	87,17	87,8	87,78	
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥80%	RSMDJ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00	
			Prov	93,04	89,55	90,12	91,87	86,93	84,78	84,96	91,25	92,06	90,89	90,36	89,49	89,61	
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	RSMDJ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00	
			Prov	96,57	98,92	99,15	97,27	99,24	95,15	96,52	98,9	99,19	96,57	98,74	98,85	97,92	
12	Kecepatan waktu tanggap complain	≥80%	RSMDJ	100	100	100	100	100	100	88	100	100	100	100	100	99,00	
			Prov	98,46	97,61	92,83	86,09	94,12	92,27	94,05	98,14	98,13	96,75	98,21	97,58	95,35	
13	Kepuasan pasien	≥76.61	RSMDJ	84,44						86,96						85,70	Semester
			Prov							67,07						67,07	

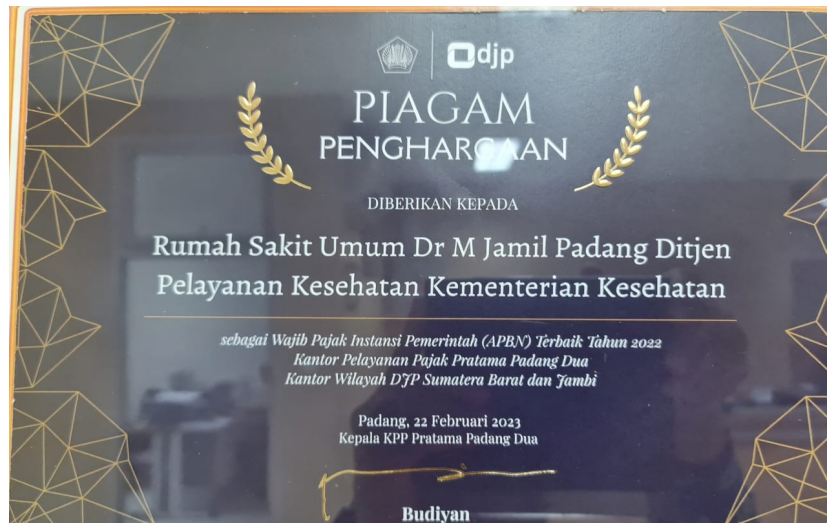
b) Benchmark data dengan RSUP M. Husein Palembang

NO	INDIKATOR	STANDAR	Capaian RSMH Palembang			Capaian RSMDJ Padang			KET
			TW I	TW II	SM I	TW I	TW II	SM I	
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	83.61%	82.31%	83.01%	93.37%	93.06%	93.21%	
2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%	100%	100%	99.75%	99.57%	99.61%	

NO	INDIKATOR	STANDAR	Capaian RSMH Palembang			Capaian RSMDJ Padang			KET
			TW I	TW II	SM I	TW I	TW II	SM I	
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	97.09%	100%	98.27%	99.99%	100%	99.99%	
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%	66.67%	42.86%	53.85%	89.17%	85.72%	87.44%	
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	88.28%	86.87%	87.56%	85.11%	84.25%	84.68%	
6	Penundaan operasi elektif	≤5%	2.83%	2.30%	2.60%	13.84%	13.00%	13.42%	
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥80%	73.43%	79.21%	76.01%	86.72%	84.66%	85.69%	
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	83.93%	92.16%	88.05%	
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	97.73%	97.98%	97.86%	99.74%	99.76%	99.75%	
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥80%	78.05%	85.06%	81.66%	100%	100%	100%	
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	97.83%	99.04%	98.43%	100%	100%	100%	
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
13	Kepuasan pasien	≥76.61	80.44	86.25	83.18	81.12	87.77	84.44	
14	Persentase penyimpanan high alert sesuai standar	100%	96.77%	100%	98.25%				Tidak ada pengumpulan indikator ini di RSMDJ
15	Persentase kepatuhan penandaan lokasi operasi elektif sesuai standar	100%	99.35%	100%	100%	100%	100%	100%	
16	Lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi tanpa komplikasi 5 hari	≥80%	72.73%	100%	83.33%	NIHIL	100%	100%	
17	Waktu tunggu pelayanan operasi onkologi	≤11 hari	8.8 hari	10.2 hari	9.4 hari				Tidak ada pengumpulan indikator ini di RSMDJ
18	Persentase kepatuhan pembuatan laporan pengendalian risiko di unit kerja	100%	TDD	100%	100%				Tidak ada pengumpulan indikator ini di RSMDJ
19	Persentase kepatuhan pelaksanaan pengawasan peserta didik	100%	100%	97.44%	98.67%				Tidak ada pengumpulan indikator ini di RSMDJ
20	IDO	≤ 2 %	0.28%	0.14%	0.19%	0.23%	0.06%	0.14%	
21	VAP	≤ 5.8‰	1.76‰	1.51‰	1.16‰	3.01‰	3.52‰	3.27‰	
22	HAP	<1 ‰	0.27‰	0.17‰	0.18‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	
23	CAUTI	≤ 4.7‰	0.19‰	0.00‰	0.13‰	0.33‰	0.19‰	0.26‰	
24	CLABSI	≤ 3.5‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	2.51‰	1.84‰	2.18‰	IAD
25	PLABSI	≤ 1‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	Phlebitis

## 5. Piagam Penghargaan yang Diperoleh







**LEMBAGA AKREDITASI MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT (LAM-KPRS)**

Jl.RC. Veteran Raya No.22, RT.04/RW.10, Bintaro,  
Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota DKI Jakarta, Kode Pos :12330  
Telepon 0811-1227-2727/0822-9898-2727 – Email pp@lam-kprs.id

Nomor : 0921/Lulus-Akr/LAM-KPRS/Set/XI/2023  
Lampiran : Logo  
Perihal : Lulus Akreditasi.

Jakarta, 17 November 2023

Kepada yang terhormat,

Direktur RS Umum Pusat Dr. M. Djamil

Jl. Perintis Kemerdekaan, Sawahan Timur, Kec. Padang Timur, Kota Padang, Sumatera Barat

Dengan hormat.

Sehubungan dengan telah selesai diselenggarakan Survei Penilaian Akreditasi pada tanggal 08 – 10 November 2023 oleh LAM-KPRS, dengan ini kami ucapkan :

**SELAMAT** atas pencapaian kelulusannya yaitu **LULUS PARIPURNA**,

Sertifikat kelulusan berlaku sampai tanggal **08 November 2027**, saat ini masih dalam proses penandatanganan di Kementerian Kesehatan RI.

Setelah sertifikat terbit, rumah sakit diperkenankan menggunakan Logo LAM-KPRS dengan ketentuan :

1. Logo hanya boleh digunakan sesuai dengan masa berlaku terakreditasi;
2. Logo digunakan untuk mempublikasikan status akreditasi ini kepada masyarakat, media massa, pihak rekanan dan asuransi (*third-party payers*);
3. Logo dapat dicantumkan pada kertas surat rumah sakit;
4. Penggunaan logo berlaku sampai dengan berakhir masa akreditasi, yakni tanggal **08 November 2027**.

Kami mengharapkan Saudara/i mengisi kuesioner melalui link <https://bit.ly/KuesionerPelaksanaanSurvei> paling lambat H+7 setelah surat ini diterima.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya diucapkan terima kasih.

Hormat kami,  
Direktur Utama :

dr. Andi Wahyuningsih Attas, Sp.An.T.I, Subspes.T.I.(K), MARS

Corporate Secretary :

dr. Rita Rogayah, Sp.P(K), M.A.R.S.

Tembusan Kepada Yth.

1. Ka. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat
2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Padang
3. Direktur Pelayanan Akreditasi LAM-KPRS
4. Ka. Kompartemen MSA LAM-KPRS
5. Koordinator dan Sekretaris Regional II LAM-KPRS



**LEMBAGA AKREDITASI MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT (LAM-KPRS)**

JL.RC. Veteran Raya No.22, RT.04/RW.10, Bintaro,  
Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota DKI Jakarta, Kode Pos :12330  
Telepon 0811-1227-2727/0822-9898-2727 – Email pp@lam-kprs.id

Lampiran Surat No. : 0921/Lulus-Akr/LAM-KPRS/Set/XI/2023





**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**



**LEMBAGA AKREDITASI MUTU  
DAN KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT**

## **SERTIFIKAT AKREDITASI RUMAH SAKIT**

Nomor : 269/SERT-AKR/LAM-KPRS/Set/XI/2023

Diberikan Kepada  
**RSUP Dr. M. Djamil**  
Alamat :  
Jalan Perintis Kemerdekaan, Sawahan Timur, Kota Padang, Sumatera Barat

Tingkat Kelulusan  
**PARIPURNA**  
★ ★ ★ ★ ★  
Berlaku Sampai: 08 November 2027

Jakarta, 21 November 2023

Mengetahui,



Ditandatangani secara elektronik oleh :  
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia  
dr. Azhar Jaya, SKM, MARS



Ditandatangani secara elektronik oleh :  
Direktur Utama  
Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Rumah Sakit  
(LAM-KPRS)  
dr. Andi Wahyuningsih Atlas, Sp.An, KIC, M.A.R.S

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BS-E), BSSN



Lampiran 1

Nomor : PT.04.01/F.VI/6736/2023

Tanggal : 3 Agustus 2023

**DAFTAR NAMA PESERTA NAKESDAN**

No	NAMA	JENIS NAKES	INSTANSI	KATEGORI
1.	dr. Kino, SpJP (K), FIHA	Dokter Spesialis	RSUP Dr. M. Djamil	RS Vertikal Kemenkes
2.	dr. Novialdi, Sp.T.H.T.B.K.L, Sup. L.F.(K), FICS	Dosen Pendidik Klinis	RSUP Dr. M. Djamil	RS Vertikal Kemenkes
3.	Rifza. SST. M. Biomed	Tenaga Gizi	RSUP Dr. M. Djamil	RS Vertikal Kemenkes
4.	Trisna Dwiputri Siantury, SKM	Tenaga Kesehatan Masyarakat	RSUP Dr. M. Djamil	RS Vertikal Kemenkes
5.	Devi Olivia, S.Tr.MIK	Keteknisian Medis	RSUP Dr. M. Djamil	RS Vertikal Kemenkes
6.	Chindy Violeta S, S.Tr.TEM	Teknik Biomedika	RSUP Dr. M. Djamil	RS Vertikal Kemenkes

Direktur Pembinaan dan Pengawasan  
Tenaga Kesehatan,



**dr. ZUBAIDAH ELVIA, M.P.H.**