



LAPORAN SEMESTER

RS KUSTA DR.RIVAI ABDULLAH

PALEMBANG TAHUN 2016



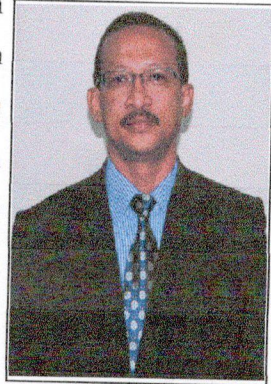
RUMAH SAKIT KUSTA Dr. RIVAI ABDULLAH PALEMBANG
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

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



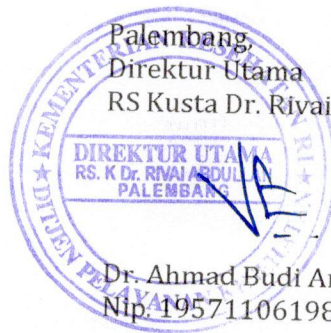
KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa kami telah dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Berkala Kinerja RS Kusta Dr. Rivai Abdullah (RSKRA) Palembang Semester I Tahun 2016. Laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RSKRA Palembang dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Semester I 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 RSKRA Palembang.

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



Palembang, Agustus 2016

Direktur Utama
RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang

Dr. Ahmad Budi Arto, MM
Nip. 195711061986031002



**LAPORAN SEMESTER I
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 semester I tahun 2016. Laporan berkala kinerja memiliki fungsi utama yaitu merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RS Kusta Dr.Rivai Abdullah Palembang kepada Direktur Jenderal Bina 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 Semester I Tahun 2016 :

1. Pencapaian Indikator Kinerja BLU, pada aspek Kinerja Keuangan mencapai nilai 16,45 ; sementara indikator Kinerja Operasional mencapai nilai 23 ; dan Indikator Kinerja Mutu dan Layanan Masyarakat 31,70 ; sehingga total nilai Kinerja RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang adalah 71,15, masuk dalam Kategori A (Baik).
2. Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama adalah 84,75 dengan nilai IKI 1,625.
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 Semester I Tahun 2016 sebesar RP. 18.860.118.927,- atau 35,62% dari total pagu sebesar Rp. 52.953.544.000,-
6. Pendapatan BLU pada Semester I tahun 2016 sebesar RP. 5.595.775.406,- atau 36,66% dari target tahun 2016 sebesar 15.260.694.000,-



DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Ikhtisar Eksekutif.....	iii
Daftar Isi.....	iv
 BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
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	14
 BAB III : TUJUAN DAN SASARAN KERJA	
A. Dasar Hukum	16
B. Sasaran Strategis.....	17
C. Indikator Kinerja	18
1. Indikator Kinerja BLU	18
2. Indikator Kinerja Individu.....	21
3. Key Performance Indikator	22
4. Standar Pelayanan Minimal (SPM).....	24
5. Penetapan Kinerja	33
6. Indikator Kinerja Utama	35
 BAB IV : STRATEGI PELAKSANAAN	
A. Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran	37
B. Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi	39
C. Upaya Tindak Lanjut	44
 BAB V : HASIL KERJA	
A. Pencapaian Target Kinerja	48
1. Pencapaian Indikator Kinerja BLU.....	48
a. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Keuangan	49
b. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Pelayanan	49
2. Pencapaian Indikator Kinerja Individu	52
3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	54
4. Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU).....	63
5. Target dan Realisasi Pendapatan menurut Program dan Kegiatan TA. 2016.....	65
6. Realisasi Anggaran	67



Laporan Semester I RSKRA Palembang Tahun 2016

	B. Hambatan Dan Masalah Dalam Realisasi Anggaran	68
	C. Upaya Untuk Meraih WTP dan Zona Integritas	68
BAB VI	: PENUTUP	
	A. Kesimpulan	75
	B. Saran	76



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 Semester I Tahun 2016 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Ketetapan Kinerja RSK Dr. Rivai Abdullah Palembang Semester I Tahun 2016.

C. RUANG LINGKUP LAPORAN

Ruang lingkup penulisan Laporan Semester I Tahun 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 Semester I Tahun 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 Semester I Tahun 2016.

Lampiran-Lampiran :

- ✧ Penetapan Kinerja Tahun 2016
- ✧ Neraca Keuangan Semester I 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 kurang optimalnya pelayanan di rumah sakit.



- b. Pencapaian efesiensi pelayanan rumah sakit yang disebabkan oleh belum optimalnya pelayanan rehabilitasi medik dan pelaksanaan standar mutu pelayanan minimal belum terpenuhi dengan baik;

B. KELEMBAGAAN

Berdasarkan Peraturan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 010 Tahun 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, peventif, 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

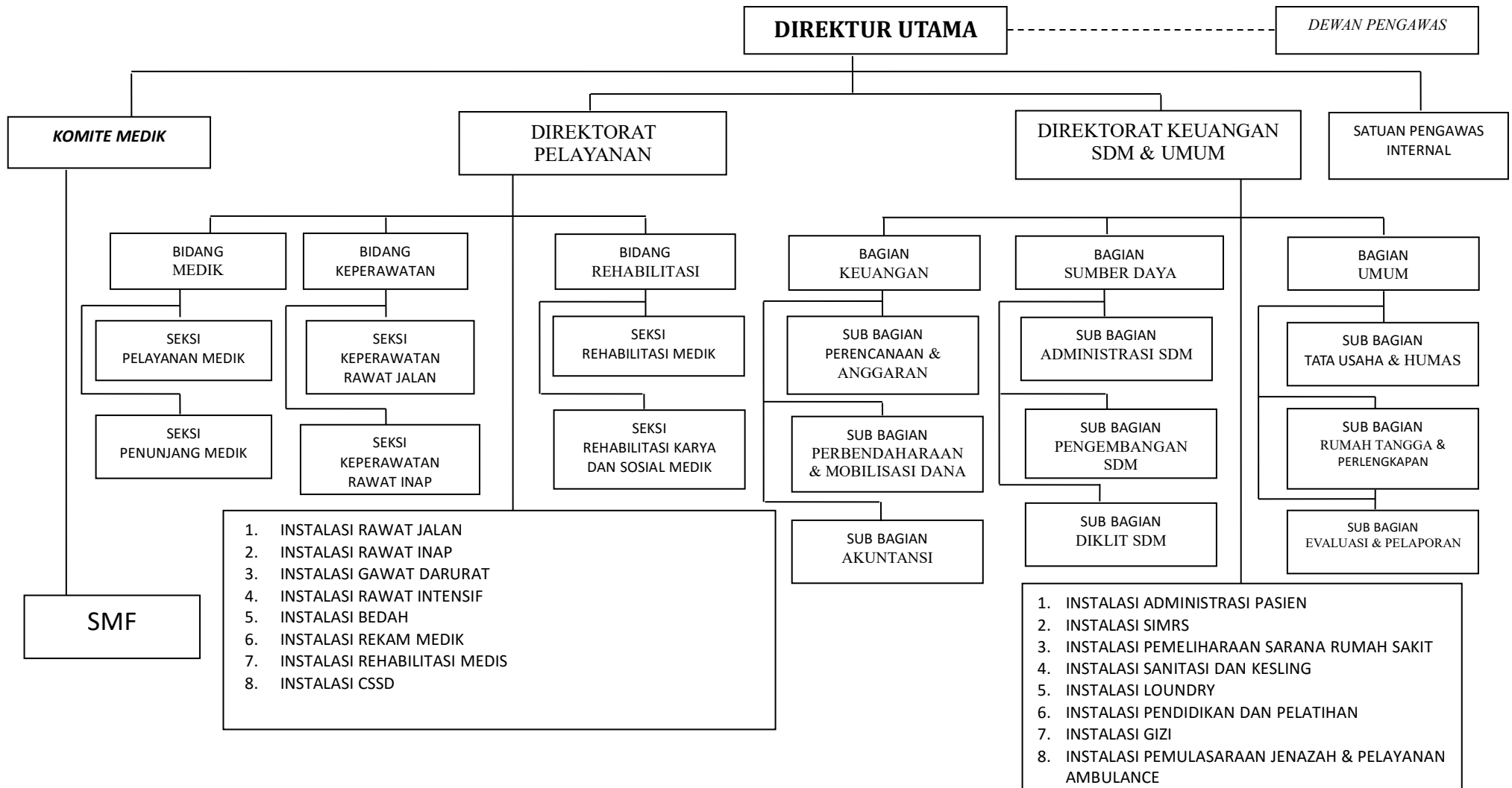
Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang saat ini adalah berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 010 Tahun 2012, dimana Struktur Organisasi tersebut terdiri dari 24 pejabat struktural yang meliputi:

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. Direktorat 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 321 orang dengan rincian katagori sebagai berikut :

a. Jumlah SDM Berdasarkan Kualifikasi / Jenis Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	S2 – Magister	11	3%
2	S1 – Sarjana	70	22%
3	Dokter Spesialis	14	4%
4	Dokter Umum / Gigi	22	7%
5	Apoteker	3	1%
6	Diploma 4	3	1%
7	Diploma 3	104	32%
8	SMA / SPK	80	25%
9	SMP	1	0%
10	SD	13	4%

b. Jumlah SDM Berdasarkan Jabatan (Struktural Dan Fungsional)

No	Jenis Jabatan	Jumlah	Persentase
1	Struktural	24	7%
2	Fungsional Tertentu	177	55%
3	Fungsional Umum	120	37%

c. Jumlah SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

No	Status Kepegawaian	Jumlah	Persentase
1	CPNS	0	0%
2	PNS	321	95%
3	Non PNS / PTT	18	5%



d. Jumlah SDM Berdasarkan Pangkat/Golongan

No	Pangkat/Golongan	Jumlah	Persentase
1	Golongan IV	12	4%
2	Golongan III	232	72%
3	Golongan II	72	22%
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 30 Juni 2016

AKUN NERACA / KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 30 JUNI 2016	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5
131111	TANAH		275.040	7.772.630.400
2.01.01	TANAH PERSIL	M2	275.040	7.772.630.400
132111	PERALATAN DAN MESIN		6.163	36.478.760.173
3.01.01	ALAT BESAR DARAT	Unit	4	256.550.000
3.01.03	ALAT BANTU	Unit	16	294.487.977
3.02.01	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	Unit	17	2.384.030.988
3.02.02	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	Unit	13	23.248.000
3.02.03	ALAT ANGKUTAN APUNG BERMOTOR	Unit	2	866.000
3.03.01	ALAT BENGKEL BERMESIN	Unit	18	60.122.049
3.03.02	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	Buah	13	1.627.000
3.03.03	ALAT UKUR	Buah	4	230.950.000
3.04.01	ALAT PENGOLAHAN	Buah	55	161.173.440
3.05.01	ALAT KANTOR	Buah	1.088	1.210.309.716
3.05.02	ALAT RUMAH TANGGA	Buah	2.709	6.418.240.184
3.06.01	ALAT STUDIO	Buah	75	247.871.895
3.06.02	ALAT KOMUNIKASI	Buah	59	96.415.400



3.07.01	ALAT KEDOKTERAN	Buah	1.551	19.730.672.620
3.07.02	ALAT KESEHATAN UMUM	Buah	2	62.610.000
3.08.01	UNIT ALAT LABORATORIUM	Buah	221	3.014.804.693
3.08.02	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	Buah	1	80.000
3.08.06	ALAT LABORATORIUM LINGKUNGAN HIDUP	Buah	1	2.909.500
3.08.08	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI& INSTRUMENTASI	Buah	5	53.297.000
3.09.02	PERSENJATAAN NON SENJATA API	Buah	17	16.411.500
3.10.01	KOMPUTER UNIT	Buah	146	1.953.530.536
3.10.02	PERALATAN KOMPUTER	Buah	136	237.406.675
3.15.04	ALAT KERJA PENERBANGAN	Buah	1	10.020.000
3.16.01	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	Unit	1	1.320.000
3.17.01	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	Buah	4	825.000
133111	GEDUNG DAN BANGUNAN		124	26.868.773.577
4.01.01	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	Unit	55	23.922.632.577
4.01.02	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT TINGGAL	Unit	69	2.946.141.000
134111	JALAN DAN JEMBATAN		4.854	622.982.000
5.01.01	JALAN	M2	4.854	622.982.000
134112	IRIGASI		4	1.566.486.751
5.02.06	BANGUNAN AIR BERSIH/AIR BAKU	Unit	4	1.566.486.751
134113	JARINGAN		28	761.267.100
5.03.02	INSTALASI AIR KOTOR	Unit	27	217.647.000
5.03.06	INSTALASI GARDU LISTRIK	Unit	1	543.620.100
135121	ASET TETAP LAINNYA		69	135.750.500
6.01.01	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	Buah	45	3.979.500
6.02.01	BARANG BERCORAK KESENIAN	Buah	24	131.771.000
166112	ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN		9	22.839.300
3.02.01	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	Unit	1	11.442.000
3.05.01	ALAT KANTOR	Buah	1	835.000
3.05.02	ALAT RUMAH TANGGA	Buah	4	8.433.300
3.07.01	ALAT KEDOKTERAN	Buah	2	1.084.000
3.10.01	KOMPUTER UNIT	Buah	1	1.045.000
TOTAL				74.229.489.801



Barang Milik Negara (BMN) Intrakompetable RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang per 30 Juni 2016 bernilai nominal sebesar Rp. 74.229.489.801,- dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut :

- a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 257.040 M2 dengan nilai nominal sebesar Rp. 7.772.630.400,-
- b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 132111, sejumlah 6.163 unit dengan nominal sebesar Rp.36.478.760.173
- c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 133111, sejumlah 124 unit dengan nominal sebesar Rp.26.868.773.577
- d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 134111, sejumlah 4.854 M dengan nominal sebesar Rp. 622.982.000
- e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 134112, sejumlah 4 unit dengan nominal sebesar Rp.1.566.486.751
- f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 134113, sejumlah 28 unit dengan nominal sebesar Rp.761.267.100
- g. Aset Tetap Lainnya, dengan kode kelompok barang 135121, sejumlah 69 unit dengan nominal sebesar Rp. 135.750.500
- h. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 166112, sejumlah 9 unit dengan nominal sebesar Rp.22.839.300

3. Dana

Sumber daya anggaran RSK. Dr. Rivai Abdullah Palembang tahun 2016 bersumber dari dana Rupiah Murni (RM) dan Penerimaan Rumah Sakit (PNPB-BLU) jumlah dana yang dialokasikan adalah sebesar Rp. 52.953.544.000,- yang terdiri dari :



KODE	URAIAN	ANGGARAN
2094.018	Laporan Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU)	15.219.592.000
2094.028	Peningkatan SDM (Orang)	728.804.000
2094.029	Makanan/ Minuman (Hari Perawatan)	867.250.000
2094.030	Penambah Daya Tahan Tubuh (Pegawai)	305.856.000
2094.031	Pakaian Dinas (Pegawai)	348.900.000
2094.034	Obat - obatan (Paket)	982.116.000
2094.036	Gedung dan Bangunan (M2)	3.581.999.000
2094.038	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB (unit)	5.000.001.000
2094.039	Perangkat Pengolahan Data dan Komunikasi (Unit)	114.950.000
2094.040	Peralatan Fasilitas Perkantoran (Unit)	733.170.000
2094.065	Barang Medik Habis Pakai (Paket)	1.775.556.000
2094.994	Layanan Perkantoran (Bulan Layanan)	23.295.350.000
	TOTAL	52.953.544.000



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
1	2	3
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 Pnbp Terhadap Biaya Oprasional	2,5
9.	Rasio Subsidi Biya 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
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		



B. Aspek Pelayanan

NO.	ASPEK PELAYANAN	BOBOT NILAI
1	2	3
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	-
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



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

1	2	3
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
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
1	2	3	4	6
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
	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



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
Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang
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 referral	8	Persentase kerjasama yang terealisasi	Persentase	85
		9	Persentase kunjungan referral di wilayah binaan	Persentase	85
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



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

		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	Terpenuhiya kompetensi SDM	14	Persentase ketersediaan SDM yang kompeten	Persentase	70
7	Meningkatnya motivasi dan komitmen SDM	15	Persentase tingkat kepuasan karyawan	Persentase	75
8	Terpenuhiya 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
1	Kinerja Keuangan	1. Imbalan Investasi (Return On investment) 2. Rasio Kas (Cash Ratio) 3. Rasio Lancar (Current Ratio) 4. Collection Periods (CP) 5. Perputaran Persediaan 6. Perputaran Aset 7. Rasio Total Modal sendiri terhadap Aset	1. $18 \% \leq ROI$ 2. $x \geq 35 \%$ 3. $125 \% \leq x$ 4. $x \leq 60$ hari 5. $x \geq 35$ Hari 6. $120 \leq X \%$ 7. $x =$

b. Fokus Pelanggan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	INSTALASI RADIOLOGI	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. ≤ 3 jam
		2. Pelaksana Ekspertise	2. Dokter Sp. Rad
		3. Kejadian kegagalan Pelayanan Rontgen	3. Kerusakan foto $\leq 2\%$
		4. Kepuasan Pelanggan	4. $\geq 80 \%$
2	INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Lab	1. ≤ 140 menit
		2. Pelaksana Ekspertise	2. Dokter SpPK
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil lab	3. 100 %



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

		4. Kepuasan Pelanggan	4. $\geq 80\%$
3	INSTALASI FARMASI	1. Waktu tunggu pelayanan	1. Waktu :
		a. Obat Jadi	a. ≤ 30 menit
		b. Obat Racikan	b. ≤ 60 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan Pemberian Obat	2. 100 %
		3. Penulisan resep sesuai Formularium	3. 100 %
		4. Kepuasan Pelanggan	4. $\geq 80\%$
4	INSTALASI GIZI	1. Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	1. $\geq 90\%$
		2. Sisa makanan yang tidak dimakan pasien	2. $\leq 20\%$
5	PERSALINAN, PERINATOLOGI DAN KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit	2. a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan Terlatih
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5. 100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. $\leq 20\%$



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

		7. Keluarga Berencana	7.
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	a.100 %
		b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	b.100%
		8. Kepuasan Pelanggan	8. ≥ 80 %
6	INSTALASI REKAM MEDIK	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 jam selesai pelayanan	1. 100%
		2. Kelengkapan Informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	2. 100 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik RJ	3. ≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik RI	4. ≤ 15 menit
7	INSTALASI AMBULAN DAN PEMULASARAN JENAZAH		
	1. Ambulance/ kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	1. 24 jam
		2. Kecepatan pemberian layanan	2. ≤ 230 menit
		3. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	3. Kotamadya ≤ 30 menit, Kabupaten : ≤ 60 menit (Sesuai Ketentuan daerah)
	2. Pemulasaran Jenazah	1. Respon time pelayanan pemulasaran jenazah	1. ≤ 2 jam
8	TRANFUSI DARAH	1. Kebutuhan darah bagi pasien tranfusi	1. 100% terpenuhi
		2. Kejadian reaksi transfuse	2. $\leq 0,01\%$



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

9	PELAYANAN BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
10	INSTALASI GAWAT DARURAT	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1. 100%
		2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	2. 24 jam
		3. Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELSS/ALS	3. 100%
		4. Ketersediaan dokter yg mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan kusta	4. 100%
		5. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	5. satu tim
		6. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	6. < 5 menit terlayani setelah pasien datang
		7. Kepuasan pelanggan	7. > 90 %
		8. Kematian pasien < 24 jam	8. < 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
11	INSTALASI RAWAT JALAN	1. Ketersediaan pelayanan kusta di RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	1. Pelayanan a. Poliklinik Kusta b. Perawatan Luka c. Rehabilitasi (Fisioterapi, OT, OP dan Psikologi)
		2. Pemberian Pelayanan di Poliklinik kusta	2. 100 % dokter terampil pelatihan kusta



		3. Ketersediaan pelayanan umum di RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	3. Pelayanan Umum : a. Rehabilitasi medik b. Kulit Kelamin c. Bedah Kusta/ umum d. Gigi e. Mata f. Neurologi g. Anak h. Penyakit Dalam i. Kebidanan
		4. Dokter pemberian pelayanan di poli spesialis	4. 100 % dokter Spesialis
		5. Jam buka Pelayanan	5. 08 s/d 13.00 setiap hari kecuali hari jum'at 08 s/d 11.00
		6. Waktu tunggu rawat jalan	6. < 60 menit
		7. Kepuasan pelanggan	7. > 90 %
12	INSTALASI RAWAT INAP	1. Pemberian pelayanan kusta rawat inap	1. 100 % dokter Terampil pelatihan kusta
		2. Pemberian pelayanan perawatan kusta rawat inap	2. Perawat minimal pendidikan DIII
		3. Pemberian pelayanan konsultasi di rawat inap	3. 100% dokter spesialis untuk pelayanan umum 100% dokter umum untuk pelayanan kusta
		4. Dokter Penanggung jawab pasien rawat Inap	4. 100 % dokter Spesialis
		5. Ketersediaan pelayanan rawat inap kusta	5. Pelayanan : a. Perawatan Reaksi



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

			b. Perawatan Luka c. Perawatan Pre dan post operasi
		6. Ketersediaan pelayanan Rawat Inap Umum	6. Konsultasi Spesialistik a. Kulit Kelamin b. Bedah umum c. Mata d. Neurologi e. Anak f. Penyakit Dalam g. Kebidanan
		7. Jam Visite Dr Spesialis	7. Jam 8.00 s/d 14.00 setiap hari Kerja
		8. Kejadian Infeksi Paska Operasi	8. < 1.5 %
		9. Kejadian Infeksi Nosokomial	9. < 1.5 %
		10. Tidak ada pasien jatuh yg berakibat kecacatan / kematian	10. 100%
		11. Kematian Pasien > 48 jam	11. < 0,24 %
		12. Kejadian Pulang paksa	12. < 5 %
		13. Kepuasan pelanggan	13. > 90 %
		14. Lama HP pasien Kusta	14. < 180 hari
13	INSTALASI BEDAH		
	1. KAMAR OPERASI	1. Ketersediaan bedah kusta	1. Pelayanan a. Bedah Rekontruksi b. Bedah Septik
		2. Ketersediaan bedah umum	2. Pelayanan a. Bedah umum b. Bedah Mata c. Bedah Kebidanan
		3. Pemberian pelayana bedah Kusta	3. 100 % dokter dengan pelatihan bedah kusta



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

		4. Pemberian pelayanan Anastesi	4. 100% dokter Anaestesi
		5. Pemberian pelayanan bedah umum	5. 100 % dokter bedah
		6. Waktu tunggu operasi Elektif	6. < 2 hari
		7. Kejadian kematian di meja operasi	7. < 1 %
		8. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	8. 100%
		9. Tidak ada nya kejadian salah orang	9. 100%
		10. Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	10. 100%
		11. Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing / lain dalam tubuh pasien setelah operasi	11. 100%
		12. Komplain anasthesi karena overdosis reaksi dan salah penempatan endotracheal tube	12. < 6 %
	2. KAMAR LUKA	1. Pemberian pelayanan perawatan luka	1. 100 % dokter terlatih
		2. Kejadian Drof Out pasien terhadap pelayanan perawatan luka yang direncanakan	2. < 50 %
		3. Kepuasan pelanggan	3. > 80 %
14	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	1. Anggota Tim PPI terlatih 75%
		2. Tersedia APD di setiap Instalasi / departyemen	2. 100%



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

		3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial (Health Care Associated Infection=HAI) di RS Minimal 1 parameter	3. 75%
15	REHABILITASI MEDIK	1. Ketersediaan kelengkapan pelayanan Rehabilitasi Medik di RS. Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	1. Pelayanan : a. Fisioterapi b. Okupasi Terapi c. Ortesa Protesa d. Psikologi
		2. Pemberian Pelayanan di Rehabilitasi Medik	2. 100% Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik, 100% Penata Minimal Pendidikan D3
		3. Kejadian Drop Out pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik	3. $\leq 50\%$
		4. Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik	4. 100%
		5. Kepuasan Pelanggan	5. $\geq 80\%$
16	REHABILITASI SOSIAL DAN KARYA	1. Ketersediaan kelengkapan pelayanan Rehabilitasi Sosial dan Karya di RS. Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	1. Pelayanan : a. Rehabilitasi Sosial b. Rehabilitasi Karya
		2. Pemberian Pelayanan di Rehabilitasi Sosial dan Rehabilitasi Karya	2. Petugas Sosial Medik dan Fasilitator
17	PENGOLAHAN LIMBAH	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100 %
18	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1. 100 %



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2. 100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3. 100 %
		4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	4. 100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5. ≥ 60 %
		6. Cost recovery	6. ≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7. 100 %
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. ≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100 %
19	PELAYANAN LOUNDRY	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100%
20	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. ≤ 80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3. 100%

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)	(2)	(3)	(4)	(5)
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 ketidakediaan 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



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

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
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)	(2)	(3)	(4)	(5)
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
		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	Terwujudnya peningkatan tindakan rehabilitasi	85	Persentase



Laporan Semester 1 RSKRA Palembang Tahun 2016

	handal	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
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 keluhan 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.
- b. Program Penyusunan *clinical pathway*.
- c. 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 optimal).

- 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 koordinasi dengan unit-unit terkait dalam upaya identifikasi faktor - faktor pencetus reaksi kusta berulang .

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

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. 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 referral pasien kusta.

Hambatan & permasalahan :

Mekanisme belum tersosialisasi dengan baik ke beberapa dinas kesehatan di wilayah binaan sehingga tidak tersedia dana untuk mensupport kegiatan referral 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 Pemantapan Sistem BLU

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

Belum optimalnya penerapan reward dan punishment.

8. Sasaran 8, Terwujudnya Keandalan Sarana Dan Prasarana

Permasalahan atau hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan strategi yang ditetapkan dalam rangka terwujudnya strategi terwujudnya keandalan 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. Menjalin kerjasama pelayanan kesehatan dengan kepala daerah di wilayah binaan.



- b. Usulan anggaran untuk tindak lanjut penyelesaian IKS
- c. Perbaikan 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. Perbaikan mutu dan kerja sama
- b. Perbaikan 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. Perbaikan 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
Semester I Tahun 2016

NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
I.	RATIO KEUANGAN	19		6,25
1.	Rasio Kas (Cash Ratio)	2	15,07 %	0,25
2.	Rasio Lancar (Current Ratio)	2,5	3.680,84 %	2,5
3.	Collecton Period (CP)	2	531,27 Hari	0
4.	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2	7,55 %	0,5
5.	Imbalan Atas Aset Tetap (Return On Fixed Asset)	2	3,21 %	0
6.	Imbalan Ekuitas (Return On Equity)	2	3,79 %	0



NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
7.	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2	229,3 HARI	2
8.	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Oprasional (POBO)	2,5	26,85 %	1
9.	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	-	1
II.	KEPATUHAN PENGOLAHAN KEUANGAN BLU	11		10,2
1.	Rencana Bisnis Dan Anggaran (RBA) Definitif	2		1,6
2.	Laporan Keuangan Berdasarkan SAK	2		1,6
3.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan Dan Belanja BLU (SP3B BU)	2		2
4.	Tarif Layanan	1		1
5.	Sistem Akutansi	1	YA	1
6.	Persetujuan Rekening	0,5	YA	0,5
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		TOTAL	30	17,50

b. Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Pelayanan

*Tabel 5.2
Pencapaian Indikator Kinerja Aspek Pelayanan
Semester I Tahun 2016*

NO.	ASPEK LAYANAN	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
I.	LAYANAN	35		23
A.	PERTUMBUHAN PRODUKTIFITAS	18		8,5
1	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Rawat Jalan	3	1,01	2,5
2	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan R. Darurat	2,5	0,81	0
3	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2,5	0,85	0,5
4	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2,5	1,05	2
5	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2,5	0,89	0,5



NO.	ASPEK LAYANAN	BOBOT NILAI	HAPER	NILAI
6	Pertumbuhan Operasi	2,5	1,03	2
7	Pertumbuhan Rehab Medik	2,5	0,94	1
8	Pertumbuhan Perta Didik Pedidikan Kedokteran	-	-	-
9	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan,	-	-	-
B.	EFEKTIFITAS PELAYANAN	14		12
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	98,5%	2
2	Pengembalian Rekam Medik	2	100%	2
3	Angka Pembatalan Operasi	2	0	2
4	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	2%	1,5
5	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2	100%	2
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,02%	2
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	26,01%	0,5
C.	PERTUMBUHAN PELAYANAN	3		2,5
1	Rata-Rata Jam Pelatihan Karyawan	1,5	3,66 JAM	1,5
2	Dokter Pendidik Klinis Mendapat TOT	-	-	-
3	Program Reward Dan Punishment	1,5	Ada Program Sebagian Dilaksanakan	1
TOTAL		35		23
II.	MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT	35		31,7
A.	MUTU PELAYANAN	14		13
1	Emergency Response Time	2	0 MENIT	2
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	29 MENIT	2
3	Length Of Stay (Los)	2	6,68	1
4	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	5,07 Menit	2
5	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	23,29 jam	2
6	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	30,46 Menit	2
7	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	8,31 Menit	2
B.	MUTU KLINIK	12		12
1	Angka Kematian Di Gawat Darurat	2	0,38%	2
2	Angka Kematian $\geq$ 48 Jam	2	3,01%	2



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%	2
C.	KEPEDULIAN KEPADA MASYARAKAT	4		2,5
1	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat Dan Sarana Kesehatan Lain	1	Tidak Ada Program	0
2	Penyuluhan Kesehatan	1	Ada Program Sebagian Dilaksanakan	0,5
3	Rasio Tempat Tidur Kelas III	2	46,02%	2
D.	KEPUASAN PELANGGAN	2		2
1	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	88%	1
2	Kepuasan Pelanggan	1	85%	1
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 Belum Dilakukan Penilaian	0,2
TOTAL		35		31,7

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

- Indikator Kinerja Keuangan : 16,45
- Indikator Kinerja Operasional : 23
- Indikator Kinerja Mutu dan Layanan Masyarakat : 31,7
- Jumlah : 71,15**

Dengan demikian tingkat kesehatan Rumah Sakit Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang pada semester I Tahun 2016, termasuk dalam katagori : “ A ”
BAIK



2. Indikator Kinerja Individu

Tabel 5.2
*Indikator Kinerja Individu Direktur Utama
Semester I tahun 2016*

Kategori	N o.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot	Capaian/ Bulan		Ketera ngan
					semester I		
					Hasil perhitungan	skor	Total skor
1	2	3	4	6	7	8	9
PELAYANAN MEDIK							
Kepatuhan Terhadap Standart	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	ada 5 CP sudah diimplementasikan di RM dan dievaluasi	0,05	ada 5 CP sudah diimplementasikan di RM dan dievaluasi	100	5,00
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 80 %	0,05	98,95%	100	5,00
	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	75	5,25
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	100%	50	3,50
	9	Kematian Pasien Di IGD	≤ 2,5 %	0,07	0,38%	100	7,00
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	0,08	100%	100	8,00
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRR)	> 75 %	0,08	100%	100	8,00



Kategori	N o.	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Bobot	Capaian/ Bulan		Ketera ngan
					semester I		
					Hasil perhitungan	skor	Total skor
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Pemeriksaan POD (Prevention Of Disability)	≥ 80 %	0,02	88,7%	100	2,00
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	0,05	29%	100	5,00
	14	Waktu Tunggu Penanganan Luka Sepsis Pasien Kusta	≤ 48 Jam	0,05	19,25%	100	5,00
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	< 2 jam	0,05	30,7 menit	100	5,00
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	0,05	5,07 menit	100	5,00
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam 1x24 Jam (PRM)	> 80 %	0,02	100%	100	2,00
PELAYANAN KEUANGAN							
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasi (POBO)	> 65%	0,1	26,85%	40	4,00
					JUMLAH TS		84,75
					NILAI IKI	1,625	



3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Tabel 5.3

*Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
Semester I Tahun 2015*

a. Indikator Keuangan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi
1	Kinerja Keuangan	1. Imbalan Investasi (Return On Investment)	1. $18\% \leq ROI$	2,02 %
		2. Rasio Kas (Cash Ratio)	$x \geq 35\%$	15,07 %
		3. Rasio Lancar (Current Ratio)	$125\% \leq x$	3.680,84 %
		4. Collection Periods (CP)	$x \leq 60$ hari	531,27 hari
		5. Perputaran Persediaan	$x \geq 35$ hari	229,3 hari
		6. Perputaran Aset	$120 \leq X\%$	7,55 %
		7. Rasio Total Modal Sendiri Terhadap Aset	$x =$	

b. Fokus Pelanggan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi
1	INSTALASI 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 kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/ GELSS/ALS	100%	30% masih berlaku, 70% habis masa berlaku
		4. Ketersediaan dokter yg mampu memberikan pelayanan gawatdaruratan kusta	100%	100%
		5. Ketersediaan tim	satu tim	satu tim



		penanggulangan bencana		
		6. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	< 5 menit terlayani setelah pasien datang	0 menit
		7. Kepuasan pelanggan	> 90 %	-
		8. Kematian pasien < 24 jam	< 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	4.25‰
		9. Tidak adanya pasien yang diwajibkan membayar uang muka	100 %	
2	INSTALASI RADIOLOGI	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	8,31 Menit
		2. Pelaksana Ekspertise	Dokter Sp. Rad	Tidak ada (masih pendidikan PPDS Radiologi)
		3. Kejadian kegagalan Pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	2%
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-
3	INSTALASI FARMASI	1. Waktu tunggu pelayanan	1. Waktu :	
		a. Obat Jadi	≤ 30 menit	5,07 menit
		b. Obat Racikan	≤ 60 menit	11.725 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan Pemberian Obat	100 %	Tidak ada
		3. Penulisan resep sesuai Formularium	100 %	99%
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	
4	INSTALASI GIZI	1. Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	≥ 90%	93%
		2. Sisa makanan yang tidak dimakan pasien	≤ 20 %	15%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%



No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Realisasi
5	PERSALINAN, PERINATOLOGI DAN KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$	0 %
			b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$	0 %
			c. Sepsis $\leq 0,2\%$	0 %
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit	2. a. Dokter Sp.OG	tidak
			b. Dokter umum terlatih (APN)	tidak
			c. Bidan Terlatih	ya
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih	Ya
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG	Ya
			b. Dokter Sp.A	Ya
			c. Dokter Sp.An	Ya
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100 %	5. 100%
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	$\leq 20\%$	6. 48.08% (FKTL)
		7. Keluarga Berencana	100 %	
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih		100%
		b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%
		8. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	



6	INSTALASI REKAM MEDIK	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 jam selesai pelayanan	100%	100%
		2. Kelengkapan Informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100 %	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik RJ	≤ 20 menit	15 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik RI	≤ 15 menit	10 menit
7	INSTALASI AMBULAN DAN PEMULASARAN JENAZAH			
	1. Ambulance/ kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam
		2. Kecepatan pemberian layanan	≤ 230 menit	
		3. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Kotamadya ≤ 30 menit, Kabupaten : ≤ 60 menit	
	2. Pemulasaran Jenazah	1. Respon time pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	
8	TRANFUSI DARAH	1. Kebutuhan darah bagi pasien tranfusi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	0%
		3. Kerjasama dengan PMI setempat	100 % terpenuhi	
9	PELAYANAN BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100 % terlayani
10	INSTALASI RAWAT JALAN	1. Ketersediaan pelayanan kusta di RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	1. Pelayanan	
			Poliklinik Kusta	Ada
			Perawatan Luka	ada



			Rehabilitasi (Fisioterapi, OT, OP dan Psikologi)	ada
		2. Pemberian Pelayanan di Poliklinik kusta	100 % Dokter terampil pelatihan kusta	100 % Dokter terampil pelatihan kusta
		3. Ketersediaan pelayanan umum di RS Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	3. Pelayanan Umum :	
			Rehabilitasi medik	Ada
			Kulit Kelamin	ada
			Bedah Kusta/ umum	ada
			Gigi	ada
			Mata	ada
			Neurologi	ada
			Anak	ada
			Penyakit Dalam	ada
			Kebidanan	ada
		4. Dokter pemberian pelayanan di poli spesialis	100 % dokter Spesialis	100 % dokter Spesialis
		5. Jam buka Pelayanan	08 s/d 13.00 setiap hari kecuali hari jum'at 08 s/d 11.00	08 s/d 13.00 setiap hari kecuali hari jum'at 08 s/d 11.00
		6. Waktu tunggu rawat jalan	< 60 menit	29.06 menit
		7. Kepuasan pelanggan	> 90 %	
12	INSTALASI RAWAT INAP	1. Pemberian pelayanan kusta rawat inap	100 % dokter terampil pelatihan kusta	100 % dokter terampil pelatihan kusta
		2. Pemberian pelayanan perawatan kusta rawat inap	Perawat minimal Pendidikan DIII	masih ada yang berpendidikan SPK (senior)



		3. Pemberian pelayanan konsultasi di rawat inap	100% dokter spesialis untuk pelayanan umum 100% dokter umum Untuk pelayanan Kusta	100% dokter spesialis utk pely umum 100% dokter umum untuk pelayanan kusta
		4. Dokter Penanggung jawab pasien rawat inap	100 % dokter Spesialis	100 % dokter Spesialis
		5. Ketersediaan pelayanan rawat inap kusta	Pelayanan :	
			perawatan Reaksi	tersedia
			Perawatan Luka	tersedia
			Perawatan Pre dan post operasi	tersedia
		6. Ketersediaan pelayanan Rawat Inap Umum	Konsultas Spesialistik	
			Kulit Kelamin	tersedia
			Bedah umum	tersedia
			Mata	tersedia
			Neurologi	tersedia
			Anak	tersedia
			Penyakit Dalam	tersedia
			Kebidanan	tersedia
		7. Jam Visite Dr Spesialis	Jam 8.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	Jam 8.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		8. Kejadian Infeksi Paska Operasi	< 1.5 %	0%
		9. Kejadian Infeksi Nosokomial	< 1.5 %	0%
		10. Tidak ada pasien jatuh yg berakibat kecacatan / kematian	100%	100%
		11. Kematian Pasien > 48 jam	< 0,24 %	3.01%
		12. Kejadian Pulang paksa	< 5 %	0%



		13. Kepuasan pelanggan	> 90 %	
		14. Lama HP pasien Kusta	< 180 hari	70.38
13	INSTALASI BEDAH			
	1. KAMAR OPERASI	1. Ketersediaan bedah kusta	1. Pelayanan	1. Pelayanan
			Bedah Rekontruksi	tersedia
			Bedah Septik	tersedia
		2. Ketersediaan bedah umum	2. Pelayanan	Pelayanan
			Bedah umum	tersedia
			Bedah Mata	tersedia
			Bedah Kebidanan	tersedia
		3. Pemberian pelayanan bedah Kusta	100 % dokter dengan pelatihan bedah kusta	100 % dokter dengan pelatihan bedah kusta
		4. Pemberian pelayanan Anastesi	100% dokter Anaestesi	100% dokter Anaestesi
		5. Pemberian pelayanan bedah umum	100 % dokter bedah	100 % dokter bedah
		6. Waktu tunggu operasi Elektif	< 2 hari	23.29 Jam
		7. Kejadian kematian di meja operasi	< 1 %	0%
		8. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
		9. Tidak ada nya kejadian 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. Komplain anasthesi karena overdosis reaksi dan salah penempatan endotracheal tube	< 6 %	0% (tidak ada komplain)
	2. KAMAR LUKA	1. Pemberian pelayanan perawatan luka	100 % dokter terlatih	100 % dokter terlatih
		2. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan perawatan luka yang direncanakan	< 50 %	0%
		3. Kepuasan pelanggan	> 80 %	
14	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI terlatih 75%	36,36%
		2. Tersedia APD di setiap Instalasi / departemen	60%	65%
		3. Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial (Health Care Associated Infection=HAI) di RS Minimal 1 parameter	75%	100%
15	REHABILITASI MEDIK	1. Ketersediaan kelengkapan pelayanan Rehabilitasi Medik di RS. Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	1. Pelayanan :	1. Pelayanan :
			Fisioterapi	ada
			Okupasi Terapi	ada
			Ortesa Protesa	ada
			Psikologi	ada
		2. Pemberian Pelayanan di Rehabilitasi Medik	100% Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik, 100% Penata Minimal Pendidikan D3	100% Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik, 100% Penata Minimal Pendidikan D3
		3. Kejadian Drop Out pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik	≤ 50%	0%
		4. Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	



16	REHABILITASI SOSIAL DAN KARYA	1. Ketersediaan kelengkapan pelayanan Rehabilitasi Sosial dan Karya di RS. Kusta Dr. Rivai Abdullah Palembang	1. Pelayanan : Rehabilitasi Sosial Rehabilitasi Karya	ada ada
		2. Pemberian Pelayanan di Rehabilitasi Sosial dan Rehabilitasi Karya	2. Petugas Sosial Medik dan Fasilitator	2. ada petugas Sosial Medik
17	PENGOLAHAN LIMBAH	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	21,5 mg/l 65 mg/l 40 mg/l 6,38
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	100 %
18	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	75%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %
		4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100 %	85%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	75%
		6. Cost recovery	≥ 40 %	72%
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	30 menit



		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	75%
19	PELAYANAN LOUNDRY	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100 %
20	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %	80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100 %
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100 %

4. Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)

Tabel 5.4

Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)
Semester I Tahun 2016

No	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target 2016	Realisasi Sm.I	Ket.
1	Tingkat kepuasan pasien	Nominal IKM	2,55	3,35	
2	Tingkat kepuasan Stakeholder	Nominal IKM	2,55	3,45	
3	Persentase keluhan pasien yang ditindaklanjuti	Persentase	85	100	
4	Persentase temuan ketidak sediaan obat rutin yang ditindaklanjuti	Persentase	83	-	Tidak ada obat rutin yG tidak tersedia



No	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target 2016	Realisasi Sm.I	Ket.
5	Persentase pengembalian Rekam Medis dari rawat inap < 24 jam	Persentase	85	100	
6	Waktu tunggu rawat jalan	Menit	≤ 60	29 menit	
7	Persentase Kesembuhan pasien reaksi kusta	Persentase	85	100	
8	Persentase kerjasama yang terealisasi	Persentase	85	0	
9	Persentase kunjungan referral di wilayah binaan	Persentase	85	37,5	
10	Persentase peningkatan tindakan rehabilitasi.	Persentase	85	95	
11	Persentase peningkatan jumlah pasien yang mandiri	Persentase	40	25	
12	Persentase pasien kusta yang dilakukan pemeriksaan POD baik rawat inap maupun rawat jalan	Persentase	100	99	
13	Persentase kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Persentase	40	100	
14	Persentase ketersediaan SDM yang kompeten	Persentase	70	30	
15	Persentase tingkat kepuasan karyawan	Persentase	75	85	
16	Persentase pemeliharaan sarana dan prasarana	Persentase	65	35	



No	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target 2016	Realisasi Sm.I	Ket.
17	Persentase tersedianya sarana dan prasarana yang siap pakai, tersedia dan berfungsi dengan baik.	Persentase	85	100	
18	Persentase ketepatan kalibrasi sesuai jadwal	Persentase	85	0	
19	Persentase pengembangan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) yang terintegrasi	Persentase	60	50	



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

Tabel 5.5
Pencapaian Target Pendapatan Semester I Tahun 2016

Kode	Uraian Unit/ Program/ IKU Program/ Kegiatan/ IKK/ Output/ Akun Pendapatan	Dana		%
		Target 2016	Realisasi	
1	2	3	4	5
1	Instalasi Rawat Inap	7.306.794.675	3.822.436.952	
2	Instalasi Rawat Jalan	3.922.131.235	1.417.525.384	
3	Instalasi Rawat Darurat	345.660.997	40.093.200	
4	Instalasi Rawat Intensif	143.913.300	0	
5	Instalasi Bedah	355.886.245	1.407.000	
6	Instalasi Rehabilitasi Medik	203.087.237	3.502.000	
7	Instalasi Rehab Karya dan Sosial	54.648.000	0	
8	Instalasi Penunjang Medik	1.104.611.763	191.169.859	
9	Instalasi Pemulasaranaan Jenazah dan Ambulance	149.665.161	7.856.500	
10	Bagian Keuangan	748.325.804	70.640.511	
11	Instalasi Diklit	748.325.804	20.734.000	
12	Instalasi LITBANG	448.995.482	0	
13	Unit Sarana Prasarana	177.876.094	20.410.000	
TOTAL PENDAPATAN BLU		15.260.964.000	5.595.775.406	36,66



6. REALISASI ANGGARAN

Tabel 5.6
Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2016

KODE	URAIAN	ANGGARAN	REALISASI	%
2094.018	Laporan Layanan Operasional Rumah Sakit (PNBP/BLU)	15.219.592.000	4.913.928.692	32,29
2094.028	Peningkatan SDM (Orang)	728.804.000	99.473.600	13,65
2094.029	Makanan/ Minuman (Hari Perawatan)	867.250.000	251.815.071	29,04
2094.030	Penambah Daya Tahan Tubuh (Pegawai)	305.856.000	0	0
2094.031	Pakaian Dinas (Pegawai)	348.900.000	0	0
2094.034	Obat - obatan (Paket)	982.116.000	242.171.270	24,66
2094.036	Gedung dan Bangunan (M2)	3.581.999.000	0	0
2094.038	Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB (unit)	5.000.001.000	0	0
2094.039	Perangkat Pengolahan Data dan Komunikasi (Unit)	114.950.000	0	0
2094.040	Peralatan Fasilitas Perkantoran (Unit)	733.170.000	0	0
2094.065	Barang Medik Habis Pakai (Paket)	1.775.556.000	105.368.750	5,93
2094.994	Layanan Perkantoran (Bulan Layanan)	23.295.350.000	13.247.361.544	56,87
	TOTAL	52.953.544.000	18.860.118.927	35,62



B. Hambatan Dan Masalah Dalam Realisasi Anggaran

1. Output, MAK dan sumber anggaran dalam DIPA/ RKAKL tidak sesuai dengan hasil rewiu PAGU definitif.
2. Belanja modal gedung dan bangunan sedang dalam proses pelaksanaan pekerjaan oleh penyedia dan masih ada yang dalam proses lelang.
3. Penerimaan PNBPN (BLU) tidak memenuhi target yang telah ditetapkan, sehingga belanja yang dibiayai oleh PNBPN (BLU) tidak dapat dilaksanakan.
4. Belanja barang operasional lainnya (obat-obatan, alkes dan BHP) permintaan dari user secara bertahap dan proses pelaksanaan dengan *e-purchasing*.

B. UPAYA UNTUK MERAHAI WTP DAN ZONA INTEGRITAS

Upaya yang dilakukan oleh RSK Dr. Rivai Abdullah Palembang 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 dan penerapan e-office, dengan langkahlangkah 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. Penerapan Billing system
- 9. 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 Bagas 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 Akrual (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 izin 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 desember 2014
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 Semester I Tahun 2016 antara lain :

1. Pencapaian Indikator Kinerja BLU, pada aspek kinerja keuangan mencapai nilai 16,45 ; sementara indikator kinerja Operasional mencapai nilai 23 ; dan Indikator Kinerja Mutu dan Layanan Masyarakat mencapai nilai 31,70 ; sehingga total nilai Kinerja RS Kusta Dr.Rivai Abdullah Palembang adalah 71,15, masuk dalam Kategori A (Baik).
2. Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama adalah 84,75 dengan nilai IKI 1,625.
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 Semester I Tahun 2016 sebesar Rp.18.860.118.927 atau 35,62% dari total pagu sebesar Rp.52.953.544.000,-
6. Pendapatan BLU pada Semester I Tahun 2016 sebesar Rp. 5.595.775.406,- atau 2 % dari target tahun 2016 sebesar 15.260.694.000,-

B. SARAN

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

1. Perlunya upaya meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien, agar jumlah kunjungan meningkat.
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.