



LAPORAN TAHUNAN
RS KUSTA DR RIVAI ABDULLAH
PALEMBANG

2016



RUMAH SAKIT KUSTA Dr. RIVAI ABDULLAH PALEMBANG
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Jl. Sungai Kundur Kelurahan Mariana Kecamatan Banyuasin I
Kabupaten Banyuasin – Sumatera Selatan 30763
Telp. 0711-7537201, Fax.0711-7537204

www.rskusta-palembang.com / email : [rsdr_rivaiabdullah@yahoo.co id](mailto:rsdr_rivaiabdullah@yahoo.co.id)



KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa kami telah dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tahunan RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016. Laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Tahun Anggaran 2016.



Melalui laporan ini diharapkan dapat diketahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalan serta upaya upaya untuk mengatasinya dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang.

Semoga laporan ini selain dimaksudkan sebagai bentuk pertanggungjawaban juga bermanfaat untuk perbaikan kinerja pada tahun selanjutnya.

Palembang, Januari 2017

Direktur Utama
RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang



Dr. Ahmad Budi Arto, MM
NIP. 19571106 198603 1 002



Laporan Tahunan RSKRA Palembang Tahun 2016

**LAPORAN TAHUNAN
RS KUSTA Dr. RIVAI ABDULLAH PALEMBANG
TAHUN 2016**

DISIAPKAN DAN DIBUAT OLEH DIREKSI :

1. dr. Ahmad Budi Arto, MM
Direktur Utama
2. dr. Hj. Iryanti Ismail, M.Kes
Direktur Pelayanan
3. drg. Defiardi, MARS
Direktur Keuangan, SDM dan Umum



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Berkala Kinerja ini secara garis besar berisikan informasi tentang kinerja yang telah dicapai selama tahun 2016. Laporan berkala kinerja memiliki fungsi utama yaitu merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RS Kusta Dr.Rivai Abdullah Palembang kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Selain itu, laporan kinerja berkala tersebut merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan Kinerja RS Kusta Dr.Rivai Abdullah Palembang pada Tahun 2016 :

1. Pencapaian Indikator Kinerja BLU, pada aspek kinerja keuangan mencapai nilai 19,55 ; sementara indikator kinerja Operasional mencapai nilai 26,5 ; dan Indikator Kinerja Mutu dan Layanan Masyarakat mencapai nilai 31,07 ; sehingga total nilai Kinerja RS Kusta Dr.Rivai Abdullah Palembang adalah 77,12 ; masuk dalam Kategori A (Baik)
2. Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama adalah 91 dengan nilai IKI 1,875
3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, beberapa indikator telah tercapai, hanya ada beberapa kegiatan seperti pengukuran kepuasan kinerja per unit layanan belum terlaksana.
4. Pada penilaian Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU), dari 19 indikator kinerja utama, yang tercapai maksimum adalah 10 indikator. Kegiatan lainnya ada yang masih dalam proses pelaksanaan dan penilaian.
5. Penyerapan Anggaran Tahun 2016 sebesar Rp. 44.316.588.478,- atau 81,98% dari total pagu sebesar Rp. 54.056.544.000,-
6. Pendapatan BLU pada Tahun 2016 sebesar Rp. 10.619.891.576,- atau 69,59 % dari target tahun 2016 sebesar Rp. 15.260.964.000,-



DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Lembar Pengesahan	ii
Ikhtisar Eksekutif	iii
Daftar Isi	iv
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	3
B. Maksud dan Tujuan.	4
C. Ruang Lingkup Laporan.	4
BAB II : ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	
A. Hambatan Tahun Lalu	6
B. Kelembagaan	7
C. Sumber Daya	11
a. Sumber Daya Manusia.....	11
b. Sarana Dan Prasarana	12
c. Dana	13
BAB III : TUJUAN DAN SASARAN KERJA	
A. Dasar Hukum	15
B. Sasaran Strategis.....	16
C. Indikator Kinerja	17
1. Indikator Kinerja BLU	17



2. Indikator Kinerja Individu.....	21
3. Key Performance Indikator	23
4. Standar Pelayanan Minimal (SPM).....	25
5. Penetapan Kinerja	37
6. Indikator Kinerja Utama	39

BAB IV : STRATEGI PELAKSANAAN

A. Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran	42
B. Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi	44
C. Upaya Tindak Lanjut	49

BAB V : HASIL KERJA

A. Pencapaian Target Kinerja	53
1. Pencapaian Indikator Kinerja BLU.....	53
a. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Keuangan	53
b. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Pelayanan	55
2. Pencapaian Indikator Kinerja Individu	58
3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	61
4. Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU).....	72
5. Target dan Realisasi Pendapatan menurut Program dan Kegiatan TA. 2016.....	74
6. Realisasi Anggaran.....	75
B. Hambatan Dan Masalah Dalam Realisasi Anggaran	76
C. Upaya Untuk Meraih WTP dan Zona Integritas	76



BAB VI : PENUTUP

A. Kesimpulan	83
B. Saran	84



BAB I

PENDAHULUAN

Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang didirikan pada tahun 1914, pada mulanya hanya sebagai tempat penampungan atau pengasingan penderita kusta. Lokasi pertama di daerah Kertapati (seberang ulu I), lebih kurang 25 km dari lokasi penampungan sekarang.

Pendiriannya diprakarsai oleh seorang Nakhoda Kapal Belanda (namanya tidak diketahui) karena beberapa anak buah kapalnya menderita kusta, tempat penampungan ini diberi nama 'Kembang Pumpung'.

Sampai dengan tahun 1960 RS ini dikelola oleh sebuah yayasan yang kegiatan internnya dilakukan oleh Bala Keselamatan. Dengan terbitnya SK.Menkes.RI Nomor : 95948/ Hukum, tanggal 9 Desember 1961 oleh Bala Keselamatan RS ini diserahkan kepada Departemen Kesehatan RI.

Tahun 1978 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 141/Menkes./SK/IV/1985, tanggal 28 April 1978 secara resmi RSK Sungai Kundur dinyatakan sebagai unit Pelaksana Teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI dengan eselon III/b.

Sejak dikeluarkannya SK Nomor: 270/Menkes/SK/IV/1985, tanggal 4 Juni 1985 Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang menjadi Rumah Sakit Kusta Pembina untuk Wilayah Regional Bagian Barat, meliputi pulau Sumatera dan Kalimantan Barat.



Pada tahun 1987 diberlakukan Pola Tarif, sebelum ini pelayanan pasien kusta di Rumah Sakit Kusta Sungai Kundur diberikan secara gratis.

Kemudian berdasarkan keputusan Presiden RI No.69 tahun 1993 tanggal 2 Agustus 1993 Eselonisasi RS Kusta Sungai Kundur Palembang (RSK Dr.Rivai Abdullah Palembang) meningkat menjadi Eselon II B dan merupakan Rumah Sakit Khusus Kelas A setara dengan RSU Kelas B.

Pada tahun 2002 RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang sebagai RS Khusus telah diberikan izin untuk melayani pasien umum sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.00.06.1.4.3399, tanggal 26 Agustus 2002. Tentang Penunjukan Uji Coba Rumah Sakit Kusta Sungai Kundur Palembang melaksanakan pelayanan umum, dengan unggulan kusta, rehabilitasi medik dan pusat rehabilitasi stroke.

Pada tanggal 10 Agustus 2006 berdasarkan SK Menkes RI Nomor : 630/MENKES/SK/VIII/2006 telah diresmikan pergantian nama dari *Rumah Sakit Kusta Sungai Kundur Palembang* menjadi *Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang*.

Selanjutnya sesuai Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia No.3/KMK.05/2010 Tanggal 5 Januari 2010, Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan dengan menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (PPK BLU) secara Penuh.



Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No: YM.01.10/3/6589/10 pada tanggal 5 November 2010, RS Kusta Dr Rivai Abdullah Palembang telah ditetapkan sebagai Rumah sakit dengan Status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar.

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan Dan Organisasi Kementerian Negara, menyebutkan bahwa setiap pimpinan suatu organisasi wajib menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya.

Laporan Semester merupakan salah satu bentuk laporan berkala yang wajib disusun untuk menggambarkan pelaksanaan tugas dan fungsi, perkembangan dan hasil yang dicapai oleh setiap unit kerja dalam satu semester.

Dalam rangka terwujudnya peningkatan kualitas penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi unit kerja dan sebagai bentuk pertanggungjawaban instansi pemerintah yang baik, maka perlu disusun laporan kinerja berkala.

Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang sebagai unit pelaksana teknis Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI akan memenuhi hal hal tersebut diatas sebagai perwujudan



tanggung jawab dan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya yang telah dirumuskan dan ditetapkan sebelumnya.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Kinerja Tahunan Kinerja Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Ketetapan Kinerja RSK Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016.

C. RUANG LINGKUP LAPORAN

Ruang lingkup penulisan Laporan Tahunan 2016 RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang adalah sebagai berikut:

- a. **Bab I Pendahuluan**, menjelaskan secara ringkas mengenai latar belakang, maksud dan tujuan penyusunan serta ruang lingkup Laporan Tahunan 2016 Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang.
- b. **Bab II Analisis Situasi Awal Tahun**, menjelaskan tentang beberapa hal penting berkaitan dengan hambatan pencapaian program dan keuangan yang dialami tahun lalu, tugas dan fungsi Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang, gambaran singkat tentang sumber daya yang ada baik sumber daya manusia, sarana prasarana maupun alokasi dana untuk program atau kegiatan.



- c. **Bab III Tujuan Dan Sasaran Kerja**, menjelaskan tentang dasar hukum sebagai acuan penetapan tujuan, sasaran dan indikator Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang.
- d. **Bab IV Strategi Pelaksanaan**, menguraikan tentang strategi pencapaian tujuan dan sasaran, hambatan dalam pelaksanaan strategi dan upaya tindak lanjut dalam mengatasi hambatan.
- e. **Bab V Hasil Kerja**, menjelaskan tentang pencapaian target kinerja yang meliputi pencapaian target kegiatan dan pendapatan, pencapaian indikator BLU, pencapaian KPI (*Key Performance Indicators*), realisasi anggaran dan upaya untuk meraih WTP dan zona integritas.
- f. **Bab VI Penutup**, berisi kesimpulan secara umum tentang keberhasilan dan kegagalan, permasalahan dan kendala utama berkaitan dengan kinerja Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016.

Lampiran-Lampiran :

- ✧ Penetapan Kinerja Tahun 2016
- ✧ Neraca Keuangan Tahun 2016



BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

A. HAMBATAN TAHUN LALU

Sepanjang pelaksanaan kegiatan RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang pada tahun 2015 telah ditemui beberapa hambatan, antara lain sebagai berikut :

1. Direktorat Keuangan, SDM dan Umum

- a. Peningkatan kemandirian pengelolaan keuangan belum sepenuhnya terwujud, dikarenakan adanya kecenderungan penurunan kunjungan pasien pada beberapa unit pelayanan sehingga berdampak pada kemandirian pengelolaan keuangan;
- b. Standar operasional sistim manajemen pada unit-unit organisasi masih belum berjalan dengan baik;
- c. Peningkatan kualitas SDM rumah sakit belum tercapai secara maksimal sebab standarisasi ketenagaan pada unit pelayanan maupun penunjang belum dijadikan sebagai acuan dalam perbaikan pelayanan kepada pengguna jasa rumah sakit.

2. Direktorat Pelayanan

- a. Penurunan kunjungan pasien pada unit-unit pelayanan dibanding dengan kunjungan pelayanan tahun sebelumnya disebabkan oleh adanya regulasi BPJS tentang pelayanan berjenjang. RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang adalah RS khusus kelas A yang diberikan izin memberikan pelayanan diluar



kekhusus-an nya dengan tarif yang dipakai adalah tarif kelas B. Hal ini harus mengikuti aturan rujukan berjenjang. Untuk pasien diluar kekhususan menggunakan rujukan dari RS type C, sementara RS type C untuk wilayah Banyuasin berada sangat jauh dari RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang, bahkan secara domisili melintasi Rs Type B lain di kota Palembang .

- b. Pencapaian efisiensi pelayanan rumah sakit yang disebabkan oleh belum optimalnya pelayanan rehabilitasi medic, laboratorium dan radiologi, disebabkan belum adanya tenaga dokter spesialis sebagai expertise dalam pemeriksaan radiologi, laboratorium dan pelayanan rehabilitasi medik secara maksimal. Upaya yang telah dilaksanakan adalah dengan pendidikan lanjutan dokter umum menjadi dokter spesialis yang saat ini sedang dalam proses pendidikan.

B. KELEMBAGAAN

Berdasarkan Peraturan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 010 Tahun 2012, tanggal 14 Maret 2012 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang, mempunyai tugas, pokok dan fungsi sebagai berikut :

1. TUGAS POKOK

Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan, pemulihan, dan rehabilitasi paripurna dibidang kusta secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan lainnya serta melaksanakan upaya rujukan.



2. FUNGSI

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang menyelenggarakan fungsi :

1. Melaksanakan pelayanan kusta secara paripurna dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
2. Melaksanakan deteksi dini dan pencegahan kusta
3. Melaksanakan rehabilitasi medik, sosial dan karya terhadap penderita kusta
4. Melaksanakan asuhan dan pelayanan keperawatan
5. Melaksanakan pelayanan rujukan
6. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan dibidang kusta dan kesehatan lainnya
7. Melaksanakan penelitian dan pengembangan dibidang kusta dan kesehatan lainnya
8. Melaksanakan keuangan dan administrasi umum

3. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang saat ini adalah berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 010 Tahun 2012, tanggal 14 Maret 2012 ,dimana Struktur Organisasi tersebut terdiri dari 24 pejabat struktural yang meliputi:

1. Direktur Utama dibantu oleh Direktur Pelayanan dan Direktur Keuangan, Sumber Daya Manusia dan Umum, masing-masing membawahi :
 - a. Direktur Pelayanan membawahi :



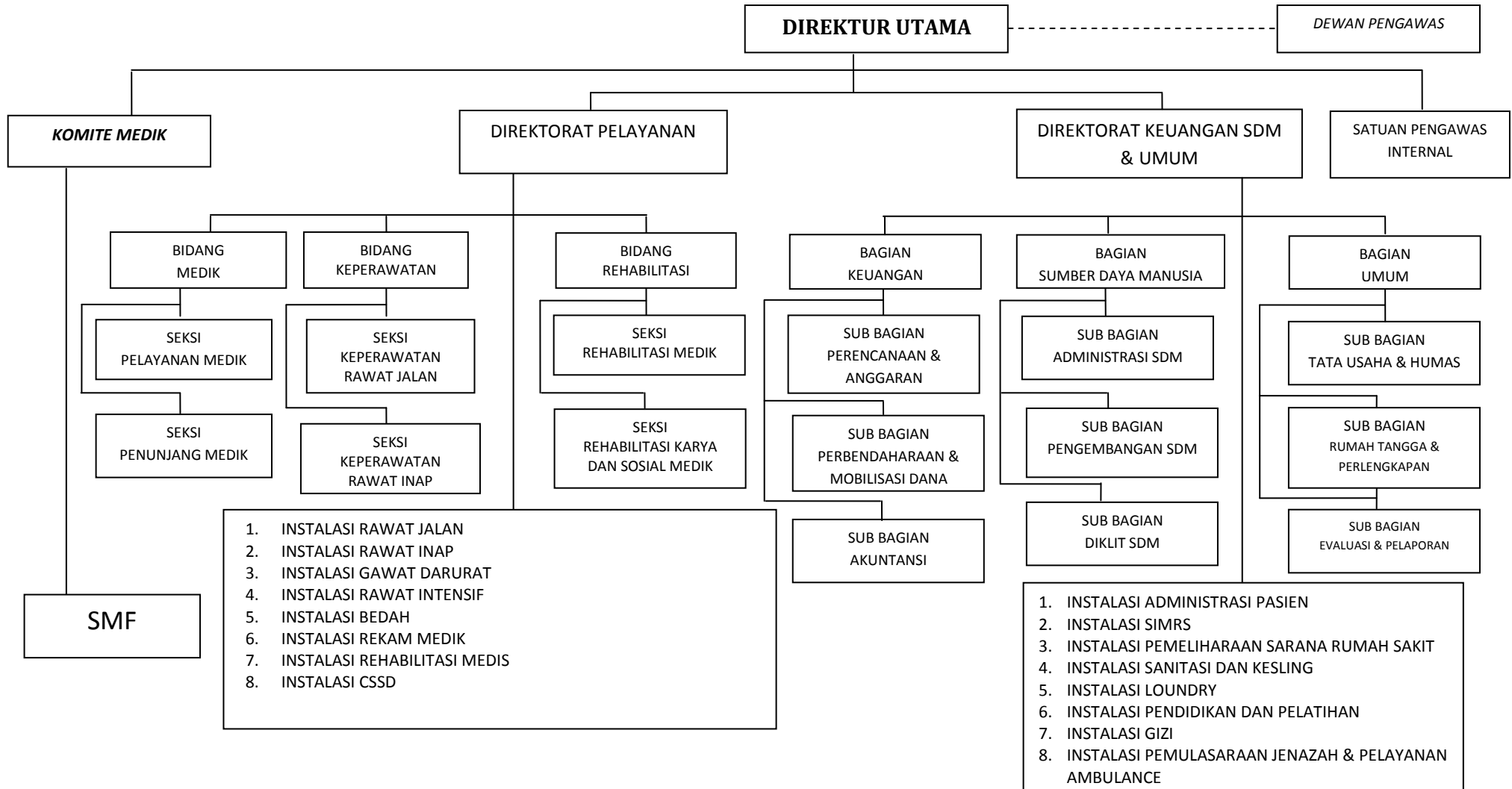
- 1) Bidang Medik, yang membawahi :
 - a) Seksi Pelayanan Medik
 - b) Seksi Penunjang Medik
- 2) Bidang Keperawatan, yang membawahi :
 - a) Seksi Keperawatan Rawat Jalan
 - b) Seksi Keperawatan Rawat Inap
- 3) Bidang Rehabilitasi, yang membawahi :
 - a) Seksi Rehabilitasi Medik
 - b) Seksi Rehabilitasi Karya dan Sosial Medik

b. Direktur Keuangan, Sumber Daya Manusia & Umum membawahi:

- 1) Bagian Keuangan, yang membawahi :
 - a) Sub Bagian Perencanaan dan Anggaran
 - b) Sub Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana
 - c) Sub Bagian Akuntansi
- 2) Bagian Sumber Daya Manusia, yang membawahi :
 - a) Sub Bagian Administrasi Sumber Daya Manusia
 - b) Sub Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia
 - c) Sub Bagian Pendidikan dan Penelitian
- 3) Bagian Umum, yang membawahi :
 - a) Sub Bagian Tata Usaha dan Humas
 - b) Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan
 - c) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan



STRUKTUR ORGANISASI RSK DR RIVAI ABDULLAH PALEMBANG





C. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang dimiliki oleh RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang adalah 315 orang dengan rincian katagori sebagai berikut :

a. Jumlah SDM Berdasarkan Kualifikasi / Jenis Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	S2 – Magister	12	4%
2.	S1 – Sarjana	68	22%
3.	Dokter PPDS	6	2%
4.	Dokter Spesialis	16	5%
5.	Dokter Umum / Dokter Gigi	11	3%
6.	Apoteker	3	1%
7.	Diploma 4	3	1%
8.	Diploma 3	106	34%
9.	Diploma 1	5	2%
10.	SMA / SPK	72	23%
11.	SMP	1	0%
12.	SD	12	4%

b. Jumlah SDM Berdasarkan Jabatan (Struktural Dan Fungsional)

No	Jenis Jabatan	Jumlah	Persentase
1	Struktural	24	8%
2	Fungsional Tertentu	177	56%
3	Fungsional Umum	114	36%



c. Jumlah SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

No	Status Kepegawaian	Jumlah	Persentase
1	CPNS	0	0%
2	PNS	315	95%
3	Non PNS / PTT	18	5%

d. Jumlah SDM Berdasarkan Pangkat/Golongan

No	Pangkat/Golongan	Jumlah	Persentase
1	Golongan IV	15	5%
2	Golongan III	235	75%
3	Golongan II	60	19%
4	Golongan I	5	2%

2. Sarana Dan Prasarana

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Anggaran Tahun Anggaran 2016.

*Tabel 2.1
Laporan Barang Kuasa Pengguna Anggaran
Per 01 Januari 2016*

AKUN NERACA / KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 01 JANUARI 2017	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI
131111	TANAH	M2	274,040	7.772.630.400



AKUN NERACA / KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 01 JANUARI 2017	
132111	PERALATAN DAN MESIN	unit	5.076	36.328.629.273
133111	GEDUNG DAN BANGUNAN	unit	124	26.868.733.577
134111	JALAN DAN JEMBATAN	M2	4.974	655.040.400
134112	IRIGASI		4	1.566.486.751
134113	JARINGAN	Unit	28	761.267.100
135121	ASET TETAP LAINNYA		69	135.750.500
166112	ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN	Unit	7	22.341.000
TOTAL				74.110.919.001

3. Dana

Sumber daya anggaran RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang tahun 2017 bersumber dari dana Rupiah Murni (RM) dan Penerimaan Rumah Sakit (PNPB-BLU) jumlah dana yang dialokasikan adalah sebesar Rp. , **54.056.544.000,-** yang terdiri dari :

KODE	URAIAN	ANGGARAN
2094.018	Laporan Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU)	12.433.620.000
2094.018	Laporan Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU)	2.785.972.000
2094.028	Peningkatan SDM (Orang)	728.804.000
2094.029	Makanan/ Minuman (Hari Perawatan)	867.250.000



KODE	URAIAN	ANGGARAN
2094.030	Penambah Daya Tahan Tubuh (Pegawai)	305.856.000
2094.031	Pakaian Dinas (Pegawai)	168.150.000
2094.031	Pakaian Dinas (Pegawai)	180.750.000
2094.034	Obat - obatan (Paket)	982.116.000
2094.036	Gedung dan Bangunan (M2)	2.731.999.000
2094.036	Gedung dan Bangunan (M2)	850.000.000
2094.038	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB (unit)	232.000.000
2094.038	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB (unit)	5.505.981.000
2094.039	Perangkat Pengolahan Data dan Komunikasi (Unit)	114.950.000
2094.040	Peralatan Fasilitas Perkantoran (Unit)	733.170.000
2094.041	Kendaraan Bermotor	365.020.000
2094.065	Barang Medik Habis Pakai (Paket)	1.775.556.000
2094.994	Layanan Perkantoran (Bulan Layanan)	21.454.373.000
2094.994	Layanan Perkantoran (Bulan Layanan)	1.840.977.000
	TOTAL	54.056.544.000



BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

A. DASAR HUKUM

1. Peraturan Presiden No.5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010 – 2014.
2. Keputusan Menteri Kesehatan No.1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
3. Keputusan Menteri Kesehatan No.021/Menkes/SK/I/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010 – 2014.
4. Keputusan Menteri Kesehatan No.1099/Menkes/SK/VI/2011 tentang Indikator Kinerja Utama Tingkat Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014.
5. Peraturan Menteri Kesehatan No.1981/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Keuangan No.76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum.
7. Peraturan Menteri Kesehatan No.4 Tahun 2013 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis Dan Anggaran Badan Layanan Umum Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.



8. Pakta Integritas Menteri Kesehatan
9. Rencana Strategi Bisnis (RSB) Tahun 2015-2019 RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang.
10. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016.
11. Penetapan Kinerja RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016.

B. SASARAN STRATEGIS

Dalam rangka pencapaian visi dan misi sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang 2015-2019, maka ditetapkan sasaran strategis sebagai berikut :

- a. Terwujudnya kepuasan stakeholder.
- b. Meningkatnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.
- c. Terwujudnya kerjasama dengan pemerintah daerah dan swasta guna peningkatan mutu kegiatan referal.
- d. Terwujudnya layanan rehabilitasi medis, karya dan sosial medik yang handal.
- e. Terwujudnya sistem manajemen pelayanan terpadu.
- f. Terpenuhinya kompetensi SDM.
- g. Meningkatnya motivasi dan komitmen SDM.
- h. Terpenuhinya sarana dan prasarana yang handal.
- i. Terwujudnya sistem informasi manajemen rumah sakit.



C. INDIKATOR KINERJA

1. Indikator Kinerja Badan Layanan Umum

Tabel 3.1

Target Indikator Kinerja Aspek Keuangan

Tahun 2016

a. Aspek Keuangan

NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI
I.	RATIO KEUANGAN	19
1.	Rasio Kas (Cash Ratio)	2
2.	Rasio Lancar (Current Ratio)	2,5
3.	Collecton Period (CP)	2
4.	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2
5.	Imbalan Atas Aset Tetap (Return On Fixed Asset)	2
6.	Imbalan Ekuitas (Return On Equity)	2
7.	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2
8.	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Oprasional	2,5
9.	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2
II.	KEPATUHAN PENGELOLAAN KEUANGAN BLU	11
1.	Rencana Bisnis Dan Anggaran (RBA) Definitif	2
2.	Laporan Keuangan Berdasarkan SAK	2
3.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan Dan Belanja BLU (SP3B BLU)	2
4.	Tarif Layanan	1



NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI
5.	Sistem Akutansi	1
6.	Persetujuan Rekening	0,5
7.	Sop Pengelolaan Kas	0,5
8	Sop Pengelolaan Piutang	0,5
9.	Sop Pengelolaan Utang	0,5
10.	Sop Pengadaan Barang Dan Jasa	0,5
11.	Sop Pengelolaan Barang Inventaris	0,5
TOTAL		30

B. Aspek Pelayanan

NO.	ASPEK PELAYANAN	BOBOT NILAI
I.	LAYANAN	35
A.	PERTUMBUHAN PRODUKTIFITAS	18
1	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Rawat Jalan	3
2	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Rawat Darurat	2,5
3	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2,5
4	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2,5
5	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2,5
6	Pertumbuhan Operasi	2,5
7	Pertumbuhan Rehab Medik	2,5
8	Pertumbuhan Perta Didik Pendidikan Kedokteran	-



NO.	ASPEK PELAYANAN	BOBOT NILAI
9	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan,	-
B.	EFEKTIFITAS PELAYANAN	14
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2
2	Pengembalian Rekam Medik	2
3	Angka Pembatalan Operasi	2
4	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2
5	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2
C.	PERTUMBUHAN PELAYANAN	3
1	Rata-Rata Jam Pelatihan Karyawan	1,5
2	Dokter Pendidik Klinis Mendapat TOT	-
3	Program Reward Dan Punishment	1,5
TOTAL		35

NO.	ASPEK PELAYANAN	BOBOT NILAI
II.	MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT	35
A.	MUTU PELAYANAN	14
1	Emergency Response Time	2
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2
3	Length Of Stay (LOS)	2
4	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2
5	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2



NO.	ASPEK PELAYANAN	BOBOT NILAI
6	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2
7	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2
B.	MUTU KLINIK	12
1	Angka Kematian Di Gawat Darurat	2
2	Angka Kematian \geq 48 Jam	2
3	Post Operative Death Rate	2
4	Angka Infeksi Nosokomial - Dekubitus (%)	4
5	Angka Kematian Ibu Di Rumah Sakit	2
C.	KEPEDULIAN KEPADA MASYARAKAT	4
1	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat Dan Sarana Kesehatan Lain	1
2	Penyuluhan Kesehatan	1
3	Rasio Tempat Tidur Kelas III	2
D.	KEPUASAN PELANGGAN	2
1	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1
2	Kepuasan Pelanggan	1
E.	KEPEDULIAN KEPADA LINGKUNGAN	3
1	Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri)	2
2	Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan	1
TOTAL		35



2. INDIKATOR KINERJA INDIVIDU

Tabel 3.2
Indikator Kinerja Individu Direktur Utama
RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang

Kategori	No.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot
Pelayanan Medis				
Kepatuhan Terhadap Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	ada 5 CP sudah diimplementasikan di RM dan dievaluasi	0,05
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 80 %	0,05
	3	Persentase Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3 %	0,05
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	0,05
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	0,05
	6	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	Ada kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,07
Capaian Indikator Medik	7	Jumlah Pasien Kusta Yang Akan Dioperasi Rekonstruksi	100%	0,04
	8	Persentase Kesembuhan Pasien Reaksi Kusta	100%	0,07
	9	Kematian Pasien Di IGD	≤ 2,5 %	0,07
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	> 75 %	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Pemeriksaan POD (Prevention Of Disability)	≥ 80 %	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	0,05
	14	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	≤ 48 Jam	0,05



Kategori	No.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	< 2 jam	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam 1x24 Jam (PRM)	> 80 %	0,02
Pelayanan Keuangan				
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasi (POBO)	> 65%	0,1

2. Indikator Kinerja Terpilih Satuan Kerja BLU Tahun 2016

Tabel 5.2
*Indikator Kinerja Terpilih Satker BLU
Tahun 2016*

No.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100 %	100%
3	Kepuasan Pelanggan	85%	85%
4	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasi (POBO)	65%	40%
5	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	48 jam	36 jam



3. KEY PERFORMANCE INDIKATOR (KPI)

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan tahun 2016 ditetapkan target Indikator Kinerja Utama dalam Rencana Strategi Bisnis sebagai berikut :

Tabel 3.3

Indikator Kinerja Utama

Tahun 2016

Sasaran Strategis		KPI		Satuan	Target 2016
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kepuasan pasien	Nominal IKM	2,55
		2	Tingkat kepuasan Stakeholder	Nominal IKM	2,55
2	Meningkatnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu	3	Persentase keluhan pasien yang ditindaklanjuti	Persentase	85
		4	Persentase temuan ketidak sediaan obat rutin yang ditindaklanjuti	Persentase	83
		5	Persentase pengembalian Rekam Medis dari rawat inap < 24 jam	Persentase	85
		6	Waktu tunggu rawat jalan	Menit	≤ 60
		7	Persentase Kesembuhan pasien reaksi kusta	Persentase	85
3	Terwujudnya kerjasama dengan pemerintah daerah dan swasta guna peningkatan mutu kegiatan referal	8	Persentase kerjasama yang terealisasi	Persentase	85
		9	Persentase kunjungan referral di wilayah binaan	Persentase	85



Sasaran Strategis		KPI		Satuan	Target 2016
4	Terwujudnya layanan rehabilitasi medis, karya dan sosial medik yang handal	10	Persentase peningkatan tindakan rehabilitasi.	Persentase	85
		11	Persentase peningkatan jumlah pasien yang mandiri	Persentase	40
		12	Persentase pasien kusta yang dilakukan pemeriksaan POD baik rawat inap maupun rawat jalan	Persentase	100
5	Terwujudnya sistem manajemen pelayanan terpadu	13	Persentase kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Persentase	40
6	Terpenuhinya kompetensi SDM	14	Persentase ketersediaan SDM yang kompeten	Persentase	70
7	Meningkatnya motivasi dan komitmen SDM	15	Persentase tingkat kepuasan karyawan	Persentase	75
8	Terpenuhinya sarana dan prasarana yang handal	16	Persentase pemeliharaan sarana dan prasarana	Persentase	65
		17	Persentase tersedianya sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan berfungsi dengan baik.	Persentase	85
		18	Persentase ketepatan kalibrasi sesuai jadwal	Persentase	85
9	Terwujudnya sistem informasi manajemen rumah sakit	19	Persentase pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) yang terintegrasi	Persentase	60



4. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Standar pelayanan minimal yang ingin dicapai di Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2

Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang

a. Indikator Keuangan

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
	Kinerja Keuangan	1.Imbalan Investasi (Return On investment)	$18 \% \leq ROI$
		2.Rasio Kas (Cash Ratio)	$x \geq 35 \%$
		3.Rasio Lancar (Current Ratio)	$125 \% \leq x$
		4.Collection Periods (CP)	$x \leq 60$ hari
		5. Perputaran Persediaan	$x \geq 35$ Hari
		6.Perputaran Aset	$120 \leq X \%$
		7.Rasio Total Modal sendiri terhadap Aset	$X=0$

b. Fokus Pelanggan

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani Life Saving anak dan dewasa	100%
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat darurat	24 Jam



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Pemberian Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		4. Ketersediaan Dokter yang mampu memberikan pelayanan Kegawatdaruratan Kusta	100%
		5. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu Tim
		6. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang
		7. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		8. Kematian Pasien ≤ 24 jam	< 2/1000 (pindah Ke pelayanan rawat inap setelah 8 Jam
		9. Tidak adanya Pasien yang diharuskan membayar Uang Muka	100%
2.	Rawat Jalan	1. Ketersediaan Pelayanan rawat Kusta Di Rs.Dr.Rivai Abdullah Palembang	Pelayanan a.Poliklinik Kusta b.Perawatan luka c. Rehabilitasi Center (Fisioterapi, Okupasi terapi, Protesa, Psikologi)
		2. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Kusta	100% dokter terampil/



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
			Pelatihan Kusta
		3. Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Spesialistik	3. Klinik a.Rehabilitasi Medik b.Kulit dan Kelamin
			c. Bedah Kusta
			d. Mata
			e. Neurologi
			f. Anak
			g. Penyakit dalam
			h. Bedah umum
			i. Kebidanan
		4. Pemberi Pelayanan di Poli spesialis	100 % Dokter Sepesialis
		5. Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kecuali Jumat : 08.00-11.00
		6. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 Menit
		7. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
3.	Rawat Inap	1. Pemberi Pelayanan Kusta di rawat Inap	100 % dokter terampil/ Pelatihan Kusta



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		2. Pemberi Pelayanan Perawatan di Rawat Inap	Perawat Minimal Pendidikan DIII
		3. Pemberi Pelayanan konsultasi di Rawat Inap	100% Dokter Spesialis
		4. Dokter penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100% Dokter Umum
		5. Ketersediaan Pelayanan rawat Inap Kusta	Pelayanan
			a. Perawatan reaksi
			b. Perawatan luka
			c. Perawatan Pre dan Postoperasi
		6. Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Spesialistik	Konsultasi Spesialistik
			a. Rehabilitasi Medik
			b. Kulit dan Kelamin
			c. Bedah Kusta
			d. Mata
			e. Neurologi
			f. Anak
			g. Penyakit dalam
			h. Bedah umum
			i. Kebidanan
		j. Gizi	



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		7. Jam Visite dokter Spesialis	08.00s/d 14.00 setiap hari kerja
		8. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	8. $\leq 1,5 \%$
		9. Kejadian Infeksi Nasokomial	9. $\leq 1,5 \%$
		10. Tidak adanya pasien Jatuh yang berakibat Kecacatan/ Kematian	10. 100%
		11. Kematian pasien ≥ 48 Jam	11. $\leq 0,24 \%$
		12. Kejadian Pulang paksa	12. $\leq 5 \%$
		13. Kepuasan Pelanggan	13. $\geq 90 \%$
		14. Tidak adanya Kejadian Relaps pasien kusta dalam waktu ≤ 1 bulan	14. 100%
		15. Lama Hari Perawatan Pasien Kusta	15. ≤ 100 hari
4.	Bedah sentral	1. Ketersediaan Bedah Kusta	Pelayanan a. Bedah Rekonstruksi b. Bedah septic
		2. Ketersediaan Bedah Umum	Pelayanan a. Bedah umum b. Bedah Mata c. Bedah Kebidanan
		3. Pemberi Pelayanan Bedah Kusta Bedah Sentral	100% Dokter dengan Pelatihan Bedah Kusta



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		4. Pemberi Pelayanan Anastesi di Bedah Sentral	100 % dokter anastesi
		5. Pemberi Pelayanan Bedah Untuk umum	100 % Dokter Bedah
		6. Waktu tunggu Operasi elektif	≤ 2 Hari
		7. Kejadian Kematian di Meja Operasi	≤ 1 %
		8. Tidak adanya Kejadian Operasi salah sisi	100 %
		9. Tidak Adanya Operasi Salah Orang	100 %
		10. Tidak adanya Kejadian salah tindakan Operasi	100%
		11. Tidak adanya Kejadian Tertinggal Benda asing/Lain dalam Tubuh pasien setelah Operasi	100 %
		12. Komplikasi anastesi, Karena Overdosis reaksi Anastesi, dan salah penempatan endotracheal Tube	≤ 6 %
5.	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	Perdarahan ≤ 1 % Pre-Eklamsia ≤ 30 % Sepsis ≤ 0,2%
		2. Pemberi pelayanan Persalinan Normal	Dokter Sp. OG Dokter umum Terlatih (Asuhan Persalinan normal) Bidan
		3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit	Tim PONEK yang terlatih



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		4. Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter Sp.OG Dokter Sp.A dan Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr	50%
		6. Pertolongan Persalihan Melalui Seksio Cesaria	≤ 20 %
		7. Keluarga Berencana	100 %
		a. Peserta Kb Mantap (Vasektomi dan Tubektomi) yang dilakukan oleh Tenaga Kompeten dr.Sp.OG,dr.B,dr.Sp.U,dan Dokter Umum Terlatih	
		b. Peserta Kb Mantap yang mendapat Konseking KB Mantap dari Bidan Terlatih	
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
6.	Radiologi	1. Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax Foto	≤3 jam
		2. Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Sp.Rad
		3. Kejadian Kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
7.	Laboratorium dan Patologi Klinik	1. Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 140 menit kima darah, drh rutin dan BTA
		2. Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Sp.PK



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Tidak adanya Kesalahan Pemberian Hasil Lab	100%
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%
8.	Perawatan Luka	1. Ketersediaan Kelengkapan Pelayanan Perawatan Luka	100 %
		2. Pemberi Pelayanan di Perawatan Luka	Dokter Terlatih Kusta
		3. Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Perawatan luka yang di Rencanakan	≤ 50 %
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik	1. Ketersediaan Kelengkapan Pelayanan Rehabilitasi Medik di RS, Kusta Dr Rivai Abdullah Palembang	Pelayanan a. Fisioterapi b. Okupasi Terapi c. Prothese d. Psikologi
		2. Pemberi Pelayanan di Rehabilitasi Medik	100 % dokter Spesialis Rehabilitasi Medik, Penata Minimal Pendidikan D3 100%
		3. Kejadian drop Out pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik	≤ 50 %
		4. Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100 %



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
10.	Rehabilitasi Sosial dan Karya	1. Ketersediaan Kelengkapan Pelayanan Rehabilitasi sosial dan Karya di RS Kusta	Pelayanan a.Rehabilitasi Sosial b.Rehabilitasi Karya
		2. Pemberi Pelayanan di Rehabilitasi Sosial dan Rehabilitasi Karya	Petugas Sos Med dan Fasilitator
11.	Farmasi	1. Waktu tunggu Pelayanan	Waktu
		a. Obat Jadi	≤ 30 Menit
		b. Obat Racik	≤ 60 Menit
		2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%
		3. Penulisan Resep sesuai formularium	100 %
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
12.	Gizi	1. Ketepatan waktu Pemberian makan kepada Pasien	≥90 %
		2. Sisa Makanan yang tidak dimakan pasien	≤ 20 %
		3. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100 %



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
13.	Tranfusi Darah	1. Kerjasama dengan PMI setempat	100% Terpenuhi
		2. Kebutuhan darah bagi Pasien Tranfusi	100 % terpenuhi
		3. Kejadian reaksi Tranfusi	≤ 0.01 %
14.	Pelayanan JAMKESMA	Pelayanan terhadap pasien JAMKESMAS yang datang Ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % Terlayani
15.	Rekam Medik	1. Kelengkapan Pengisian rekam Medik 2x24 Jam setelah selesai Pelayanan	100%
		2. Kelengkapan Informed consent setelah mendapat Informasi yang Jelas	100%
		3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit
		4. Waktu penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan rawat Inap	≤ 15 Menit
16.	Pengolahan Limbah	1. Baku Mutu Limbah cair	Angka
			BOD < 30mg/l
			COD < 80 mg/l
			TSS < 30 mg/l
			pH 6-9
		2. Pengelolaan Limbah padat Infeksius sesuai dengan aturan	100 %



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
17.	Adminstrasi Manajemen	1. Tindak Lanjut Penyelesaian Temuan Direksi	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas Kinerja	100%
		3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
		4. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji berkala	100%
		5. Karyawan yang mendapat Pelatihan Minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6. Cost Recovery	≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat Inap	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
18.	Ambulans /Kereta Jenasah	1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 Jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di Rumah sakit	2 jam 11 menit
		3. Response Time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	Kotamadya : ≤ 30 Menit Kabupaten : ≤ 60 Menit



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
19.	Pemulasaran Jenasah	1. Waktu Tanggap (response Time) Pelayanan Pemulasaaran Jenasah	≤ 2 Jam
20.	Pelayanan Pemeliharaan	1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat	< 2 hari
	Sarana rumah sakit	2. Ketepatan waktu pemeliharaan Alat	100%
		3. Peralatan Laboratorium yang digunakan dalam Pelayanan dan Alat Ukur kalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan Kalibrasi	100 %
21.	Pelayanan laundry	1. Tidak adanya Kejadian Linen yang hilang	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan Linen untuk ruang Rawat Inap	100 %
22.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang Terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2. Tersedia APD disetiap instalasi/departemen	60 %
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial (Health Care Associated Infection = HAI) Di Rumah Sakit Minimal 1 Parameter	75 %



5. PENETAPAN KINERJA

Penetapan Kinerja yang ingin dicapai di Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3

**Penetapan Kinerja Tahun 2016
Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang**

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	
			2016	Satuan
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder.	Terwujudnya kepuasan pasien	2,55	Persentase
		Terwujudnya kepuasan stakeholder	2,55	Persentase
2	Meningkatnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.	Adanya keluhan pasien yang ditindaklanjuti	85	Persentase
		Adanya temuan ketidaksediaan obat rutin yang ditindaklanjuti	83	Persentase
		Terwujudnya pengembalian rekam medis dari rawat inap < 24 jam	85	Persentase
		Terwujudnya waktu tunggu rawat jalan	≤ 60	Menit



No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	
			2016	Satuan
		Terwujudnya kesembuhan pasien reaksi kusta	85	Persentase
3	Terwujudnya kerjasama dengan pemerintah daerah dan swasta guna peningkatan mutu kegiatan referral.	Adanya peningkatan kerjasama yang terealisasi	85	Persentase
		Terwujudnya kunjungan referral di wilayah binaan	85	Persentase
4	Terwujudnya layanan rehabilitasi medis, karya dan sosial medik yang handal	Terwujudnya peningkatan tindakan rehabilitasi	85	Persentase
		Terwujudnya peningkatan jumlah pasien yang mandiri	40	Persentase
		Terwujudnya pasien kusta yang dilakukan pemeriksaan POD baik rawat inap maupun rawat jalan	100	Persentase
5	Terwujudnya sistem manajemen pelayanan terpadu	Terwujudnya kepatuhan terhadap clinical pathway	40	Persentase
6	Terpenuhinya kompetensi SDM	Persentase ketersediaan SDM yang kompeten	70	Persentase
7	Meningkatnya motivasi dan komitmen SDM	Persentase tingkat kepuasan karyawan	75	Persentase



No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	
			2016	Satuan
8	Terpenuhinya sarana dan prasarana yang handal	Persentase pemeliharaan sarana dan prasarana	65	Persentase
		Persentase tersedianya sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan berfungsi dengan baik.	85	Persentase
		Persentase ketepatan kalibrasi sesuai jadwal	85	Persentase
9	Terwujudnya sistem informasi manajemen rumah sakit	Persentase pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) yang terintegrasi	60	Persentase

6. INDIKATOR KINERJA UTAMA

Tabel 3.3

Penetapan Kinerja Tahun 2016

Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	
			2016	Satuan
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder.	Terwujudnya kepuasan pasien	2,55	Persentase
		Terwujudnya kepuasan stakeholder	2,55	Persentase



No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	
			2016	Satuan
2	Meningkatnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.	Adanya keluhan pasien yang ditindaklanjuti	85	Persentase
		Adanya temuan ketidaksediaan obat rutin yang ditindaklanjuti	83	Persentase
		Terwujudnya pengembalian rekam medis dari rawat inap < 24 jam	85	Persentase
		Terwujudnya waktu tunggu rawat jalan	≤ 60	Menit
		Terwujudnya kesembuhan pasien reaksi kusta	85	Persentase
3	Terwujudnya kerjasama dengan pemerintah daerah dan swasta guna peningkatan mutu kegiatan referral.	Adanya peningkatan kerjasama yang terealisasi	85	Persentase
		Terwujudnya kunjungan referral di wilayah binaan	85	Persentase
4	Terwujudnya layanan rehabilitasi medis, karya dan sosial medik yang handal	Terwujudnya peningkatan tindakan rehabilitasi	85	Persentase
		Terwujudnya peningkatan jumlah pasien yang mandiri	40	Persentase
		Terwujudnya pasien kusta yang dilakukan	100	Persentase



No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	
			2016	Satuan
		pemeriksaan POD baik rawat inap maupun rawat jalan		
5	Terwujudnya sistem manajemen pelayanan terpadu	Terwujudnya kepatuhan terhadap clinical pathway	40	Persentase
6	Terpenuhinya kompetensi SDM	Persentase ketersediaan SDM yang kompeten	70	Persentase
7	Meningkatnya motivasi dan komitmen SDM	Persentase tingkat kepuasan karyawan	75	Persentase
8	Terpenuhinya sarana dan prasarana yang handal	Persentase pemeliharaan sarana dan prasarana	65	Persentase
		Persentase tersedianya sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan berfungsi dengan baik.	85	Persentase
		Persentase ketepatan kalibrasi sesuai jadwal	85	Persentase
9	Terwujudnya sistem informasi manajemen rumah sakit	Persentase pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) yang terintegrasi	60	Persentase



BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

A. Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran

Dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah diuraikan pada BAB III, maka perlu diuraikan strategi untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, adalah sebagai berikut :

1. Sasaran 1, Terwujudnya Kepuasan Stakeholder.

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

- a. Program Survey kepuasan pelanggan.
- b. Program Sosialisasi pelayanan rumah sakit kepada pelanggan.

2. Sasaran 2, Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Secara Menyeluruh Dan Terpadu.

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

- a. Program Tindak lanjut komplain pelanggan.
- b. Program Penataan pengelolaan farmasi.
- c. Program Penataan pengelolaan rekam medis.
- d. Program Tata kelola rawat jalan.
- e. Program Tata kelola pasien reaksi kusta yang komprehensif.

3. Sasaran 3, Terwujudnya Jaringan Kerjasama Dengan Pemerintah Daerah Dan Swasta Guna Peningkatan Mutu Pelayanan

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;



- a. Program Identifikasi institusi yang bekerja sama.
- b. Program Pembuatan IKS (Ikatan Kerja Sama) pelayanan kesehatan.
- c. Program Revitalisasi kegiatan referral pasien kusta.

4. Sasaran 4, Terwujudnya Layanan Rehabilitasi Medis, Karya Dan Sosial Yang Handal.

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

- a. Program Penataan sistem pelayanan rehabilitasi di rumah sakit
- b. Program Penataan sistem pelayanan rehabilitasi (rumah singgah) di rumah sakit

5. Sasaran 5, Terwujudnya Sistem Manajemen Pelayanan Terpadu

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

- a. Program Penataan sistem pelayanan rehabilitasi di rumah sakit
- a. Program Penyusunan *clinical pathway*.
- b. Program Sosialisasi *clinical pathway*.

6. Sasaran 6, Terpenuhinya Kompetensi SDM

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

Program Penataan sistem pelayanan SDM, meliputi :

- ✓ Rekrutmen,
- ✓ Pendidikan pelatihan,
- ✓ Peningkatan kompetensi SDM,
- ✓ Pendidikan berkelanjutan.



7. Sasaran 7, Meningkatnya Motivasi dan Komitmen SDM Dengan Pemantapan Sistem BLU

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan; Program Penerapan *reward* dan *punishment*.

8. Sasaran 8, Terwujudnya Kehandalan Sarana Dan Prasarana

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

- a. Program Optimalisasi fungsi sarana dan prasarana.
- b. Program Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar.
- c. Program Penjadwalan kalibrasi.

9. Sasaran 9, Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran tersebut adalah dengan pelaksanaan ;

- a. Pemenuhan SIMRS berdasarkan level.

B. Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi

Berbagai hambatan dalam pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Sasaran 1, Terwujudnya Kepuasan Stakeholder.

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai terwujudnya kepuasan stakeholder tersebut adalah :

- a. Program Survey kepuasan pelanggan belum dilaksanakan secara rutin (bulanan) dikarenakan terbatasnya tenaga pelaksana survey kepuasan pelanggan.



- b. Program Sosialisasi pelayanan rumah sakit kepada pelanggan belum terlaksana dengan optimal. Sosialisasi pelayanan rumah sakit lebih banyak ditujukan kepada pengunjung yang datang ke rumah sakit.

2. Sasaran 2, Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Secara Menyeluruh Dan Terpadu.

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka meningkatnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu adalah :

- a. Program Tindak lanjut komplain pelanggan.

Hambatan & Permasalahan :

Komplain pelanggan melalui kotak saran belum terkelola dengan baik dikarenakan masih terbatasnya SDM.

- b. Program Penataan pengelolaan farmasi.

Hambatan & Permasalahan :

Manajemen pengelolaan farmasi belum optimal karena belum didukung oleh sistem pengelolaan yang terintegrasi di rumah sakit (sistem informasi dan manajemen rumah sakit).

- c. Program Penataan pengelolaan rekam medis

Hambatan & Permasalahan :

Tatalaksana pengelolaan rekam medis masih perlu di tingkatkan sesuai dengan aturan yang berlaku dan perlu optimalisasi sistem informasi dan manajemen rumah sakit.

- d. Program Tata kelola rawat jalan.

Hambatan & Permasalahan :

Administrasi rawat jalan yang masih belum sesuai harapan, pelaporan masih sering terlambat, karena masih menggunakan sistem manual (SIM RS belum berjalan).



- e. Program Tata kelola pasien reaksi kusta yang komprehensif.

Hambatan & Permasalahan :

Tata kelola pasien reaksi kusta sudah berjalan sesuai standar pelayanan yang berlaku (*Clinical Pathway*) tetapi masih perlu ditingkatkan disiplin pengisian Catatan Pemberi Pelayanan Terpadu (CPPT) dengan unit-unit terkait dalam upaya identifikasi faktor -faktor pencetus reaksi kusta berulang .

3. Sasaran 3, Terwujudnya Jaringan Kerjasama Dengan Pemerintah Daerah Dan Swasta Guna Peningkatan Mutu Pelayanan

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya jaringan kerjasama dengan pemerintah daerah dan swasta guna peningkatan mutu pelayanan :

- a. Program Identifikasi institusi yang bekerja sama.

Hambatan & permasalahan :

Tidak adanya kerjasama dalam penatalaksanaan pelayanan kesehatan terutama dalam penatalaksanaan pasien kusta.

- b. Program Pembuatan IKS (Ikatan Kerja Sama) pelayanan kesehatan.

Hambatan & permasalahan :

Belum terealisasinya pembuatan IKS dengan seluruh daerah binaan yang meliputi seluruh daerah di propinsi pulau sumatera dan kalimantan barat.

- c. Program Revitalisasi kegiatan referal pasien kusta.

Hambatan & permasalahan :

Mekanisme belum tersosialisasi dengan baik ke beberapa dinas kesehatan di wilayah binaan sehingga tidak tersedia dana untuk mensupport kegiatan referal dari beberapa dinas kesehatan tujuan wilayah binaan.



4. Sasaran 4, Terwujudnya Layanan Rehabilitasi Medis, Karya Dan Sosial Yang Handal.

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya layanan rehabilitasi medis, karya dan sosial yang handal :

- a. Program Penataan sistem pelayanan rehabilitasi di rumah sakit
Hambatan & permasalahan :
 - Belum adanya ketersediaan tenaga dokter Rehabilitasi.
 - Sistem pelayanan rehabilitasi sudah berjalan sesuai dengan standar pelayanan tetapi masih perlu ditingkatkan lagi karena ada beberapa SOP yang belum ter *up to date*.
- b. Program Penataan sistem pelayanan rehabilitasi (rumah singgah) di rumah sakit.
Hambatan & permasalahan :

Belum optimalnya pelaksanaan SOP di rumah singgah dikarenakan adanya beberapa SOP yang belum ter *up to date*.

5. Sasaran 5, Terwujudnya Sistem Manajemen Pelayanan Terpadu

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya sistem manajemen pelayanan terpadu ;

- a. Program Penataan sistem pelayanan rehabilitasi di rumah sakit
Hambatan & permasalahan :
 - Belum adanya tenaga dokter spesialis Rehabilitasi.
 - Belum ter *up to date* nya alur pelayanan dan SOP.
- b. Program Penyusunan *clinical pathway*.
Hambatan & permasalahan :

Penyusunan *clinical pathway* untuk kasus - kasus *high risk, high volume*,



high cost masih perlu di tingkatkan sebagai upaya kendaali mutu dan kendali biaya.

c. Program Sosialisasi *clinical pathway*.

Hambatan & permasalahan :

Sosialisasi *clinical pathway* masih perlu ditingkatkan mengingat belum optimalnya peran DPJP dalam penerapan *clinical pathway* di rumah sakit.

6. Sasaran 6, Terpenuhinya Kompetensi SDM

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terpenuhinya kompetensi SDM adalah :
Belum optimalnya penataan dalam penempatan SDM sesuai kompetensi

7. Sasaran 7, Meningkatnya Motivasi dan Komitmen SDM Dengan Pemanapan Sistem BLU

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka meningkatnya motivasi dan komitmen sdm dengan pemanapan sistem BLU ; Program Penerapan *reward* dan *punishment*.

Belum optimalnya penerapan reward dan punishment.

8. Sasaran 8, Terwujudnya Kehandalan Sarana Dan Prasarana

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya strategi terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana;

a. Program Optimalisasi fungsi sarana dan prasarana.

Hambatan & permasalahan :

Bangunan gedung perawatan sudah mulai rusak dan rata-rata berasal dari pembangunan diatas 20 tahun.



b. Program Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar.

Hambatan & permasalahan :

Keterbatasan anggaran untuk penggantian dan pengadaan sarana dan prasarana sesuai standar.

c. Program Penjadwalan kalibrasi.

Hambatan & permasalahan :

Keterbatasan anggaran untuk pelaksanaan kalibrasi

9. Sasaran 9, Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya sistem informasi manajemen rumah sakit adalah belum terpenuhinya sarana dan prasarana penunjang untuk pengembangan SIMRS.

C. Upaya Tindak Lanjut

Dalam upaya mengatasi permasalahan dan hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan kegiatan, maka dilakukan berbagai upaya terobosan yang dilaksanakan secara optimal oleh masing-masing unit kerja, sebagai berikut :

1. Sasaran 1, Terwujudnya Kepuasan Stakeholder.

Upaya tindak lanjut untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka mencapai terwujudnya kepuasan stakeholder tersebut adalah :

a. Peningkatan kemampuan SDM, melalui pelatihan tentang survei di rumah sakit.



- b. Peningkatan upaya promosi dan pemasaran kegiatan pelayanan rumah sakit melalui unit humas dan pemasaran.

2. Sasaran 2, Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Secara Menyeluruh Dan Terpadu.

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka meningkatnya pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu adalah :

- a. Sosialisasi SOP Pengelolaan Komplain kepada semua pegawai, peningkatan koordinasi dengan unit-unit pelayanan tentang peran serta penanganan dan tindak lanjut atas komplain pelanggan.
- b. Melakukan perbaikan SOP tata laksana pengelolaan farmasi, perbaikan pencatatan stok farmasi melalui cara manual.
- c. Perbaikan SOP penataan dan pengelolaan berkas rekam medis sesuai dengan permenkes tentang rekam medis di rumah sakit, penetapan sistem penyimpanan dan pengelolaan berkas rekam medik sesuai permenkes yang berlaku.
- d. Mengupayakan terlaksana SIM RS yang terintegrasi di seluruh rumah sakit.
- e. Memperbaiki SOP terkait tata laksana pasien reaksi kusta, meningkatkan koordinasi antar unit terkait untuk mencapai kesembuhan reaksi kusta secara komprehensif.

3. Sasaran 3, Terwujudnya Jalinan Kerjasama Dengan Pemerintah Daerah Dan Swasta Guna Peningkatan Mutu Pelayanan

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka



terwujudnya jalinan kerjasama dengan pemerintah daerah dan swasta guna peningkatan mutu pelayanan :

- a. Menjalinkan kerjasama pelayanan kesehatan dengan kepala daerah di wilayah binaan.
- b. Usulan anggaran untuk tindak lanjut penyelesaian IKS
- c. Perbaiki mutu dan kerjasama

4. Sasaran 4, Terwujudnya Layanan Rehabilitasi Medis, Karya Dan Sosial Yang Handal.

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya layanan rehabilitasi medis, karya dan sosial yang handal :

- a. Perbaiki mutu dan kerja sama
- b. Perbaiki SOP dan peningkatan mutu layanan
- c. Perencanaan dan pengadaan peralatan pendukung kegiatan.

5. Sasaran 5, Terwujudnya Sistem Manajemen Pelayanan Terpadu

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya sistem manajemen pelayanan terpadu ;

- a. Perbaiki dan penyusunan *clinical pathway* sebagai panduan praktik klinik di rumah sakit. Pelaksanaan audit *clinical pathway* sebagai upaya evaluasi kepatuhan penerapan *clinical pathway* untuk 5 (lima) kasus penyakit di rumah sakit.
- b. Meningkatkan koordinasi dengan DPJP dan semua tenaga profesi yang ada di rumah sakit agar sosialisasi *clinical pathway* dapat mencapai tujuan yang diharapkan (peningkatan mutu layanan kesehatan di rumah sakit).



6. Sasaran 6, Terpenuhinya Kompetensi SDM

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terpenuhinya kompetensi SDM adalah penataan dalam penempatan SDM sesuai kompetensi.

7. Sasaran 7, Meningkatnya Motivasi dan Komitmen SDM Dengan Pemantapan Sistem BLU

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka meningkatnya motivasi dan komitmen sdm dengan pemantapan sistem BLU adalah penerapan sistem reward dan punishment sesuai kinerja yang realistis

8. Sasaran 8, Terwujudnya Kehandalan Sarana Dan Prasarana

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya strategi terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana;

- a. Usulan renovasi gedung
- b. Usulan penambahan anggaran untuk penggantian dan pengadaan sarana dan prasarana sesuai standar.
- c. Usulan penambahan alokasi anggaran untuk pelaksanaan kalibrasi.

9. Sasaran 9, Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Upaya tindak lanjut dalam menyelesaikan permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya sistem informasi manajemen rumah sakit adalah :

Pengembangan SIMRS sesuai sistem yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan.



BAB V

HASIL KERJA

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016 menyelenggarakan berbagai program dan kegiatan pelayanan beserta indikator-indikatornya yang relevan sebagai tolok ukur keberhasilan program dan kegiatan tersebut.

Penilaian pencapaian kinerja pelayanan dilakukan dengan cara membandingkan antara target dan realisasi masing-masing indikator kinerja sasaran yang tertuang dalam butir-butir kegiatan tersebut.

A. PENCAPAIAN TARGET KINERJA

1. Pencapaian Indikator Kinerja Badan Layanan Umum (BLU)

a. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Keuangan

*Tabel 5.1
Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Keuangan
Tahun 2016*

NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
I.	RATIO KEUANGAN	19		9.55
1.	Rasio Kas (Cash Ratio)	2	110,88%	0,5
2.	Rasio Lancar (Current Ratio)	2,5	32.646,48%	2,5
3.	Collecton Period (CP)	2	313,43 Hari	0
4.	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2	12,91 %	1
5.	Imbalan Atas Aset Tetap (Return On Fixed Asset)	2	3,57 %	1,1



NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
6.	Imbalan Ekuitas (Return On Equity)	2	4,35 %	1,2
7.	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2	114,28 hari	2
8.	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Oprasional (POBO)	2,5	28,24 %	1,25
9.	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	-	
II.	KEPATUHAN PENGOLAHAN KEUANGAN BLU	11		10
1.	Rencana Bisnis Dan Anggaran (RBA) Definitif: <ul style="list-style-type: none"> - Sampai dengan tanggal 31 desember tahun sebelumnya - Ditandatangani oleh pemimpin satker BLU - Diketahui Dewas atau pejabat yang ditunjuk oleh menteri/ pimpinan lembaga - Disetujui dan ditandatangani oleh menteri/ pimpinan lembaga - Sesuai format PMK no.92/PMK.05/2011 	2	1,2	1,2
2.	Laporan Keuangan Berdasarkan SAK <ul style="list-style-type: none"> - Tw I : Paling lambat tanggal 15 setelah Triwulan berakhir - Tw II : Paling lambat tanggal 10 setelah Semester berakhir - Tw III: Paling lambat tanggal 15 setelah Triwulan berakhir - Tahunan: Paling lambat tanggal 20 setelah Tahun berakhir - Audit Keuangan paling lambat tanggal 31 Mei Tahun Anggaran Berikutnya - Opini Audit Laporan Keuangan 	2	1,8	1,8
3.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan Dan Belanja BLU (SP3B BLU) <ul style="list-style-type: none"> - Disampaikan sampai dengan akhir triwulan I, II, III, IV (masing-masing triwulan) - Saldo kas telah sesuai 	2	Ya	2
4.	Tarif Layanan	1	Tarif telah ditetapkan oleh menteri keuangan	1
5.	Sistem Akutansi <ul style="list-style-type: none"> - Sistem akuntansi Keuangan - Sistem akuntansi Biaya - Sistem akuntansi Aset tetap 	1	Ya	1
6.	Persetujuan Rekening	0,5	Ya	0,5



NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
	- Rekening pengelolaan Kas - Rekening Operasional - Rekening Dana Kelolaan			
7.	SOP Pengelolaan Kas	0,5	Ya	0,5
8	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	Ya	0,5
9.	SOP Pengelolaan Utang	0,5	Ya	0,5
10.	SOP Pengadaan Barang Dan Jasa	0,5	Ya	0,5
11.	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	Ya	0,5
TOTAL				19,55

b. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Pelayanan

Tabel 5.2
Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Pelayanan
Tahun 2016

NO.	ASPEK LAYANAN	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
I.	LAYANAN			
A.	PERTUMBUHAN PRODUKTIFITAS	18		12,5
1	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Rawat Jalan	3	1,07	2,5
2	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan R. Darurat	2,5	0,87	0,5
3	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2,5	0,89	0,5
4	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2,5	1,13	2,5
5	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2,5	0,95	1,5
6	Pertumbuhan Operasi	2,5	1,15	2,5
7	Pertumbuhan Rehab Medik	2,5	1,98	2,5
8	Pertumbuhan Perta Didik Pedidikan Kedokteran	-	-	-



NO.	ASPEK LAYANAN	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
9	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan,	-	-	-
B.	EFEKTIFITAS PELAYANAN	14		11,5
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	100%	2
2	Pengembalian Rekam Medik	2	99,13%	2
3	Angka Pembatalan Operasi	2	0%	2
4	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	2,42%	1
5	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2	97%	2
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,03%	2
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	23,22%	0,5
C.	PERTUMBUHAN PELAYANAN	3		2
1	Rata-Rata Jam Pelatihan Karyawan	1,5	JAM	1,5
2	Dokter Pendidik Klinis Mendapat TOT	-	-	-
3	Program Reward Dan Punishment	1,5	Ada program, sebagian dilaksanakan	1
TOTAL		35		26,5
II. MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT				
A.	MUTU PELAYANAN	14		13,5
1	Emergency Response Time	2	0 MENIT	2
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	35,83 MENIT	1,5
3	Length Of Stay (Los)	2	7,11 HARI	2
4	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	5,81 Menit	2
5	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	21,37 jam	2
6	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	15,83 Menit	2



NO.	ASPEK LAYANAN	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
7	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	8,08 Menit	2
B.	MUTU KLINIK	12		11,5
1	Angka Kematian Di Gawat Darurat	2	0,57 %	2
2	Angka Kematian \geq 48 Jam	2	2,41 ‰	1,5
3	Post Operative Death Rate	2	0 %	2
4	Angka Infeksi Nosokomial - Dekubitus (%)	4	0 %	4
5	Angka Kematian Ibu Di Rumah Sakit	2	0,01%	2
C.	KEPEDULIAN KEPADA MASYARAKAT	4		2
1	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat Dan Sarana Kesehatan Lain	1	Tidak ada program	0
2	Penyuluhan Kesehatan	1	Tidak ada program	0
3	Rasio Tempat Tidur Kelas III	2	87,98 %	2
D.	KEPUASAN PELANGGAN	2		1,87
1	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	100 %	1
2	Kepuasan Pelanggan	1	87,5 %	0,87
E.	KEPEDULIAN KEPADA LINGKUNGAN	3		2,2
1	Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri)	2	8120	2
2	Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan	1	Hitam semua Tidak dilaksanakan pengukuran	0,2
TOTAL		35		31,07



Hasil penilaian kinerja Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang pada Tahun 2016 :

- Indikator Kinerja Keuangan : 19,55
- Indikator Kinerja Operasional : 26,5
- Indikator Kinerja Mutu dan Layanan Masyarakat : 31,07
- Jumlah** : **77,12**

Dengan demikian tingkat kesehatan Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang pada Tahun 2016, termasuk dalam katagori : **A (Baik)**

tingkat kesehatan Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang pada Tahun 2015, dengan nilai 72,90 dan termasuk dalam katagori : A (Baik)

2. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama Tahun 2016

Tabel 5.2
Indikator Kinerja Individu Direktur Utama tahun 2016

Kategori	No.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot	Tahun 2016		Ket
					Hasil perhitungan	Skor	Total skor
PELAYANAN MEDIK							
Kepatuhan Terhadap Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	ada 5 CP sudah diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	0,05	ada 5 CP sudah diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	100	5,00
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 80 %	0,05	93,53 %	100	5,00



Kategori	No.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot	Tahun 2016		Ket
					Hasil perhitungan	Skor	Total skor
	3	Persentase Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3 %	0,05	0%	100	5,00
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	0,05	100%	100	5,00
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	0,05	0%	100	5,00
	6	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	Ada kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,07	Ada kebijakan, ada SOP, dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	7,00
Capaian Indikator Medik	7	Jumlah Pasien Kusta Yang Akan Dioperasi Rekonstruksi	100%	0,04	0%	0	0,00
	8	Persentase Kesembuhan Pasien Reaksi Kusta	100%	0,07	86,33 %	100	7,00
	9	Kematian Pasien Di IGD	≤ 2,5 %	0,07	0,57 %	100	7,00
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	0,08	100%	100	8,00
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	> 75 %	0,08	100 %	100	8,00
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Pemeriksaan POD (Prevention Of Disability)	≥ 80 %	0,02	98,25 %	100	2,00
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	0,05	35,83 menit	100	5,00
	14	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	≤ 48 Jam	0,05	20,67 jam	100	5,00
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	< 2 jam	0,05	15,83 menit	100	5,00
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	0,05	5,81 menit	100	5,00
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam 1x24 Jam (PRM)	> 80 %	0,02	100 %	100	2,00



Kategori	N o.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot	Tahun 2016		Ket
					Hasil perhitungan	Skor	Total skor
PELAYANAN KEUANGAN							
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasi (POBO)	> 65%	0,1	28,24 %	50	5,00
					JUMLAH TS		91
					NILAI IKI		1,875

2. Indikator Kinerja Terpilih Satuan Kerja BLU Tahun 2016

Tabel 5.2
Indikator Kinerja Terpilih Satker BLU tahun 2016

N o.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target	Ket	
				Realisasi	Cn
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100 %	100%	100%	100
3	Kepuasan Pelanggan	85%	85%	87,5%	101,76
4	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasi (POBO)	65%	40%	28,24%	66,98
5	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	48 jam	36 jam	30,4 jam	119,33
SKOR IKT					97,61



3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Tabel 5.3

Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2016

a. Indikator Keuangan

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
	Kinerja Keuangan	1.Imbalan Investasi (Return On investment)	1.18 % \leq ROI	-
		2.Rasio Kas (Cash Ratio)	2.x \geq 35 %	110,88%
		3.Rasio Lancar (Current Ratio)	3.125 % \leq x	32.646,48%
		4.Collection Periods (CP)	4.x \leq 60 hari	313,43 hari
		5. Perputaran Persediaan	5.x \geq 35 Hari	114,28 hari
		6.Perputaran Aset	6.120 \leq X %	12,91%
		7.Rasio Total Modal sendiri terhadap Aset	7.X=0	-

b. Fokus Pelanggan

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani Life Saving anak dan dewasa	100%	100%
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat darurat	24 Jam	24 jam
		3. Pemberian Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	40% masih berlaku, 60 % habis masa berlaku
		4. Ketersediaan Dokter yang mampu memberikan pelayanan Kegawatdaruratan	100%	



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
		Kusta		
		5. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu Tim	satu tim
		6. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	0 menit
		7. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	
		8. Kematian Pasien ≤ 24 jam	< 2/1000 (pindah Ke pelayanan rawat inap setelah 8 Jam	
		9. Tidak adanya Pasien yang diharuskan membayar Uang Muka	100%	100%
2.	Rawat Jalan	1. Ketersediaan Pelayanan rawat Kusta Di Rs.Dr.Rivai Abdullah Palembang	Pelayanan a.Poliklinik Kusta	Ada
			b.Perawatan luka	ada
			c. Rehabilitasi Center (Fisioterapi, Okupasi terapi,Protesa,Psikologi)	ada
		2. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Kusta	100% dokter terampil/ Pelatihan Kusta	100 % Dokter terampil pelatihan kusta
		3. Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Spesialistik	3. Klinik a.Rehabilitasi Medik	Ada



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
			b. Kulit dan Kelamin	ada
			c. Bedah Kusta	ada
			d. Mata	ada
			e. Neurologi	ada
			f. Anak	ada
			g. Penyakit dalam	ada
			h. Bedah umum	ada
			i. Kebidanan	ada
		4. Pemberi Pelayanan di Poli spesialis	100 % Dokter Spesialis	100 % dokter Spesialis
		5. Jam Buka Pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kecuali Jumat : 08.00-11.00	08 s/d 13.00 setiap hari kecuali hari jum'at 08 s/d 11.00
		6. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 Menit	35,83 menit
		7. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	
3.	Rawat Inap	1. Pemberi Pelayanan Kusta di rawat Inap	100 % dokter terampil/ Pelatihan Kusta	100 % dokter terampil pelatihan kusta
		2. Pemberi Pelayanan Perawatan di Rawat Inap	Perawat Minimal Pendidikan DIII	masih ada yang berpendidikan SPK
		3. Pemberi Pelayanan konsultasi di Rawat Inap	100% Dokter Spesialis	100% dokter spesialis pelay umum 100% dokter umum



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
				elayanan Kusta
		4. Dokter penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100% Dokter Umum	100% dokter Spesialis
		5.Ketersediaan Pelayanan rawat Inap Kusta	Pelayanan	
			a. Perawatan reaksi	tersedia
			b. Perawatan luka	tersedia
			c. Perawatan Pre dan Postoperasi	tersedia
		6.Ketersediaan Pelayanan Konsultasi Spesialistik	Konsultasi Spesialistik	
			a.Rehabilitasi Medik	tidak tersedia
			b.Kulit dan Kelamin	tersedia
			c.Bedah Kusta	tersedia
			d.Mata	tersedia
			e.Neurologi	tersedia
			f. Anak	tersedia
			g.Penyakit dalam	tersedia
			h.Bedah umum	tersedia
			i.Kebidanan	tersedia
		j. Gizi	tidak tersedia	
		7. Jam Visite dokter Spesialis	08.00s/d 14.00 setiap	Jam 8.00 s/d 14.00 setiap



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
			hari kerja	hari kerja
		8. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	8. $\leq 1,5 \%$	0%
		9. Kejadian Infeksi Nasokomial	9. $\leq 1,5 \%$	0%
		10. Tidak adanya pasien Jatuh yang berakibat Kecacatan/ Kematian	10. 100%	0%
		11. Kematian pasien ≥ 48 Jam	11. $\leq 0,24 \%$	0,44%
		12. Kejadian Pulang paksa	12. $\leq 5 \%$	
		13. Kepuasan Pelanggan	13. $\geq 90 \%$	
		14. Tidak adanya Kejadian Relaps pasien kusta dalam waktu ≤ 1 bulan	14. 100%	
		15. Lama Hari Perawatan Pasien Kusta	15. ≤ 100 hari	98,78 hari
4.	Bedah sentral	1. Ketersediaan Bedah Kusta	Pelayanan	Pelayanan
		a. Bedah Rekonstruksi		tersedia
		b. Bedah septic		tersedia
		2. Ketersediaan Bedah Umum	Pelayanan	
		a. Bedah umum		tersedia
		b. Bedah Mata		tersedia
		c. Bedah Kebidanan		tersedia
		3. Pemberi Pelayanan Bedah Kusta Bedah Sentral	100% Dokter dengan Pelatihan Bedah Kusta	0%



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
		4. Pemberi Pelayanan Anasthesi di Bedah Sentral	100 % dokter anasthesi	100% dokter Anaestesi
		5. Pemberi Pelayanan Bedah Untuk umum	100 % Dokter Bedah	100 % dokter bedah
		6. Waktu tunggu Operasi elektif	≤ 2 Hari	21,37 Jam
		7. Kejadian Kematian di Meja Operasi	≤ 1 %	0%
		8. Tidak adanya Kejadian Operasi salah sisi	100 %	100%
		9. Tidak Adanya Operasi Salah Orang	100 %	100%
		10. Tidak adanya Kejadian salah tindakan Operasi	100%	100%
		11. Tidak adanya Kejadian Tertinggal Benda asing/Lain dalam Tubuh pasien setelah Operasi	100 %	100%
		12. Komplikasi anasthesi, Karena Overdosis reaksi Anasthesi, dan salah penempatan endotracheal Tube	≤ 6 %	
5.	Persalinan, Perinatologi dan KB	1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	Perdarahan ≤ 1 % Pre-Eklamsia ≤ 30 % Sepsis ≤ 0,2%	preeklamsi 0,01%
		2. Pemberi pelayanan Persalinan Normal	Dokter Sp. OG Dokter umum Terlatih (Asuhan Persalinan normal) Bidan	tidak
		3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
		4. Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter Sp.OG Dokter Sp.A dan Dokter Sp.An	Ya
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr	50%	100%
		6. Pertolongan Persalihan Melalui Seksio Cesaria	≤ 20 %	46,50%
		7. Keluarga Berencana	100 %	
		a. Peserta Kb Mantap (Vasectomi dan Tubektomi) yang dilakukan oleh Tenaga Kompeten dr.Sp.OG,dr.B,dr.Sp.U,dan Dokter Umum Terlatih		(tidak dilaksanakan kegiatan KB di RS)
		b. Peserta Kb Mantap yang mendapat Konseking KB Mantap dari Bidan Terlatih		
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	
6.	Radiologi	1. Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax Foto	≤3 jam	8,08 Menit
		2. Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Sp.Rad	Tidak ada
		3. Kejadian Kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	2,42%
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	88,25%
7.	Laboratorium dan Patologi Klinik	1. Waktu Tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 140 menit kima darah, drh rutin dan BTA	15,83 menit (tanpa BTA)
		2. Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Sp.PK	tidak ada
		3. Tidak adanya Kesalahan Pemberian Hasil Lab	100%	



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	
8.	Perawatan Luka	1. Ketersediaan Kelengkapan Pelayanan Perawatan Luka	100 %	
		2. Pemberi Pelayanan di Perawatan Luka	Dokter Terlatih Kusta	
		3. Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Perawatan luka yang di Rencanakan	≤ 50 %	
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	
9.	Rehabilitasi Medik	1. Ketersediaan Kelengkapan Pelayanan Rehabilitasi Medik di RS,Kusta Dr Rivai Abdullah Palembang	Pelayanan	1. Pelayanan :
			a. Fisioterapi	ada
			b. Okupasi Terapi	ada
			c. Prothese	ada
			d. Psikologi	ada
		2. Pemberi Pelayanan di Rehabilitasi Medik	100 % dokter SpesialisRehabilitasi Medik, Penata Minimal Pendidikan D3 100%	Tidak ada Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik, 100% Penata Minimal Pendidikan D3
		3. Kejadian drop Out pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik	≤ 50 %	
		4. Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100 %	
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
10.	Rehabilitasi Sosial dan Karya	1. Ketersediaan Kelengkapan Pelayanan Rehabilitasi sosial dan Karya di RS Kusta	Pelayanan	
			a.Rehabilitasi Sosial	ada
		b.Rehabilitasi Karya	ada	
		2. Pemberi Pelayanan di Rehabilitasi Sosial dan Rehabilitasi Karya	Petugas Sos Med dan Fasilitator	ada petugas Sosial Medik
11.	Farmasi	1. Waktu tunggu Pelayanan	Waktu	
		a. Obat Jadi	≤ 30 Menit	5,81 menit
		b. Obat Racik	≤ 60 Menit	
		2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%	
		3. Penulisan Resep sesuai formularium	100 %	93,53%
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	80%
12.	Gizi	1. Ketepatan waktu Pemberian makan kepada Pasien	≥90 %	93,17%
		2. Sisa Makanan yang tidak dimakan pasien	≤ 20 %	14,99%
		3. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100 %	100%
13.	Tranfusi Darah	1. Kerjasama dengan PMI setempat	100% Terpenuhi	0 %
		2. Kebutuhan darah bagi Pasien Tranfusi	100 % terpenuhi	
		3. Kejadian reaksi Tranfusi	≤ 0.01 %	
14.	Pelayanan	Pelayanan terhadap pasien	100 %	Pasien BPJS



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
	JAMKESMA	JAMKESMAS yang datang Ke RS pada setiap unit pelayanan	Terlayani	terlayani
15.	Rekam Medik	1. Kelengkapan Pengisian rekam Medik 2x24 Jam setelah selesai Pelayanan	100%	100%
		2. Kelengkapan Informed consent setelah mendapat Informasi yang Jelas	100%	
		3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	3 menit
		4. Waktu penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan rawat Inap	≤ 15 Menit	6,68 menit
16.	Pengolahan Limbah	1. Baku Mutu Limbah cair	Angka	
			BOD < 30mg/l	25,7 mg/l
			COD < 80 mg/l	68 mg/l
			TSS < 30 mg/l	220mg/l
		pH 6-9	6,22	
		2. Pengelolaan Limbah padat Infeksius sesuai dengan aturan	100 %	100%
17.	Adminstrasi Manajemen	1. Tindak Lanjut Penyelesaian Temuan Direksi	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas Kinerja	100%	90%
		3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100%
		4. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji berkala	100%	99%



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
		5. Karyawan yang mendapat Pelatihan Minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	90%
		6. Cost Recovery	≥ 40 %	
		7. Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	
		8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat Inap	≤ 2 jam	-
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100%
18.	Ambulans /Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 Jam	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di Rumah sakit	2 jam 11 menit	2 jam 11 menit
		3. Response Time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	Kotamadya : ≤ 30 Menit Kabupaten : ≤ 60 Menit	(tidak ada permintaan)
19.	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu Tanggap (response Time) Pelayanan Pemulasaran Jenazah	≤ 2 Jam	
20.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana rumah sakit	1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat	< 2 hari	1 hari
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan Alat	100%	100%
		3. Peralatan Laboratorium yang digunakan dalam Pelayanan dan Alat Ukur erkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan	100 %	100%



No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
		Kalibrasi		
21.	Pelayanan laundry	1. Tidak adanya Kejadian Linen yang hilang	100 %	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan Linen untuk ruang Rawat Inap	100 %	100 %
22.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang Terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	
		2. Tersedia APD disetiap instalasi/departemen	60 %	
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial (Health Care Associated Infection = HAI) Di Rumah Sakit Minimal 1 Parameter	75 %	

4. Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)

Tabel 5.4
Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)
Tahun 2016

No	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target 2016	Realisasi 2016	Ket.
1	Tingkat kepuasan pasien	Nominal IKM	2,55	2,76	
2	Tingkat kepuasan Stakeholder	Nominal IKM	2,55	3,45	Terbatas pd institusi pendidikan yang



No	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target 2016	Realisasi 2016	Ket.
					bekerjasa ma dg RSK
3	Persentase keluhan pasien yang ditindaklanjuti	Persentase	85	100	
4	Persentase temuan ketidak sediaan obat rutin yang ditindaklanjuti	Persentase	83	0	Tidak ada obat rutin yang tidak tersedia
5	Persentase pengembalian Rekam Medis dari rawat inap < 24 jam	Persentase	85	100	
6	Waktu tunggu rawat jalan	Menit	≤ 60	35,28 menit	
7	Persentase Kesembuhan pasien reaksi kusta	Persentase	85	86,33%	
8	Persentase kerjasama yang terealisasi	Persentase	85	9%	1 MoU
9	Persentase kunjungan referral di wilayah binaan	Persentase	85	66,6%	
10	Persentase peningkatan tindakan rehabilitasi.	Persentase	85	(-16)%	
11	Persentase peningkatan jumlah pasien yang mandiri	Persentase	40	107%	
12	Persentase pasien kusta yang dilakukan pemeriksaan POD baik rawat inap maupun rawat jalan	Persentase	100	98,20%	
13	Persentase kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Persentase	40	100	
14	Persentase ketersediaan SDM yang kompeten	Persentase	70		
15	Persentase tingkat kepuasan karyawan	Persentase	75	79,3%	
16	Persentase pemeliharaan	Persentase	65		



No	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target 2016	Realisasi 2016	Ket.
	sarana dan prasarana				
17	Persentase tersedianya sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan berfungsi dengan baik.	Persentase	85		
18	Persentase ketepatan kalibrasi sesuai jadwal	Persentase	85		
19	Persentase pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) yang terintegrasi	Persentase	60	0	

Dari 19 Indikator Kinerja Utama Tahun 2016, yang mencapai target hanya 10 kegiatan.

5. Target dan Realisasi Pendapatan menurut Program dan Kegiatan TA.2016

Tabel 5.5
Pencapaian Target Pendapatan Tahun 2016

No	Uraian Unit/ Program/ IKU Program/ Kegiatan/ IKK/ Output/ Akun Pendapatan	Tahun 2016	
		Target	Realisasi
1	Instalasi Rawat Inap	7.306.794.675	7.251.033.687
2	Instalasi Rawat Jalan	3.922.131.235	2.656.770.892
3	Instalasi Rawat Darurat	345.660.997	81.951.600
4	Instalasi Rawat Intensif	143.913.300	-
5	Instalasi Bedah	355.886.245	14.180.000
6	Instalasi Rehabilitasi Medik	203.087.237	7.817.000
7	Instalasi Rehab Karya dan Sosial	54.648.000	-
8	Instalasi Penunjang Medik	1.104.611.763	380.325.600



9	Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance	149.665.161	14.304.500
10	Bagian Keuangan	748.325.804	74.424.297
11	Instalasi Diklit	748.325.804	47.654.000
12	Instalasi LITBANG	448.995.482	-
13	Unit Sarana Prasarana	177.876.094	18.940.000
14	Bagian TU (MoU)	-	24.500.000
15	Instalasi Sanitasi	-	20.000
16	Lain-lain (Bunga Bank)	-	74.424.297
TOTAL PENDAPATAN BLU		15.260.964.000	10.619.891.576

6. REALISASI ANGGARAN

Tabel 5.6
Realisasi Anggaran Tahun 2016

KODE	URAIAN	ANGGARAN	REALISASI	%
2094.018	Laporan Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU)	12.433.620.000	9.273.653.424	
2094.018	Laporan Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU)	2.785.972.000	1.757.672.479	
2094.028	Peningkatan SDM (Orang)	728.804.000	451.973.886	
2094.029	Makanan/ Minuman (Hari Perawatan)	867.250.000	558.377.291	
2094.030	Penambah Daya Tahan Tubuh (Pegawai)	305.856.000	287.272.700	
2094.031	Pakaian Dinas (Pegawai)	168.150.000	89.142.000	
2094.031	Pakaian Dinas (Pegawai)	180.750.000	171.248.000	
2094.034	Obat - obatan (Paket)	982.116.000	658.873.827	
2094.036	Gedung dan Bangunan (M2)	2.731.999.000	2.303.908.700	



2094.036	Gedung dan Bangunan (M2)	850.000.000	0	
2094.038	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB (unit)	232.000.000	0	
2094.038	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB (unit)	5.505.981.000	5.208.503.045	
2094.039	Perangkat Pengolahan Data dan Komunikasi (Unit)	114.950.000	0	
2094.040	Peralatan Fasilitas Perkantoran (Unit)	733.170.000	408.069.500	
2094.041	Kendaraan Bermotor	365.020.000	365.020.000	
2094.065	Barang Medik Habis Pakai (Paket)	1.775.556.000	1.257.202.806	
2094.994	Layanan Perkantoran (Bulan Layanan)	21.454.373.000	20.178.033.873	
2094.994	Layanan Perkantoran (Bulan Layanan)	1.840.977.000	1.347.636.947	
	TOTAL	54.056.544.000	44.316.588.478	81,98%

B. Hambatan Dan Masalah Dalam Realisasi Anggaran

1. Penerimaan PNBP (BLU) tidak memenuhi target yang telah ditetapkan, sehingga belanja yang dibiayai oleh PNBP (BLU) sebagian tidak dapat dilaksanakan.
2. Belanja barang operasional lainnya (obat-obatan, alkes dan BHP) permintaan dari user secara bertahap dan proses pelaksanaan dengan *e-purchasing*.
3. Pengadaan belanja modal secara e-katalog yang tidak dapat diselesaikan sampai akhir tahun anggaran 2016

B. UPAYA UNTUK MERAH WTP DAN ZONA INTEGRITAS

Upaya yang dilakukan oleh RSK Dr. Rivai Abdullah Palembang saat



ini baru dalam tahap Sosialisasi WBK dari Inspektorat Jenderal. Belum sampai pada tahap Penilaian WBK. Tetapi untuk mencapai hasil penilaian keuangan Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dan kesiapan reformasi birokrasi serta komitmen pimpinan terhadap zona integritas, adalah sebagai berikut :

1. **Manajemen Perubahan**, yang bertujuan untuk membangun komitmen dan integritas Pimpinan, Pengelola dan Pelaksana kegiatan, yang diwujudkan dengan :

- a. melaksanakan tugas sesuai ketentuan dan peraturan yang berlaku
- b. meningkatkan komitmen bersama dalam membangun zona integritas menuju WBK / WBBM.

2. **Penataan Tata Laksana**,

a. Penyusunan Standar Prosedur, dengan langkah-langkah dan realisasi sebagai berikut :

1. Menyusun/menyempurnakan Kebijakan, dan SPO
2. Sosialisasi Kebijakan, dan SPO
3. Melaksanakan kegiatan sesuai dengan Kebijakan, dan SPO
4. Melakukan monitoring dan evaluasi implementasi kebijakan, dan SPO
5. Revisi Kebijakan, dan SPO
6. Penerapan sistem kepegawaian berbasis sistem informasi (SIMKA)



7. Penerapan perencanaan berbasis e-planning (berdasarkan RS on line, e-monev, ASPAK, BMN)
8. Pembayaran dilakukan melalui SPAN (sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara)

b. Penguatan Perencanaan dan Penganggaran

1. Membentuk Pengendali kegiatan untuk melaksanakan realisasi kegiatan
2. *Sosialisasi tentang Bagan Akun Standar (BAS), kepada seluruh staf Bagian Penyusunan & Evaluasi Anggaran, Pengendali Kegiatan, dan SPI*
3. Penyusunan alokasi anggaran sesuai masukan dari pengendali program dan pengendali kegiatan.
4. Melakukan verifikasi rencana pengeluaran yang diajukan oleh pengendali kegiatan yang disesuaikan dengan BAS.
5. Menyusun RKAKL sementara dari hasil bahasan dgn pengendali kegiatan.
6. Menyusun RKAKL Definitif dengan Instansi terkait sebagai bahan DIPA
7. Menyusun Konsep DIPA ke Direktorat Jenderal Perbendaharaan
8. Melakukan sosialisasi dalam rangka menyusun TOR dan RAB sesuai kebutuhan masing-masing Pengendali Kegiatan.
9. Melakukan kompilasi usulan rencana anggaran belanja (RAB);
10. Memverifikasi Rencana Anggaran Belanja.



c. **Pembenahan pengelolaan Kas / Sistem pembukuan / Akuntansi,**

dengan melaksanakan :

1. Review dan penyempurnaan Pedoman Akuntansi Keuangan (PAKS) sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman BLU
2. Evaluasi tarif, sewa lahan dan gedung dilingkungan RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang.
3. Meningkatkan kualitas penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dan Rencana Penarikan Dana (RPD) perencanaan kas.
4. Meningkatkan ketepatan waktu pelaksanaan anggaran.
5. Pemeriksaan Kas Internal
6. Rekening Bendahara Pengeluaran masuk dalam TNP (Treasury National Pooling)
7. Perbaiki sistem pembukuan secara bertahap berubah dari Berbasis kas ke Berbasis Akrua (SAIBA) dan SIMAK BMN.

d. **Penataan Rekening dan Pembayaran Pihak Ketiga,** dengan melaksanakan :

1. Menyampaikan informasi bill pasien dalam perawatan secara bertahap.
2. Koordinasi dengan petugas ruang rawat inap sebelum pasien mendapat ijin pulang.
3. Menyiapkan perjanjian piutang untuk pasien yang tidak membayar pada waktu pulang.
4. Mencetak bukti transfer dan menyampaikan bukti transfer kepada unit / perorangan



e. **Peningkatan Kualitas Pengadaan Barang/Jasa**, dengan :

1. Meningkatkan kualitas panitia pengadaan dalam penyusunan dokumen pengadaan, pelaksanaan evaluasi
2. Berkonsultasi dengan LKPP mengenai pengadaan barang dan jasa

f. **Pembenahan Penatausahaan BMN**, dengan :

1. Melaksanakan update aplikasi SIMAK –BMN
2. Melaksanakan proses updating sesuai dengan Aplikasi SIMAK-BMN bulan Desember 2016
3. Mengikuti sosialisasi SIMAN (Sistem Informasi Manajemen Aset Negara).
4. Persiapan Aplikasi SIMAK Persediaan
5. Menatausahakan BMN (stock opname barang persediaan, rekonsiliasi internal dan eksternal, labelisasi);
6. Melakukan rekonsiliasi Internal dengan Bagian Akuntansi dengan pengelola SIMAK BMN
7. Melakukan rekonsiliasi eksternal dengan KPKN Palembang dan dengan Irjen Kemenkes telah dilaksanakan
8. Melakukan stok opname BMN
9. Melakukan registrasi dan pelabelan BMN di lingkungan RSK. Dr.Rivai Abdullah Palembang
10. Penyusunan usulan penetapan status penggunaan BMN

g. **Penguatan Monitoring dan Evaluasi**

1. Meningkatkan kualitas monitoring terpadu terhadap pelaksanaan kegiatan dan anggaran



2. Melakukan perbaikan segera terhadap ketidaksesuaian pelaksanaan kegiatan dan anggaran
3. Melakukan pertemuan rutin secara berkala dan berjenjang dalam rangka evaluasi pelaksanaan kegiatan dan anggaran
4. Membuat laporan kegiatan per- tiga bulan dan laporan keuangan per satu bulan

h. Perbaikan Penyusunan dan Penyampaian Laporan Keuangan

1. Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan sesuai dengan ketentuan (akurat, lengkap, teratur, tepat waktu, berjenjang)
2. Melakukan konsultasi secara berkala kepada SPI, BUK, dan Irjen dalam penyusunan laporan keuangan
3. Pendampingan dalam penyusunan laporan Keuangan SPI
4. Merancang dan melaksanakan aplikasi yang terintegrasi serta Real Time terkait pelaporan keuangan

i. Peningkatan Kualitas Pengawasan

1. Melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap pelaksanaan kegiatan dan anggaran
2. Melaksanakan review laporan keuangan secara berkala
3. Melakukan monitoring secara ketat Tindak Lanjut Rekomendasi

j. Penataan Sistem Manajemen SDM

1. Penataan kebutuhan pegawai sesuai dengan kebutuhan organisasi, sesuai analisa beban kerja dan kualifikasi pendidikan



2. Pengembangan pegawai berbasis kompetensi
3. Penetapan Kinerja Individu
4. Penerapan aturan disiplin/kode etik

k. Penguatan Akuntabilitas

1. Keterlibatan Pimpinan secara langsung dalam penyusunan perencanaan.
2. Melibatkan pimpinan saat penyusunan penetapan kinerja.
3. Pengelolaan Akuntabilitas Kinerja
4. Melakukan Pemetaan dan analisis resiko pengelolaan keuangan
5. Melakukan Pendampingan selama pemeriksaan dengan BPK oleh SPI

l. Penguatan Pengawasan

1. Pengendalian Gratifikasi dengan membentuk Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG)
2. Penerapan Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP)
3. Melakukan penilaian SPI
4. Menyelesaikan tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan.



BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Rumah Sakit Kusta Dr Rivai Abdullah Palembang telah melaksanakan tugas pokok dan fungsinya secara maksimal dengan sumber daya yang tersedia. Kesimpulan dari pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit Kusta Dr Rivai Abdullah Palembang Tahun 2016 antara lain :

1. Pencapaian Indikator Kinerja BLU, pada aspek kinerja keuangan mencapai nilai 19,55 ; sementara indikator kinerja Operasional mencapai nilai 26,5 ; dan Indikator Kinerja Mutu dan Layanan Masyarakat mencapai nilai 31,07 ; sehingga total nilai Kinerja RS Kusta Dr.Rivai Abdullah Palembang adalah 77,12 ; masuk dalam Kategori A (Baik)
2. Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama adalah 91 dengan nilai IKI 1,875
3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, beberapa indikator telah tercapai, hanya ada beberapa kegiatan seperti pengukuran kepuasan kinerja per unit layanan belum terlaksana.
4. Pada penilaian Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU), dari 19 indikator kinerja utama, yang tercapai maksimum adalah 10 indikator. Kegiatan lainnya ada yang masih dalam proses pelaksanaan dan penilaian.



5. Penyerapan Anggaran Tahun 2016 sebesar Rp. 44.316.588.478,- atau 81,98% dari total pagu sebesar Rp. 54.056.544.000,-
6. Pendapatan BLU pada Tahun 2016 sebesar Rp. 10.619.891.576,- atau 69,59 % dari target tahun 2016 sebesar Rp. 15.260.964.000,-

B. SARAN

Dalam peningkatan kinerja Rumah Sakit Kusta Dr Rivai Abdullah Palembang ada beberapa saran yang dapat di sampaikan antara lain :

1. Perlunya meningkatkan kerjasama dengan badan layanan kesehatan lainnya guna peningkatan kunjungan pasien.
2. Perlunya peningkatan kompetensi sumber daya manusia rumah sakit (SDM-RS).
3. Penerapan *reward* dan *punishment* bagi SDM-RS untuk mewujudkan aparatur yang disiplin dan bertanggung jawab.
4. Peningkatan pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan dan administrasi dilakukan secara berkala.
5. Pemenuhan sarana prasarana yang sesuai standar untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas.