

**TAHUN**  
**2025**  
**SEMESTER I**

**LAPORAN KINERJA**  
**AKUNTABILITAS**  
**INSTANSI**  
**PEMERINTAH (LAKIP)**

**RSUP DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**



**PERNYATAAN TELAH DIREVIU**  
**LAKIP SEMESTER I RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**  
**TAHUN ANGGARAN 2025**

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar untuk Semester I Tahun Anggaran 2025 sesuai Pedoman reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

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

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

Makassar, Juli 2025

Ketua Satuan Pengawas Intern



**Andi Farnawati, SKM, M.Kes**

Nip. 197104151991032001

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**LAKIP SEMESTER I TAHUN 2025**

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

Setelah saya meneliti dan memverifikasi seluruh data dan informasi yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah (LAKIP) semester I tahun 2025 adalah valid.

Makassar, Juli 2025

1. Direktur Utama

Dr. dr. Aswan usman, M.Kes



(.....)

2. Direktur Medik dan Keperawatan

Dr. dr.Eka Jusuf Singka, MSc



(.....)

3. Direktur Perencanaan,Keuangan dan

Layanan Operasional

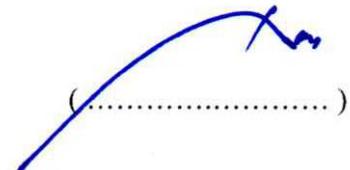
Anggriany Rauf,S.Si,SE.Apt,M.Adm.Kes



(.....)

4. Direktur Sumber Daya Manusia,Pendidikan  
dan Penelitian

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



(.....)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkah dan rahmat-Nyalah sehingga penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar semester I tahun 2025 dapat kami lalui dengan melaksanakan program dan kegiatan dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan sesuai dengan RSB 2025-2029.

Tahun 2025, bagi RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar (RSTC) merupakan tahun pertama melaksanakan program dan kegiatannya mengacu Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2025 – 2029.

Penyusunan LAKIP mengacu pada Permenkes Nomor : 2416/MENKES/PER/XII/2011 tanggal 1 Desember 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, serta Permenpan dan Reformasi Birokrasi No 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. mengacu pada Penetapan Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014 tentang petunjuk teknis penyusunan perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan reviu atas laporan kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 88 Tahun 2021 tentang evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).

Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

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

Makassar, Juli 2025

  
Direktur Utama

Dr. dr. Aswan Usman, M. Kes  
NIP 197104042002121001

## DAFTAR ISI

Pernyataan Telah di Reviu	ii
Lembar Persetujuan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar isi	vi
Daftar tabel	vii
Daftar grafik	ix
Ringkasan eksekutif	x
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	2
C. Tugas Pokok dan Fungsi	2
D. Tantangan dan Sasaran strategis	6
<b>BAB II. PERENCANAAN KINERJA</b>	
A. Rencana Strategi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 – 2024	8
B. Rencana Strategi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025 – 2029	11
C. Perjanjian Kinerja Tahun 2025	15
<b>BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA</b>	
A. Capaian Kinerja	17
B. Sumber Daya	72
B.1. Sumber Daya Manusia	72
B.2. Sarana dan Prasarana	78
B.3. Sumber Daya Keuangan	81
<b>BAB IV. PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan	88
B. Saran	88
C. Rencana Tindak lanjut dan Rekomendasi Tahun Depan	89

## DAFTAR TABEL

2.1	Matriks perencanaan tahun 2020 – 2024 setelah revisi	9
2.2	Matriks Perencanaan Sasaran Strategis dan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025-2029	14
2.3	Perjanjian Kinerja Tahun 2025	16
3.1	Realisasi Kinerja Indikator Pengukuran Persentase Nilai EBITDA Margin semester I tahun 2025	20
3.2	Rekapitulasi Hasil Survey Kepuasan Pasien semester I tahun 2025	25
3.3	Realisasi Kinerja Indikator Skor Kepuasan Pelanggan semester I tahun 2025	26
3.4	Capaian Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai target semester I tahun 2025	29
3.5	Capaian Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian semester I tahun 2025	33
3.6	Capaian Persentase Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi Layanan semester I tahun 2025	37
3.7	Capaian Skor BLU Maturity Rating semester I tahun 2025	42
3.8	Capaian Bed Occupancy Rate (BOR) semester I tahun 2025	44
3.9	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang baik dan Konsisten	47
3.10	Capaian Healthcare Associated Infection (HAIs) rates semester I tahun 2025	49
3.11	Capaian Persentase Standar Klinis yang tercapai semester I tahun 2025	52
3.12	Capaian Persentase pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan rumah sakit semester I tahun 2025	55
3.13	Indikator Terwujudnya SDM Yang Andal dan Budaya Organisasi yang berakhlak semester I tahun 2025	59
3.14	Capaian Skor Tingkat Kepuasan Pegawai semester I tahun 2025	61
3.15	Capaian Training Effectiveness Indeks semester I tahun 2025	63

3.16	Sasaran meningkatnya dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknik Lainnya semester I tahun 2025	66
3.17	Capaian Nilai Kinerja Penganggaran (NKA) semester I tahun 2025	67
3.18	Capaian Realisasi Anggaran semester I tahun 2025	70
3.19	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tempat Kerja semester I tahun 2025	73
3.20	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Tenaga semester I tahun 2025	74
3.21	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tingkat Pendidikan semester I tahun 2025	75
3.22	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Kelompok Umur semester I tahun 2025	76
3.23	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Kelamin semester I tahun 2025	77
3.24	Pembelian Peralatan dan Mesin	78
3.25	Rincian Saldo Mutasi Gedung dan Bangunan	80
3.26	Rincian Saldo Mutasi Jalan, Irigasi dan Jaringan	80
3.27	Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan	81
3.28	Perbandingan Pendapatan	82
3.29	Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja	84
3.30	Perbandingan Realisasi Belanja	84
3.31	Perbandingan Belanja Pegawai	85
3.32	Perbandingan Belanja Barang per 30 Juni 2025 dan 2024	86
3.33	Perbandingan Realisasi Belanja Modal	87

## DAFTAR GRAFIK

3.1	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tempat Kerja semester I tahun 2025	73
3.2	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Ketenagaan semester I tahun 2025	74
3.3	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tingkat Pendidikan semester I tahun 2025	75
3.4	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Kelompok Umur semester I tahun 2025	76
3.5	Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Kelamin semester I tahun 2025	77

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan alat penilai kinerja secara kuantitatif dan sebagai wujud akuntabilitas pelaksanaan tugas dan fungsi menuju terwujudnya *good governance*, yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kebijakan yang transparan, di mana secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama semester I tahun 2025. Rencana kinerja tahun 2025 dan penetapan kinerja 2025 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama 6 bulan ( semester 1 ) tahun 2025 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2025-2029.

Laporan akuntabilitas kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Laporan ini dibuat sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan dalam mencapai visi, misi, tujuan, sasaran organisasi yang akan dicapai, penyusunan pertanggungjawaban pelaksanaan seluruh kegiatan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengacu pada tugas pokok dan fungsi Organisasi yang dijabarkan dalam Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2025 dan kedua merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam Menyusun RSB berdasarkan 4 perspektif yaitu : 1) *Financial*, 2) *Stakeholder*, 3) *Internal Business Process* dan 4) *Learning and Growth* dan pihak manajemen RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar juga telah menentukan langkah-langkah strategis dalam mempertimbangkan kepentingan segenap stakeholder, inisiatif-inisiatif program dan kesehatan yang disusun melalui suatu pendekatan yang sistematis serta terintegrasi di masing-masing unit kerja. Tolak ukur yang digunakan adalah Indikator Kinerja Utama atau Key Performance Indikator yang terdiri dari 12 indikator ditambah dengan 2 indikator direktif yang merupakan indikator tambahan yang wajib dilakukan pengukuran kinerja pada rumah sakit vertikal, yang terkait dengan anggaran yaitu Nilai Kinerja Penganggaran (NKA) dan Realisasi Anggaran. Pencapaian nilai indikator Perjanjian Kinerja ( *key performance* ) ada 4 perspektif pengukuran yang dilakukan yaitu perspektif stakeholder capaiannya 14,28% dari total bobot nilai, perspektif

proses bisnis capaiannya 28,57%, perspektif pengembangan personil dan organisasi 0% dan perspektif finansial capaiannya 0%.

Secara keseluruhan realisasi dari target Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar periode semester I tahun 2025 sebesar 42,86% (6 dari 14 IKK) telah mencapai target, Sedangkan IKK yang belum mencapai target sebesar 42,86% (6 dari 14 IKK). Hal ini dapat diketahui dari hasil perhitungan indikator kinerja kegiatan yang termaktub dalam Perjanjian Kinerja (PK) 2025 dimana capaiannya terakumulasi dari Indikator Kinerja Utama (IKU) ditambah dengan Indikator Direktif.

Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang belum tercapai sebesar 42,86% (6 dari 14 IKK) terdiri dari Nilai EBITDA Margin, Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan rumah sakit, *Training Effectiveness Index (TEI)*, Nilai Kinerja Penganggaran (NKA) dan Realisasi anggaran.

Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang mencapai target sebesar 42,86% (6 dari 14 IKK) terdiri dari Skor kepuasan pelanggan (CSAT), Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target, Persentase Sistem Informasi Rumah sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan, *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Healthcare Associated Infection (HAIs) rates*, Persentase standar klinis yang tercapai.

Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang belum dihitung capaiannya ada 2 indikator yaitu Skor *BLU Maturity Rating* dan Skor tingkat kepuasan pegawai yang periode penilaiannya tahunan.

Selama periode sampai dengan 30 Juni 2025 RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengadakan revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sebanyak 6 kali dikarenakan adanya perubahan – perubahan rencana kegiatan dan penambahan pagu alokasi belanja selama tahun anggaran berjalan.

Secara rinci realisasi anggaran RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar semester 1 tahun 2025 dapat dilihat seperti berikut :

1. Realisasi Pendapatan Negara pada periode 30 Juni 2025 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp71.825.148.202,- atau mencapai 36,28% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp. 198.000.000.000,-
2. Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada periode 30 Juni 2025 dan 2024 adalah sebesar Rp71.825.148.202,- dan Rp66.702.630.537,- atau mencapai 36,28 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp198.000.000.000,-.

Pendapatan RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar terdiri dari Pendapatan Jasa Layanan Umum dan Pendapatan lain-lain. Realisasi pendapatan Semester 1 TA 2025 sebesar Rp71.825.148.202,- terdiri dari pendapatan BLU sebesar Rp71.711.820.270,- dan pendapatan penerimaan negara bukan pajak lainnya (PNBP) sebesar Rp113.327.932,-

3. Realisasi Belanja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid pada periode 30 Juni 2025 adalah sebesar Rp93.792.955.876,- atau 48,84% dari total anggaran belanja sebesar Rp192.054.808.000,-. Realisasi belanja per 30 Juni 2025 mencapai 53,41 persen atau sebesar Rp102.575.094.148,- namun yang tercatat pada laporan adalah sebesar 48,84 persen atau sebesar Rp93.792.955.876,-. Hal ini disebabkan terdapat belanja BLU sebesar Rp8.782.138.271,- yang belum dilakukan pengesahan belanja sampai dengan periode pelaporan.

Realisasi Belanja per 30 Juni 2025 mengalami penurunan belanja sebesar 7,49 persen pada periode yang sama tahun anggaran yang lalu , hal ini dikarenakan pagu belanja yang dikelola Rumah Sakit Umum Pusat Dr Tadjuddin Chalid juga lebih kecil dibanding tahun anggaran yang lalu.

4. Proporsi penyerapan belanja dari anggaran RM sampai dengan 30 Juni 2025 sebesar Rp30.558.607.160,- dan anggaran BLU sebesar Rp63.234.348.716,- dari total penyerapan anggaran belanja sebesar Rp93.792.955.876,- ( Netto)

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

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

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

Namun dalam perjalanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama (dua) tahun terakhir yaitu Tahun 2023 – 2024, banyak mengalami perubahan khususnya dalam pengembangan sarana prasarana seperti penambahan alat Kesehatan dan pengembangan jenis layanan termasuk adanya perubahan-perubahan regulasi seperti Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan dan adanya merger dengan BBKPM dan BKTM Makasaar (Permenkes No.26 Tahun 2022).Di dalam Permenkes tersebut diatur tentang penggabungan BBKPM Makassar dan BKTM Makassar sebagai Unit Layanan Baru ke dalam struktur organisasi RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar yang sehingga Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 harus direvisi sesuai kondisi yang ada.

Periode tahun 2025-2029 merupakan tahapan pertama dari Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai rumah sakit yang merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan yang memuat visi, misi, sasaran strategis, dan kegiatan yang dilengkapi dengan indikator kinerja dan target yang akan dicapai, yang selanjutnya menjadi acuan dalam penyusunan rencana kegiatan setiap tahunnya.

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

1. Undang-Undang No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ( Lembaran Negara Republic Indonesia Tahun 2023 No.105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia No.6887)
2. Peraturan Menteri Kesehatan No.26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan tata kerja rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan
3. Peraturan Menteri Pendayaan Aparatur Negara dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis, Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Menteri Pendayaan Aparatur Negara dan RB No.88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/1334/2025 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Satuan Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029.
6. Kontrak Kinerja Tahun 2025

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas yang telah dilaksanakan selama kurun waktu 1 semester ( Bulan Januari – Juni) tahun 2025 yang meliputi pengelolaan sumber daya keuangan, sarana dan prasarana dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid di tahun yang akan datang.

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

### **Tugas Pokok**

Berdasarkan PMK No.26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS di lingkungan Kementerian Kesehatan maka RSUP. Dr.Tadjuddin Chalid sebagai Rumah Sakit Umum Pusat mempunyai tugas pokok yaitu, menyelenggarakan

pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

### **Fungsi**

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

1. Penyusunan rencana program dan anggaran
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
3. Pengelolaan pelayanan non medis
4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanankesehatan
6. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi dibidang pelayanan kesehatan
7. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara
8. Pengelolaan Organisasi dan sumber daya manusia
9. Pelaksanakan urusan hukum, kerja sama dan hubungan masyarakat.
10. Pengelolaan sistem informasi.
11. Pemantauan, evaluasi, dan pelopran
12. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

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

### **Struktur Organisasi**

Susunan Organisasi RSUP Dr.Tadjuddin Chalid sampai saat ini adalah mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No.26 tahun 2022, di mana dilakukan klasifikasi RSUP yang ditetapkan berdasarkan penilaian klasifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ini yang pertama kali

ditetapkan. Sesuai Peraturan Menteri kesehatan (PMK No.26 Tahun 2022 pasal 38) RSUP Dr.Tadjuddin Chalid masuk dalam klasifikasi RSUP Tipe III, dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama dengan membawahi:

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

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

Susunan Direksi Rumah Sakit terdiri dari :

- a. Direktur Utama  
Dr.dr. Aswan Usman, M.Kes
- b. Direktur Medik dan Keperawatan  
Dr. dr. Eka Jusup Singka, M.Sc
- c. Direktur,Perencanaan,Keuangan dan Layanan Operasional  
Angriany Rauf,S.Si,SE,Apt,M.Adm.Kes
- d. Direktur Sumber Daya Manusia,Pendidikan dan Penelitian  
Dr.I Nyoman Dharma Wiasa,S.Kep,SH,MM,M.Kes,MH

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

Struktur Organisasi RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar juga dilengkapi dengan Dewan Pengawas yang susunan anggotanya telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/574/2024 tanggal 7 Mei 2024 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar berfungsi sebagai *governing body* rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non-teknis perumahsakititan secara internal di RSUP Dr.Tadjuddin Chalid dan Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Susunan Dewan Pengawas Rumah Sakit yaitu :

1. Pungkas Bahjuri Ali, STP,MS,PhD ( Ketua )
2. drg. R.Vensya Sitohang, M.Epid,PhD ( Anggota )
3. Misyal B.Achmad, S.H,MH,CLA,C.MSP,C.NSP ( Anggota )
4. Tjahjo Purnomo,SE,MM ( Anggota )
5. Yogi Dwiyanoro,SE,MM (Anggota)

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

- a. Ketua Satuan Pemeriksa Intern (SPI) RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Andi Fatmawati, SKM, M.Kes dan unit-unit non structural.
- b. Selain itu, di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :
  - a. Komite Medik
  - b. Komite Etik dan Hukum
  - c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
  - e. Komite Keperawatan
  - f. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumber daya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis 2025-2029 RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar ditetapkan pelayanan unggulan, sebagai berikut:

1. Pelayanan Rehabilitasi Medik
2. Pelayanan Orthopedi
3. Pelayanan TB RO
4. Pelayanan Traditional Health Care Centre

Terhitung tanggal 17 April 2025, ditetapkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar No: HK.02.03/D.XXVII/4430/2025 tentang Penetapan Jumlah Tempat Tidur di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar : Kapasitas Tempat Tidur (TT) yang dioperasikan 295 TT, terdiri dari : VIP/VVIP/Super VVIP 11 TT (3,7%), Kls I 53 TT (17,97%), Kls II 53 TT

(17,9%), Kls III 122 TT (41,35%), Intensif 32 TT (10%), dan Isolasi 21 TT (7%), Obygyn Non kelas 3 TT ( 1% ) di mana kapasitas tempat tidur merupakan akumulasi dari jumlah tempat tidur rawat inap di UPF BBKPM dan RSUP.Tadjuddin Chalid Makassar selaku rumah sakit induk.

#### **D. SISTEMATIKA LAPORAN MINERJA**

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar semester I tahun 2025 berdasarkan Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Intansi Pemerintah adalah sebagai berikut:

Didahului dengan Kata pengantar, ringkasan eksekutif, daftar isi

##### **BAB I** Pendahuluan

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

##### **BAB II** Perencanaan Kinerja

Pada bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Semester I Tahun 2025

##### **BAB III** Akuntabilitas Kinerja

###### **A.** Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja, sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi.

###### **B.** Realisasi Anggaran

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

#### BAB IV Penutup

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

#### Lampiran-Lampiran

## **BAB II**

### **PERENCANAAN KINERJA**

#### **A. Rencana Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020-2024**

Perencanaan Kinerja merupakan proses penyusunan rencana kerja sebagai penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis, yang dilaksanakan melalui berbagai kegiatan tahunan. Langkah kegiatan tahunan yang didasarkan pada sasaran dan program yang ada dalam Rencana Strategis Tahun 2020 – 2024, dan Rencana Kerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2024 merupakan rencana tahun ke lima dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020-2024 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar di Tahun 2024.

Berdasarkan Rencana Strategis Bisnis (Revisi 2) periode tahun 2020 – 2024 ada empat perspektif yang dijadikan acuan dalam menentukan Sasaran Strategis. Adapun ke empat strategis Tahun 2024 antara lain :

- Perspektif Stakeholder
- Perspektif Proses Bisnis
- Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi
- Perspektif Finansial

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar merupakan UPT Vertikal di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mendapat tanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan yang merupakan indikator kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan. Indikator kinerja kegiatan tersebut harus tertera dalam Perjanjian Kinerja kepala satuan kerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan TA 2024. Dalam revisi 2 untuk tahun keempat 2024, Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2020-2024 terdapat perubahan dimana ada penambahan indikator dari 22 menjadi 30 indikator yang ada di RSB dan indikator kinerja tambahan (direktif) turunan/cascading dari Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian kesehatan RI, sehingga total indikator kinerja tahun 2024 menjadi 52 indikator yang tertuang dalam kontrak kinerja tahun 2024.

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

SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET IKU PER TAHUN				
		2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Kepuasan Pasien	% Kepuasan Pasien	82%	83%	85%	87%	90%
	% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	60%	70%	80%	90%	100%
	% Ketepatan Waktu Pelayanan	20%	40%	60%	80%	100%
Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	Indikator Kinerja BLU	AA	AA	AA	AA	AA
	Hasil Audit SAKIP	97	97	98	98	98,5
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	Capaian Collection Period ( Hari)	50	45	40	35	30
	Capaian Reformasi Birokrasi	SelfAss	Penilaian TPI	Pengulangan WBK	Pengulangan WBK	WBK
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	-	80%	85%	87%	90%
	Penelitian yang dipublikasikan	-	1	2	3	5
	SISRUTE	-	-	100%	100%	100%
	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	-	-	-	-	≤ 2 Jam; 80%
	Waktu Pemeriksaan Laboratorium	-	-	-	-	≤ 1 Jam; 80%
	Waktu Pemeriksaan Radiologi	-	-	-	-	≤ 1 Jam; 80%
	Penundaan Waktu Operasi Elektif	-	-	-	-	≤ 3 Jam
	Waktu Masuk Rawat Inap	-	-	-	-	90%

SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET IKU PER TAHUN				
		2020	2021	2022	2023	2024
	% Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1 (1x24Jam) sebelum Pasien Pulang.	-	-	-	-	≥80%
	Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	-	-	-	-	≥80%
	Kepatuhan CP Per KSM	-	-	-	-	≥80%
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	% Peningkatan layanan MCU	5%	10%	10%	15%	15%
	Peningkatan KSO	10	10	10	10	10
	% Pengembangan Layanan Geriatri	-	-	Lengkap	Madya	Sempurna
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia yang Kompetitif	% Staf dengan pelatihan minimal 20 jam / tahun	25%	30%	50%	75%	100%
	% Kompetensi staf yang sesuai	50%	75%	80%	85%	90%
	Terwujudnya Kepuasan Staf terhadap Remunerasi-Survey OSDM	-	-	-	-	≥50%
Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	% Efektifitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan	65%	70%	75%	80%	85%
	Capaian Green Hospital	70%	75%	80%	85%	90%
	% RSV yang melakukan perbaikan fasilitas pendukung sesuai standar yang diterapkan	-	-	-	-	85%
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	Tahapan Pengembangan Layanan SIMRS	30%	40%	50%	60%	70%

SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET IKU PER TAHUN				
		2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Sehat dan Bertumbuh	Laporan Keuangan	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
	Pertumbuhan Pendapatan	10%	10%	10%	10%	15%

#### B. Rencana Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025-2029

##### - Visi :

Kementerian Kesehatan menetapkan visi 2025-2029, yaitu Masyarakat Yang Sehat dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045. Selaras dengan visi Kementerian Kesehatan 2025-2029 maka RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan visi 2025-2029, yaitu Rumah Sakit dengan Pelayanan Orthopedi, Rehabilitasi Medik, TB RO dan *Traditional Health Care Center* Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan.

##### - Misi :

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melaksanakan Misi (Asta Cita) Presiden dan Wakil Presiden Periode 2025-2029 terutama pada Asta Cita nomor 4, yaitu “memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda (generasi milenial dan generasi Z), dan penyandang disabilitas”. Asta cita tersebut dituangkan dalam RPJMN 2025-2029 sebagai Prioritas Nasional (PN) ke-4 dalam RPJMN. Untuk mendukung PN 4 pada RPJMN dan mewujudkan Visi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode 2025-2029, maka ditetapkan Misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai berikut:

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung.
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja.

3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan .
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan .
5. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional.
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

- **Target Rencana Strategis**

Dalam rangka pencapaian visi, misi dan tujuan RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025-2029, ditetapkan target rencana strategis sebagai berikut :

1. Rumah sakit dengan pelayanan orthopedi ( Arthroplasty, Arthroscopy, dan onkologi orthopedy) Neuro Intervensi, Rehabilitas Medk (Neuromuskular), Perawatan Tuberkulosis Resistensi Obat (TB RO, Respirasi Pediatrik, *Traditional Health Care Center* (Akupunktur, Akupresur, Ramuan, SPA, Estetik ) yang unggul di Asia.
2. Pengampu nasional dalam pelayanan kanker, Stroke dan KIA
3. Penggerak pendidikan, pelatihan dan penelitian pelayanan Orthopedi (Arthroplasty, Arthroscopy dan Onkologi Orthopedi) Neuro Intervensi, Rehabilitasi Medik (Neuromuscular), Perawatan Tuberkulosis Resistensi Obat (TB RO/Respirasi Pediatrik), *Traditional Health Care Center* (Akupunktur, Akupresur, Ramuan, SPA, Estetik) di Asia.

- **Tujuan Strategis:**

Dengan mengacu pada Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan serta berdasarkan analisa *Balance Score Card*, maka RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan 5 (Lima) Tujuan Strategis yaitu:

1. Terwujudnya kepuasan pasien dengan memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan.
2. Terwujudnya produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan, dan pengembangan karir yang berkeadilan.
3. Terselenggaranya standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan clinical pathway serta peningkatan riset medis.

4. Terwujudnya perbaikan system, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan.
5. Terwujudnya penguatan kolaborasi dengan pengampu nasional dalam memperoleh sumber daya yang memadai untuk mendukung pengembangan riset medis di rumah sakit.

- **Sasaran Strategis :**

Dalam rangka mencapai tujuan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar di atas, maka ditetapkan sasaran strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai berikut :

1. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal
2. Terwujudnya layanan terbaik level Asia
3. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas.
4. Terwujudnya pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang berkesinambungan.
5. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
6. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
7. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien.
8. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
9. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan
10. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK.

**Tabel 2.2**  
**Matriks Perencanaan Sasaran Strategis dan**  
**RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025-2029**

SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET IKU PER TAHUN				
		2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Ebitda Margin ( 1% terhadap pendapatan operasional)	1%	1%	2%	2%	3%
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional	% Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola diampu sesuai target	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	% Penerapan System Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor Maturity Rating	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3
Terwujudnya proses bisnis yang efektif & efisien	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	70%	70%	70%	70%
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infection (HAIs) rates	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰
	% Standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% Pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	20%	30%	30%	50%
Terwujudnya SDM yang handal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan pegawai	Puas	Puas	Puas	Sangat Puas	Sangat Puas
	Training Effectiveness Indeks (TEI)	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai kinerja penganggaran	80.1	80.1	80.1	80.1	80.1
	Realisasi Anggaran	95%	95%	95%	95%	95%

### **C. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025**

Perjanjian Kinerja merupakan amanat dari Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan sesuai dengan 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. Dokumen Perjanjian Kinerja merupakan 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.

Penjabaran Renstra RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ke dalam perjanjian kinerja tahun 2025 sesuai dengan indikator pada Renstra RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025-2029. Adapun rincian indikator dan targetnya adalah sebagai berikut:

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar disusun Key Performance Indikator (KPI) sebagai alat ukur untuk mengukur kinerja jangka panjang secara keseluruhan dalam satu periode tertentu. KPI secara khusus digunakan untuk membantu menentukan pencapaian strategis, keuangan dan operasional organisasi. Terdapat 14 KPI pada tahun 2025 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktur Utama RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Selanjutnya indikator tersebut diturunkan menjadi indikator unit sesuai dengan tupoksi unit kerja masing-masing. Kemudian indikator tersebut dituangkan kedalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) sesuai dengan KPI yang telah diperjanjikan. Berikut adalah KPI yang telah diperjanjikan pada Tahun 2024. Perjanjian kinerja merupakan aplikasi dari rencana kerja yang dituangkan kedalam suatu dokumen pernyataan kinerja yang disetujui dan ditandatangani oleh Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan di awal tahun berjalan yang didukung oleh alokasi anggaran tahun 2025 seperti berikut :

**Tabel.2.3**  
**Perjanjian Kinerja Tahun 2025**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
		2025
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	1. Ebitda Margin ( 1% terhadap pendapatan operasional)	1%
Terwujudnya Layanan Terbaik level Asia	2. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	80 (Baik)
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional	3. % Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola diampu sesuai target	50%
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	4. % Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5. % Penerapan System Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6. Skor Maturity Rating	Level 3
Terwujudnya proses bisnis yang efektif & efisien	7. Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8. Healthcare Associated Infection (HAIs) rates	<1.0‰
	9. % Standar klinis yang tercapai	80%
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10. % Pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%
Terwujudnya SDM yang handal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11. Skor Tingkat Kepuasan pegawai	Puas
	12. Training Effectiveness Indeks (TEI)	70 %
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13. Nilai kinerja penganggaran	80.1
	14. Realisasi Anggaran	95%

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut di atas, jumlah Anggaran yang akan digunakan adalah sejumlah Rp. 196,086,457,000,- yang bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp. 52,862,899,000,- dan BLU sebesar Rp135.414.165.000,-. Alokasi anggaran tersebut belum termasuk saldo awal sebesar Rp. 3.777.744.000,-

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. CAPAIAN KINERJA**

Pengukuran kinerja adalah kegiatan manajemen khususnya kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar dalam kurun waktu temester I tahun 2025.

tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2025–2029 mengacu pada Rencana Strategi Bisnis Kementerian Kesehatan 2025-2029. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi dengan target pada setiap indikator kegiatan didalam Rencana Strategis Bisnis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing- masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi melalui analisis pencapaian kinerja tentang penyebab keberhasilan/kegagalan, kendala yang dihadapi, alternatif solusi yang telah dilakukan, efisiensi penggunaan sumber daya untuk setiap indikator, sehingga dapat digunakan dan 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 memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar selama semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan diawal tahun, , serta untuk memberikan gambaran kepada pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan rumah sakit. Pada pelaksanaan pengukuran kinerja dibagi atas dua pembahasan yaitu pengukuran dan analisis pencapaian perjanjian kinerja (Key Performance Indikator) terhadap target yang ditetapkan serta pembahasan mengenai sumber daya yang mendukung pencapaian kinerja.

Sasaran merupakan tujuan yang ingin dicapai oleh RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar dalam jangka waktu tertentu dengan rumusan yang lebih spesifik dan terukur. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau/dievaluasi terhadap indikator-indikator RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar yang telah ditetapkan pada awal tahun berjalan. Selain itu perlu dievaluasi bagaimana capaian program dan kegiatan yang dapat menunjang tercapainya sasaran strategis rumah sakit.. Sasaran strategis yang ingin dicapai RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar adalah dalam kurun waktu tahun 2025- 2029 adalah 1). terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal; 2) terwujudnya layanan terbaik level Asia; 3) terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas; 4) terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan; 5) terwujudnya system IT dan teknologi kesehatan yang andal; 6) terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel; 7) terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien; 8) terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten; 9) terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan; 10) terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK; 11) meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.

Sasaran strategis tersebut dijabarkan dalam 14 (empat belas ) Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicator* (KPI) yang wajib dicapai setiap tahun sesuai dengan target yang telah ditetapkan serta dituangkan dalam bentuk Perjanjian Kinerja yang ditandatangani oleh Direktur Utama dan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Hasil pengukuran dan evaluasi terhadap kinerja semester I tahun 2025 diketahui terdapat 6 indikator kinerja yang realisasinya telah mencapai/melebihi dari target, sedangkan indikator kinerja belum mencapai target ada 6 indikator. Selain itu terdapat 2 indikator kinerja yang belum dilakukan pengukuran yaitu indikator Skor *BLU Maturity Rating* dan Skor tingkat kepuasan pegawai, karena penilaiannya dilakukan pada periodik tahunan. Capaian sasaran strategis terhadap 14 indikator dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

#### **1. Sasaran Strategis Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal**

Mengacu pada pencapaian pengelolaan keuangan yang efektif, efisien,

transparan dan akuntabel. Ini melibatkan perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban anggaran yang berkualitas, serta penggunaan sumber daya keuangan secara optimal untuk mencapai tujuan. Pengelolaan keuangan yang dapat diandalkan, mencakup seluruh siklus anggaran mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga pelaporan dan pertanggungjawaban. Dengan mewujudkan pengelolaan keuangan yang andal, diharapkan dapat tercipta tata kelola yang baik, akuntabel dan mampu memberikan pelayanan publik yang optimal.

RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar dalam menjalankan fungsinya terus memperbaiki mutu pelayanan dengan menjadikan sasaran program/kegiatan dalam rencana strategis bisnis tahun 2025 Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal dengan indikator kinerja **EBITDA MARGIN**.

➤ **Indikator EBITDA MARGIN**

**Definisi Operasional**

EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit.

- Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis).
- Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan *demolish* gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT.
- Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022.
- Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022.

\*) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024

**Cara Perhitungan**

$$(EBITDA \div \text{Pendapatan Operasional Netto}) \times 100\%$$

**Proses Pengukuran**

Langkah-langkah perhitungannya adalah : Hitung EBITDA, hitung Total

pendapatan, hitung margin EBITDA.

$$\begin{aligned} \text{EBITDA Margin} &= (-25,425,124,521 / \text{Rp}63,935,264,628.36) \times 100\% \\ &= -39.76 = \mathbf{-40\%} \end{aligned}$$

### Capaian kinerja

**Tabel 3.1**

**Realisasi Kinerja Indikator  
Pengukuran Persentase Nilai EBITDA Margin  
Semester I tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi
Pengukuran Nilai EBITDA Margin	1%	(-40)%	(-4000)

Capaian Persentase Nilai EBITDA Margin pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan sebesar 1%, realisasi mencapai (-40)%, realisasi tidak mencapai nilai target yang ditetapkan.

### Analisis Keberhasilan / Kegagalan dan hambatan

EBITDA margin secara akumulasi semester I Tahun 2025 dengan capaian yang masih sangat jauh dari yang ditargetkan dikarenakan masih tingginya beban operasional rumah sakit dan penurunan pendapatan.

Kendala : Belum terkendalinya beban pegawai dan beban farmasi. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional RS masih berada di bawah standar yaitu 74% dan Rasio Beban Farmasi berada pada 26% atau masih di bawah standar.

### Langkah Strategis Perbaikan

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Meningkatkan pendapatan Non JKN dan optimalisasi layanan unggulan
- Pengendalian beban pegawai dengan evaluasi pelaksanaan remunerasi dan ABK ( Analisis Beban Kerja).
- Pengendalian beban farmasi dengan optimalisasi stok persediaan
- Pelayanan pasien sesuai dengan CP untuk mencegah *over utility* atau *over treatment*.

### Rencana Tindak Lanjut & Rekomendasi

- Tim kerja PKP untuk lebih mengoptimalkan promosi (marketing)
- Mengembangkan sistem untuk memudahkan dalam perhitungan kebutuhan persediaan
- Pengembangan Layanan Poliklinik Eksekutif baik di RS Induk, maupun di UPF.

## **2. Sasaran Strategis Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia**

Sasaran strategis "terwujudnya layanan terbaik level Asia" mengacu pada tujuan sebuah organisasi, khususnya rumah sakit, untuk mencapai standar pelayanan yang diakui sebagai yang terbaik di tingkat Asia. Ini melibatkan peningkatan kualitas layanan, pengalaman pasien, serta mutu pelayanan klinis secara keseluruhan, dengan tujuan akhir mencapai pengakuan internasional sebagai rumah sakit unggulan di Asia. Terwujudnya layanan terbaik level Asia" berarti mencapai standar layanan pelanggan atau kualitas layanan yang diakui sebagai yang terbaik di tingkat Asia. Ini menunjukkan tujuan untuk memberikan pengalaman pelanggan yang sangat memuaskan dan berada di posisi terdepan dalam hal kualitas layanan dibandingkan dengan penyedia layanan lain di seluruh Asia.

Pencapaian ini biasanya diukur melalui indikator kinerja utama (KPI) seperti Customer Satisfaction Score (CSAT) atau metrik lain yang relevan dengan industri tertentu. Dalam konteks rencana strategis bisnis, ini bisa menjadi sasaran utama yang ingin dicapai dalam beberapa tahun ke depan, dengan target peningkatan bertahap hingga mencapai standar terbaik di Asia, dengan didukung oleh tiga pilar strategis yaitu layanan, pengampunan, dan riset. Pilar-pilar ini kemudian dijabarkan lebih lanjut dengan indikator-indikator kinerja yang spesifik untuk mencapai tujuan tersebut. Dengan mencapai sasaran strategis ini, rumah sakit berharap dapat menjadi rujukan terkemuka di Asia dan memberikan dampak positif bagi kesehatan masyarakat.

Dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan dan mutu pelayanan rumah sakit serta kepuasan pelanggan eksternal maka dilakukan penilaian dengan melakukan survei kepuasan pelanggan yang dilakukan rutin setiap tahun. Pedoman yang dipakai dalam melakukan survei tersebut berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 14 tahun 2017 tentang

Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Tujuan dilakukan survei ini adalah untuk mengetahui kepuasan masyarakat yang sudah mendapatkan pelayanan di rumah sakit, sehingga dapat menilai kinerja pelayanan. Dengan penilaian terhadap kualitas pelayanan tersebut dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbaikan-perbaikan dimasa mendatang.

Dengan mewujudkan pengelolaan keuangan yang andal, diharapkan dapat tercipta tata kelola yang baik, akuntabel dan mampu memberikan pelayanan publik yang optimal.

RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar dalam menjalankan fungsinya terus memperbaiki mutu pelayanan dengan menjadikan sasaran program/kegiatan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025 Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia dengan indikator kinerja *Skor Kepuasan Pelanggan*.

➤ **Indikator Skor Kepuasan Pelanggan**

Yang menjadi sasaran pengukuran kinerja persentase kepuasan pasien mengacu pada Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM) Permenkes No.129/Menkes/SK/II/2008. Didalam Permenkes tersebut unit layanan yang diukur kepuasan pasien adalah UPF BBKPM, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, rehabilitasi medik, farmasi, laboratorium, radiologi, KIA-KB. Survei ini bersifat komprehensif dan hasil analisa survei dipergunakan untuk evaluasi kepuasan masyarakat terhadap layanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Terdapat 9 unsur yang menjadi patokan dalam penyusunan template survei, unsur tersebut terdiri atas persyaratan, sistem, mekanisme dan prosedur, waktu penyelesaian biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi petugas, perilaku petugas, penanganan pengaduan, saran dan masukan, serta sarana dan prasarana. Responden adalah penerima pelayanan publik dalam hal ini pasien/keluarga pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan atau yang pernah menerima pelayanan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

## Defenisi Operasional

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

## Cara Perhitungan

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

## Proses Pengukuran



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



**SURVEI KEPUASAN PELANGGAN**

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

**INSTALASI RAWAT JALAN**

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

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

**B. TINGKAT KEPUASAN**

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

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

**C. MASUKAN UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN**

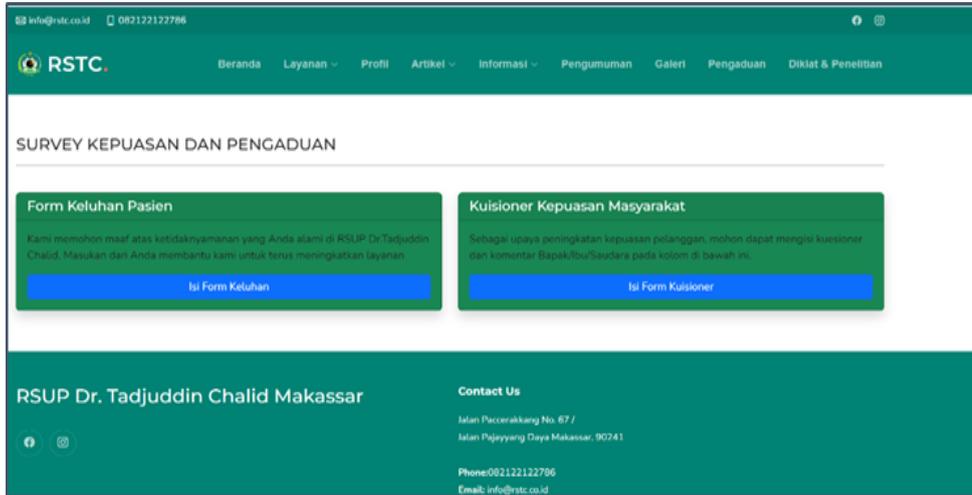
Saran & Komentar Anda:

---



---

Terima kasih atas partisipasi Anda, semoga hasil kuesioner ini dapat menjadi masukan yang berguna dalam peningkatan kualitas dan layanan kami di masa yang akan datang



info@rstc.co.id 082122122786

RSTC Beranda Layanan Profil Artikel Informasi Pengumuman Galeri Pengaduan Diklat & Penelitian

**SURVEY KEPUASAN DAN PENGADUAN**

**Form Keluhan Pasien**

Kami memohon maaf atas ketidaknyamanan yang Anda alami di RSUP Dr.Tadjuddin Chalid. Masukan dari Anda membantu kami untuk terus meningkatkan layanan.

Isi Form Keluhan

**Kuisisioner Kepuasan Masyarakat**

Sebagai upaya peningkatan kepuasan pelanggan, mohon dapat mengisi kuisisioner dan komentar Bapak/Ibu/Saudara pada kolom di bawah ini.

Isi Form Kuisisioner

**RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**

**Contact Us**

Jalan Pacerakkang No. 67 /  
Jalan Pajayyng Daya Makassar, 90241

Phone:082122122786  
Email: info@rstc.co.id

**Salam sehat**

**Terimakasih atas pilihan dan kepercayaan Bapak/Ibu/ Saudara untuk berkunjung ke RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.**

**Sebagai Upaya peningkatan kepuasan pelanggan, mohon dapt mengisi kuisisioner dan komentar pada link dibawah ini**

<https://forms.gle/vPQuSJ4G4spTC3jg6>

**TerimaKasih atas kesediaan anda meluangkan waktu untuk mengisi google form diatas**

17.16



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

RSUP DR. TADJUDDIN CHALID

**Survei Kepuasan Pelanggan**

Terima kasih atas pilihan dan kepercayaan Bapak/Ibu/Saudara(i) untuk berkunjung ke RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.

Sebagai upaya peningkatan kepuasan pelanggan, mohon dapat mengisi kuisisioner dan komentar pada link di bawah ini:

<https://bit.ly/FormKepuasanRSTC>

WE NEED YOUR FEEDBACK

RS. Dr. TadjuddinChalid | rsuptadjuddinchalid | www.rstc.co.id

**Tabel.3.2**  
**Rekapitulasi Hasil Survey Kepuasan Pasien Semester I Tahun 2025**

HASIL SURVEI									
NO	UNSUR KEPUASAN	NILAI RATA-RATA TERTIMBANG PER INSTALASI							
		RAWAT JALAN	RAWAT INAP	FARMA SI	KIA-KB	LABORA TORIUM	RADIO LOGI	REHABILI TASI MEDIK	UPF BBKPM
1	Kejelasan persyaratan administrasi dalam pengurusan jenis pelayanan	0,35	0,36	0,38	0,38	0,39	0,40	0,38	0,38
2	Kejelasan prosedur pelayanan, termasuk pengaduan	0,35	0,36	0,37	0,39	0,40	0,39	0,37	0,37
3	Waktu penyelesaian seluruh proses pelayanan	0,35	0,34	0,36	0,37	0,38	0,36	0,35	0,35
4	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan	0,36	0,35	0,37	0,37	0,36	0,36	0,42	0,42
5	Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan yang ditetapkan	0,35	0,36	0,38	0,38	0,39	0,37	0,41	0,38
6	Kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan	0,37	0,37	0,38	0,38	0,40	0,38	0,41	0,39
7	Kesopanan, keramahan, dan kedisiplinan petugas dalam memberikan pelayanan	0,39	0,39	0,38	0,40	0,42	0,41	0,42	0,38
8	Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut	0,39	0,40	0,42	0,44	0,43	0,42	0,43	0,38
9	Sarana dan prasarana pelayanan	0,36	0,36	0,38	0,37	0,38	0,39	0,41	0,42
IKM UNIT PELAYANAN ( NRR TERTIMBANG PERUNSUR X 25 )		81,92	82,50	85,75	87,25	88,75	87,25	90,25	86,33
TARGET		80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Metode pelaksanaan survei dengan cara sampel diambil dengan metode Purposive Sampling dengan kriteria inklusi untuk Instalasi rawat Inap, KIA/KB, pasien telah dirawat selama 2x24 jam. Untuk rawat jalan, Rehabilitas Medik, laboratorium, Farmasi, UPF BBKPM adalah pasien berulang (minimal kunjungan kedua) dan Radiologi di lingkungan RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang telah dan sedang memperoleh pelayanan di rumah sakit. Pasien berulang (minimal kunjungan kedua) yang bersedia untuk mengisi *google form*.

## Hasil pengukuran

**Tabel 3.3**  
**Realisasi Kinerja Indikator**  
**Skor Kepuasan Pelanggan Semester 1 Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Target Kemenkes
Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	80 (Baik)	86,09 ( Baik )	<b>107,61</b>	<b>80</b>

Capaian Persentase Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT) pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan 80 realisasi mencapai 86,09. Persentase capaian semester I Tahun 2025 terhadap target Kemenkes sebesar **107,61%**. Realisasi melebihi dari nilai target yang ditetapkan.

### **Analisis Keberhasilan / Kegagalan dan hambatan**

Indikator kinerja persentase kepuasan pelanggan pada Semester 1 Tahun 2025 sasaran responden ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit. Target yang ditetapkan sebesar 80 %. Untuk itu target yang ditetapkan tercapai di semester 1 tahun 2025 karena semua unsur-unsur yang menjadi indikator penilaian menunjukkan pencapaian kepuasan sesuai target IKU RS yakni 80%, semua instalasi dan UPF berhasil mencapai persentase diatas 80%.

Hasil survey semester I Tahun 2025 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kualitas kinerja pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar dapat dikategorikan **BAIK** dengan perolehan Indeks Kepuasan Masyarakat sebesar **86,09** berada dalam interval **76,61-88,30**. Nilai IKM dihitung dengan menggunakan “nilai rata-rata tertimbang” masing-masing unsur pelayanan Dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017, terdapat 9 unsur pelayanan dan di kembangkan menjadi 13 unsur yaitu 1) Persyaratan, 2) Sistem, Mekanisme dan Prosedur, 3) Waktu Penyelesaian, 4) Biaya/tarif, 5) Produk Spesifikasi jenis pelayanan 6) Kompetensi pelaksana, 7) Perilaku pelaksana, 8) Penanganan pengaduan, saran dan masukan 8) Sarana dan prasarana.

Setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama berdasarkan saran dan masukan dari pasien/keluarga pasien yang mengisi *goggle form* survei kepuasan dapat disimpulkan ada beberapa dimensi yang dianggap penting oleh pengguna layanan,

beberapa hal sebagai berikut: “kemampuan petugas, sikap petugas, kemudahan persyaratan, kuantitas sarana, kualitas sarana, kemudahan persyaratan.

### Langkah Strategis Perbaikan

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

- a. Melaksanakan percepatan penyelesaian masalah pengaduan dengan melakukan koordinasi dengan unit terkait
- b. Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan
- c. Melaksanakan Koordinasi dengan IRJ dan SIRS/IT dalam rangka pelayanan pendaftaran online, perbaikan sistem RME dan alur pelayanan.
- d. Membuat komitmen untuk tetap menjaga mempertahankan hasilcapaian kinerja yang telah bernilai memuaskan .
- e. Melakukan upaya perbaikan terhadap unsur yang masih bernilaikurang memuaskan pada jenis layanan tertentu.

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

- ✓ Sumber Daya Manusia
  - Pelatihan peningkatan kemampuan petugas (administrasi, dokter, residen, perawat, farmasi, laboratorium, keamanan, teknisi, therapis, kebersihan, customer service, dll) / pelatihan service excelent
  - Tenaga IT dalam pendampingan penggunaan melalui aplikasi seperti *google form, QR Code, website rstc* sehingga ada efisiensi jumlah SDM dalam proses pengumpulan data.
- ✓ Keuangan

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

  - a) Teknologi dan Informasi

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

### Rekomendasi

Melakukan *feedback* kepada seluruh unit pelayanan untuk menindaklanjuti hasil survei kepuasan masyarakat sesuai dengan temuan di lapangan dengan membuat Rencana Tindak Lanjut terkait percepatan proses layanan.

### 3. Sasaran Strategis Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas.

Sasaran strategis "Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas" berarti bahwa target utamanya adalah terselenggaranya program pengampunan nasional yang berfokus pada penyakit-penyakit yang dianggap prioritas, dengan tujuan meningkatkan kualitas dan pemerataan layanan kesehatan untuk penyakit-penyakit tersebut di seluruh negeri.

Penyelenggaraan pengampunan nasional ini mencakup beberapa aspek, seperti: identifikasi penyakit prioritas, penyusunan standar pengampunan, peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan

RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar dalam menjalankan fungsinya terus memperbaiki mutu pelayanan dengan menjadikan sasaran program/kegiatan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025 Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas dengan indikator kinerja Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai target.

➤ ***Indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai target.***

#### Definisi Operasional

Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum. Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak

#### Cara Perhitungan

$$\frac{\text{RS yang berhasil diampu}}{\text{Jumlah Total RS yg seharusnya diampu}} \times 100\%$$

### Proses Pengukuran

Pengukuran indikator kinerja Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai target mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

### Hasil Pengukuran

**Tabel 3.4**

**Capaian Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai target Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola sesuai target	50%	100%	<b>200%</b>	<b>Tercapai</b>

Capaian Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola sesuai target pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan 50% realisasi mencapai 100%. Persentase capaian semester I Tahun 2025 sebesar **200%**. Realisasi melebihi dari nilai target yang ditetapkan.

### Analisis Keberhasilan, Kendala/ hambatan.

Bila melihat hasil capaian Lokus yang diampu sesuai target Semester I Tahun 2025 telah mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa :

- b) Lokasi bisa merujuk pada kerjasama dengan RSUD Regional La Mappapening Bone Prop.Sulawesi Selatan yang dikelola/diampu untuk layanan Pengampuan Kanker dan Tuberkulosis.
- c) Untuk tahun 2025 oleh RSUP.Dr.tadjuddin Chalid makassar menargetkan untuk Lokus pengampuan 1 rumah sakit yang diampu, sehingga realisasi capaian 100% periode semester 1 tahun 2025.
- d) Keberhasilan lokus rumah sakit merujuk pada pencapaian yang telah diraih oleh sebuah rumah sakit dalam berbagai aspek, termasuk pelayanan,

manajemen, dan sumber daya manusia. Hal ini dapat dilihat dari berbagai indikator, seperti peningkatan kualitas pelayanan, efisiensi operasional, peningkatan akreditasi, dan pengembangan sumber daya manusia.

- e) Keberhasilan lokus rumah sakit merupakan hasil dari berbagai upaya yang dilakukan oleh seluruh elemen di rumah sakit, mulai dari manajemen, tenaga kesehatan, hingga pasien. Dengan terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi operasional, pengembangan sumber daya manusia, dan inovasi teknologi, rumah sakit dapat mencapai tujuan utamanya, yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat.

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- 1) Perencanaan pengelolaan lokasi di masa depan
- 2) Efektifitas pengelolaan lokasi
- 3) Pengambilan keputusan dalam memberikan informasi yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan terkait pengelolaan lokasi.

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ Sumber Daya Manusia  
Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan, peningkatan motivasi kepuasan kerja tenaga kesehatan (kepuasan pegawai), peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang berkualitas baik dari segi kuantitas maupun kuyalitas.
  
- ✓ Keuangan  
Untuk memenuhi target indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola sesuai target didukung anggaran sebesar Rp.80.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.0,- atau sebesar 0% (semester 1). Semester 1 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindak lanjut Inpres I tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia. dengan capaian indikator sama yaitu 200%.

- ✓ Teknologi dan Informasi  
Peningkatan teknologi di rumah sakit, khususnya dalam lokus pengampuan seperti penerapan SIMRS, Rekam medik Elektronik (RME) dan pemanfaatan teknologi telemedicine.

#### **Rekomendasi**

1. Pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM
2. Pengelolaan Alat Kesehatan
3. Anggaran yang memadai
4. Kerjasama dengan berbagai pihak

#### **4. Sasaran Strategis Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan**

Sasaran strategis "Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Berkesinambungan" pada sebuah organisasi, khususnya di bidang kesehatan, berarti fokus pada pengembangan pusat yang terus-menerus menyediakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian. Ini mencakup peningkatan kualitas dan kuantitas kegiatan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkelanjutan.

- **Pusat Pendidikan:**

Organisasi berupaya menjadi pusat rujukan dalam penyelenggaraan pendidikan, baik untuk internal (pegawai) maupun eksternal (mahasiswa, profesional kesehatan lain). Ini bisa berupa program pendidikan formal, pelatihan keterampilan, atau seminar.

- **Pusat Pelatihan:**

Organisasi ingin menjadi pusat pelatihan yang efektif dalam meningkatkan kompetensi sumber daya manusia, baik di bidang medis maupun non-medis. Pelatihan yang diberikan harus relevan dengan kebutuhan organisasi dan perkembangan ilmu pengetahuan.

- **Pusat Penelitian:**

Organisasi berkomitmen untuk melakukan penelitian yang berkualitas dan berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidangnya. Penelitian yang dilakukan harus memiliki dampak positif bagi organisasi, masyarakat, dan kemajuan ilmu pengetahuan.

- **Berkesinambungan:**

Sasaran ini menekankan pentingnya keberlanjutan dalam semua kegiatan pendidikan, pelatihan, dan penelitian. Ini berarti kegiatan tersebut harus dilakukan secara teratur, terencana, dan terus-menerus ditingkatkan kualitasnya.

➤ **Indikator Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian**

**Definisi Operasional**

Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total Pendapatan Operasional rumah sakit.

Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan Non JKN.

Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah dan uji klinis.

Pencaapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS yang ditentukan berdasarkan pengelompokkan, merujuk kepada Permenkes No.31 Tahun 2022 dan/ atau perbaruannya.

**Cara Perhitungan**

$$\left( \frac{\text{Total pendapatan dari semua penelitian CRU}}{\text{total Pendapatan Operasional}} \right) \times 100\%$$

**Proses Pengukuran**

Pengukuran indikator kinerja persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian berdasarkan klasifikasi RS Pendidikan Utama dan RS Pendidikan Satelit dengan capaian tahun ke- 1 s/d ke-5 masing-masing 2% dan 1 % setiap tahunnya.

Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian :

$$= \left( \frac{\text{Rp}44.770.000}{\text{Rp}68.147.085.077} \right) \times 100\%$$

$$= 0,07$$

## Hasil Pengukuran

**Tabel 3.5**  
**Capaian Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	1%	0,07%	7%	<b>Tidak Tercapai</b>

Capaian Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan 1% realisasi mencapai 0,07%. Persentase capaian semester I Tahun 2025 sebesar **7%**. Realisasi tidak mencapai dari nilai target yang ditetapkan.

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

Bila melihat hasil capaian persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I Tahun 2025 belum mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa :

- f) Kendala seperti keterbatasan anggaran dimana adanya saldo blokir (minimnya alokasi anggaran) sehingga setiap kegiatan penelitian tidak bisa dilaksanakan, sumber daya manusia, dan regulasi yang kompleks dapat menghambat pencapaian target pendapatan dari penelitian.
- g) Sumber pendapatan rumah sakit dari penelitian dapat berupa dana hibah penelitian, kontrak penelitian, dan pendapatan dari hak paten atau royalti hasil penelitian.
- h) Keberhasilan dalam penelitian dapat dilihat dari peningkatan reputasi rumah sakit, pengembangan inovasi medis, dan peningkatan kualitas pelayanan.
- i) Peningkatan pendapatan dapat terjadi melalui penjualan hak paten, lisensi teknologi, atau pengembangan produk turunan dari penelitian ( Komersialisasi hasil penelitian ).

- j) Penelitian yang sukses dapat meningkatkan reputasi rumah sakit, menarik lebih banyak peneliti dan sumber pendanaan, serta meningkatkan kualitas pelayanan
- k) Penelitian dapat mengarah pada pengembangan teknologi atau prosedur baru yang lebih efisien, yang pada akhirnya dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit.
- l) Kendala yang dihadapi bisa berupa keterbatasan dana, birokrasi, dan persaingan manusia, keterbatasan Sumber Daya Manusia yang berkualifikasi dalam bidang penelitian.

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- a) Peningkatan kegiatan penelitian untuk pengembangan layanan
- b) Memiliki strategi yang baik dalam mengelola penelitian
- c) Mengembangkan kapasitas SDM yang berkualitas
- d) Optimalisasi penggunaan fasilitas penelitian ; termasuk pengelolaan inventaris peralatan penelitian, penjadwalan penggunaan fasilitas.
- e) Peningkatan kolaborasi : untuk memastikan bahwa penelitian yang dilakukan relevan dengan kebutuhan rumah sakit dan dapat diimplementasikan dalam praktik klinis.

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ Sumber Daya Manusia  
Peningkatan kompetensi Sumber Daya Manusia yang berkualitas melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan, sertifikasi, uji kompetensi.
- ✓ Keuangan  
Untuk memenuhi target indikator kinerja Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian didukung anggaran sebesar Rp.50.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.0,- atau sebesar 0% (semester 1). Bila

dibandingkan anggaran tahun 2024 sebesar Rp. Rp. 50.000.000, dengan realisasi sebesar 98%. Untuk semester 1 tahun 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindaklanjut inpres I tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia.

✓ **Teknologi dan Informasi**

Penggunaan Teknologi dan Informasi melalui penerapan sistem informasi SDM yang terintegrasi untuk mengelola data pegawai termasuk riwayat pendidikan, pelatihan dan pengalaman penelitian, memberikan akses ke database ilmiah dan sumber daya online yang relevan dengan penelitian (akses ke database) serta menggunakan platform kolaborasi online untuk memfasilitasi komunikasi dan kerja sama antar peneliti ( platform kolaborasi)

**Rekomendasi**

- 1) Peningkatan kapasitas : Berikan pelatihan dan pengembangan profesional bagi peneliti dan tenaga medis untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam melakukan penelitian yang berkualitas. kompetensi pegawai.
- 2) Pengembangan Jaringan : Jalin kerjasama dengan lembaga penelitian lain, baik di dalam maupun luar negeri, untuk memperluas jaringan penelitian dan berbagi pengetahuan.
- 3) Promosi dan Sosialisasi : Timker Penelitian.
- 4) Penguatan Infrastruktur : IT yang mendukung penelitian, Laboratorium Penelitian.

**5. Sasaran Strategis Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal**

Sasaran strategis "Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal pada sebuah organisasi, khususnya di bidang kesehatan, berarti tujuan jangka panjang untuk menciptakan sistem informasi dan teknologi kesehatan yang handal di rumah sakit. Ini mencakup berbagai aspek, seperti sistem informasi rumah sakit (SIMRS) yang terintegrasi, pemanfaatan teknologi untuk pelayanan pasien, serta pengelolaan data dan informasi yang efektif dan efisien. Dengan terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal, rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih baik seperti :

- Sistem IT yang andal dapat membantu mengotomatiskan berbagai proses di rumah sakit, mulai dari pendaftaran pasien, pengelolaan rekam medis, hingga penjadwalan tindakan medis ( Peningkatan efisiensi)

- Dengan akses informasi yang cepat dan akurat, dokter dan tenaga medis dapat memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien (Peningkatan kualitas layanan)
  - Sistem IT yang terintegrasi dapat membantu rumah sakit mengelola sumber daya dengan lebih efektif dan mengurangi biaya operasional (Peningkatan efektifitas biaya)
  - Sistem IT yang andal harus dilengkapi dengan langkah-langkah keamanan yang kuat untuk melindungi data pasien dari akses yang tidak sah ( Peningkatan keamanan data)
  - Sistem IT dapat membantu rumah sakit dalam pengelolaan data, pelaporan, dan pengambilan keputusan yang lebih baik ( Peningkatan tata kelola)
  - Implementasi dari sasaran strategis ini adalah Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS).
- ***Indikator Persentase Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan***

#### **Definisi Operasional**

Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan *Back Office*.

Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup :

- a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%)
- b. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)
- c. Persentase integrasi sistem *inventory*2 : (W: 20%)
- d. Persentase integrasi *Human Resources Information System* (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS3: (W: 20%)
- e. Persentase integrasi *Finance Information System* dengan SIRS : (W: 20%)

#### **Cara Perhitungan**

$$(( \sum (AxW) + (BxW) + ( CxW) + (DxW) + (**ExW))$$

\* W = weight/bobot

### Proses Pengukuran

Pengukuran indikator kinerja persentase Sistem Informasi Rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan capaian tahun ke- 1 s/d ke – 5 berdasarkan :

- Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam Satu Sehat,
- Sistem *inventory* sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan “*Back Office*” dalam *ERP System* untuk Laporan Inventori
- Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan “*Back Office*” dalam *ERP System* untuk Laporan SDM/HRD
- a) Sistem *finance* terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan “*Back Office*” dalam *ERP System* untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK

### Hasil Pengukuran

**Tabel 3.6**

**Capaian Persentase Sistem informasi Rumah Sakit (HIS)  
Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Persentase Sistem informasi Rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	95%	380%	<b>Tercapai</b>

Capaian Persentase Sistem informasi Rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan pada semester I tahun 2025 ditargetkan 25% realisasi mencapai 95%. Persentase capaian semester I tahun 2025 sebesar **380 %**. Realisasi capaian melebihi dari nilai target yang ditetapkan.

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

Bila melihat hasil capaian persentase Sistem informasi Rumah sakit (HIS) terintegrasi

untuk seluruh layanan semester 1 tahun 2025 telah mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa :

- a). Penerapan SIMRS terintegrasi yang baik akan memberikan manfaat besar bagi rumah sakit, termasuk peningkatan efisiensi, efektivitas, dan kualitas layanan, serta peningkatan kepuasan pasien dan petugas.
- b). Data yang terstruktur dan terintegrasi dalam SIMRS dapat digunakan untuk analisis dan pengambilan keputusan strategis oleh manajemen rumah sakit (Peningkatan pengambilan keputusan).
- c). SIMRS terintegrasi memungkinkan otomatisasi alur kerja, mengurangi duplikasi data, dan mempercepat proses administratif, sehingga meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit (Peningkatan efisiensi)
- d). Akses cepat dan real-time ke data pasien (riwayat medis, hasil lab, dll) memungkinkan dokter memberikan perawatan yang lebih tepat dan personal ( Peningkatan kualitas layanan)
- e). Kemudahan akses informasi, proses pendaftaran yang lebih cepat, dan pelayanan yang lebih efisien dapat meningkatkan kepuasan pasien / peningkatan kepuasan pasien.
- f). Penggunaan SIMRS terintegrasi jangka panjang dapat mengurangi biaya operasional dan administrasi ( pengurangan biaya)
- g). SIMRS terintegrasi memungkinkan berbagai unit di rumah sakit (farmasi, laboratorium, radiologi, dll.) untuk terhubung dan berbagi data secara efisien / Integrasi lintas Unit
- h). Kendala penerapan SIMRS Terintegrasi seperti SDM, biaya, keamanan data, integrasi sistem, perubahan budaya organisasi, keterbatasan akses dan penggunaan

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- a). Lakukan analisis situasi untuk memahami kondisi eksisting dan kebutuhan integrasi IHS
- b). Kembangkan rencana implementasi yang jelas dan terukur
- c). Melakukan pengadaan dan pengembangan system yang sesuai
- d). Mengadakan pelatihan yang komprehensif kepada seluruh pengguna IHS dan

sosialisasikan manfaat integrasi IHS kepada seluruh staf rumah sakit agar mereka termotivasi untuk menggunakan sistem.

- e). Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala
- f) Melakukan perbaikan dan peningkatan berkelanjutan berdasarkan hasil evaluasi
- g) Pastikan seluruh layanan di rumah sakit terintegrasi dengan HIS, termasuk pendaftaran, rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, dan radiologi dan data pasien dan data layanan terkumpul di satu tempat (database terpusat) untuk memudahkan akses dan analisis.

### **Langkah Strategis Perbaikan**

#### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ **Sumber Daya Manusia**  
Peningkatan kompetensi Sumber Daya Manusia yang berkualitas melalui pelatihan kepada pengguna dan sosialisasi manfaat integrasi IHS .
- ✓ **Keuangan**  
Untuk memenuhi target indikator kinerja Persentase Sistem informasi Rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan didukung anggaran sebesar Rp. 131,915,000,- dengan realisasi sebesar Rp.94,865,000,- atau sebesar 71.91% (semester 1). Bila dibandingkan anggaran tahun2024 realisasi sebesar 99.92%. dengan capaian indikator sama yaitu 380%.
- ✓ **Teknologi dan Informasi**  
Integrasi data kesehatan nasional, seperti yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan melalui IHS (*Indonesia Health Services*) atau SATU SEHAT, akan semakin mempercepat terwujudnya transformasi digital dalam pelayanan kesehatan dengan pastikan infrastruktur TI rumah sakit mendukung integrasi IHS, termasuk jaringan, server, dan perangkat keras lainnya.

### **Rekomendasi**

1. Analisis situasi dan evaluasi infrastruktur IT
2. Bentuk Tim dan kolaborasi unit kerja untuk integrasi IHS atau integrasi seluruh layanan

3. Pelatihan dan Sosialisasi.
4. Monitoring dan Evaluasi

#### **6. Sasaran Strategis Terwujudnya Tata kelola yang Bersih dan Akuntabel**

Sasaran strategis "Terwujudnya Tata kelola yang Bersih dan Akuntabel pada rumah sakit, mengacu pada upaya untuk memastikan bahwa rumah sakit dikelola secara transparan, bertanggung jawab, dan efisien. Tujuannya adalah untuk menciptakan sistem tata kelola yang baik, yang melibatkan berbagai aspek seperti: transparansi, akuntabilitas, efisiensi, keterbukaan dan kepatuhan. Dengan mewujudkan tata kelola yang bersih dan akuntabel, diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat, memberikan pelayanan yang lebih baik, dan mencapai tujuan organisasi secara efektif.

Penerapan tata kelola yang baik ini juga sejalan dengan prinsip-prinsip *Good Corporate Governance (GCG)* yang diterapkan dalam berbagai organisasi, termasuk rumah sakit. GCG menekankan pada pentingnya transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, dan independensi dalam pengelolaan organisasi. Upaya mewujudkan tata kelola yang bersih dan akuntabel pada rumah sakit juga dapat dilihat sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Dengan tata kelola yang baik, diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih berkualitas, aman, dan terjangkau bagi masyarakat.

#### ➤ **Indikator Persentase Skor BLU Maturity Rating**

Maturity Rating BLU adalah sebuah sistem penilaian untuk mengukur tingkat kematangan atau kedewasaan Badan Layanan Umum (BLU) dalam mengelola organisasi dan memberikan pelayanan. Penilaian ini dilakukan untuk melihat sejauh mana BLU mampu mencapai tujuan, menyelenggarakan tata kelola yang baik, serta meningkatkan kualitas layanan.

Maturity Rating BLU mencakup: Penilaian Tingkat Kedewasaan, Dua pendekatan, lima tingkat maturitas, tujuan dan manfaat.

Dengan adanya Maturity Rating BLU, diharapkan BLU dapat terus berbenah diri, meningkatkan kinerja, dan memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat.

## Definisi Operasional

RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU *Service and Governance Maturity Rating* (BLUSmart)

### A. Result Based

Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan

- Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif.
- Pada *result based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan

### B. Process Based

Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing- masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.

Pada *process based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan

- Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:  
*Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing*
- Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU

## Cara Perhitungan

$$\text{Total Skor} = \text{Bobot} \times \text{Capaian Maturitas}$$

## Proses Pengukuran

Penilaian indikator kinerja Skor BLU *Maturity Rating* menggunakan pendekatan dua dimensi, yaitu berbasis hasil (*result-based*) dan berbasis proses (*process-based*). Tingkat kematangan BLU dinilai berdasarkan lima level, dari yang terendah hingga tertinggi. Hasil penilaian *maturity rating* digunakan untuk menyusun rekomendasi perbaikan dan peningkatan kinerja BLU, serta untuk memantau perkembangan secara berkelanjutan.

## Hasil Pengukuran

**Tabel 3.7**  
**Capaian Skor BLU Maturity Rating**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Tahunan	-	<b>Tahunan</b>

Capaian Skor BLU Maturity Rating pada semester 1 tahun 2025 ditargetkan di Level 3 realisasi mencapai -. Persentase capaian semester 1 tahun 2025 sebesar -. Realisasi belum bisa diukur karena perhitungan untuk indikator ini dilakukan pada periodik tahunan.

e. Analisis Keberhasilan, Kendala/ hambatan.

Bila melihat hasil capaian Skor BLU maturity rating semester 1 tahun 2025 belum dapat dievaluasi karena dilakukan diperiode tahunan. Untuk periode semester 1 tahun 2025 sudah dilakukan self assessment *maturity rating* tahun 2024 yang masih menunggu proses verifikasi oleh Kanwil Dirjen Perbendaharaan Sulawesi Selatan dan verifikasi hasil akhir oleh PPK BLU.

Hasil Skor *Self Assesment* untuk *Maturity Rating* BLU Tahun 2024 dicapai 4,08

( Managed & Measurable).

Untuk RSUP.Dr Tadjuddin Chalid Makassar target skor *maturity rating* di RSB Tahun 2025-2029 di level 3 (*Defined*)

## 7. Sasaran Strategis Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien

Sasaran strategis "Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien di Rumah Sakit" mengacu pada upaya untuk meningkatkan kinerja operasional rumah sakit secara keseluruhan. Ini melibatkan perbaikan dalam berbagai aspek proses bisnis, mulai dari penerimaan pasien hingga penagihan, dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien dan meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya.

Dengan terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien, mencakup berbagai aspek operasional rumah sakit seperti :

- Proses bisnis yang efektif dan efisien akan menghasilkan pelayanan yang lebih

baik bagi pasien, seperti waktu tunggu yang lebih singkat, diagnosis yang lebih akurat, dan penanganan yang lebih cepat. ( Peningkatan kualitas layanan)

- Dengan proses yang efisien, rumah sakit dapat mengurangi pemborosan, mengoptimalkan penggunaan peralatan medis, dan mengurangi biaya operasional. (Penggunaan sumber daya yang optimal)
- Proses yang terstruktur dan terorganisir dengan baik akan meningkatkan produktivitas staf rumah sakit, memungkinkan mereka untuk menangani lebih banyak pasien dan tugas dengan lebih efektif. ( Peningkatan produktivitas)
- Dengan pelayanan yang lebih baik dan proses yang efisien, kepuasan pasien dan staf rumah sakit juga akan meningkat. ( Peningkatan kepuasan pasien dan staf)

Dengan menerapkan sasaran strategis ini, rumah sakit dapat mencapai efisiensi operasional yang lebih tinggi, meningkatkan kualitas pelayanan, dan pada akhirnya memberikan manfaat yang lebih besar bagi pasien dan masyarakat.

➤ **Indikator Bed Occupancy Rate ( BOR )**

**Definisi Operasional**

*Bed Occupancy Rate* adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu

**Cara Perhitungan**

$$[\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode)}] \times 100\%$$

**Proses Pengukuran**

Pengukuran indikator kinerja persentase *Bed Occupancy Rate* berdasarkan :

- a) Ukuran persentase penggunaan tempat tidur di rumah sakit pada periode waktu tertentu. Ini adalah metrik penting untuk menilai efisiensi operasional dan pemanfaatan fasilitas rumah sakit. BOR yang tinggi menunjukkan pemanfaatan tempat tidur yang efisien, sementara BOR yang rendah bisa mengindikasikan adanya masalah dalam efisiensi atau utilisasi fasilitas.
- b) BOR mengukur seberapa sering tempat tidur di rumah sakit digunakan oleh pasien dalam periode waktu tertentu.

- c) Nilai ideal BOR biasanya berada di antara 60-85% menurut Depkes RI, 2025
- d) BOR adalah indikator penting dalam manajemen rumah sakit yang membantu mengukur efisiensi penggunaan tempat tidur, menilai kinerja, dan merencanakan pengembangan fasilitas. Memahami dan mengelola BOR dengan baik dapat membantu rumah sakit memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien dan meningkatkan efisiensi operasional.
- e) Faktor-faktor yang mempengaruhi BOR adalah : kapasitas tempat tidur, jumlah pasien, efisiensi pelayanan, ketersediaan sumber daya, perencanaan dan strategis.

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.8**  
**Capaian Bed Occupancy Rate ( BOR )**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Bed Occupancy Rate ( BOR )	70%	70%	100%	<b>Tercapai</b>

Capaian Bed Occupancy Rate ( BOR ) pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan 70% realisasi mencapai 70%. Persentase capaian Semester I Tahun 2025 sebesar **100 %**. Realisasi tercapai dari nilai target yang ditetapkan.

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

Bila melihat hasil capaian persentase Sistem informasi Rumah Sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan Semester I Tahun 2025 telah mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa :

- Pemanfaatan tempat tidur yang optimal : BOR yang tinggi (di atas 60-85%) menunjukkan bahwa tempat tidur rumah sakit digunakan secara efektif, mengindikasikan pelayanan yang baik dan efisien.
- Pemanfaatan tempat tidur yang optimal dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit karena lebih banyak pasien yang terlayani. ( Pemanfaatan rumah sakit meningkat )

- BOR yang baik cenderung lebih efisien dalam operasionalnya, karena penggunaan sumber daya seperti tempat tidur, tenaga medis, dan fasilitas lebih terencana dan terukur. (Efisiensi Operasional)
- Meskipun BOR tinggi dapat menjadi indikator kualitas, penting untuk memastikan bahwa peningkatan BOR tidak mengorbankan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien. (Kepuasan pasien)
- Kendala BOR : Kebijakan pemerintah terkait BPJS, persaingan antar rumah sakit, ketergantungan pada pasien BPJS dapat menjadi tantangan jika terjadi masalah dalam proses klaim atau perubahan kebijakan dan lambatnya proses klaim BPJS dapat mengganggu arus kas rumah sakit dan mempengaruhi kemampuan rumah sakit untuk berinvestasi dalam peningkatan pelayanan.

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- Peningkatan kualitas pelayanan khususnya di UPF BBKPM yang masih rendah capaian BORnya.
- Promosi rumah sakit; Lakukan analisis pasar untuk mengidentifikasi target pasar yang tepat dan posisikan rumah sakit dengan tepat /Segmentasi, Targeting, dan Positioning (STP)
- Optimasi manajemen pasien; optimalisasi bed manajemen ( hindari penumpukan pasien di IGD), pengelolaan waktu tunggu, manajemen pasien elektif. strategi pemasaran yang komprehensif, promosi layanan secara teratur dan konsisten
- Evaluasi dan perbaikan berkelanjutan; Lakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap BOR dan indikator kinerja lainnya

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ Sumber Daya Manusia  
Optimalisasi sumber daya termasuk SDMnya seperti staf
- ✓ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator kinerja Bed Occupancy Rate (BOR) didukung anggaran sebesar Rp.358,500,000,- dengan realisasi sebesar Rp.0,- atau sebesar 0% (semester 1). Semester 1 Tahun 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindak lanjut Inpres I Tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia.

✓ **Teknologi dan Informasi**

Integrasi data kesehatan nasional, seperti yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan melalui IHS (Indonesia Health Services) atau SATU SEHAT, akan semakin mempercepat terwujudnya transformasi digital dalam pelayanan kesehatan dengan pastikan infrastruktur TI rumah sakit mendukung integrasi IHS, termasuk jaringan, server, dan perangkat keras lainnya.

**Rekomendasi**

1. Analisis situasi dan evaluasi infrastruktur IT
2. Bentuk Tim dan kolaborasi unit kerja untuk integrasi IHS (Integrasi seluruh layanan)
3. Pelatihan dan Sosialisasi.
4. Monitoring dan Evaluasi

**8. Sasaran Strategis Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten**

Sasaran strategis "Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten" mengacu pada mengacu pada upaya mencapai standar tinggi dalam pelayanan medis yang diberikan kepada pasien secara terus-menerus. Ini mencakup berbagai aspek, mulai dari keselamatan pasien, efisiensi proses, hingga kepuasan pasien. Tujuan akhirnya adalah memberikan pelayanan yang berkualitas, aman, dan efektif bagi setiap pasien.

Dengan terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten seperti :

- Meminimalkan risiko cedera atau kesalahan medis selama perawatan. Ini melibatkan penerapan prosedur standar, penggunaan alat pelindung diri, dan edukasi pasien tentang hak dan kewajibannya. (Keselamatan pasien)
- Mengoptimalkan penggunaan sumber daya (waktu, tenaga, dan peralatan) untuk memberikan pelayanan yang tepat waktu dan efektif. Misalnya, mengurangi waktu tunggu pasien, mempercepat proses administrasi, dan mengelola inventaris obat-obatan dengan baik. (Efisiensi Operasional)

- Memastikan bahwa setiap aspek pelayanan, mulai dari konsultasi dokter, tindakan medis, hingga pemberian obat, sesuai dengan standar medis yang berlaku. Ini juga mencakup aspek komunikasi yang efektif antara tenaga medis dan pasien. ( kualitas pelayanan)
- Mengukur sejauh mana pasien merasa puas dengan pelayanan yang mereka terima. Kepuasan pasien dapat diukur melalui survei atau umpan balik langsung. ( kepuasan staf)
- Mutu layanan klinis bukanlah sesuatu yang statis. Rumah sakit perlu terus melakukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan berdasarkan umpan balik dan indikator mutu yang ada. Pendekatan seperti Plan-Do-Study-Act (PDSA) dapat digunakan untuk melakukan perbaikan proses secara bertahap ( peningkatan berkelanjutan)
- Untuk mencapai sasaran strategis ini, perlu ditetapkan indikator mutu yang terukur. Beberapa contoh indikator mutu: angka kejadian infeksi nosokomial, angka kejadian pasien jatuh, angka kematian ibu dan bayi, lama rawat inap, dan tingkat kepuasan pasien.(indikator mutu)

Dengan menetapkan sasaran strategis ini dan mengimplementasikan strategi yang tepat, rumah sakit dapat memberikan pelayanan klinis yang berkualitas dan konsisten, yang pada akhirnya akan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Untuk mewujudkan mutu layanan klinis yang baik dan konsisten di dalam Rencana Startegis Bisnis RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025 ditetapkan 2(dua) indikator yaitu :

- 1). Healthcare Associated Infection (HAIs) rates
- 2). Persentase standar klinis yang tercapai

**Tabel 3.9**

**Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
1	Healthcare Associated Infection (HAIs) rates	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰	<1.0‰
2	Persentase standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%

### 8.1. Indikator Healthcare Associated Infection (HAIs) rates

#### Definisi Operasional

*Surveillance HAIs* merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:  
CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*)  
VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*)  
CLABSI (*Central Line Associated Blood Stream Infection*) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU  
SSI (*Surgical Site Infection*) – dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau *Total Hip Replacement*), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara

#### Cara Perhitungan

A:  $\Sigma$  insiden CAUTI  
B:  $\Sigma$  insiden VAP  
C:  $\Sigma$  insiden CLABSI  
D:  $\Sigma$  insiden SSI

A: (jumlah kasus CAUTI  $\div$  jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 catheter urinary-days  
B: (jumlah kasus VAP  $\div$  jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 ventilator days  
C: (jumlah kasus CLABSI  $\div$  jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 central-days  
D: (jumlah kasus SSI  $\div$  jumlah tindakan operasi) x 100  
Ket : 1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)

#### Proses Pengukuran

Pengukuran indikator kinerja Healthcare Associated Infection (HAIs) rates yang umum diukur meliputi :

- Infeksi Daerah Operasi (IDO/SSI): Infeksi yang terjadi pada luka bekas operasi.
- Infeksi Aliran Darah Primer Terkait Kateter (CLABSI): Infeksi aliran darah yang disebabkan oleh kateter intravena.
- Infeksi Saluran Kemih Terkait Kateter (CAUTI): Infeksi saluran kemih yang disebabkan oleh penggunaan kateter urin.

- Pneumonia Terkait Ventilator (VAP): Pneumonia yang terjadi pada pasien yang menggunakan ventilator.
- Infeksi Clostridium Difficile: Infeksi yang disebabkan oleh bakteri Clostridium difficile.
- Infeksi Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA): Infeksi yang disebabkan oleh bakteri Staphylococcus aureus yang resisten terhadap methicillin.

Proses pengukuran meliputi : definisi kasus, surveilans, analisis data, pelaporan, tindak lanjut.

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.10**  
**Capaian Healthcare Associated Infection (HAIs) rates**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Healthcare Associated Infection (HAIs) rates	< 1.0%	0 %	100%	Tercapai

Capaian Healthcare Associated Infection (HAIs) rates pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan < 1.0% realisasi mencapai 0 %. Persentase capaian semester I Tahun 2025 sebesar **100 %**. Realisasi tercapai dari nilai target yang ditetapkan.

### Analisis Keberhasilan, Kendala/ hambatan.

Bila melihat hasil capaian Healthcare Associated Infection (HAIs) rates Semester I Tahun 2025 telah mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa

- Indikator keberhasilan utama adalah penurunan angka kejadian berbagai jenis HAIs seperti infeksi aliran darah (IAD), pneumonia akibat ventilator (VAP), infeksi saluran kemih (ISK), dan infeksi luka operasi (ILO) atau penurunan angka kejadian HAIs
- Peningkatan kepatuhan terhadap praktik kebersihan tangan (hand hygiene) merupakan indikator penting, karena tangan merupakan salah satu cara penularan utama HAIs. ( Peningkatan kepatuhan *hand hygiene*)

- Peningkatan penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan, masker, dan gaun pelindung juga merupakan indikator keberhasilan, karena APD membantu mencegah transmisi infeksi / peningkatan penggunaan APD
- Peningkatan pelatihan dan edukasi tentang PPI bagi tenaga kesehatan, terutama perawat, juga merupakan indikator keberhasilan, karena pengetahuan yang baik tentang PPI dapat meningkatkan kepatuhan dan efektivitas program. (Peningkatan pelatihan dan edukasi)
- Sistem surveilans HAIs yang efektif memungkinkan identifikasi dini masalah dan perumusan strategi pencegahan yang tepat. (Peningkatan surveilans HAIs).
- Kendala : Kurangnya kepatuhan petugas terhadap standar PPI, terutama dalam hal kebersihan tangan dan penggunaan APD, menjadi kendala utama, dan beban kerja yang tinggi pada petugas kesehatan, terutama perawat, dapat menyebabkan kelelahan dan penurunan fokus pada pelaksanaan PPI.

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- Melakukan upaya peningkatan kepatuhan petugas terhadap standar PPI melalui edukasi, pelatihan, pengawasan, dan pemberian sanksi yang sesuai (Peningkatan kepatuhan)
- Mengembangkan sistem surveilans HAIs yang komprehensif, mencakup data epidemiologi yang lengkap, serta melakukan analisis data secara rutin untuk identifikasi masalah dan perbaikan. Evaluasi dan perbaikan berkelanjutan (Peningkatan sistem *surveilans*)
- Meningkatkan koordinasi antar unit kerja di rumah sakit untuk memastikan pelaksanaan PPI berjalan efektif.

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ Sumber Daya Manusia  
Menyediakan sumber daya yang memadai untuk mendukung program PPI, termasuk tenaga kesehatan terlatih,

✓ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator kinerja *Healthcare Associated Infection (HAIs) rates* didukung anggaran sebesar Rp1.600.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp34,846,360,- atau sebesar 2% (semester 1). Bila dibandingkan anggaran Tahun 2024 sebesar Rp2.600.500.000, dengan realisasi sebesar 93%. Semester 1 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindak lanjut Inpres I tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia.

✓ Teknologi dan Informasi

Integrasi data yang komprehensif di mana data HAIs tidak hanya terbatas pada jenis infeksi tetapi juga ada informasi tambahan seperti karakteristik pasien, lokasi, waktu kejadian, dan angka kematian menyulitkan analisis tren dan pola penyebaran infeksi.

### Rekomendasi

1. Lakukan audit rutin terhadap pelaksanaan PPI dan angka HAIs
2. Pelatihan dan edukasi yang berkelanjutan
3. Pengembangan kebijakan dan prosedur yang jelas terkait PPI dan penanganan HAIs.
4. Peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana

### 8.2. Indikator persentase standar klinis yang tercapai

#### Definisi Operasional

Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Untuk RS umum, RS memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya.

Untuk RS umum, RS memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya.

Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut: Layanan Stroke, Layanan Kanker, Layanan Jantung, Layanan Urologi, Layanan Kesehatan Ibu dan Anak, Layanan Respirasi, Layanan Diabetes Mellitus, Layanan Gastrohepatologi, Layanan Kesehatan Jiwa, Layanan PINERE, Layanan Mata, Layanan Ortopedi.

### Cara Perhitungan

$\% \text{ standar klinis yang tercapai} = (\text{Jumlah Indikator Tercapai}) / (\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS}) \times 100\%$ .

### Proses Pengukuran

Pengukuran persentase standar klinis diukur melalui beberapa tahapan :

- Identifikasi indikator kinerja utama /indikator standar klinis termasuk kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP) dan indikator perawatan pasien
- Pengumpulan data dari berbagai sumber dengan memberikan link KPI transformasi terhadap PIC yang sudah ditentukan.
- Analisis data untuk menghitung persentase capaian standar klinis yang ditetapkan.
- Evaluasi dan tindak lanjut untuk perbaikan.

Dengan mengikuti proses ini, rumah sakit vertikal dapat memastikan bahwa standar klinis yang ditetapkan tercapai dan kualitas pelayanan pasien terus meningkat.

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.11**  
**Capaian Persentase standar klinis yang tercapai**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Persentase standar klinis yang tercapai	80%	92,89%	<b>116,11%</b>	<b>Tercapai</b>

Capaian Persentase standar klinis yang tercapai pada Semester I Tahun 2025 ditargetkan 80% realisasi mencapai 92,89%. Persentase capaian semester I Tahun 2025 sebesar **116,11 %**. Realisasi tercapai dari nilai target yang ditetapkan.

---

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

Bila melihat hasil capaian persentase standar klinis yang tercapai periode semester I tahun 2025 telah mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa

- Kegiatan monev indikator klinis RS Vertikal semester 1 tahun 2025 telah terlaksana dan laporan hasil monev rutin dilaporkan setiap bulan ke Ditjen Keslan Kementerian kesehatan.
- Penerapan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway membantu standarisasi pelayanan, memastikan kualitas dan keseragaman penanganan pasien ( Standarisasi pelayanan ).
- Peningkatan produktivitas seperti perbaikan sistem remunerasi, produktivitas tenaga kesehatan.
- Kendala : Pengimputan capaian indikator klinis yang masih ada yang terlambat.

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- Tertib menginput data capaian indikator klinis pada link yang disediakan oleh Ditjen Kesehatan Lanjutan
- Meningkatkan koordinasi antar unit kerja di rumah sakit untuk memastikan capaian indikator klinis.
- Penggunaan alat kesehatan Kalibrasi alat kesehatan sesuai standar memastikan akurasi dan keandalan dalam diagnosis dan pengobatan.
- Pengembangan teknologi untuk mendukung pelayanan.

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

✓ Sumber Daya Manusia

Peningkatan produktivitas, pelatihan dan pengembangan karir yang adil dalam meningkatkan produktivitas tenaga kesehatan.

✓ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator kinerja Persentase standar klinis yang tercapai didukung anggaran sebesar Rp3.984.953.000,- dengan realisasi sebesar Rp302.419.005,- atau sebesar 8% (semester 1). Bila dibandingkan anggaran tahun 2024 sebesar Rp2.412.319.415, dengan realisasi sebesar 98%. Semester 1 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindak lanjut Inpres I Tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia.

✓ Teknologi dan Informasi

Penerapan system digital dalam manajemen operasional rumah sakit untuk dapat meningkatkan pelayanan yang efisien dan efektif.

### Rekomendasi

1. Melaksanakan pengimputan capaian indikator klinis tepat waktu
2. Koordinasi rutin dengan Tim Transformasi, evapor dan PIC untuk setiap indikator klinis.
3. Pengembangan teknologi (IT)
4. Peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana

### 9. Sasaran Strategis Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan

Sasaran strategis "Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan" berarti bahwa upaya pemasaran harus diarahkan untuk menciptakan pengalaman pelanggan yang positif dan berkesan, serta mengembangkan solusi yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan. Ini melibatkan pemahaman mendalam tentang pelanggan, personalisasi pengalaman, dan penggunaan teknologi untuk meningkatkan efektivitas pemasaran.

Dengan menerapkan strategi pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan, perusahaan dapat membangun hubungan yang lebih kuat dengan pelanggan, meningkatkan loyalitas, dan mencapai keunggulan kompetitif.

➤ *Indikator Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan rumah sakit*

### Definisi Operasional

Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan).

- Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN.
- Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN.
- Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022

### Cara Perhitungan

$$(\text{Pendapatan non-JKN} \div \text{total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$$

### Proses Pengukuran

Pengukuran indikator kinerja Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan rumah sakit, secara umum, indikator ini mengukur seberapa besar kontribusi pendapatan dari pasien umum (non-JKN) terhadap total pendapatan rumah sakit. Ada beberapa aspek yang termasuk dalam pengukuran indikator kinerja ini seperti : pendapatan Non-JKN, total pendapatan rumah sakit, analisis tren pendapatan dari waktu ke waktu.

Persentase Pendapatan Non JKN terhadap pendapatan rumah sakit :

$$= ( \text{Rp}3.758.350.369 / \text{Rp}79.862.703.843 ) \times 100\%$$

$$= 4,71 = 5 \%$$

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.12**

**Capaian Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Rumah Sakit Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan rumah sakit	.10%	5%	5%	<b>Tidak Tercapai</b>

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa realisasi persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN Semester I Tahun 2025 sebesar 5% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 10%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 5 %.

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

Bila melihat hasil capaian Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan rumah sakit Semester I Tahun 2025 tidak mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa:

- Persepsi tarif di mana tarif Non-JKN dianggap lebih mahal yang membuat pasien enggan untuk memilih layanan Non -JKN.
- Kompetensi dengan rumah sakit lain termasuk rumah sakit swasta untuk menarik pasien Non JKN
- Keterbatasan fasilitas dan sarana untuk pasien Non-JKN.

#### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- a) Meningkatkan kualitas pelayanan untuk menarik pasien umum yang mampu membayar lebih
- b) Mengembangkan layanan unggulan yang tidak dicover oleh JKN untuk menarik pasien dari segmen yang berbeda
- c) Melakukan diversifikasi pendapatan dengan membuka usaha lain yang menunjang operasional rumah sakit seperti minimarket, sewa lahan/gedung, wisma dll.
- d) Melakukan promosi yang efektif untuk menarik pasien umum seperti memanfaatkan medsos, website dan iklan online, pemasaran berbasis konten.
- e) Melakukan efisiensi biaya operasional agar tidak terlalu bergantung pada pendapatan JKN

#### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ **Sumber Daya Manusia**  
Menyediakan sumber daya yang memadai untuk mendukung program tersebut di atas, termasuk tenaga kesehatan yang kompeten, terlatih dan terampil seperti untuk layanan di UPF BKTM dan layanan eksekutif.
- ✓ **Keuangan**  
Untuk memenuhi target indikator kinerja Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan rumah sakit didukung anggaran sebesar Rp.100.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp. 786,000,- atau sebesar 1% (semester 1). Bila dibandingkan anggaran tahun 2024 sebesar Rp266,843,000, dengan realisasi sebesar 98%. Semester 1 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindaklanjut inpres I tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia. dengan capaian indikator sama yaitu 46,9%.
- ✓ **Teknologi dan Informasi**  
Dengan mengadopsi teknologi informasi secara efektif, rumah sakit dapat meningkatkan pendapatan operasional melalui peningkatan jumlah pasien, efisiensi operasional, dan kualitas layanan yang lebih baik, misalnya penerapan (RME) yang terintegrasi, system antrian online, telemedicine.

#### **Rekomendasi**

1. Diversifikasi layanan : pengembangan layanan unggulan, pengembangan layanan tambahan seperti Klinik haji, penyediaan paket layanan.
2. Peningkatan kualitas layanan : fokus pelayanan prima, peningkatan kualitas tenaga dokter dan medis ( pelatihan berkelanjutan), peningkatan fasilitas dan peralatan, penerapan teknologi
3. Optimalisasi pemasaran: oleh seluruh unit terkait seperti Hukmas, PKRS
4. Efisiensi operasional: Optimalisasi penggunaan SDM, pengendalian biaya, evaluasi kinerja, penggunaan teknologi.

### **10. Sasaran Strategis Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK**

Sasaran strategis " Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang berAKHLAK di rumah sakit adalah upaya untuk menciptakan lingkungan kerja yang profesional, berintegritas, dan berorientasi pada pelayanan prima. Ini melibatkan pengembangan kompetensi SDM, serta penerapan nilai-nilai BerAKHLAK (Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif) dalam setiap aspek operasional rumah sakit.

Dengan terwujudnya SDM yang andal seperti :

- Melalui pelatihan, pendidikan, dan pengembangan berkelanjutan, SDM rumah sakit diharapkan memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang sesuai dengan tuntutan pekerjaan dan perkembangan teknologi di bidang kesehatan. ( Peningkatan kompetensi)
- SDM harus bekerja sesuai dengan standar profesi, etika, dan kode etik yang berlaku, serta memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien.. (Profesionalisme)
- SDM harus memiliki kesadaran bahwa mereka bekerja untuk melayani pasien dan masyarakat, sehingga memberikan pelayanan yang cepat, tepat, ramah, dan responsif. . ( Orientasi pelayanan)

Dengan budaya organisasi yang ber-AKHLAK seperti :

- Rumah sakit harus memiliki budaya yang mengutamakan kepuasan pasien dan keluarga, serta memberikan pelayanan yang berkualitas dan mudah diakses. ( Berorientasi pelayanan)
- Setiap individu bertanggung jawab atas tindakan dan kinerjanya, serta menjunjung tinggi transparansi dan integritas dalam setiap proses. (Kompeten)
- Lingkungan kerja yang harmonis dan kolaboratif akan menciptakan suasana yang kondusif untuk bekerja dan memberikan pelayanan yang terbaik.. ( Harmonis)
- SDM harus memiliki loyalitas terhadap rumah sakit dan organisasi, serta berpartisipasi aktif dalam mencapai tujuan bersama.. ( Loyal)
- SDM harus mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan dan teknologi, serta mampu mencari solusi inovatif untuk mengatasi tantangan yang ada.(Adaptif)
- Budaya kolaborasi antar unit kerja dan antar individu akan meningkatkan

efisiensi dan efektivitas dalam memberikan pelayanan. ( Kolaboratif)

Dengan terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang berAKHLAK, rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi operasional, dan kepuasan pasien, serta berkontribusi pada pembangunan kesehatan masyarakat. Untuk mewujudkan SDM yang Andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK di dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025 ditetapkan 2(dua) indikator yaitu :

- 1). Skor tingkat kepuasan pegawai
- 2). Training Effectiveness Indeks

**Tabel 3.13**

**Indikator Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK Semester 1 Tahun 2025**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
1	Skor tingkat kepuasan pegawai	Puas	Puas	Puas	Sangat Puas	Sangat Puas
2	Training Effectiveness Indeks	70%	73.75%	77.5%	81.25%	85%

**10.1. Indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai**

Indikator skor tingkat kepuasan pegawai di rumah sakit dapat diukur melalui survei kepuasan yang dilakukan secara internal, dengan target yang ditetapkan, misalnya 80%. Hasil survei ini akan memberikan gambaran tentang berbagai aspek yang memengaruhi kepuasan pegawai, seperti kepuasan terhadap atasan, rekan kerja, fasilitas, dan lingkungan kerja. Dengan memantau indikator-indikator ini secara berkala melalui survei kepuasan, rumah sakit dapat mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki dan mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan kepuasan pegawai. Kepuasan pegawai yang tinggi pada akhirnya akan berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

### Definisi Operasional

Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.  
Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit.  
Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.  
Unsur Survei Kepuasan Pegawai  
Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:  
Unsur 1: Lingkungan kerja  
Unsur 2: Hubungan dengan atasan  
Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran  
Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier  
Unsur 5: Gaji dan kompensasi  
Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan  
Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit  
Unsur 8: Budaya rumah sakit  
Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.  
Metode Pelaksanaan : Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal

### Cara Perhitungan

Bobot nilai rata-rata tertimbang =  $(1) / (\text{Jumlah Unsur})$   
Nilai Survei Kepuasan =  $(\text{Total dari Nilai Persepsi Per unsur} / \text{Total Unsur yang Terisi}) * \text{Nilai Penimbang}$   
Konversi Nilai Survei Kepuasan =  $\text{Nilai Survei Kepuasan} * 25$   
Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur

### Proses Pengukuran

Pengukuran indikator skor tingkat kepuasan pegawai melibatkan beberapa tahap, dimulai dari survei kepuasan, pengumpulan data, analisis data, hingga interpretasi dan tindak lanjut. Survei biasanya menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan terkait berbagai aspek pekerjaan dan lingkungan kerja. Data yang terkumpul kemudian dianalisis, seringkali menggunakan persentase dan skala penilaian seperti *Skala Likert* yaitu responden memberikan nilai satu sampai empat untuk setiap pertanyaan untuk menentukan tingkat kepuasan secara keseluruhan dan per aspek. Hasil analisis ini kemudian digunakan untuk merumuskan kebijakan dan program peningkatan kepuasan kerja pegawai.

Dengan melakukan proses pengukuran skor tingkat kepuasan pegawai secara sistematis, rumah sakit dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam pengelolaan sumber daya manusianya, serta mengambil langkah-langkah strategis untuk menciptakan lingkungan kerja yang lebih baik dan meningkatkan kinerja pegawai.

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.14**  
**Capaian Skor Tingkat Kepuasan Pegawai**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Skor Tingkat kepuasan Pegawai	.Puas	-	-	<b>Tahunan</b>

Bila melihat hasil capaian Skor tingkat kepuasan pegawai semester I tahun 2025 belum ada karena survei tingkat kepuasan pegawai dilaksanakan setiap tahun. Jadi untuk periode semester I tahun 2025 belum dilakukan evaluasi capaian. Hal ini dilakukan untuk mengukur sejauh mana pegawai merasa puas dengan berbagai aspek pekerjaan mereka, seperti lingkungan kerja, gaji, hubungan antar rekan kerja, dan kesempatan promosi sehingga memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif.

Beberapa alasan mengapa survei kepuasan pegawai penting dilakukan secara berkala: mengidentifikasi masalah, meningkatkan kinerja, meningkatkan tingkat *turnover*, meningkatkan reputasi rumah sakit.

Hasil survei ini kemudian digunakan sebagai dasar untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kualitas kerja pegawai. Dengan mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpuasan, rumah sakit dapat mengambil langkah-langkah strategis untuk meningkatkan kepuasan kerja, yang pada akhirnya akan berdampak positif pada kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Dengan demikian, survei kepuasan pegawai adalah alat yang penting untuk manajemen sumber daya manusia di rumah sakit dan membantu menciptakan lingkungan kerja yang lebih baik dan produktif.

## 10.2. Indikator *Training Effectiveness Indeks (TEI)*

Indikator efektivitas pelatihan di rumah sakit atau biasa dikenal dengan istilah *Training Effectiveness Indeks* mencakup berbagai aspek, mulai dari kepuasan peserta pelatihan hingga peningkatan kinerja dan perubahan perilaku setelah pelatihan. Beberapa indikator utama yang digunakan adalah: tingkat kepuasan peserta, peningkatan pengetahuan dan keterampilan, perubahan perilaku, dan peningkatan kinerja individu dan tim. Selain itu, indikator lain seperti tingkat retensi peserta pelatihan, penurunan keluhan pasien, dan peningkatan efisiensi operasional juga dapat menjadi indikator efektivitas pelatihan.

### Definisi Operasional

#### *Training Effectiveness Index (TEI)*

- Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL)
- Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit
- Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan

### Cara Perhitungan

TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit.

### Proses Pengukuran

Pengukuran "Training Effectiveness Index" (Indeks Efektivitas Pelatihan) di rumah sakit melibatkan beberapa tahap untuk memastikan pelatihan yang diberikan efektif dalam meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien. Proses ini mencakup analisis kebutuhan pelatihan, perencanaan dan pelaksanaan pelatihan, serta evaluasi hasil pelatihan.

Cara mengukur capaian TEI melalui : kuisisioner, observasi langsung, analisis data dan survei kepuasan pasien. Dengan melakukan pengukuran efektivitas pelatihan secara sistematis, rumah sakit dapat memastikan bahwa pelatihan yang diberikan memberikan nilai tambah yang signifikan bagi peningkatan kinerja dan keselamatan pasien.

## Hasil pengukuran

**Tabel 3.15**  
**Capaian Training Effectiveness Indeks**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Training Effectiveness Indeks	70%	0,98%	1,4%	<b>Tidak Tercapai</b>

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa realisasi *Training Effectiveness Indeks* semester 1 tahun 2025 sebesar 0,98%, belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 70%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar **1,4%**.

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

Bila melihat hasil capaian Training Effectiveness Indeks yang tercapai periode semester I tahun 2025 tidak mencapai target sesuai standar, maka dapat disimpulkan bahwa :

- a) Minat dan motivasi karyawan yang masih rendah / belum maksimalnya tenaga kesehatan / pegawai dalam melaksanakan dan mencapai pembelajaran/pelatihan 40 JPL/thn )
- b) Perlunya peningkatan kualitas nakes dan named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi.
- c) Kendala : Keterbatasan Anggaran (Anggaran yang terbatas dapat menghambat penyediaan fasilitas, materi pelatihan, dan waktu pelatihan yang memadai).

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- Melakukan analisis kebutuhan pelatihan dengan melakukan identifikasi kebutuhan pelatihan yang spesifik untuk setiap unit kerja dan jabatan.
- Memilih metode pelatihan yang tepat dengan menggunakan metode pelatihan yang interaktif dan sesuai dengan materi pelatihan.

- Melibatkan manajemen puncak dengan memberikan dukungan penuh untuk program pelatihan / melibatkan pemangku kepentingan
- Memanfaatkan teknologi seperti gunakan sistem LMS, Platform Adopsi Digital (DAP), manfaatkan medsos dan forum online
- Melakukan evaluasi pasca pelatihan untuk mengukur efektivitas pelatihan dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ **Sumber Daya Manusia**  
Pengembangan sumber daya manusia terutama terkait sikap dan perilaku, tingkat retensi pengetahuan dan tingkat partisipasi dari pegawai.
- ✓ **Keuangan**  
Untuk memenuhi target indikator kinerja *Training Effectiveness Indeks* didukung anggaran sebesar Rp1.600.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp34,846,360,- atau sebesar 2% (semester 1). Bila dibandingkan anggaran tahun 2024 sebesar Rp2.600.500.000, dengan realisasi sebesar 93%. Semester 1 Tahun 2025 realisasi rendah disebabkan adanya tindak lanjut Inpres I tahun 2025 pemblokiran pagu anggaran termasuk kegiatan sumber daya manusia.
- ✓ **Teknologi dan Informasi**  
Infrastruktur teknologi terkait tersedianya jaringan dan perangkat yang memadai guna mendukung pelaksanaan pelatihan berbasis teknologi seperti LMS. DAP, Media Sosial dan Forum Online.

### **Rekomendasi**

1. Koordinasi antar unit/timker Diklat dan IT
2. Tindak lanjut dan perbaikan berkelanjutan
3. Pengembangan teknologi (IT) dan Diklat.
4. SOP metode dan alur pelatihan

## **11. Sasaran Strategis Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya.**

Sasaran strategis " Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya di rumah sakit adalah upaya untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas dukungan terhadap manajemen rumah sakit serta pelaksanaan tugas-tugas teknis di rumah sakit tersebut. Ini mencakup berbagai upaya untuk memastikan bahwa manajemen rumah sakit berjalan lancar dan tugas-tugas teknis, yang mungkin melibatkan berbagai departemen dan staf medis, dapat dilaksanakan dengan baik.

Sasaran ini mencakup peningkatan efisiensi dan efektivitas dukungan yang diberikan kepada manajemen rumah sakit. Ini bisa berupa peningkatan sistem informasi manajemen, proses pengambilan keputusan yang lebih baik, atau peningkatan koordinasi antar bagian di rumah sakit dalam hal ini adanya dukungan manajemen rumah sakit dan fokus pada peningkatan kualitas dan kelancaran pelaksanaan tugas-tugas teknis di rumah sakit. Ini bisa mencakup peningkatan kualitas layanan medis, peningkatan efisiensi dalam penanganan pasien, atau peningkatan kualitas peralatan medis. Sasaran ini berlaku spesifik untuk lingkungan rumah sakit, yang memiliki tantangan dan kebutuhan unik dalam hal manajemen dan pelaksanaan tugas teknis.

Dengan meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya rumah sakit dapat menciptakan lingkungan kerja yang lebih baik di rumah sakit, yang pada akhirnya akan menghasilkan layanan kesehatan yang lebih baik bagi pasien. Untuk meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya yang merupakan indikator direktif (tambahan) di dalam perjanjian kinerja RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2025 ditetapkan 2(dua) indikator yaitu :

- 1). Nilai Kinerja Penganggaran (NKA)
- 2). Realisasi Anggaran

**Tabel 3.16**

**Sasaran Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknik Lainnya Semester 1 Tahun 2025**

No	Indikator Kinerja	TAHUN 2025	
		TARGET	KETERANGAN
1	Nilai Kinerja Penganggaran (NKA)	80.1	Indikator Direktif
2	Realisasi Anggaran	95	Indikator Direktif

**11.1. Indikator Nilai Kinerja Penganggaran**

**Definisi Operasional**

Besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari:

1. Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi Anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK, Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan
2. Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget di dalam Renja K/L dan Renstra K/L secara tahunan
3. Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui

**Cara Perhitungan**

Nilai agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian keluaran dan kesesuaian RPKRPD), aspek manfaat dan aspek konteks menggunakan aplikasi SMART Kemenkeu

**Proses Pengukuran**

Proses pengukuran nilai kinerja penganggaran rumah sakit (RS) dengan aplikasi monev DJA (Direktorat Jenderal Anggaran) melibatkan beberapa langkah, termasuk penggunaan indikator-indikator kinerja dan aplikasi SMART (Sistem

Monitoring dan Evaluasi Kinerja Terpadu). Aplikasi ini membantu memantau dan mengevaluasi pelaksanaan anggaran, termasuk penyerapan anggaran, konsistensi, pencapaian keluaran, dan efisiensi. Aplikasi SMART membantu satuan kerja dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran, serta mengintegrasikan data IKPA ( Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran) dan EKA ( Evaluasi kinerja Anggaran). Integrasi data IKPA dan EKA dalam aplikasi OMSPAN dan SMART bertujuan untuk meningkatkan kualitas penganggaran berbasis kinerja.

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.17**  
**Capaian Nilai Kinerja Penganggaran (NKA)**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Nilai Kinerja Penganggaran (NKA)	80.1	56,99	<b>71,15%</b>	<b>Akumulasi</b>

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Semester I Tahun 2025 sebesar 56,99%, masih dibawah nilai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 80.1%. Indikator Nilai kinerja penganggaran (NKA) ini merupakan nilai akumulasi selama 1 tahun. sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 71,15% s/d periode di semester 1 tahun 2025.

### Analisis Keberhasilan/Kendala & hambatan

Bila melihat hasil capaian Nilai Kinerja penganggaran (NKA) periode semester I Tahun 2025 masih belum bisa dikatakan belum mencapai target sesuai standar karena merupakan nilai akumulasi selama satu tahun. Nanti diperiode akhir Tahun 2025 ( Bulan Desember) baru bisa diukur.

- Nilai Kinerja Anggaran (NKA) di rumah sakit, sebagai indikator keberhasilan pelaksanaan anggaran, memiliki potensi besar untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas operasional. Namun, implementasinya seringkali terkendala oleh berbagai faktor.

- Keberhasilan NKA dapat dilihat dari peningkatan kualitas pelayanan, optimalisasi penggunaan sumber daya, dan pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan.
- Kendala yang dihadapi meliputi system informasi yang belum terintegrasi sepenuhnya, Perubahan kebijakan yang sering terjadi dapat menghambat konsistensi dalam penerapan NKA, serta kurangnya pemahaman tentang pentingnya NKA.
- NKA merupakan alat yang sangat berguna untuk meningkatkan kinerja rumah sakit. Namun, keberhasilan implementasinya sangat bergantung pada kesiapan rumah sakit dalam mengatasi kendala-kendala yang mungkin timbul. Dengan mengatasi kendala tersebut, rumah sakit dapat meraih manfaat optimal dari penggunaan NKA dalam pengelolaan anggaran dan pelayanan kepada pasien.

**Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :**

- a) Melakukan monitoring dan evaluasi (*monev*) anggaran dalam penyerapan anggaran dan efisiensi penggunaan dana..
- b) Mengkaji apakah kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai.
- c) Mengidentifikasi masalah yang timbul agar dapat langsung diatasi
- d) Meningkatkan target pencapaian program kinerja dan indikator kinerja rumah sakit seperti BOR, AVLOS dan lainnya.
- e) Penerapan penganggaran berbasis kinerja membutuhkan komitmen dari seluruh pihak, baik pimpinan maupun staf,
- f) Memanfaatkan teknologi system informasi yang memadai.

**Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ Sumber Daya Manusia  
SDM (Sumber Daya Manusia) memegang peranan penting dalam pengelolaan dan kinerja anggaran di rumah sakit. Pengelolaan SDM yang efektif dapat berkontribusi pada efisiensi penggunaan anggaran,

peningkatan produktivitas, dan pencapaian tujuan yang terencana, terorganisir, dan terpantau secara berkala.

✓ **Keuangan**

Untuk memenuhi target indikator kinerja Nilai Kinerja penganggaran (NKA) didukung anggaran sebesar Rp. 191,389,000,- dengan realisasi sebesar Rp.0,- atau sebesar 0%. Bila dibandingkan anggaran Tahun 2024 realisasi sebesar 98%. maka ada efisiensi anggaran, dengan capaian indikator sama yaitu **71,15%**.

✓ **Teknologi dan Informasi**

Teknologi dapat secara signifikan meningkatkan nilai kinerja anggaran di rumah sakit. Penggunaan sistem informasi rumah sakit (SIRS), rekam medis elektronik (EMR), dan telemedicine, serta pengelolaan SDM yang terintegrasi, dapat meningkatkan efisiensi operasional, kualitas pelayanan, dan pengelolaan sumber daya rumah sakit.

### **Rekomendasi**

1. Koordinasi antar semua unit yang terkait.
2. Tindak lanjut dan perbaikan berkelanjutan
3. Pengembangan teknologi (IT) yang terintegrasi

## **11.2. Indikator Realisasi Anggaran**

### **Definisi Operasional**

Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan. Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Satuan Kerja yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Satuan Kerja

### **Cara Perhitungan**

Jumlah realisasi anggaran dibagi total pagu belanja pada Satuan Kerja berdasarkan data dari aplikasi OMSPAN dikali 100%.

### Proses Pengukuran

Pengukuran realisasi anggaran di rumah sakit mencakup analisis pendapatan, belanja, dan pembiayaan, serta perbandingan antara target dan pencapaian dalam berbagai aspek operasional rumah sakit. Cara mengukur dengan menghitung, belanja, pembiayaan dan pendapatan.

Dengan melakukan pengukuran realisasi anggaran secara rutin, rumah sakit dapat mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki dan memastikan bahwa sumber daya yang ada digunakan secara optimal untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik

Realisasi anggaran :

$$= (\text{Rp}93,792,955,876 / \text{Rp}196,086,457,000) \times 100\%$$

$$= 47,83\%$$

### Hasil pengukuran

**Tabel 3.18**  
**Capaian Realisasi Anggaran**  
**Semester I Tahun 2025**

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Semester I 2025	% Realisasi	Ket
Realisasi Anggaran	95%	47,83%	<b>50,35%</b>	<b>Akumulasi</b>

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa realisasi anggaran semester I Tahun 2025 sebesar 47,83%, belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 95%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 50,35%. Ini merupakan capaian akumulasi dari pengukuran kinerja selama satu semester dan akan dihitung sampai periode tahunan.

### Analisis Keberhasilan, Kendala/ hambatan.

Bila melihat hasil capaian Realisasi Anggaran periode semester I Tahun 2025 masih di bawah target, maka dapat disimpulkan bahwa :

- a) Rumah sakit seringkali menghadapi keterbatasan anggaran, baik karena pemotongan anggaran dari pihak terkait maupun karena target pendapatan yang tidak tercapai ( Keterbatasan anggaran)

- b) Perubahan kebijakan terkait anggaran rumah sakit dapat mempengaruhi rencana anggaran yang telah disusun sebelumnya ( Perubahan kebijakan)
- c) Proses birokrasi yang rumit, regulasi yang berubah-ubah, serta birokrasi yang lambat dapat menghambat proses realisasi anggaran

### **Langkah Strategis Perbaikan**

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- Perencanaan yang matang seperti penyusunan prioritas, penyesuaian dengan target baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- Pelaksanaan yang efektif perlu ditingkatkan seperti distribusi anggaran yang tepat, pengadaan barang dan jasa, penggunaan anggaran yang efisien.
- Pemantauan yang ketat seperti monitoring realisasi anggaran, identifikasi penyimpangan, tindakan koreksi
- Peningkatan tata kelola RS : transparansi dan akuntabilitas, penerapan *good governance*, peningkatan kualitas layanan.
- Melaksanakan evaluasi dan pelaporan seperti evaluasi kinerja keuangan, pelaporan keuangan yang transparan.

### **Efisiensi Sumber Daya**

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

- ✓ **Sumber Daya Manusia**  
SDM (Sumber Daya Manusia) yang efektif sangat penting untuk merealisasikan anggaran di rumah sakit. SDM yang tepat memastikan bahwa anggaran yang dialokasikan digunakan sesuai rencana dan mencapai tujuan yang diinginkan, termasuk peningkatan pelayanan dan efisiensi operasional.
- ✓ **Keuangan**  
Untuk memenuhi target indikator kinerja Realisasi Anggaran didukung anggaran sebesar Rp 40,354,039,000,- dengan realisasi sebesar Rp. 20,736,903,918,- atau sebesar 51%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2024 realisasi sebesar 99%, dengan capaian indikator sama yaitu 51,41%.

✓ **Teknologi dan Informasi**

Sistem Informasi Teknologi (IT) memegang peran penting dalam realisasi anggaran di rumah sakit. IT membantu dalam pengelolaan data, pelaporan, dan analisis anggaran, yang pada akhirnya meningkatkan efisiensi dan transparansi penggunaan anggaran. Sistem ini juga memfasilitasi pengambilan keputusan yang lebih baik terkait pengelolaan keuangan rumah sakit. Dengan memanfaatkan teknologi IT, rumah sakit dapat mengelola anggaran dengan lebih efektif, efisien, dan transparan. Hal ini akan berdampak pada peningkatan kinerja keuangan rumah sakit dan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

**Rekomendasi**

1. Peningkatan pendapatan
2. Pengendalian dan pemantauan realisasi anggaran
3. Peningkatan efisiensi
4. Perencanaan anggaran yang lebih matang

**A. SUMBER DAYA**

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

**1. Sumber Daya Manusia**

Sumber Daya Manusia merupakan sumber daya yang memerlukan perhatian khusus karena saat ini setiap pegawai dinilai dengan sasaran kinerja pegawai (SKP), di mana setiap pegawai harus memiliki kemampuan kerja sesuai dengan tupoksinya masing-masing melalui pendidikan ataupun pelatihan yang secara rutin harus diikuti oleh setiap pegawai.

SDM di rumah sakit, atau Sumber Daya Manusia, merujuk pada semua karyawan yang bekerja di rumah sakit, mulai dari dokter, perawat, staf administrasi, hingga tenaga pendukung lainnya. Manajemen SDM yang efektif sangat krusial untuk keberlangsungan dan kualitas pelayanan rumah sakit, karena SDM adalah aset terpenting dalam penyediaan layanan kesehatan.

Hal tersebut juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi operasional, kesejahteraan pegawai, dan keunggulan kompetitif di RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar

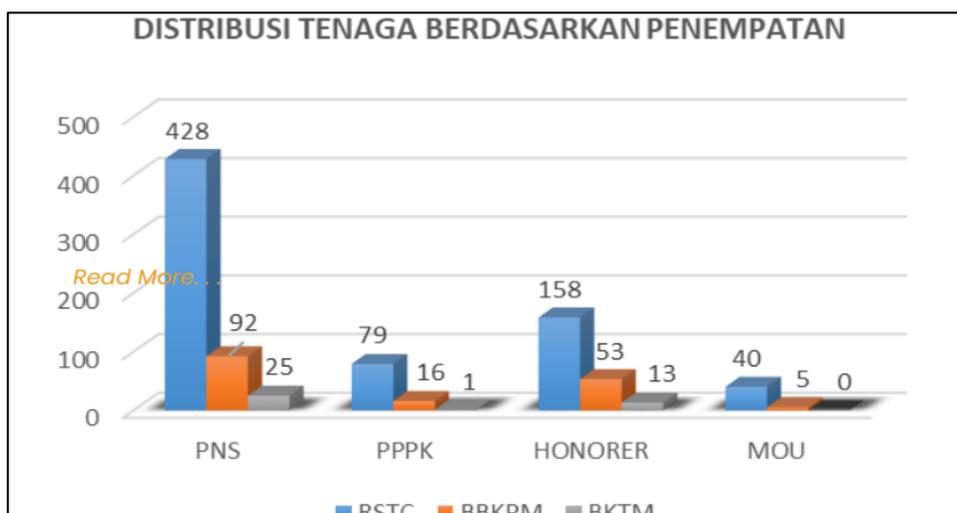
Tabel 3.19

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tempat Kerja  
Semester I Tahun 2025**

NO	PROFESI	RSTC	BBKPM	BKTM	JUMLAH
1	Dokter Umum	34	10	5	49
2	Dokter Spesialis	69	10	0	79
3	Dokter Gigi	6	0	0	6
4	Dokter Gigi Spesialis	2	0	0	2
5	Perawat	221	59	5	285
6	Bidan	27	0	0	27
7	Farmasi	26	8	4	38
8	Gizi	26	4	4	34
9	Kesehatan Lingkungan	18	1	0	19
10	Keterampilan Fisik	20	3	10	33
11	Teknisi Medis	30	3	0	33
12	Teknik Biomedika	43	19	1	63
13	Kesehatan Masyarakat	42	11	1	54
14	Psikolog Klinis	1	0	0	1
15	Tenaga Pendukung Lain	140	38	9	187
<b>TOTAL</b>		<b>705</b>	<b>166</b>	<b>39</b>	<b>910</b>

Grafik 3.1

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tempat Kerja  
Semester I Tahun 2025**



Berdasarkan tabel dan grafik di atas dapat dijelaskan bahwa distribusi SDM pada semester 1 tahun 2025 ada peningkatan jumlah pegawai baik bersumber dari pengadaan CPNS maupun dengan perekrutan tenaga BLU dan juga adanya integrasi/penggabungan dari BBKPM dan BKTM. Jumlah Sumber Daya Manusia di RSUP Dr.Tajuddin Chalid Makassar per 30 Juni 2025 adalah sebanyak 910 orang yang terdiri dari 705 orang di RSTC (77,5%), 166 orang di UPF BBKPM (18,24%) dan 39 orang di UPF BKTM (5,49%),

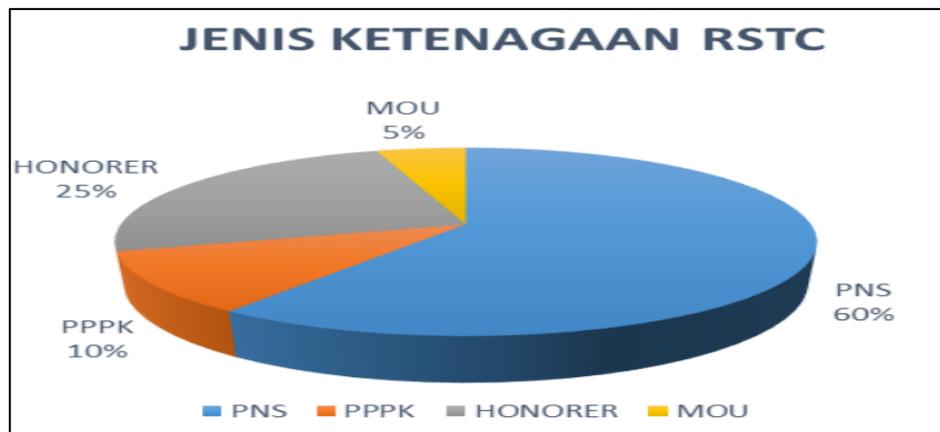
**Tabel 3.20**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Tenaga Semester I Tahun 2025**

JENIS TENAGA	JUMLAH	%
PNS	545	60%
PPPK	96	11%
HONORER	224	25%
MOU	45	5%
<b>TOTAL</b>	<b>910</b>	<b>100%</b>

**Grafik 3.2**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Ketenagaan Semester I Tahun 2025**



Berdasarkan tabel dan grafik di atas dapat dijelaskan bahwa distribusi SDM semester I tahun 2025 berdasarkan jenis ketenagaan adalah sebanyak 910 orang yang terdiri dari 545 orang PNS (60%), 96 orang PPPK (11%), 224 orang Honorer (25%) dan 45 orang MOU (5%).

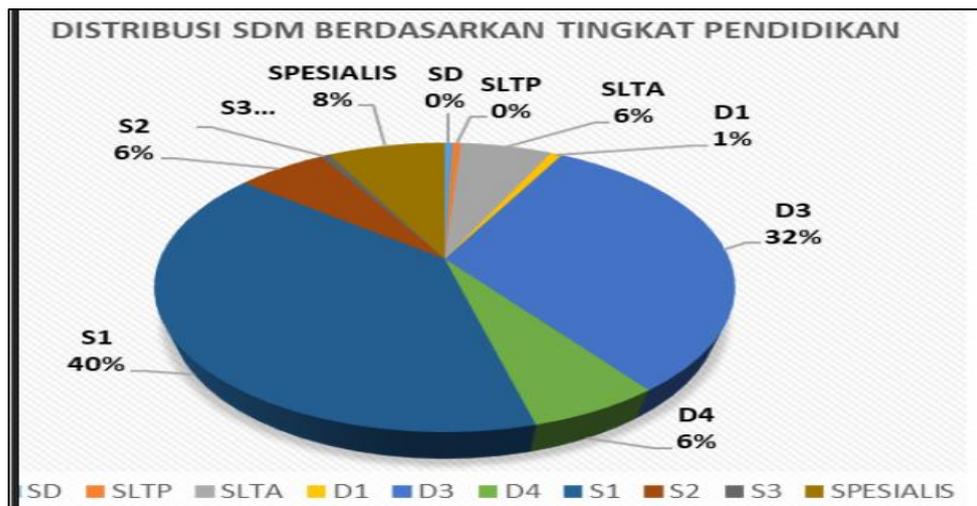
**Tabel 3.21**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tingkat Pendidikan Semester I Tahun 2025**

TINGKAT PENDIDIKAN	STATUS KEPEGAWAIAN				TOTAL	%
	PNS	PPPK	HONORER	MOU		
SD	0	0	5	0	5	1%
SLTP	1	0	4	0	5	1%
SLTA	7	0	49	0	56	6%
D1	4	0	3	0	7	1%
D3	158	64	66	0	288	32%
D4	42	2	12	0	56	6%
S1	235	30	83	13	361	40%
S2	53	0	2	0	55	6%
S3	5	0	0	0	5	1%
SPESIALIS	40	0	0	32	72	8%
<b>TOTAL</b>	<b>545</b>	<b>96</b>	<b>224</b>	<b>45</b>	<b>910</b>	<b>100%</b>

**Grafik 3.3**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tingkat Pendidikan Semester I Tahun 2025**



Berdasarkan tabel dan grafik di atas dapat dijelaskan bahwa distribusi SDM Semester I Tahun 2025 berdasarkan tingkat pendidikan yang terdiri dari 5 orang SD, (1%), 5 orang SLTP (1%), 56 orang SLTA(6%), 7 orang DI(1%), 288 orang D III (32%), 56 orang D IV(6%),7361orang S1(40%), 55 orang S2 (6%), 5 orang S3 (1%), 72 orang Spesialis (8%).

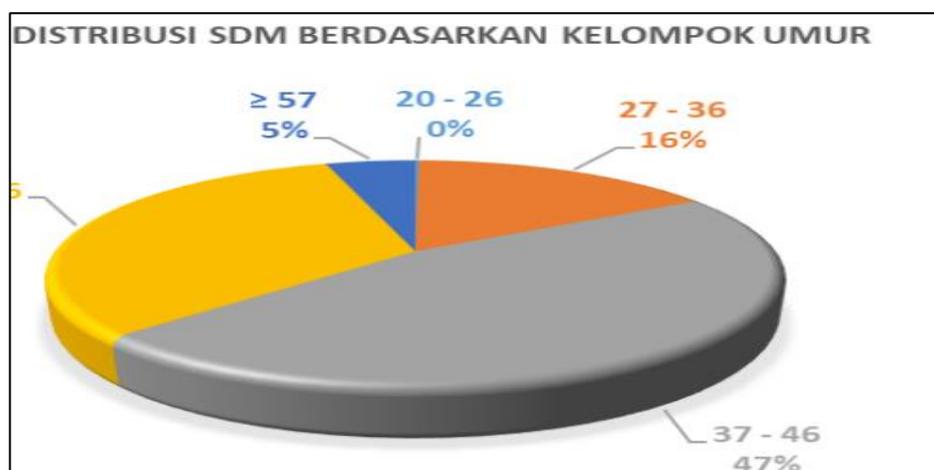
**Tabel 3.22**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Kelompok Umur Semester I Tahun 2025**

No	Kelompok Umur	Status Kepeg				Σ
		PNS	PPPK	HONORER	MOU	
1	20 - 26	1	1	39	1	42
2	27 - 36	89	55	112	27	283
3	37 - 46	253	37	52	10	352
4	47 - 56	176	3	16	5	200
5	≥ 57	26	0	5	2	33
<b>TOTAL</b>		<b>545</b>	<b>96</b>	<b>224</b>	<b>45</b>	<b>910</b>

**Grafik 3.4**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Kelompok Umur Semester I Tahun 2025**



Berdasarkan tabel dan grafik di atas dapat dijelaskan bahwa distribusi SDM Semester I Tahun 2025 berdasarkan kelompok umur yang terdiri dari kelompok umur 20-26 tahun ada 42 orang (5%), 27-36 tahun ada 283 orang (31%), 37- 46 tahun ada 352 orang (39%), 47-56 tahun ada 200 orang (22%), dan  $\geq 57$  tahun ada 33 orang (4%) dari total 910 pegawai.

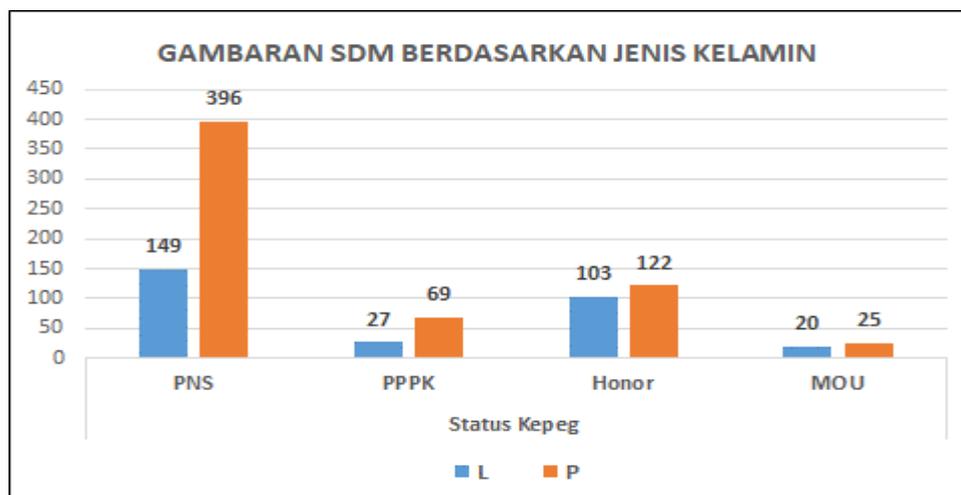
**Tabel 3.23**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Kelamin Semester I Tahun 2025**

NO	JK	Status Kepeg				TOTAL
		PNS	PPPK	Honor	MOU	
1	L	152	27	101	19	321
2	P	393	69	123	26	589
<b>TOTAL</b>		<b>545</b>	<b>96</b>	<b>224</b>	<b>45</b>	<b>910</b>

**Grafik 3.5**

**Komposisi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenis Kelamin Semester I Tahun 2025**



Berdasarkan tabel dan grafik diatas dapat dijelaskan bahwa distribusi SDM semester 1 tahun 2025 berdasarkan jenis kelamin yang terdiri dari laki-laki 321 orang ( 35%) dan perempuan 589 orang (65%)

## 2. Sarana dan Prasarana.

### a. Tanah

Nilai aset tetap berupa tanah BLU yang dimiliki RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar per 30 Juni 2025 dan 31 Desember 2024 adalah masing-masing sebesar Rp458.082.792.000,- dan Rp458.082.792.000,-

No	Luas	Lokasi	Ket	Nilai Tanah
1	102.092 m	Jln Paccerakkang No.67 / Pajjaiyang Daya.	Tanah berupa lahan bangunan dari RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar	275,574,894,000
2	7.797 m	Jln A. Pettarani No.43 Makassar Sulawesi Selatan	Tanah berupa lahan bangunan dari UPF BBKPM Makassar	182,507,898,000
3	223.423 m	Desa Kampili Kecamatan Pallangga Kab. Gowa Sulawesi Selatan	Tanah berupa lahan dari UPF BBKPM Makassar yang dipersewakan pada perkebunan tebu	67,045,519,000
	<b>333,312 m</b>			<b>458,082,792,000</b>

### b. Peralatan dan Mesin

Saldo aset tetap berupa Peralatan dan Mesin per 30 Juni 2025 dan 31 Desember 2024 adalah Rp504.180.874.151,- dan Rp504.405.815.551,- Mutasi nilai Peralatan dan Mesin dapat dijelaskan sebagai berikut:

**Tabel 3.24**

#### **Pembelian Peralatan dan Mesin**

<b>Saldo per 1 Januari 2025</b>	<b>504,405,815,551</b>
<b>Mutasi Tambah :</b>	<b>138,649,000</b>
Pembelian MAK Peralatan dan Mesin	138,649,000
<b>Mutasi Kurang :</b>	<b>363,590,400</b>
Penghapusan Peralatan dan Mesin	363,590,400

<b>Saldo 30 Juni 2025</b>	<b>504,180,874,151</b>
Akumulasi Penyusutan 30 Juni 2024	-471,712,017,840
<b>Nilai Buku</b>	<b>86,468,856,311</b>

Rincian penambahan peralatan dan mesin per 30 Juni 2025 yang berasal dari pembelian MAK Peralatan dan Mesin adalah sebagai berikut :

<b>KODE</b>	<b>URAIAN</b>	<b>SATUAN</b>	<b>KUANTITAS</b>	<b>NILAI</b>
3100203 003	Printer (Peralatan Personal Komputer)	Buah	5	16,165,000
3100203 004	Scanner (Peralatan Personal Komputer)	Buah	1	3,750,000
3080141 251	Stabilizer /UPS	Buah	1	7,500,000
3100102 001	P.C Unit	Buah	3	55,500,000
3100102 002	Lap Top	Buah	1	19,450,000
3050201 003	Kursi Besi/Metal	Buah	2	4,884,000
3050204 004	A.C. Split	Buah	3	23,900,000
3050205 018	Blender	Buah	2	7,500,000
<b>Total</b>				<b>138,649,000</b>

Mutasi kurang pada aset peralatan dan mesin berupa penghapusan peralatan dan mesin yang terdiri dari :

- Penghapusan Peralatan dan Mesin berupa tensimeter senilai Rp 27.009.000,- dengan No.SK Penghapusan KN 01/D.I/11319/2025.
- Penghapusan Peralatan dan Mesin berupa 1 unit kendaraan bermotor penumpang lainnya dengan merk Nissan X-Trail 2.0 M/T senilai 336.581.400,- dengan No.SK Penghapusan KN 01.08/D.I/9262/2025.

### c. Gedung dan Bangunan

Nilai Gedung dan Bangunan per 30 Juni 2025 dan 31 Desember 2024 adalah masing – masing sebesar Rp333.309.903.159,- dan Rp 333.309.903.159,-. Mutasi penambahan dan pengurangan dijelaskan sebagai berikut :

**Tabel 3.25**  
**Rincian Saldo Mutasi Gedung dan Bangunan**

<b>Saldo per 1 Januari 2025</b>	<b>333.309.903.159</b>
<b>Mutasi Tambah :</b>	-
Pembayaran Gedung dan Bangunan	
<b>Mutasi Kurang :</b>	-
<b>Saldo 30 Juni 2025</b>	<b>333.309.903.159</b>
Akumulasi Penyusutan 30 Juni 2024	(48,839,665,347)
<b>Nilai Buku</b>	<b>284,470,237,812</b>

### d. Jalan, Irigasi, dan Jaringan

Saldo Jalan, Irigasi, dan Jaringan per 30 Juni 2025 dan 31 Desember 2024 adalah masing-masing sebesar Rp24.106.179.238,- dan Rp 24.106,179.238,-. Mutasi penambahan dan pengurangan dijelaskan sebagai berikut :

**Tabel 3.26**  
**Rincian Saldo Mutasi Jalan, Irigasi dan Jaringan**

<b>Saldo per 1 Januari 2025</b>	<b>24,106,179,238</b>
<b>Mutasi Tambah :</b>	0
Pembayaran / Transfer Masuk	49,728,000
<b>Mutasi Kurang :</b>	0
<b>Saldo 30 Juni 2025</b>	<b>24,106,179,238</b>
Akumulasi Penyusutan 30 Juni 2024	(8,164,979,969)

<b>Nilai Buku</b>	<b>15,941,199,269</b>
-------------------	-----------------------

**e. Aset Tetap Lainnya**

Aset Tetap Lainnya BLU merupakan aset tetap yang tidak dapat dikelompokkan dalam tanah, peralatan dan mesin, gedung dan bangunan, jalan, irigasi dan jaringan. Saldo Aset Tetap Lainnya periode 30 Juni 2025 dan 31 Desember 2024 adalah masing – masing sebesar Rp 2.544.636.159,-. Aset Tetap Lainnya di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar berupa barang bercorak kesenian, pengadaan maket dan foto dokumen lainnya pembangunan gedung baru RS, buku-buku motivasi (monografi) dari Perpustakaan Nasional sebanyak 900 buah buku. Buku pengelolaan teknis pembangunan Healing garden gedung A dan C dan dokumen perencanaan pembangunan gedung PIE.

**3. Sumber Daya Keuangan**

**a. Pendapatan**

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada periode 30 Juni 2025 dan 2024 adalah sebesar Rp 71.825.148.202,- dan Rp 66.702.630.537,- atau mencapai 36,28 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp198.000.000.000,-. Pendapatan RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar terdiri dari Pendapatan Jasa Layanan Umum dan Pendapatan lain-lain

**Tabel 3.27**

**Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan**

MAK	URAIAN	30 JUNI 2025		
		Anggaran	Realisasi	%
<b>Pendapatan BLU</b>				
424111	Pendapatan jasa layanan RS	198.000.000.000,-	70.372.735.748	35,54
424312	Pendapatan hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha		759.043.912	
424421	Pendapatan dari pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas pemerintah		16.850.000	

424911	Pendapatan jasa layanan Perbankan BLU.		34.528.334	
424919	Pendapatan Lain-lain BLU		528.662.276	
Total pendapatan BLU		198.000.000.000,-	71.711.820.270	36,22
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya				
425122			113.254.300	
425151			73.632	
Total Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya			113.327.932	
<b>Jumlah</b>		<b>198.000.000.000</b>	<b>71.825.148.202</b>	<b>36,28</b>

Realisasi pendapatan Semester 1 TA 2025 sebesar Rp71.825.148.202,- terdiri dari pendapatan BLU sebesar Rp71.711.820.270,- dan pendapatan penerimaan negara bukan pajak lainnya (PNBP) sebesar Rp113.327.932,-

**Tabel 3.28**  
**Perbandingan Pendapatan**

Uraian	30 juni 2025	30 juni 2024	%
Pendapatan Jasa Layanan RS	70.372.735.748	64.766.028.616	8,66
Pendapatan hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha	759.043.912	1.122.959.590	(32,41)
Pendapatan dari pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas pemerintah	16.850.000	22.950.000	(26,58)
Pendapatan jasa layanan Perbankan BLU.	34.528.334	116.919.097	(70,47)
Pendapatan Lain-lain BLU	528.662.276	650.382.338	(18,72)
Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin	113.254.300	21.300.000	431,71
Pendapatan Sewa Tanah, Gedung, dan Bangunan	0	220.896	(100)

UsahaPenerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu	0	1.870.000	(100)
Pendapatan Penggunaan Sarana dan Prasarana sesuai dengan Tusi	73.632	0	
<b>Jumlah</b>	<b>71.825.148.202</b>	<b>66.702.630.537</b>	<b>7,68</b>

Jika dibandingkan dengan Pendapatan Tahun Anggaran yang lalu periode yang sama. Pendapatan Rumah Sakit juga mengalami kenaikan sebesar 7,68% Peningkatan pendapatan jasa layanan rumah sakit mengalami peningkatan sebesar 8,66% disebabkan oleh adanya perbaikan mutu klaim JKN sehingga penerimaan dan pembayaran layanan JKN dapat diterima lebih besar dibanding periode yang sama tahun anggaran yang lalu. Selain itu Pendapatan dari penjualan peralatan dan mesin juga mengalami peningkatan sebesar 431,71% karena adanya Lelang Peralatan Mesin yang sudah tidak digunakan dalam kegiatan operasional.

Sebaliknya pendapatan dari pelayanan BLU yang bersumber dari entitas pemerintah merupakan penerimaan resiprokal yang berasal dari beberapa satuan kerja BLU di bawah Kementerian Kesehatan mengalami penurunan sebesar 26,58% dibandingkan dengan periode yang sama tahun anggaran sebelumnya. Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain berasal Pendapatan dari Poltekkes Makassar. Pendapatan jasa layanan perbankan BLU juga mengalami penurunan sebesar 70,47% akibat penurunan saldo kas dan bank BLU sepanjang tahun 2025 yang berdampak pada lebih rendahnya pendapatan jasa giro. Selain itu belum adanya penempatan dana deposito menyebabkan tidak adanya pendapatan bunga deposito sepanjang Tahun 2025.

Pendapatan hasil kerjasama lembaga/badan usaha mengalami penurunan sebesar 32,41. Pendapatan hasil kerja sama lembaga/badan usaha merupakan pendapatan dari sewa lahan/sewa ruang, sewa alat ataupun pendapatan hasil kerja sama lainnya. Penurunan pendapatan hasil kerjasama lembaga/badan usaha disebabkan pada tahun anggaran sebelumnya terdapat penerimaan kas dari sewa lahan untuk jangka waktu tiga tahun di muka.

#### **b. Belanja**

Realisasi Belanja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid pada periode 30 Juni 2025 adalah sebesar Rp 93.792.955.876,- atau 48,84% dari total anggaran belanja sebesar

Rp192.054.808.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja per 30 Juni 2025 adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.29**  
**Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja**

Uraian	30 Juni 2025		
	Anggaran	Realisasi	%
Belanja Pegawai	46,032,759,000	27.758.133.987	60,30
Belanja Barang	145.242.285.000	65.896.172.889	45,37
Belanja Modal	779.764.000	138.649.000	17,78
<b>Total Belanja Bruto</b>	<b>192.054.808.000</b>	<b>93.792.955.876</b>	<b>48,84</b>
Pengembalian Belanja		-	
<b>Total Belanja Nett</b>	<b>192.054.808.000</b>	<b>93.792.955.876</b>	<b>48,84</b>

Realisasi Belanja per 30 Juni 2025 mencapai 53,41 persen atau sebesar Rp. 102.575.094.148,- namun yang tercatat pada laporan adalah sebesar 48,84% atau sebesar Rp.93.792.955.876,-. Hal ini disebabkan terdapat belanja BLU sebesar Rp. 8.782.138.271,- yang belum dilakukan pengesahan belanja sampai dengan periode pelaporan.

**Tabel 3.30**  
**Perbandingan Realisasi Belanja**

Uraian	30 Juni 2025	30 Juni 2024	%
Belanja Pegawai	27.758.133.987	27.025.454.495	2,71
Belanja Barang	65.896.172.889	72,010.627.930	(8,49)
Belanja Modal	138.649.000	2.352.576.795	(94,11)
<b>Jumlah</b>	<b>93.792.955.876</b>	<b>101.388.659.220</b>	<b>(7,49)</b>
Pengembalian Belanja		(6.466.748)	(100)
<b>Total Belanja Nett</b>	<b>93.792.955.876</b>	<b>101.382.192.472</b>	<b>(7,49)</b>

### **b.1. Belanja Pegawai**

Realisasi Belanja Pegawai periode 30 Juni 2025 dan 2024 adalah masing-masing sebesar Rp27.758.133.987,- dan Rp27.018.987.747,- Belanja Pegawai adalah belanja atas kompensasi, baik dalam bentuk uang maupun barang yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang diberikan kepada pejabat negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS), dan pegawai yang dipekerjakan oleh pemerintah yang belum berstatus PNS sebagai imbalan atas pekerjaan yang telah dilaksanakan.

Belanja pegawai mengalami kenaikan sebesar 2,74% dari periode yang sama tahun anggaran yang lalu dikarenakan adanya penambahan jumlah pegawai PNS dari mutasi internal dan penambahan pegawai PPPK TMT April 2024 sebanyak 50 pegawai

**Tabel 3.31**  
**Perbandingan Belanja Pegawai**

<b>Uraian</b>	<b>30 Juni 2025</b>	<b>30 Juni 2024</b>	<b>%</b>
Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	24.541.881.359	24.618.760.048	(0,31)
Belanja Gaji dan Tunjangan PPPK	3.170.599.628		35,79
Belanja Lembur	45.653.000		(36,44)
<b>Jumlah</b>	<b>27.758.133.987</b>	<b>27.025.454.495</b>	<b>2,71</b>
Pengembalian Belanja Pegawai			(100,00)
<b>Jumlah Netto</b>	<b>27.758.133.987</b>	<b>27.018.987.747</b>	<b>2,74</b>

### **b.2. Belanja Barang**

Realisasi Belanja Barang periode 30 Juni 2025 dan 2024 adalah masing-masing sebesar Rp65.896.172.889,- dan Rp72.010.627.930. Realisasi belanja barang periode sampai dengan 30 Juni 2025 mengalami penurunan sebesar 8,47% dari realisasi belanja barang pada periode yang sama tahun 2024. Penurunan belanja barang dikarenakan pelaksanaan Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2025, yang memberikan arahan pengendalian belanja pemerintah dalam rangka efisiensi anggaran dan penguatan belanja yang lebih produktif serta surat edaran kementerian kesehatan Nomor HK.02.02/A/548/2025 terkait strategi pengendalian belanja dalam rangka efisiensi anggaran dengan melakukan pembatasan biaya operasional dengan pemblokiran pagu

anggaran sehingga realisasi belanja barang lebih rendah dibandingkan periode yang sama tahun anggaran yang lalu.

**Tabel 3.32**  
**Perbandingan Belanja Barang per 30 Juni 2025 dan 2024**

<b>Uraian</b>	<b>30 Juni 2025</b>	<b>30 Juni 2024</b>	<b>%</b>
Blj. barang operasional	27.976.605.784	32.131.354.329	(12,93)
Blj. barang non operasional	-	-	-
Belanja Jasa	10.912.308.693	13.166.475.394	(17,12)
Belanja Barang Persediaan	22.319.905.804	21.046.743.814	6,05
Belanja Pemeliharaan	812.601.929	.519.575.186	(46,52)
Belanja Perjalanan	64.047.598	646.788.982	(90,10)
Belanja Penyediaan Barang dan JasaBLULainnya	3.800.768.081	3.486.291.692	9,02
Belanja peralatan dan mesin Ekstrakomtabel BLU	9.935.000	13.398.533	(25,85)
<b>Total Bruto</b>	<b>65.896.172.889</b>	<b>71.997.229.397</b>	<b>(8,47)</b>
Pengembalian Blj Barang	‘		
<b>Total Nett</b>	<b>65.896.172.889</b>	<b>71.997.229.397</b>	<b>(8,47)</b>

### **b.3. Belanja Modal**

Realisasi Belanja Modal 30 Juni 2025 dan 2024 adalah masing-masing sebesar Rp138.649.000,- dan Rp2.162.576.795,-. Belanja modal merupakan pengeluaran anggaran untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari satu periode akuntansi.

**Tabel 3.33**  
**Perbandingan Realisasi Belanja Modal**

<b>Uraian</b>	<b>30 Juni 2025</b>	<b>30 Juni 2024</b>	<b>%</b>
Blj. Modal Peralt. & Mesin	138.649.000	1.775.818.045	'(92,19)
Blj. Modal Ged.&Bangunan		337.030.750	(100,00)
Blj. Modal jl,irigasi,& jaringan		49.728.000	(100,00)
Blj. Modal Lainnya		190.000.000	(100,00)
<b>Total Bruto</b>	<b>138.649.000</b>	<b>2.162.576.795</b>	<b>(93,59)</b>
Pengembalian Blj Modal			
<b>Total Nett</b>	<b>138.649.000</b>	<b>2.162.576.795</b>	<b>(93,59)</b>

**h) Saldo Akhir Kas**

Saldo akhir kas per 30 Juni 2025 dan 2024 sebesar Rp 12.255.362.174,- dan Rp12.933.790.245,-

Total saldo kas per 30 Juni 2025 sebesar Rp 4.511.868.893,-, namun tercatat pada neraca sebesar Rp 8.683.395.440,- , perbedaan nilai saldo ini disebabkan terdapatnya belanja belum disahkan sebesar Rp8.782.138.271,- dan pendapatan yang belum disahkan sebesar Rp1.038.644.990,-

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar periode Semester I tahun 2025 merupakan pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan RSB tahun 2025-2029. Di dalamnya diuraikan tentang capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) sebagaimana telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2025

Berdasarkan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan, terdapat 12 sasaran strategis yang diturunkan dalam 14 indikator kinerja, dan target yang harus diwujudkan. Hasil pengukuran dan evaluasi terhadap kinerja semester I tahun 2025 diketahui terdapat 6 indikator kinerja atau 42,86% yang realisasinya telah mencapai/melebihi dari target, sedangkan 6 indikator kinerja atau 42,86 % yang belum mencapai target. Indikator kinerja yang belum dilakukan penilaian ada 2 indikator, karena kedua indikator tersebut evaluasi penilaiannya tahunan (0%). Pada Semester I tahun 2025 ada penambahan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang ditambahkan kedalam Perjanjian Kinerja tahun 2025 yaitu Indikator Kinerja Direktif sebanyak 2 Indikator.

Seluruh kegiatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar semester I tahun 2025 diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pencapaian Program Upaya Kesehatan pada Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2025, dan Laporan Akuntabilitas Kinerja ini diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

#### **B. SARAN**

1. Kualitas perencanaan perlu penyempurnaan agar seluruh program kegiatan dapat terlaksana dengan baik disertai dukungan anggaran dan sumber daya yang ada.
2. Meningkatkan kegiatan promosi kepada masyarakat tentang jenis layanan dan kelengkapan fasilitas yang tersedia di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

3. Pengembangan dan kepatuhan penggunaan SIMRS yang terpadu di antara unit terkait dalam rumah sakit.
4. Menjadikan layanan unggulan sebagai tempat rujukan kompetensi

**C. RENCANA TINDAK LANJUT & REKOMENDASI TAHUN DEPAN**

1. Melihat capaian Key Performa Indikator yang melampaui target sebesar 58,33% maka perlu evaluasi target capaian KPI untuk periode di semester II (tahunan) pada RSB 2025-2029.
2. Indikator Capaian KPI yang belum memenuhi target perlu menjadi prioritas evaluasi kegiatan.

Dengan demikian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ini dapat menggambarkan pencapaian kinerja dari kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan untuk tahun 2025 beserta analisa keberhasilan dan kegagalan termasuk permasalahan yang dihadapi serta pemecahannya. Capaian atas target kegiatan yang dilaporkan tidak terlepas dari tersedianya sumber daya yang ada, baik sumber daya manusia, sumber dana serta sarana dan prasarana.

Demikian kami harapkan LAKIP RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dapat digunakan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban Rumah Sakit terhadap Pemerintah, dalam hal ini Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI.

## LAMPIRAN

