



RENCANA STRATEGIS BISNIS

**RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN
PALEMBANG**

TAHUN 2020 - 2024



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG**
Jalan Jenderal Sudirman Km. 3,5 Palembang
Telp. 0711-354088 Faks. 0711-351318

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmatNya, sehingga Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 – 2024 RSUP Dr. Mohammad Hoesin (RSMH) Palembang ini dapat diselesaikan dengan baik. RSB RSMH merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif yang memuat program - program pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan langsung oleh RSMH maupun dengan mendorong peran aktif masyarakat untuk kurun waktu tahun 2020 – 2024.

Dasar dilakukannya penyusunan RSB ini adalah tindak lanjut dari Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/2627/2019, tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

RSB ini menjadi pedoman untuk mencapai program dalam 5 (lima) tahun ke depan yang pelaksanaannya akan dituangkan pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA) di RSMH selama tahun 2020 – 2024.

Kepada semua pihak yang telah membantu kami sampaikan terima kasih. Semoga informasi dalam RSB RSMH Tahun 2020 -2024 ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan di masa yang akan datang.

Atas perhatian disampaikan terima kasih.

Palembang, 06 AUG 2019
Direktur Utama,

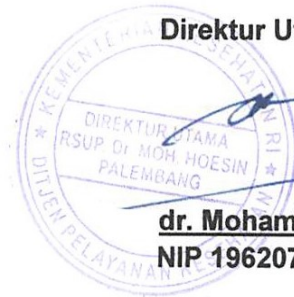


dr. Mohammad Syahril, Sp. P, MPH
NIP 196207231990011001



LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI
RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020-2024
BADAN LAYANAN UMUM
RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG
DISAHKAN OLEH DIREKSI

Tanggal: 6 Agustus 2019


Direktur Utama

dr. Mohammad Syahril, Sp. P, MPH
NIP 196207231990011001

Direktur Umum, SDM dan Pendidikan


dr. Msy. Rita Dewi M.S., Sp.A(K), MARS
NIP 196611051999032003

Direktur Keuangan


Ekwanto, SE, Ak., MM
NIP 19760626199031007

Direktur Medik dan Keperawatan


dr. Hj. Zubaedah, Sp.P. MARS
NIP. 196109091987112001

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS

DEWAN PENGAWAS

RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG

YANG DIANGKAT BERDASARKAN SK MENTERI KESEHATAN R.I

No. HK.01.07/MENKES/317/2019

MENYETUJUI

RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020-2024

BADAN LAYANAN UMUM

RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG

Tanggal: 12 Agustus 2019

Dewan Pengawas



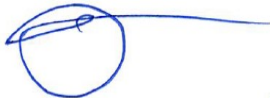
dr. Kirana Pritasari, M.Q.I.H
Ketua



Ir. Sodikin Sadek, M.Kes
Anggota



Heru Arwono, S.H., M.M.
Anggota



Taukhid, SE, M.Sc.IB, M.B.A
Anggota



Drs. Tirta Sebayang, M.M
Anggota



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Rencana Strategis Bisnis	2
1.3. Dasar Hukum	2
1.4. Sistematika Rencana Strategis Bisnis.....	3
BAB II KONDISI RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG.....	5
2.1. Profil.....	5
2.2. Gambaran Kinerja	6
A. Kinerja Aspek Pelayanan.....	10
B. Kinerja Keuangan	27
C. Kinerja Aspek SDM.....	34
D. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana.....	39
2.3. Tantangan Strategis.....	40
2.4. Benchmarking	41
2.5. Analisis Strength Weakness Opportunity Threat (SWOT).....	42
2.6. Diagram Kartesius Prioritas Strategis	47
2.7. Analisis TOWS	48
2.8. Analisa Dan Mitigasi Risiko	50
A. Identifikasi Risiko	50
B. Penilaian Tingkat Risiko	51
C. Rencana Mitigasi Risiko	52
BAB III ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS.....	55
3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi Dan Tata Nilai.....	55
A. Visi.....	56
B. Misi	56



C. Tata Nilai	56
3.2. Arah Dan Kebijakan Stakeholders Inti.....	56
3.3. Rancangan Peta Strategi Balanced Scorecard (BSC)	57
3.4. Indikator Kinerja Utama.....	59
A. Matriks IKU	59
B. Kamus IKU	62
3.5. Roadmap Lima Tahun Kedepan	82
3.6. Program Kerja Strategis.....	84
BAB IV PROYEKSI KEUANGAN	88
4.1. Estimasi Pendapatan	88
4.2. Rencana Kebutuhan Anggaran	89
A. Anggaran Kelangsungan Operasional	89
B. Anggaran Pengembangan.....	90
4.3. Rencana Pendanaan	93
BAB V PENUTUP	94
5.1. Kesimpulan	94
5.2. Saran	95



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jumlah dan Daerah Asal Pasien Rujukan RSMH Tahun 2015 - 2018 ..	6
Tabel 2.2 Jumlah Pasien Rawat Inap berdasarkan Severity Level.....	7
Tabel 2.3 Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap Tahun 2015 - Semester 1 2019	8
Tabel 2.4 Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan 2015 – Semester 1 2019 ...	9
Tabel 2.5 Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2015-2018 dan Prognosa 2019	11
Tabel 2.6 Pencapaian Kinerja Layanan BLU Tahun 2015 - 2018.....	15
Tabel 2.7 Capaian Indikator Kinerja Individu Direktur Utama Tahun 2015	19
Tabel 2.8 Capaian Indikator Kinerja Individu Direktur Utama	20
Tabel 2.9 Jumlah Kunjungan Pasien Kardioserebrovaskular Tahun 2015 - 2018	23
Tabel 2.10 Jumlah Kunjungan Onkologi Terpadu Tahun 2015 - 2018....	24
Tabel 2.11 Jumlah Tindakan Bedah Minimal Invasif Tahun 2015 - 2018	24
Tabel 2.12 Jumlah Target Pasien Bayi Tabung Tahun 2015 - 2018...	25
Tabel 2.13 Jumlah Layanan Transplantasi Ginjal Tahun 2015 - 2018	25
Tabel 2.14 Jumlah Kasus Divisi BTKV periode 2015 - 2018	26
Tabel 2.15 Kinerja Keuangan Tahun 2015-2018 dan Prognosa 2019.....	28
Tabel 2.16 Target dan Realisasi Penerimaan Tahun 2015 – 2018.....	32
Tabel 2.17 Realisasi Belanja Menurut Sumber Dana	33
Tabel 2.18 Data SDM Yang Mengikuti Pendidikan (Tubel / Ibel Dan Pelatihan) Tahun 2015 - 2018	34
Tabel 2.19 Jumlah Penelitian dan Penelitian Yang Dipublikasi Tahun 2015-2018	34
Tabel 2.20 Rencana Pemenuhan SDM Tahun 2020-2024.....	35
Tabel 2.21 Prioritas Pengembangan SDM untuk Layanan Onkologi Terpadu....	36
Tabel 2.24 Tantangan Strategis RSMH	41
Tabel 2.25 Benchmarking RSMH.....	41
Tabel 2.26 Kekuatan dan Kelemahan RSMH.....	42
Tabel 2.27 Peluang dan Ancaman RSMH	43
Tabel 2.28 Perhitungan Faktor Peluang Analisis SWOT	44
Tabel 2.29 Perhitungan Faktor Ancaman Analisis SWOT	45
Tabel 2.30 Perhitungan Faktor Kekuatan Analisis SWOT	45
Tabel 2.31 Perhitungan Faktor Kelemahan Analisis SWOT	46
Tabel 2.32 Hasil Analisa Perhitungan SWOT.....	46
Tabel 2.33 Analisis TOWS.....	49
Tabel 2.34 Daftar Risiko	50
Tabel 2.35 Peringkat Risiko	51
Tabel 2.36 Rencana Mitigasi Risiko	53
Tabel 3.1 Harapan dan Kekhawatiran Stakeholders	57
Tabel 3.2 Matrik Indikator Kinerja Utama	59
Tabel 3.3 Kamus Indikator Kinerja Utama.....	62
Tabel 3.4 Program Kerja Strategis Rsmh Tahun 2020 - 2024	84
Tabel 4. 1 Estimasi Pendapatan Tahun 2020 - 2024	88
Tabel 4. 2 Estimasi Anggaran Operasional Tahun 2020-2024	89



Tabel 4. 3 Estimasi Anggaran Program Pengembangan Tahun 2020-2024.....	91
Tabel 4. 4 Estimasi Pendanaan BLU Tahun 2020 - 2024.....	93



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Diagram Kartesius Prioritas Strategis RSMH	47
Gambar 3.1 Peta Strategis RSB RSMH Tahun 2020-2024	58



BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perencanaan sebagai bagian dari proses manajemen strategis, mutlak dilakukan oleh suatu organisasi sebagai upaya mempertahankan kelangsungan hidupnya. Perencanaan yang disusun dimaksudkan untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan melalui suatu perumusan strategi tertentu. Perumusan strategi yang berupa visi, misi, tujuan dan sasaran tersebut disusun minimal dalam jangka waktu 5 (lima) tahun dalam bentuk dokumen Rencana Strategis Bisnis (RSB).

Untuk menentukan bagaimana perumusan strategi dapat dicapai, diperlukan program kerja strategis yang akan dilaksanakan serta jumlah alokasi sumber daya yang dibutuhkan serta antisipasi terhadap kemungkinan hal-hal yang akan menjadi penghambat program kerja yang sudah ditetapkan.

RSMH sebagai UPT Vertikal Kementerian Kesehatan yang berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1243/MENKES/SK/VIII/2005 tentang Penetapan 13 (Tiga Belas) Eks Rumah Sakit Perjan menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU). Pola pengelolaan keuangan BLU sesuai Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, rumah sakit diberikan beberapa keleluasaan atau fleksibilitas.

Mengingat hal-hal tersebut maka RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang (RSMH) menyusun langkah langkah strategis untuk mencapai visi misi dan tujuannya berupa Dokumen Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024, yang implementasinya secara



teknis akan dituangkan setiap tahun dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA).

1.2. Tujuan Rencana Strategis Bisnis

Tujuan Rencana Strategis Bisnis ini disusun:

1. Sebagai pedoman strategis dalam pola penguatan dan pemenuhan visi misi RSMH.
2. Sebagai panduan dalam menentukan arah strategis dan kegiatan RSMH selama periode tahun 2020-2024
3. Sebagai dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan visi dan misi RSMH
4. Untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholders internal* maupun *stakeholders eksternal*.

1.3. Dasar Hukum

Sebagai dasar hukum dalam penyusunan RSB ini adalah:

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025.
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan BLU
7. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan BLU.
8. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 76/PMK.05/2008 tanggal 23 Mei 2008 tentang Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan BLU.



9. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 95/PMK.05/2016 tentang Dewan Pengawas BLU.
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1243/MENKES/SK/VIII/2005 tentang Penetapan 13 (tiga belas) Eks RS Perjan menjadi Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan dengan menerapkan Pola pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU).
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/390/2014 tentang penetapan RSMH sebagai RS rujukan Nasional.
12. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan umum Bidang Layanan Kesehatan
13. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan nomor PER-24/PB/2018 tentang Perubahan atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan umum Bidang Layanan Kesehatan
14. Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/2627/2019, tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

1.4. Sistematika Rencana Strategis Bisnis

Berdasarkan Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/2627/2019, tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, sistematika penyusunan RSB UPT Vertikal adalah sebagai berikut :

Bab I. Pendahuluan

- 1.1. Latar Belakang
- 1.2. Tujuan RSB
- 1.3. Dasar Hukum



1.4. Sistematika Penyusunan RSB

Bab II. Kondisi RSUP Dr. MohammadHoesin Palembang

2.1. Profil

2.2. Gambaran Kinerja

- a. Kinerja Aspek Pelayanan
- b. Kinerja Aspek Keuangan
- c. Kinerja Aspek SDM
- d. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

2.3. Tantangan Strategis

2.4. *Bench Marking*

2.5. Analisa SWOT

2.6. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis

2.7. Analisa TOWS

2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko

- a. Identifikasi Risiko
- b. Penilaian Tingkat Risiko
- c. Rencana Mitigasi Risiko

Bab III. Arah dan Program Strategis

3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Tata Nilai

3.2. Arah dan Kebijakan Stakeholders Inti

3.3. Rancangan Peta StrategisBalanced Scorecard (BSC)

3.4. Indikator Kinerja Utama

- a. Matriks IKU
- b. Kamus IKU

3.5. Roadmap Lima tahun kedepan

3.6. ProgramKerja Strategis

Bab IV. Proyeksi Keuangan

4.1. Estimasi Pendapatan

4.2. Rencana Kebutuhan Anggaran

- a. Anggaran Kelangsungan Operasional
- b. Anggaran Pengembangan

4.3. Rencana Pendanaan

Bab V. Penutup

BAB II

KONDISI RSUP Dr. MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG

2.1. Profil

RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang berlokasi di Jalan Jenderal Sudirman KM. 3.5 Palembang dengan luas area 23 hektare yang didirikan pada tahun 1953 atas prakarsa Menteri Kesehatan RI yang saat itu dijabat oleh Dr. Mohammad Ali (Dr. Lie Kiat Teng), dan diresmikan pada tanggal 3 Januari 1957. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No HK.02.02/MENKES/390/2014 tanggal 17 Oktober 2014 RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Kelas A Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya dan Rumah Sakit Rujukan Nasional Sumsel, Lampung, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, dan RSMH Palembang telah terakreditasi *Joint Commission International (JCI)* pada tanggal 3 Desember 2016 dengan jumlah tempat tidur 969 berdasarkan SK Direktur Direktur Utama RSMHPalembang nomor : YK.01.02/ XVII.2/927/2018 tanggal 1 Agustus 2018.

Dalam perkembangannya status RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang telah berulang kali mengalami perubahan, mulai dari Rumah Sakit Unit Swadana, PNBP, Perjan dan berdasarkan PP 23/2005 tgl 13 Juni 2005 tentang Pengelolaan Keuangan BadanLayananUmum dengan SK Menkes RINomor 1243/Menkes/SK/VIII/2005, tanggal 11 Agustus 2005 tentang Penetapan 13 eks Rumah Sakit Perjan menjadi Unit Pelaksana Teknis Depkes RI dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, status RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang berubah menjadi UPT BLU Kementerian Kesehatan. Implementasinya RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dilaksanakan pada Januari 2006, dan ditetapkan sebagai RS Rujukan Nasional berdasarkan SK Menkes Nomor HK.02.02/Menkes/390/2014 tanggal 17 Oktober 2014.

Perubahan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang ini bertujuan memberikan kewenangan kepada rumah sakit dalam mengelola keuangan, senantiasa berorientasi kepada kepentingan masyarakat serta tetap mengedepankan kinerja rumah sakit yang berfungsi sosial, profesional dan etis dengan pengelolaan yang ekonomis serta tidak semata-mata mencari keuntungan.

2.2. Gambaran Kinerja

RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai rumah sakit Kelas A telah melakukan pelayanan dengan optimal bagi masyarakat di daerah Sumatera Bagian Selatan khususnya kota Palembang, terbukti dari peningkatan jumlah pasien rujukan di RSMH selama tahun 2015 sampai tahun 2018 yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 Jumlah dan Daerah Asal Pasien Rujukan RSMH Tahun 2015 - 2018

Daerah	2015	2016	2017	2018
Kota Palembang	47,963	53,818	72,918	75,286
Provinsi Sumatera Selatan (di luar Palembang)	21,372	35,121	50,656	51,033
Provinsi Lampung	90	359	606	730
Provinsi Jambi	361	704	1,266	1,494
Provinsi Bengkulu	626	1,411	2,565	2,408
Provinsi Babel	413	1,093	1,576	1,724
Lain-lain (Luar Sumbagsel)	161	787	1,306	1,253
Jumlah	70,986	93,293	130,893	133,928
% Peningkatan per tahun		31.4%	40.3%	2.3%

Sumber: Instalasi Rekam Medis dan Casemix RSMH

Dari Tabel 2.1 kita dapat melihat bahwa pasien dari Kota Palembang, merupakan pasien yang terbanyak yang dirujuk ke RSMH. Angka pasien rujukan dari Kota Palembang terus meningkat

dari tahun 2015 sampai tahun 2018 dengan jumlah pasien rujukan tertinggi sebanyak 75.286 orang pasien.

Sementara bila kita ingin melihat data jumlah pasien rawat inap berdasarkan Severity Level selama tahun 2015 sampai tahun 2018 dapat kita lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.2Jumlah Pasien Rawat Inap berdasarkan Severity Level

Uraian	Jumlah pasien / Claim				
	2015	2016	2017	2018	2019 Prognosis
- Severity Level I	7,121	19,474	19,343	17,909	18.130
- Severity Level II	5,036	7,551	8,203	8,926	9246
- Severity Level III	10,209	5,173	5,612	6,785	7522
TOTAL	22,366	32,198	33,158	33,620	34.898

Sumber data :Instalasi Pasien Jaminan RSMH

Pada tabel 2.2 total pasien Rawat Inap mengalami peningkatan 50% dari tahun 2015 ke 2016 dikarenakan waktu perawatan pasien menurun / LoS (*Length of Stay*), dari tahun 2016 sampai 2018 jumlah pasien yang cenderung stabil dikarenakan sesuai dengan mutu layanan.

Dan bila kita melihat dari data jenis penyakit terbanyak yang dilayani di RSMH selama 5 (lima) tahun terakhir sudah sesuai dengan layanan unggulan yang ditetapkan pada RSB periode sebelumnya. Adapun data 10 (sepuluh) penyakit terbanyak pasien rawat inap dan pasien rawat jalan tersebut dapat kita lihat pada tabel berikut :



Tabel 2.3 Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Inap Tahun 2015 - Semester

No	Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018	
	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien
1	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	1426	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	1430	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	1562	Thalassaemia => Beta	
2	Thalassaemia => Beta	1347	Thalassaemia => Beta	1323	Thalassaemia => Beta	1502	Malignant Neoplasm Of Breast, Unspecified	
3	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	666	Acute Lymphoblastic Leukaemia	883	Acute Lymphoblastic Leukaemia	872	Chronic Renal Failure, Unspecified	
4	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	649	Malignant Neoplasm Of Ovary	721	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	728	Malignant Neoplasm Of Rectum > Rectal Ampulla	
5	Acute Lymphoblastic Leukaemia	616	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	694	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	682	Atherosclerotic Heart Disease (Cad)	
6	Non-Hodgkin'S Lymphoma, Unspecified Type	452	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	679	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	637	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	
7	Malignant Neoplasm Of Ovary	430	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	596	Malignant Neoplasm Of Ovary	596	Cerebrovaskular Disease, Unspecified	
8	Congestive Heart Failure (Chf)	409	Malignant Neoplasm Of Rectum > Rectal Ampulla	576	Malignant Neoplasm Of Rectum > Rectal Ampulla	589	Malignant Neoplasm Of Cervix Uteri, Unspecified	
9	Malignant Neoplasm Of Bronchus Or Lung, Unspecified	377	Non-Hodgkin'S Lymphoma, Unspecified Type	569	Chronic Renal Failure, Unspecified	524	Acute Lymphoblastic Leukaemia	
10	Malignant Neoplasm Of Nasopharynx, Unspecified	342	Congestive Heart Failure (Chf)	389	Cerebrovaskular Disease, Unspecified	511	With Renal Failure	

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dalam 5 (lima) tahun terakhir 10 (sepuluh) Penyakit Terbanyak Rawat Inap adalah penyakit / kasus Onkologi dan Jantung.



Tabel 2.4 Data 10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan 2015 – Semester 1 2019

No	Tahun 2015		Tahun 2016		Tahun 2017		Tahun 2018		Semester I 2019	
	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien	Jenis Penyakit	Jumlah Pasien
1	End-stage renal failure	18511	End-stage renal failure	12837	Chronic renal failure,unspecified	19216	Chronic renal failure,unspecified	13927	LOW BACK PAIN	5986
2	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	12106	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	9523	LOW BACK PAIN	10055	LOW BACK PAIN	12341	ATHEROSCLEROTIC HEART DISEASE (CAD)	2208
3	LOW BACK PAIN	9639	Chronic renal failure,unspecified	5573	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	9331	Malignant neoplasm of breast, unspecified	7434	Displacement Intervertebral Disk /HNP	1192
4	HYPERTENSIVE RENAL DISEASE	4913	LOW BACK PAIN	4984	Malignant neoplasm of breast, unspecified	7190	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	3545	PULPITIS (Pulpal: Abscess, polyp) (Pulpit: acute, chronic (Hyperplastic; ulcerative), suppurative)	1146
5	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	4400	HYPERTENSIVE RENAL DISEASE	4394	THALASSAEMIA => UNSPECIFIED	5292	ATHEROSCLEROTIC HEART DISEASE (CAD)	3386	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified	1088
6	Malignant neoplasm of breast, unspecified	3157	Malignant neoplasm of breast, unspecified	4392	HYPERTENSIVE RENAL DISEASE	3781	NECROSIS OF PULP (Pulpal gangrene)	2937	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	1035
7	Respiratory TB unspecified, without mention of bacteriological or histological confirmation	2427	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	4258	Respiratory TB unspecified, without mention of bacteriological or histological confirmation	3071	Systemic lupus erythematosus, unspecified	2773	MALOCCLUSION, UNSPECIFIED	1024
8	Arthrosis (Osteoarthritis)	2203	GASTRITIS, UNSPECIFIED	3186	GASTRITIS, UNSPECIFIED	2911	THALASSAEMIA => UNSPECIFIED	2617	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	968
9	Malignant Neoplasm of ovary	2196	Respiratory TB unspecified, without mention of bacteriological or histological confirmation	3176	Unspecified diabetes mellitus without complications	2437	PULPITIS (Pulpal: Abscess, polyp) (Pulpit: acute, chronic (Hyperplastic; ulcerative), suppurative)	2513	NECROSIS OF PULP (Pulpal gangrene)	929
10	Cerebrovaskular disease, unscified	2113	Malignant Neoplasm of ovary	2047	PULPITIS (Pulpal: Abscess, polyp) (Pulpit: acute, chronic (Hyperplastic; ulcerative), suppurative)	2405	Malignant neoplasm of nasopharynx, unspecified	2287	ATRIAL SEPTAL DEFECT AS CURRENT COMPLICATION FOLLOWING ACUTE	859

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dalam 5 (lima) tahun terakhir 10 (sepuluh) Penyakit Terbanyak Rawat Inap didominasi penyakit / kasus Onkologi dan Jantung

A. Kinerja Aspek Pelayanan

(1) Indikator Kinerja Utama / *Key Performance Indicator*

Dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSMH Tahun 2015-2019 telah ditetapkan 11 sasaran strategis dengan 18 indikator kinerja utama (IKU) dari 4 (empat) perspektif, dimana target IKU ini dituangkan dalam perjanjian kinerja tahunan antara Direktur Utama dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) dari tahun 2015 sampai tahun 2018 dapat dilihat pada tabel berikut ini :



Tabel 2.5 Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2015-2018 dan Prognosa 2019

NO	Sasaran Strategis	IKU		Satuan	2015		2016		2017		2018		2019	
					Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Prognosa
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1	Perspektif Konsumen													
	Terwujudnya kepuasan stakeholders	1	Tingkat kesehatan BLU	Angka	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA
		2	Akreditasi	%	KARS	KARS	KARS dan JCI	KARS dan JCI	KARS dan JCI	KARS dan JCI	JCI	JCI	JCI	JCI
		3	Tingkat kepuasan pasien	%	80%	77%	80%	77.74%	85%	78%	80%	77.54%	80%	78%
		4	Kepuasan (PPDS)	%	80%	78%	80%	80.7%	82%	91.3%	85%	89.60%	90%	90%
		5	Komplain yang ditindaklanjuti	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Tingkat kelulusan PPDS	%	80%	80%	85%	85%	85%	73%	85%	93%	91%	92%
2	Perspektif Bisnis Internal													
	Tewujudnya sistem layanan unggulan	7	Jumlah layanan unggulan	Jumlah	3 layanan	3 layanan	4 layanan	4 layanan	4 layanan	4 layanan	5 Layanan	4 Layanan	5 layanan	4 Layanan
	Terwujudnya AHS RSMH FK UNSRI	8	Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	%	110%	133%	110%	150%	110%	125%	120%	140%	125%	125%
	Terwujudnya sistem rujukan regional, nasional & internasional	9	Pertumbuhan jumlah rujukan	%	100%	141%	105%	142.73%	105%	106.36%	110%	115.69%	110%	110%
	Terwujudnya akreditasi internasional	10	Capaian Indikator Mutu Layanan	% capaian	59%	61.82%	62%	65%	63%	61.82%	64%	61.71%	65%	64%
	Terwujudnya layanan yang terintegrasi	11	Peningkatan pasien non subsidi	%	101%	95%	101%	92.27%	101%	136.35%	101%	106.7%	101%	101%
	Terwujudnya kerjasama/kemitraan	12	Jumlah kerjasama layanan kesehatan per tahun	Jumlah kerjasam a per tahun	1 kerjasam a baru	2 kerjasam a baru	1 kerjasama baru	3 kerjasama baru	1 kerjasama baru	7 kerja sama baru	2 kerja sama baru	14 kerjasama baru	2 kerjasama baru	3 kerja sama baru



NO	Sasaran Strategis	IKU		Satuan	2015		2016		2017		2018		2019	
					Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Prognosa
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
3	Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan													
	Terwujudnya SIMRS yang terintegrasi	13	Level IT yang terintegrasi	Level integrasi	Integrated I	Integrated I	Integrated I	Integrated I	Integrated I	Integrated I	Integrated 2	Integrated 2	Advanced	Advanced
	Terwujudnya sarana dan prasarana yang terstandar	14	Sarana sesuai standar	%	70%	53%	70%	90.06%	72%	93.88%	80%	84.44%	80%	84%
	Terwujudnya kompetensi dan kinerja SDM yang profesional	15	Persentase Capaian SKP	%	80%	85.10%	80%	88.15%	82%	86.54%	84%	85.59%	85%	85%
		16	Peningkatan jumlah pegawai yang bersertifikasi	%	20%	31.42%	25%	57.67%	60%	78%	70%	84%	85%	80%
4	Perspektif Keuangan													
	Kendali mutu kendali biaya	17	Persentase peningkatan PNBPN per tahun	%	101%	90%	102%	99%	104%	120.95%	102%	106%	102%	103%
		18	Cost Recovery Rate	%	65%	72.54%	65%	66.62%	65%	76%	75%	83.73%	75%	80%

Dari tabel diatas pada IKU 3 (Tingkat Kepuasan Pasien) pencapaiannya tidak melebihi target yang telah ditetapkan, hal ini dikarenakan Formula perhitungan dimana Kuesioner penyusunan indeks kepuasan masyarakat yang ditetapkan KEPMENPAN 25/M.PAN/2/2004 membatasi pilihan jawaban untuk seluruh pertanyaan hanya 4 kategori yaitu :

- nilai (1), untuk jawaban yang tidak sesuai/ tidak memuaskan
- nilai (2), untuk jawaban yang kurang sesuai/ kurang memuaskan
- nilai (3), untuk jawaban yang sesuai/ memuaskan
- nilai (4), untuk jawaban yang sangat sesuai/ sangat memuaskan

Batasan ini cenderung menghasilkan jawaban yang sampai pada poin (3), karena sangat jarang konsumen memberikan penilaian sangat sesuai/ sangat memuaskan. Perlu ditinjau kembali pilihan jawaban agar dapat menghasilkan pilihan jawaban yang lebih fleksibel, sehingga menghasilkan nilai yang lebih bervariasi, misalnya rentang nilai jawaban dari (1) sampai dengan (5).

Tindak Lanjut :

Hasil penilaian kepuasan pasien/ pelanggan ini nantinya dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit untuk meningkatkan kualitas pelayanannya. Saran-saran yang muncul terkait kepuasan pelanggan pada saat ini adalah peningkatan pelayanan dan keramahan petugas, peningkatan kebersihan dan

perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit, serta peningkatan keamanan dan kenyamanan bagi pelanggan.

Adapun upaya-upaya yang telah dilakukan dalam rangka meningkatkan kepuasan pelanggan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan evaluasi pelayanan melalui *morning report* setiap hari kerja
2. Internalisasi tata nilai organisasi melalui kegiatan Transformasi Budaya Organisasi
3. Mengadakan berbagai pelatihan untuk meningkatkan kemampuan / kompetensi, *attitude* dan keterampilan pemberi layanan, salah satunya pelatihan excellent customer service
4. Penambahan tenaga pemberi layanan
5. Peningkatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana
6. Mengadakan kegiatan RSMH Menyapa pelanggan secara rutin setiap bulan
7. Penanganan keluhan sesuai *grading* keluhan
8. Sosialisasi berkelanjutan registrasi online rawat jalan, sehingga memudahkan pasien dalam pendaftaran tanpa harus mengantri lama.

(2) Indikator Kinerja Layanan BLU Bidang Kesehatan

Sesuai dengan Perdirjen Perbendaharaan Nomor 24 Tahun 2018, kinerja layanan BLU dinilai berdasarkan aspek layanan dan aspek mutu dan manfaat kepada masyarakat. Capaian kinerja layanan BLU tahun 2015-2018 dan prognosa 2019 dapat dilihat dalam Tabel 2.2 berikut :



**Tabel 2.6 Pencapaian Kinerja Layanan BLU Tahun 2015 -2018
dan Prognosa 2019**

No.	Sub Subaspek / Kelompok Indikator / Indikator	Skor Maks	2015		2016		2017		2018		2019
			Skor Target	Skor Capai an	Skor Target	Skor Capai an	Skor Target	Skor Capai an	Skor Target	Skor Capai an	Prognosa
1	Layanan	35,00	28,25	26,75	30,50	28,25	30,50	31,25	30,50	30,25	30,50
a. Pertumbuhan Produktivitas											
	1) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2,00	1,50	1,50	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	1,50	2,00
	2) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2,00	1,50	0,00	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	2,00	2,00
	3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2,00	1,25	1,25	1,50	1,50	1,50	1,25	1,50	1,25	1,50
	4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2,00	1,00	1,00	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50
	5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2,00	1,50	2,00	2,00	1,25	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50
	6) Pertumbuhan Operasi	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50
	7) Pertumbuhan Rehab Medik	2,00	1,50	1,50	1,50	0,00	2,00	2,00	2,00	1,50	1,50
	8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2,00	1,00	1,00	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	1,50
	9) Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
b. Efektivitas Pelayanan											
	1) Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	2) Pengembalian Rekam Medik	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	3) Angka Pembatalan Operasi	2,00	1,00	1,00	1,50	1,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
	4) Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2,00	1,50	0,50	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	5) Penulisan Resep Sesuai Formularium	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	6) Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2,00	1,50	2,00	1,50	1,50	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
c. Pertumbuhan Pembelajaran											
	1) Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis Yang Mendapat TOT	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00



No.	Sub Subaspek / Kelompok Indikator / Indikator	Skor Maks	2015		2016		2017		2018		2019
			Skor Target	Skor Capaian	Skor Target	Skor Capaian	Skor Target	Skor Capaian	Skor Target	Skor Capaian	
	3) Program Reward and Punishment	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2	Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat	35.00		31.17		31.68		31.68		30.68	
a. Mutu Pelayanan											
	1) Emergency Response Time Rate	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	2) Waktu Tunggu Rawat Jalan	2,00	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	2,00
	3) Length of Stay (LOS)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	4) Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2,00	1,50	1,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	5) Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2,00	1,50	1,50	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	6) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	7) Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2,00	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,50	0,50
b. Mutu Klinik											
	1) Angka Kematian di Gawat Darurat	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	2) Angka Kematian/Kebutaan $\geq$ 48 jam	2,00	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	3) Post Operative Death Rate	2,00	1,50	1,50	1,50	1,50	1,00	1,00	1,00	1,50	1,50
	4) Angka Infeksi Nosokomial										
	Dekubitus	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Phlebitis	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Infeksi Luka Operasi (ILO)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	5) Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
c. Kepedulian Kepada Masyarakat											
	1) Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lain	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	2) Penyuluhan Kesehatan	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	3) Rasio Tempat Tidur Kelas III	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
d. Kepuasan Pelanggan											
	1) Penanganan Pengaduan/Komplain	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	2) Kepuasan Pelanggan	1,00	1,00	0,77	0,77	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78
e. Kepedulian Terhadap Lingkungan											
	1) Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2	2,00	2	2,00
	2) Proper Lingkungan	1,00	1,00	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40

No.	Sub Subaspek / Kelompok Indikator / Indikator	Skor Maks	2015		2016		2017		2018		2019
			Skor Target	Skor Capai an	Skor Target	Skor Capai an	Skor Target	Skor Capai an	Skor Target	Skor Capai an	Prognosa
	Jumlah Skor Aspek Pelayanan (1+2)	70,00	59,42	57,92	62,18	59,93	62,18	62,93	62,18	60,93	61,68

Sumber: Komite Mutu RSUP Dr.Mohammad Hoesin

Berdasarkan Tabel 2.6, dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan kinerja layanan BLU tahun 2015 sampai tahun 2017, dan mengalami penurunan capaian di tahun 2018, terutama pada indikator Waktu Tunggu Hasil Radiologi.

Hambatan dalam mencapai target :

- Berdasarkan evaluasi analisa beban kerja didapatkan adanya kekurangan Dokter Spesialis Radiologi sebanyak 4 (empat) orang (analisis beban kerja 2018)
- Adanya ketidakcocokan pada sistem SIMRS, server, PACS dan RIS sehingga data yang ada tidak reliable, masih memerlukan pencatatan manual
- Pengembangan software PACS secara kostumisasi belum optimal sehingga menimbulkan kendala dalam ekspertise secara cepat.
- Tindakan radiologi kompleks yang dikerjakan meningkat dengan diagnosis yang bervariasi membutuhkan waktu yang lebih lama untuk dilakukan ekspertise.
- Dokter Spesialis Radiologi hanya bertugas secara On Call pada layanan di luar jam kerja sehingga koordinasi memerlukan waktu yang panjang.

Upaya yang telah dilakukan untuk memperbaiki nilai indikator tersebut adalah dengan :

- Penambahan tenaga Dokter Spesialis Radiologi

- b) Perbaikan dan upgrading koneksi sistem SIMRS, RIS, PACS, server sehingga didapatkan data yang valid dan reliable
- c) Optimalisasi sistem PACS dengan terus melakukan perbaikan dalam software sehingga dicapai kenyamanan dalam melakukan ekspertise sesuai kostumisasi yang diharapkan.
- d) Pengembangan sistem RIS dan PACS sehingga dapat melakukan tele radiologi / tele ekspertise dimana ekspertise dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja
- e) Peningkatan kompetensi Dokter Spesialis Radiologi dengan mengupayakan pendidikan sub spesialis dan training
- f) Adanya kebijakan mengenai Dokter Spesialis Radiologi On- Site serta Pembuatan jadwal kerja Dokter Spesialis Radiologi yang melibatkan seluruh dokter setiap harinya dan bekerja sesuai dengan jam kerja

(3) Indikator Kinerja Individu Direktur Utama

Selain IKU dan Indikator Layanan BLU, ditetapkan juga Indikator Kinerja Individu Direktur Utama yang diukur setiap bulan dan dilaporkan secara periodik ke Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama tahun 2015 ditetapkan berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan nomor HK.02.03/I/3959/2014 Ada 18 indikator kinerja individu RS Umum dimana capaiannya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.7Capaian Indikator Kinerja Individu Direktur Utama Tahun 2015

No	Judul Indikator	Bobot	2015		
			Hasil Perhitungan	Skor	Total Skor (Bobot x Skor)
1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,050	Ada 5 CP diRM dan dievaluasi	100	5,00
2	Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)	0,050	96,38	75	3,75
3	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	0,050	96,16	100	5,00
4	Persentase Kejadian Pasien Jatuh	0,050	0,03	100	5,00
5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,075	0,26	100	7,50
6	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	0,075	5,35	100	7,50
7	Nett Death Rate (NDR)	0,050	37,50	75	3,75
8	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium	0,050	94,66	75	3,75
9	Kematian Pasien di IGD	0,050	0,94	100	5,00
10	Bed Occupancy Rate (BOR)	0,080	71,93	100	8,00
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,080	100,00	100	8,00
12	Emergency Response Time 2 (ERT)	0,020	79,83	100	2,00
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,050	42,28	100	5,00
14	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	0,050	62,32	75	3,75
15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	0,050	3,82	75	3,75
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,050	9,01	100	5,00
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 jam (PRM)	0,020	96,87	100	2,00
18	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	0,100	72,56	100	10,00
			Jumlah TS		93,75
			Nilai IKI		1,75

Sementara IKI Direktur Utama tahun 2016 sampai sekarang ditetapkan berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/I/2630/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/ Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dimana terdapat beberapa indikator yang berubah dibandingkan peraturan sebelumnya. Capaian IKI Direktur Utama Tahun 2016 sampai tahun 2018 dapat dilihat pada tabel berikut :



**Tabel 2.8 Capaian Indikator Kinerja Individu Direktur Utama
Tahun 2016 – 2018 dan Prognosa 2019**

NO	JUDUL INDIKATOR	STD	2016			2017			2018			PROGNOSA 2019
			HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	SKOR
1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	5 CP	100,00	5,00	5 CP	100,00	5,00	5 CP	100,00	5,00	100,00
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	93,72	100,00	5,00	97,22	100,00	5,00	96,00	100,00	5,00	100,00
3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	≤3%	0,03	100,00	5,00	0,03	100,00	5,00	0,03	100,00	5,00	100,00
4	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	98,27	75,00	3,75	99,57	75,00	3,75	99,85	75,00	3,75	75,00
5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤2%	0,06	100,00	7,50	0,10	100,00	7,50	0,12	100,00	7,50	100,00
6	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	≤5,8‰	2,79	100,00	7,50	2,71	100,00	7,50	0,14	100,00	7,50	100,00
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	100,00	100,00	5,00	100,00	100,00	5,00	100,00	100,00	5,00	100,00
8	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	100%	96,62	75,00	3,75	98,36	75,00	3,75	99,39	75,00	3,75	75,00
9	Kematian Pasien di IGD	≤2,5%	1,24	100,00	5,00	1,00	100,00	5,00	1,08	100,00	5,00	100,00
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100,00	100,00	8,00	100,00	100,00	8,00	100,00	100,00	8,00	100,00
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	100,00	100,00	8,00	100,00	100,00	8,00	100,00	100,00	8,00	100,00
12	Emergency Response Time 2 (ERT)	≤120 Menit	116,34	100,00	2,00	128,81	75,00	1,50	114,96	100,00	2,00	100,00
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	30,62	100,00	5,00	51,32	100,00	5,00	40,45	100,00	5,00	100,00
14	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)	≤48 Jam	72,00	75,00	3,75	28,45	100,00	5,00	10,68	100,00	5,00	100,00
15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	2,92	100,00	5,00	1,92	100,00	5,00	8,65	0,00	0,00	0,00
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	26,05	100,00	5,00	26,23	100,00	5,00	25,28	100,00	5,00	100,00
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)	>80%	89,30	100,00	2,00	87,84	100,00	2,00	83,51	100,00	2,00	100,00
18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	65%	66,62	100,00	10,00	76,30	100,00	10,00	83,73	100,00	10,00	100,00
			JUMLAH TS		96,25	JUMLAH TS		97,00	JUMLAH TS		92,50	
			NILAI IKI		2,000	NILAI IKI		2,000	NILAI IKI		1,875	

Dari 18 indikator yang menjadi Indikator Kinerja Individu Direktur Utama RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, setiap tahun ada 3 indikator yang belum mencapai standar yang telah ditetapkan. 2 (dua) dari 3 indikator yang belum mencapai standar sejak tahun 2016 hingga tahun 2018 adalah sebagai berikut:

1. Penerapan Keselamatan Operasi

Salah satu penyebab Penerapan Keselamatan Operasi (PKO) belum mencapai standar adalah karena adanya perbedaan pemahaman dokter tentang lokasi yang harus dilakukan *site marking*. Oleh karena itu untuk mengatasi perbedaan pemahaman tentang lokasi yang harus dilakukan *site marking*, maka Komisi Akreditasi Rumah Sakit melalui buku SNARS Edisi 1 menerbitkan ketentuan bahwa seluruh lokasi operasi harus dilakukan *site marking*.

Oleh karena itu pada Tahun 2019 RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang harus melakukan revisi terhadap Kebijakan Keselamatan Pembedahan agar pelaksanaan *site marking* dapat sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Selain itu perlu dilakukan sosialisasi pada operator kamar bedah untuk meningkatkan pemahaman dan kepedulian mereka tentang keselamatan operasi serta agar mereka selalu melakukan *site marking* sebagai upaya mengurangi risiko membahayakan akibat kesalahan dalam pembedahan.

2. Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium

Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan bisa lebih dari 30 menit karena terdapat kendala sarana, misalnya mati listrik serta

masih adanya poliklinik yang tidak memiliki telepon ruangan.

Untuk meningkatkan capaian indikator, telah dilakukan sosialisasi kepada petugas laboratorium untuk segera memberikan informasi kepada dokter pengirim via telepon apabila terdapat hasil laboratorium yang mencapai nilai kritis serta dilakukan koordinasi dengan IGM. Upaya lain yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut adalah dengan penyediaan mobile phone untuk keperluan waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tersebut, membuat aplikasi pelaporan nilai kritis laboratorium dengan sistem android, serta pembuatan grup whatsapp untuk melakukan pelaporan nilai kritis laboratorium.

Sedangkan indikator lain yang belum mencapai standar adalah:

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE) – Tahun 2016

Waktu tunggu operasi elektif masih lebih dari 2 hari karena masih adanya pasien yang masuk rumah sakit tanpa jadwal operasi yang jelas padahal pasien tersebut memiliki kondisi umum yang baik sehingga akibatnya pasien harus cukup lama menunggu jadwal operasi, serta masih kurangnya peralatan di kamar operasi penyebab ERT 2 lama.

Permasalahan waktu tunggu operasi elektif dapat terselesaikan dengan melakukan penjadwalan operasi sebelum masuk rumah sakit.

2. Emergency Response Time 2 (ERT) – Tahun 2017

Penyebab ERT lama :

- a. Sebagian dokter memutuskan operasi sebelum pemeriksaan penunjang dilaksanakan sehingga

memperpanjang Emergency Response Time 2 (ERT2)

- b. Sebagian dokter memutuskan operasi melalui telepon tanpa melihat / memeriksa pasien secara langsung
- c. Banyaknya pasien, sehingga menyebabkan antrian operasi
- d. Kerusakan sarana prasarana OK IGD

Permasalahan Emergency Response Time 2 (ERT) dapat terselesaikan dengan melakukan kerjasama dengan IBS terkait penggunaan OK.

3. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) – Tahun 2018

Upaya lain yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) adalah mempercepat penyelesaian pembahasan sistem remunerasi yang baru, pembuatan jadwal kerja dokter SpRad yang melibatkan seluruh dokter setiap harinya dan bekerja sesuai jam kerja, serta memperbaiki Sistem PACS atau mengadakan dokter jaga radiologi.

(4) Kinerja Layanan Unggulan 2015 – 2018

1. Kardioserebrovaskular

Tabel 2.9Jumlah Kunjungan Pasien Kardioserebrovaskular Tahun 2015 - 2018

No	Kardicerebro vakular	2015	2016	2017	2018
1	Kunjungan Kardiologi Rawat Jalan				
	Dewasa	17.506	13.224	14.408	16.362
	Anak	1.273	1.441	1.655	1.804
2	Kunjungan Kardiologi Rawat Inap				

No	Kardicerebro vakular	2015	2016	2017	2018
	a. Dewasa	2.738	2.756	2.971	2.373
	b. Anak	153	174	197	217
3	Kunjungan Rawat Jalan Neurologi	12.634	11.204	11.529	13.636
4	Kunjungan Rawat Inap Neurologi	1.185	1.026	1.084	1.489

Sumber data : Bidang Pelayanan Medik RSMH

2. Onkologi Terpadu

Tabel 2.10Jumlah Kunjungan Onkologi Terpadu Tahun2015 - 2018

No	Onkologi Terpadu	2015	2016	2017	2018
1	Kunjungan Rawat Jalan	20.831	31.140	35.046	34.826
2	Kunjungan Rawat Inap	10.051	11.159	11.306	8.765
3	Kunjungan Kemoterapi	10.861	12.421	14.213	14.298
4	Kunjungan Radioterapi	10.048	10.877	12.630	8.515

Sumber data : Bidang Pelayanan Medik RSMH

3. Bedah Minimal Invasif

Tabel 2.11Jumlah Tindakan Bedah Minimal Invasif Tahun2015 - 2018

No	Bedah Minimal Invasif	2015	2016	2017	2018
1	Tindakan Bedah Minimal Invasif (Orthopedi, Kebidanan, Digestif, Urologi, Anak)	1.362	1.277	1.217	1.241

Sumber data : Bidang Pelayanan Medik RSMH

4. Bayi Tabung

Tabel 2.12Jumlah Target Pasien Bayi TabungTahun2015 - 2018

No	Bayi Tabung	2015	2016	2017	2018
1	Target Jumlah pasien Inseminasi 30 orang / bulan	0	0	0	0
2	Target Jumlah Pasien IVF yang dirujuk keluar Rumah Sakit 30 orang / bulan	0	0	0	0

Sumber data : Bidang Pelayanan Medik RSMH

5. Transplantasi Ginjal

Tabel 2.13Jumlah Layanan Transplantasi Ginjal Tahun2015 - 2018

No	Transplantasi Ginjal	2015	2016	2017	2018
1	Layanan Transplantasi Ginjal	0	1	2	1

Sumber data : Bidang Pelayanan Medik RSMH

Dari tabel diatas tergambar bahwa layanan unggulan yang berkembang pesat adalah layanan kardioserebrovaskuler dan onkologi terpadu, kemudian disusul dengan pelayanan bedah minimal invasif.

Kunjungan di setiap tahunnya ada peningkatan, pelayanan ini sudah didukung oleh tenaga SDM dan peralatan yang cukup memadai dan pada saat ini terus dilaksanakan peningkatan kompetensi SDMnya baik melalui pelatihan maupun mengundang pakar ke RSMH untuk dapat belajar tentang pelajaran – pelajaran yang relatif baru dan juga teknologi baru. Walaupun sarana prasarana pendukung pelayanan unggulan ini masih memerlukan penambahan untuk peralatan medik perkembangan mengikuti teknologi dan untuk kedokteran yang cukup pesat.

Pelayanan kardiologi, RSMH telah melakukan pelayanan bedah jantung terbuka (open heart surgery)

sejak tahun 2015 yang dilakukan oleh spesialis bedah jantung (BTKV) pada dewasa dan juga anak.

Jumlah kasus Divisi BTKV

Tabel 2.14 Jumlah Kasus Divisi BTKV periode 2015 - 2018

No	BTKV	2015	2016	2017	2018
1	Rawat Jalan	228	349	430	448
2	Rawat Inap	208	205	31	279
	Jumlah Total	436	554	461	727

Sumber data : Bidang Pelayanan Medik RSMH

Pelayanan intensif dan thrombolitik juga telah dilakukan, jumlah pasien yang dilayani pun makin meningkat dari tahun ke tahun. Sejak dimulai pelayanan di tahun 2017 sampai dengan 2018 telah tercatat 170 pasien yang ditangani. Begitu juga pelayanan kardiologi yang lain seperti ablasi transcatheter, *transcatheter closure* pada penyakit jantung kongenital, vascular surgery dengan e-arm, serta pelayanan neurologi di unit stroke RSMH.

Pada layanan Onkologi Terpadu RSMH Palembang yang dimulai sejak tahun 2015 telah melakukan pelajaran yaitu tindakan bedah onkologi, hemato onkologi anak dan dewasa, onkologi ginekologi, tumor kulit dan onkologi plasti (rekonstruksi). Pelayanan yang diberikan tersebut dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi untuk semua pelayanan yang menyangkut onkologi, pelayanan one day care (ODC) kemoterapi telah terlaksana sejak tahun 2018, sehingga pasien yang memerlukan layanan kemoterapi tidak memerlukan instalasi rawat inap

Pelayanan bedah invasif yaitu tindakan Orthopedic, lapaskopi obstetri, laparaskopi digestif, laparaskopi urologi terus dilaksanakan di RSMH Palembang dengan didukung

oleh SDM dan peralatan yang cukup memadai. Adanya peningkatan kegiatan pelayanan dari tahun ke tahun yang cukup signifikan.

Sejak tahun 2016, telah dilakukan tindakan transplantasi ginjal dengan pendampingan dari tim RSCM. Dari target yang ditentukan pada awal pelayanan ini dilaksanakan pada tahun 2018 belum dapat terealisasi dikarenakan kendala SDM, dimana spesialis bedah urologi baru berjumlah 2 orang dan tim pendampingan RSCM mensyaratkan harus ada 3 orang dari spesialis urologi dan RSMH telah merencanakan akan merekrut tenaga baru di tahun 2018 sehingga diharapkan pelayanan transplantasi ginjal ini dapat dilaksanakan kembali dengan terus mengupayakan pemenuhan peralatan medik pendukung pelaksanaan pelayanan ini.

Sampai dengan tahun 2019 ini, pelayanan bayi tabung di RSMH belum dapat dilaksanakan. Hal ini disebabkan oleh beberapa BHP pendukung pelayanan ini belum ada izin edarnya di Indonesia sehingga persediaannya masih sangat sulit. Dari target awal yang sudah ditetapkan belum dapat terealisasi sama sekali walaupun peralatan dan sarana lainnya disiapkan dan siap beroperasi.

B. Kinerja Keuangan

Salah satu penilaian kinerja BLU adalah penilaian aspek keuangan, sesuai yang diatur dalam Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor 24 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan. Kinerja Keuangan RSUP

Dr.Mohammad Hoesin Palembang selama 5 (lima) tahun terakhir dapat dilihat dalam Tabel 2.17 berikut:

Tabel 2.15 Kinerja Keuangan Tahun 2015-2018 dan Prognosa 2019

No.	Subaspek / Indikator	Skor Standar Maksimal	2015	2016	2017	2018	Prognosa 2019
			Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
1	Rasio Keuangan	19.00	7.60	6.40	11.25	10.95	11.65
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2.00	0.50	0.25	0.75	0.75	0.75
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2.50	0.50	0.50	0.75	1.25	1.25
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2.00	1.00	0.25	0.00	0.50	0.75
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2.00	2.00	2.00	2.25	2.25	2.25
	e. Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2.00	0.00	0.00	1.75	1.50	1.75
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2.00	0.60	0.40	2.25	1.45	1.65
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2.00	0.50	0.50	0.75	0.75	0.75
	h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2.50	2.50	2.50	2.75	2.50	2.50
	i. Rasio Subsidi Biaya Pasien	2.00	0.00	0.00	-	-	-
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00	11.00
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	d. Tarif Layanan	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	e. Sistem Akuntansi	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	f. Persetujuan Rekening	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
	g. g. SOP Pengelolaan Kas	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
	h. h. SOP Pengelolaan Piutang	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
	i. i. SOP Pengelolaan Utang	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
	j. j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
	k. k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
Jumlah Skor Aspek Keuangan (1+2)		30.00	18.60	17.40	22.25	21.95	22.65

Sumber: Laporan Tahunan RSMH

Dari Tabel 2.17, jumlah skor aspek keuangan pada Tahun 2016 mengalami penurunan. Beberapa indikator rasio keuangan yang belum optimal antara lain :

- **Rasio Kas**

Rasio kas mencapai skor tertinggi ketika rasio mencapai 204 % sd 300 %. Selama periode 2015 – 2019 rasio kas RSMH belum pernah mencapai skor tertinggi,

namun cenderung mengalami peningkatan yang semula di tahun 2015 hanya 65.58% (tidak liquid) kemudian di akhir tahun 2018 mencapai 117,01 %. Atau meningkat sebesar 51,43 %. Di akhir tahun 2019 akan mencapai 120%.

Peningkatan rasio kas disebabkan karena peningkatan penerimaan yang lebih tinggi di banding peningkatan belanja, sehingga menghasilkan saldo kas yang lebih besar peningkatannya di banding saldo utang. Peningkatan penerimaan terutama di hasilkan dari pembayaran BPJS yang rata-rata selalu meningkat setiap tahun karena peningkatan volume layanannya.

- **Rasio Lancar**

Rasio lancar mencapai skor tertinggi ketika rasio mencapai lebih dari 600%. Selaras dengan rasio kas, rasio lancar RSMH juga belum pernah mencapai skor tertinggi, namun mengalami peningkatan yang semula di tahun 2015 hanya 224,14 kemudian di akhir tahun 2018 mencapai 262.73 %. Atau meningkat sebesar 38.59 %. Di akhir tahun 2019 akan dapat dipertahankan pada posisi di atas 260 %. Peningkatan rasio lancar selaras dengan peningkatan rasio kas dan ditambah dengan saldo piutang yang juga meningkat. Porsi Piutang terbesar adalah piutang BPJS, Secara periode saldo piutang BPJS tidak mengalami penundaan yang signifikan (berkisar di dua atau tiga bulan bulan pelayanan), namun secara jumlah terus mengalami peningkatan karena besaran klaim per bulan pelayanan yang cenderung meningkat, terutama pada tahun 2018 dan 2019

- **Periode Penagihan Piutang**

Skor Optimal indikator ini dicapai ketika periode penagihan rata-rata di bawah 30 hari. Secara umum skor ini tidak cukup baik, bahkan cenderung menurun pada

periode 2015 sampai dengan 2017. Hal ini disebabkan mayoritas piutang adalah BPJS, dan keterbatasan dana BPJS yang berdampak pada rasio ini. Akan sulit bagi semua rumah sakit untuk mewujudkan indikator penagihan piutang mencapai di bawah 30 hari dengan kondisi BPJS yang demikian.

- **Perputaran Aset Tetap**

Skor Optimal indikator ini dicapai ketika rasio mencapai 20% atau lebih. Pada indikator ini RSMh selalu mampu mencapai skor optimal, ini menunjukkan bahwa pendapatan RSMh selalu mencapai atau lebih dari 20% total aset yang di miliki. Namun jika dilihat pada hasil perhitungan rasio ini, mengalami penurunan yang semula tahun 2015 rasio perputaran aset 34% , kemudian pada tahun 2018 adalah 27.63. penurunan terjadi di tahun 2017 yaitu 24.28 yang semula di tahun 2016 adalah 35.41

Penurunan hasil perolehan ini (walaupun skor tetap maksimal), menunjukkan adalah penurunan rasio pendapatan dibanding asetnya.

- **Imbalan atas aset tetap**

Skor Optimal indikator ini dicapai ketika rasio mencapai 6% atau lebih. RSMH pada awalnya mendapatkan skor 0 di tahun 2015 dan 2016, karena mengalami defisit (dapat dilihat pada rasio kas yang dibawah 100%).

Kemudian di tahun 2017 dan 2018 mulai mendapatkan surplus. Sebenarnya perhitungan rasio ini di tahun 2018 menurun di banding tahun 2017, namun karena adanya revisi penilaian indikator maka skor pada rasio ini yang diperoleh di tahun 2018 malah meningkat

- **Imbalan Ekuitas**

Skor Optimal indikator ini dicapai ketika rasio mencapai 8% atau lebih. Selaras dengan rasio Imbalan atas aset tetap, maka trend rasio ini juga cenderung sama namun dengan nilai yang sedikit berbeda karena ambang batas syarat skor pada rasio ini yang lebih tinggi. Sejak tahun 2017 RSMh memperoleh surplus sehingga meningkatkan skor rasio imbalan Ekuitas ini di tahun 2017.

Sama dengan rasio Perputaran Aset Tetap, perhitungan rasio ini di tahun 2018 menurun di banding tahun 2017, namun karena adanya revisi penilaian indikator maka skor pada rasio ini yang diperoleh di tahun 2018 malah meningkat

- **Rasio Subsidi Biaya Pasien**

Berdasarkan Perdirjen Perbendaharaan nomor 24 tahun 2018 terjadi perubahan indikator Rasio Keuangan dimana Rasio Subsidi Biaya pasien tidak lagi dimasukkan dalam komponen indikator penilaian Aspek Keuangan.

Sementara tren realisasi penerimaan RSUP dr.Mohammad Hoesin Palembang selama 5 (lima) tahun terakhir cenderung meningkat. Penerimaan ini terdiri dari penerimaan jasa layanan, penerimaan hasil kerja sama BLU, serta penerimaan layanan perbankan BLU. Target dan realisasi penerimaan tahun 2015 sampai dengan 2018 serta prognosa penerimaan tahun 2019 dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.16 Target dan Realisasi Penerimaan Tahun 2015–2018

No	Tahun	Target (Rupiah)	Realisasi (Rupiah)	% Pencapaian Target	% Realisasi dari tahun sebelumnya
1	2015	419,683,500,000	427,982,114,191	101.98%	-10.03%
2	2016	505,000,000,000	424,676,430,981	84.09%	-0.77%
3	2017	570,650,000,000	513,626,226,996	90.01%	20.95%
4	2018	583,800,000,000	545,103,150,070	93.37%	6.13%
5	2019	535,500,000,000	566,836,665,937 *	105,85%	3,99%

*Merupakan Nilai Prognosa sampai dengan 31 Desember 2019

Sumber: Laporan Tahunan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa penerimaan meningkat terus menerus, dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2018, dimana peningkatan paling signifikan terjadi pada pendapatan operasional dari tahun 2016 ke tahun 2017, karena adanya pembayaran dari keterlambatan klaim Jamsoskes untuk pelayanan 2016.

Realisasi penerimaan pada tahun 2017 dan 2018 tidak mencapai target karena adanya perubahan kebijakan akuntansi atas pencatatan pendapatan KSO dimana hak mitra KSO tidak diakui sebagai penerimaan RS. Sementara pada saat penentuan target penerimaan dasar perhitungan bruto.

Realisasi belanja menurut sumber dana terbagi menjadi 3 (tiga) bagian yaitu Belanja BLU (PNBP), Belanja Operasional (APBN) serta Belanja Modal (PHLN). Target dan realisasi belanja menurut sumber dana dapat dilihat pada Tabel 2.17 berikut:



**Tabel 2.17 Realisasi Belanja Menurut Sumber Dana
Tahun 2015 s.d 2019**

JENIS BELANJA	Tahun 2015			Tahun 2016			Tahun 2017			Tahun 2018	
	Anggaran	Realisasi	%	Anggaran	Realisasi	%	Anggaran	Realisasi	%	Anggaran	Realisasi
DANA RUPIAH MURNI	194.197.644.000	175.727.150.047	90,49	320.811.388.000	282.950.519.199	88,20	259.678.288.000	237.335.395.959	91,40	151.893.510.000	147.893.510.000
DANA PNB/ BLU	489.746.522.000	473.795.539.908	96,74	505.000.000.000	424.449.791.698	84,05	570.650.000.000	468.211.695.429	82,05	583.800.000.000	490.800.000.000
DANA PHLN	11.474.253.000	1.019.648.958	8,89								
TOTAL BELANJA	695.418.419.000	650.542.338.913	93,55	825.811.388.000	707.400.310.897	86	830.328.288.000	705.547.091.388	84,97	735.693.510.000	637.693.510.000

Dari data tabel 2.17, dapat dilihat bahwa Realisasi Belanja dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 pernah melebihi 90% hal ini menunjukkan bahwa program efisiensi di RSMH sudah benar-benar direncanakan. Untuk Realisasi di tahun 2015 dan prognosa tahun 2019 mencapai lebih dari 90%. Pada tahun 2015 RSMH dinilai akreditasi JCI dan tahun 2019 dinilai akreditasi SNARS serta peningkatan belanja modal dan operasional untuk memenuhi standar penilaian, termasuk akreditasi.

C. Kinerja Aspek SDM

Jumlah karyawan RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang yang mengikuti pendidikan dengan izin belajar adalah sebagai berikut :

Tabel 2.18 Data SDM Yang Mengikuti Pendidikan (Tubel / Ibel Dan Pelatihan) Tahun 2015 - 2018

No	Uraian	Tahun				
		2015	2016	2017	2018	Smt 2019
1	Izin Belajar	35	7	35	30	13
2	Tugas Belajar	0	4	4	9	0
	Total	35	11	39	39	13

Sumber data : Bagian Pendidikan dan Penelitian RSMH

Penelitian yang dipublikasikan

Tabel 2.19 Jumlah Penelitian dan Penelitian Yang Dipublikasi Tahun 2015-2018

No	Uraian	2015	2016	2017	2018
1	Jumlah Penelitian	59	123	93	67
2	Jumlah Yang Dipublikasikan	8	12	15	21
	Persentase Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	13,6%	9,75%	16,13%	31,34%

Sumber data : Bagian Pendidikan dan Penelitian RSMH

Pada Tabel 2.19 bahwa penelitian yang dipublikasikan mengalami peningkatan mulai tahun 2015 sampai dengan 2018, yaitu 8 penelitian, 12 penelitian, 15 penelitian, dan 21 penelitian, namun dibandingkan dengan jumlah total penelitian masih sedikit yang dipublikasikan walaupun secara persentase menunjukkan progress yang meningkat, hal ini dikarenakan :

1. Belum ada jurnal elektronik RSMH Palembang sebagai wadah publikasi ilmiah penelitian yang dilakukan di RSMH Palembang.
2. Sebagian penelitian oleh staf RSMH dan peserta didik di RSMH dipublikasi melalui jurnal institusi lain dan tidak dilaporkan ke Bagian Diklit RSMH
3. Ada penelitian yang dipublikasi secara mandiri tidak melewati RSMH dan FK unsri dan tidak ada laporannya
4. Belum ada tim khusus untuk jurnal penelitian.

Rencana tindak lanjut :

1. Membangun e-jurnal RSMH
2. Membentuk tim khusus jurnal RSMH
3. Membuat pelatihan cara penulisan dan cara publikasi jurnal
4. Berkoordinasi dengan FK Unsri dan organisasi profesi untuk mendapatkan data penelitian RSMH yang dipublikasi melalui FK atau organisasi profesi

Data existing dan rencana pengembangan SDM

Tabel 2.20 Rencana Pemenuhan SDM Tahun 2020-2024

Jenis Ketenagaan	Per 31 Juli 2019	Jumlah Kebutuhan	Rencana Pemenuhan Tahun 2020-2024						
			2020	2021	2022	2023	2024	Mutasi Internal / Promosi / dll	TOTAL
PNS	1,345		54	127	121	121	120	90	633
BLU	653		109	119	119	111	110	-	568
JASA PERORANGAN	759		72	84	76	67	57	-	356
	2,757	4,314	235	330	316	299	287	90	1,557

Sumber data : Bagian SDM RSMH

Rencana pemenuhan jumlah pegawai RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang disusun berdasarkan Analisa Beban Kerja dan Analisa Jabatan, untuk pemenuhannya tetap mempertimbangkan Skala Prioritas dan Layanan Unggulan di

RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, yaitu Layanan Onkologi Terpadu dan Jantung Terpadu.

Skala prioritas pengembangan SDM di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang mengacu kepada dua program unggulan tersebut. Pengembangan dilakukan dengan pengembangan kualitas maupun kuantitas. Jika SDM yang dibutuhkan sudah ada, diutamakan pengembangan melalui kualitas yaitu dengan pendidikan atau pelatihan. Prioritas pengembangan SDM untuk layanan unggulan yang akan dipenuhi secara bertahap selama 5 (lima) tahun.

1. Prioritas Program Onkologi Terpadu

Prioritas pengembangan SDM untuk pelayanan onkologi terpadu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.21 Prioritas Pengembangan SDM untuk Layanan Onkologi Terpadu

Jenis Layanan Onkologi Terpadu	SDM
- Deteksi Dini	- Bidan
	- Dokter Umum
- Diagnostik Terpadu	- Analis Patologi Anatomi
PA	- Analis
	- Dokter Sub Spesialis Patologi Anatomi
	- Petugas Potong Jaringan
	- Teknisi non analisis
PK	- Analis PK
	- Dokter Patologi Klinik
Mikrobiologi	- Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik
	- Analis Mikrobiologi Klinik
Radiologi/Radioterapi	- Dokter Spesialis Radiologi (Mahir
	- Pembacaan Radiodiagnostic MRI CTScan (Konsultan)
	- Perawat Anastesi (D4)
	- Radiografer Diagnostik
	- Dokter Spesialis Onkologi Radiasi
	- Fisika Medis
	- Radiografer Terapi
	- Perawat
	- Farmasi Nuklir

Jenis Layanan Onkologi Terpadu	SDM
HCU (Dewasa)	- Perawat Mahir (Intensif Dasar)
HCU (Anak)	- Perawat Mahir (Intensif Dasar)
ICCU	- Perawat Mahir (Intensif Lanjut, Kardiologi Dasar)
Kedokteran Nuklir	- Dokter Spesialis Nuklir
	- Fisikiawan Medis (S2)
	- Radiografer
	- Perawat (General)
Kemoterapi	- Apoteker Mahir (Kemoterapi)
	- Perawat (Kemoterapi)
	- Asisten Apoteker (Tenaga Teknis - Kefarmasian)

2. Prioritas Program Jantung Terpadu

(1) Dokter Spesialis

- a. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah dengan keahlian subspecialistik (divisi) yang telah terakreditasi Kolegium PERKI
- b. Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan keahlian subspecialistik Kardiovaskular
- c. Spesialis Anak Subspecialistik Kardiologi
- d. Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskular
- e. Spesialis Bedah Vaskular
- f. Spesialis Kardiak Anestesi
- g. Spesialis Paska bedah jantung dewasa dan anak
- h. Dokter Spesialis Syaraf konsultan neurovaskular
- i. Dokter Spesialis syaraf fellow/operator TCD
- j. Neurointerventionist
- k. Dokter Spesialis Bedah Syaraf pro aneurisma clipping
- l. Dokter Spesialis Bedah Syaraf pro CEA
- m. Dokter Spesialis Bedah Syaraf pro endovaskular

(2) Dokter Spesialis Penunjang

- a. Spesialis penyakit dalam (nefrologi, endokrinologi, hematologi)
- b. Spesialis Anak
- c. Spesialis paru dan kedokteran respirasi
- d. Spesialis Radiologi
- e. Spesialis Gizi Klinik
- f. Spesialis Gigi
- g. Spesialis THT-KL
- h. Spesialis Patologi klinik/klinik Mikrobiologi

- i. Spesialis Jiwa
- j. Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik

(3) Tenaga Perawat

- a. Perawat jantung dan pembuluh tingkat dasar
- b. Perawat jantung dan pembuluh tingkat post basic
- c. Perawat dengan kompetensi perawatan paska bedah jantung dan pembuluh darah dewasa
- d. Perawat dengan kompetensi perawatan intensif paska bedah jantung kongenital dan anak
- e. Perawat dengan kompetensi perawatan intensive cardiovascular care unit (ICCU) dewasa dan anak
- f. Perawat kateterisasi jantung (cathlab)
- g. Perawat dengan kompetensi pengendalian infeksi nosokomial
- h. Perawat rehabilitasi Medis dan Fisioterapi yang sudah pelatihan rehabilitasi dan fisioterapi jantung dan pembuluh darah
- i. Nurse Scrub OK (Perawat Instrumen Jantung)
- j. Penata Anestesi jantung
- k. Perawat bedah vaskular dan endovaskular
- l. Perawat bedah jantung terbuka
- m. Perawat / teknisi EP
- n. Perawat mahir stroke (BNLS, Perawatan Stroke)
- o. Perawat pro aneurisma
- p. Perawat pro CEA
- q. Perawat pro endovaskular

(4) Teknisi / Penunjang lain

- a. Teknisi kardiovaskular bidang diagnostik non invasif
- b. Teknisi kardiovaskular bidang diagnostik invasif
- c. Perfusionist
- d. Radiografer
- e. Apoteker
- f. Asisten apoteker
- g. Dietisien
- h. Psikolog
- i. Analis kimia
- j. Ahli madya penyuluh kesehatan
- k. Ahli epidemiologi
- l. Ahli genetik
- m. Ahli statistik
- n. Ahli madya rekam medis
- o. Pramubakti

D. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

Selama periode RSB 2015 -2019 RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang telah melaksanakan peningkatan sarana dan prasarana dalam rangka meningkatkan kualitas layanan, adapun kegiatannya adalah sebagai berikut :

1. Pembangunan gedung rawat inap terpadu (8 lantai) untuk mendukung peningkatan pelayanan Jantung terpadu dan onkologi terpadu. Sampai dengan akhir periode RSB dari 8 lantai baru dioperasikan 2 lantai untuk layanan poliklinik eksekutif.
2. Pembangunan Bunker dan pengadaan Linac dalam rangka peningkatan layanan radioterapi.
3. Untuk mendukung RSMH sebagai rumah sakit rujukan nasional dan meningkatkan pelayanan terhadap pasien-pasien yang dirujuk dari luar kota Palembang, RSMH telah bekerja sama dengan kementerian PUPR dalam rangka pembangunan rusuwa.
4. Untuk menanggulangi banjir di lingkungan RSMH Palembang, RSMH telah bekerjasama dengan dinas pengairan kota Palembang dalam rangka pembangunan kolam retensi.
5. Seiring dengan perkembangan teknologi informasi dan untuk kelancaran pengolahan data serta pelayanan kesehatan berbasis elektronik RSMH telah melakukan upaya untuk meningkatkan performa dan kapasitas jaringan dengan jalan pengadaan *server network management system*.
6. Pengadaan alat kesehatan canggih antara lain ; Cathlab, Heart Lung Machine untuk meningkatkan pelayanan jantung terpadu/ operasi jantung terbuka.

7. Untuk mencover kebutuhan daya listrik di RSMH Palembang khususnya kebutuhan listrik di COT, pada tahun 2017 telah dilakukan pengadaan mesin genset senilai 11 Milyar.
8. Untuk mendukung program *green hospital*, RSMH telah melakukan upaya pengelolaan limbah baik medis maupun non medis. Untuk limbah medis RSMH telah mengadakan Autoclave sedangkan untuk limbah organik berupa sisa makan pasien, dedaunan telah dibangun Bank Sampah Ceria yang mengolah limbah organik tersebut menjadi pupuk kompos yang dapat dimanfaatkan untuk pemeliharaan tanaman/taman di RSMH.

2.3. Tantangan Strategis

Dalam pencapaian visi misi, banyak faktor-faktor yang dapat menghambat maupun mendorong tercapainya visi misi, baik secara langsung maupun tidak langsung berupa isu-isu strategis antara lain:

1. Kementerian Kesehatan mendorong RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang mulai tahun 2020 menuju kemandirian/ hanya disubsidi untuk belanja gaji PNS
2. Perkembangan Teknologi Informasi dan Komunikasi khususnya Revolusi Industri 4.0 di bidang kesehatan (***smart hospital***)
3. Adanya perdagangan bebas antar Negara-negara ASEAN (MEA) yang akan memberi peluang kerjasama pelayanan kesehatan antar Negara ASEAN
4. Mendorong terwujudnya AHS

Dari hasil analisis harapan dan kekhawatiran serta isu-isu strategis yang berkembang saat ini, maka dapat diidentifikasi tantangan strategis di masa mendatang, hal ini dapat dilihat dalam Tabel 2.24 berikut:

Tabel 2.22 Tantangan Strategis RSMH

NO	TANTANGAN STRATEGIS
1	Mengembangkan sistem informasi dan teknologi rumah sakit menuju <i>Smart Hospital</i>
2	Peningkatan program produktifitas dan efisiensi pengelolaan BLU
3	Transformasi Budaya Organisasi
4	Peningkatan kompetensi tenaga medis (dokter spesialis dan subspesialis) dan paramedis
5	Optimalisasi layanan unggulan (kardioserebrovaskuler, onkologi terpadu, bedah minimal invasive, transplantasi ginjal dan bayi tabung)
6	Modernisasi sarana prasarana pelayanan
7	Terakreditasi standar SNARSEd-1 Internasional dan mempertahankan JCI
8	Pendidikan kedokteran terakreditasi "A" BAN-PT

2.4. Benchmarking

Benchmarking dilakukan di tingkat nasional ke RS Jantung Harapan Kita dan RSUP Kanker Dharmais untuk dijadikan acuan dalam meningkatkan pelayanan. Kondisi rumah sakit yang dijadikan acuan untuk mencapai visi misi dalam rentang waktu 5 (lima) tahun ke depan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.23 Benchmarking RSMH

No	RS JANTUNG HARAPAN KITA	RS KANKER DARMAIS
1	Merupakan Rumah sakit pusat rujukan tersier nasional dengan kemampuan menanganik kasus-kasus operasi Jantung Terpadu sulit	Merupakan Rumah sakit pusat rujukan tersier nasional dengan kemampuan menanganik kasus-kasus Onkologi Terpadu sulit
2	Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian (Academic Health Center)	Fungsi Pelayanan, pendidikan dan penelitian sudah terintegrasi dengan baik

Dari Tabel 2.25, kita dapat melihat keunggulan yang dimiliki oleh rumah sakit yang dijadikan tolok ukur capaian RSMH pada tahun 2024, diantaranya penanganan kasus-kasus Operasi Jantung Terpadu yang sulit dan Onkologi Terpadu diharapkan dengan kedua

rumah sakit tersebut dijadikan sebagai lahan benchmarking serta dapat menjadi acuan untuk memaksimalkan layanan unggulan yang ada di RSMH.

2.5. Analisis Strength Weakness Opportunity Threat (SWOT)

Dalam pencapaian visi RSMH, kekuatan (*strength*), kelemahan/kekurangan (*weakness*), peluang (*opportunity*), dan ancaman (*threat*) yang dihadapi perlu diidentifikasi dengan memperhatikan harapan dan kekhawatiran *stakeholders*, isu dan tantangan strategis, dan data capaian kinerja serta lainnya yang dapat mempengaruhi terhadap pencapaian visi misi Rumah Sakit. Hal ini dapat dilihat dalam Tabel 2.26 dan Tabel 2.27 berikut:

Tabel 2.24 Kekuatan dan Kelemahan RSMH

No	Kekuatan (Strengths)	No	Kelemahan (Weaknesses)
1	Komitmen dan dukungan dari pimpinan dan Deras (opportunity)	1	Tingginya biaya operasional
2	Komitmen yang kuat dari seluruh pegawai dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien	2	Kurangnya tenaga ahli pengolah SIM RS yang terintegrasi
3	Manajemen terbuka dan aspiratif	3	Rasio tenaga perawat belum sesuai dengan jumlah tempat tidur
4	Layanan Unggulan Operasi Jantung Terbuka Transplantasi ginjal, Kanker Terpadu (Radioterapi) dan Bayi Tabung, merupakan satu-satunya yang terdapat di Sumbagsel.	4	Masih terbatasnya alokasi dana Untuk Pengembangan Teknologi Informasi
5	Tenaga dokter spesialis dan subspesialis dengan kompetensi dan disiplin ilmu terlengkap	5	Kurangnya minat pegawai untuk melakukan penelitian pengembangan RS.
6	Letak geografis yang berada di sentral Sumatera bagian selatan	6	Jumlah pasien rawat inap dan rawat jalan fluktuatif
7	Memiliki peralatan kesehatan canggih	7	Capaian Indikator Mutu Layanan masih dibawah target
8	Memiliki Sarana prasarana pendidikan dan penelitian terstandar	8	Sarana yang ada di RSMH belum sepenuhnya dilakukan peremajaan dan jumlahnya belum sesuai kebutuhan

Tabel 2.25 Peluang dan Ancaman RSMH

No	Peluang (Opportunities)	No	Ancaman (Threats)
1	Adanya program Presiden yang dituangkan dalam Nawacita poin ke-5 yaitu : "Kami akan meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia".	1	Harga AMHP dan BMHP setiap tahun semakin sulit diprediksi harganya
2	Adanya program jaminan pelayanan kesehatan dari pemerintah	2	Proporsi pasien non JKN semakin menurun
3	Adanya Misi Pemda Sumsel 2018-2023 poin ke-2 : "Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), baik Laki-laki maupun Perempuan, yang sehat, berpendidikan, profesional dan menjunjung tinggi nilai-nilai keimanan, ketaqwaan, kejujuran, dan integritas	3	Tingkat Kepuasan pelanggan Pasien RSMH masih dibawah target.
4	Adanya regulasi akreditasi RS Pendidikan yang berstandar nasional/internasional	4	Perubahan teknologi kesehatan yang sangat cepat
5	Adanya dukungan pemerintah daerah untuk sistem rujukan berjenjang	5	Tingginya biaya tenaga ahli untuk pengembangan SIM RS
6	Semakin banyaknya jenis barang yang terdapat pada e-catalog	6	Tingginya ekspansi/promosi rs luar negeri di Sumatera Selatan
7	Sistem transfer dan rujukan pasien antar rumah sakit semakin membaik	7	Kualitas jaringan internet dari provider belum stabil
8	Perdagangan Bebas Jasa Kesehatan di ASEAN (MEA)	8	Komitmen layanan purna jual untuk alat canggih kesehatan belum maksimal

Perhitungan Nilai Analisis SWOT

a. Peluang

Perhitungan Nilai Peluang (Opportunity) Faktor Internal dilakukan dengan memberi nilai bobot dan rangking, seperti berikut:

Tabel 2.26 Perhitungan Faktor Peluang Analisis SWOT

No.	Objek yang dianalisa	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Adanya program Presiden yang dituangkan dalam Nawacita poin ke-5 yaitu : "Kami akan meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia".	0.037	2	0.074
2	Adanya program jaminan pelayanan kesehatan dari pemerintah	0.148	4	0.593
3	Adanya Misi Pemda Sumsel 2018-2023 poin ke-2 : "Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), baik Laki-laki maupun Perempuan, yang sehat, berpendidikan, profesional dan menjunjung tinggi nilai-nilai keimanan, ketaqwaan, kejujuran, dan integritas	0.185	4	0.741
4	Adanya regulasi akreditasi RS Pendidikan yang berstandar nasional/internasional	0.074	2	0.148
5	Adanya dukungan pemerintah daerah untuk sistem rujukan berjenjang	0.148	3	0.444
6	Semakin banyaknya jenis barang yang terdapat pada e-catalog	0.185	2	0.370
7	Sistem transfer dan rujukan pasien antar rumah sakit semakin membaik	0.148	4	0.593
8	Perdagangan Bebas Jasa Kesehatan di ASEAN (MEA)	0.074	3	0.222
	JUMLAH	1.00		3.185

b. Ancaman

Perhitungan Nilai Ancaman (*Threat*) Faktor Eksternal dilakukan dengan memberi nilai bobot dan rangking, seperti berikut:

Tabel 2.27 Perhitungan Faktor Ancaman Analisis SWOT

No.	Objek yang dianalisa	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Harga AMHP dan BMHP setiap tahun semakin sulit diprediksi harganya	0,227	3	0,682
2	Proporsi pasien non JKN semakin menurun	0,136	4	0,545
3	Tingkat Kepuasan pelanggan Pasien RSMH masih dibawah target	0,091	1	0,091
4	Perubahan teknologi kedokteran yang sangat cepat	0,136	3	0,409
5	Tingginya biaya tenaga ahli untuk pengembangan SIM RS	0,091	2	0,182
6	Tingginya ekspansi/promosi rs luar negeri di sumatera selatan	0,091	1	0,091
7	Kualitas jaringan internet dari provider belum stabil	0,136	2	0,273
8	Komitmen layanan purna jual untuk alat canggih kesehatan belum maksimal	0,091	3	0,273
JUMLAH		1,000		2,545

c. Kekuatan

Perhitungan Nilai Kekuatan (*Strength*) Faktor Internal dilakukan dengan memberi nilai bobot dan rangking, seperti berikut:

Tabel 2.28 Perhitungan Faktor Kekuatan Analisis SWOT

No.	Objek yang dianalisa	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Komitmen dan dukungan dari pimpinan dan Dewas	0,20	4	0,8
2	Komitmen yang kuat dari seluruh pegawai dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien	0,12	3	0,36
3	Manajemen terbuka dan aspiratif	0,12	3	0,36
4	Layanan Unggulan Operasi Jantung Terbuka, Transplantasi ginjal, Kanker Terpadu (Radioterapi) dan Bayi Tabung, merupakan satu-satunya yang terdapat di Sumbagsel.	0,16	3	0,48
5	Tenaga dokter spesialis dan subspesialis dengan kompetensi dan disiplin ilmu terlengkap	0,20	4	0,8
6	Letak geografis yang berada di sentral Sumatera bagian selatan	0,04	1	0,04
7	Memiliki peralatan kesehatan canggih	0,12	3	0,36
8	Memiliki Sarana prasarana pendidikan dan penelitian terstandar	0,04	2	0,08
Jumlah		1,00		3,28

d. Kelemahan

Perhitungan Nilai Kelemahan (Weaknees) Faktor Internal, dilakukan dengan memberi nilai bobot dan rangking, seperti berikut:

Tabel 2.29 Perhitungan Faktor Kelemahan Analisis SWOT

No.	Objek yang dianalisa	Bobot	Rating	Nilai Terbobot
1	Tingginya biaya operasional	0.154	4	0.615
2	Kurangnya tenaga ahli pengolah SIM RS yang terintegrasi	0.077	3	0.231
3	Rasio tenaga perawat belum sesuai dengan jumlah tempat tidur	0.154	3	0.462
4	Masih terbatasnya alokasi dana untuk Pengembangan Teknologi Informasi	0.077	3	0.231
5	Kurangnya minat pegawai untuk melakukan penelitian pengembangan RS.	0.154	4	0.615
6	Jumlah Pasien Rawat Inap dan rawat jalan fluaktif	0.115	2	0.231
7	Capaian Indikator Mutu Layanan masih dibawah target	0.077	4	0.308
8	Sarana yang ada di RSMH belum sepenuhnya dilakukan peremajaan dan jumlahnya belum sesuai kebutuhan	0.192	4	0.769
JUMLAH		1.000		3.462

e. Hasil Analisa Perhitungan SWOT

Berdasarkan pemberian nilai bobot dan ranking, dapat dilakukan analisa perhitungan SWOT seperti terlihat pada Tabel 2.32 berikut:

Tabel 2.30 Hasil Analisa Perhitungan SWOT

Uraian	Faktor Internal		Faktor Eksternal	
	Kekuatan	Kelemahan	Peluang	Ancaman
Jumlah	3,280	3,462	3,185	2,545
Nilai (S-W) dan (O-T)	-0,182		0,6	

Berdasarkan tabel 2.32, dapat dilihat hasil analisa perhitungan SWOT yang meliputi faktor internal dan

eksternal. Perbandingan nilai antara kekuatan (strength) yaitu 3,280 dan kelemahan (weakness) yaitu 3,462. Sehingga nilai faktor internal (kekuatan-kelemahan) adalah sebesar negatif 0,182 (-0,182). Perbandingan nilai antara peluang (opportunity) yaitu 3,185 dan ancaman (threat) yaitu 2,545. Sehingga nilai faktor eksternal (peluang-ancaman) adalah sebesar 0,6 dapat disimpulkan bahwa untuk menangkap peluang RSMH perlu mengoptimalkan kekuatan dan juga menekan kelemahan.

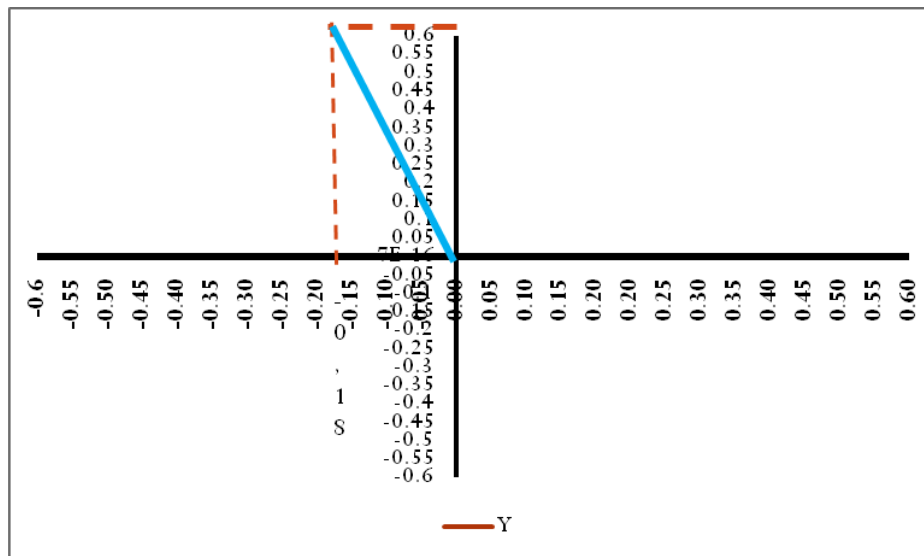
2.6. Diagram Kartesius Prioritas Strategis

Pada tabel perhitungan SWOT faktor dan sub faktor dan perhitungan pembobotan dan rating di atas diperoleh mulai koordinat sebagai berikut :

Sumbu X (Horisontal) = Kekuatan (S) – Kelemahan (W) = -0,182

Sumbu Y (Vertikal) = Peluang (O) – Ancaman (T) = 0,6

Dengan koordinat tersebut maka posisi RSMH berada di koordinat (Kuadran) II, yang digambarkan dalam analisis kuadran sebagai berikut :



Gambar 2. 1Diagram Kartesius Prioritas Strategis RSMH

Setelah dilakukan analisis lingkungan internal ternyata diketahui bahwa faktor kelemahan lebih dominan daripada faktor kekuatan, sedangkan dari analisis lingkungan eksternal diketahui bahwa faktor peluang lebih besar daripada faktor ancaman

Dari kuadran yang menggambarkan bahwa RS memiliki peluang yang sangat besar dan menghadapi beberapa kendala/kelemahan internal, dengan kata lain RS harus meminimalkan kelemahan internal untuk merebut dan memanfaatkan peluang pasar sebesarnya. Strategi yang dapat digunakan ialah dengan penguatan budaya organisasi dan mutu internal kelembagaan untuk meraih peluang.

2.7. Analisis TOWS

Berdasarkan analisis SWOT maka perlu dirumuskan Sasaran Strategis yang dapat dilakukan untuk mencapai visi yang telah dibuat. Perumusan ini dapat dilihat dalam Analisis TOWS, seperti pada Tabel 2.33 berikut:



Tabel 2.31 Analisis TOWS

		Kekuatan (Strengths)	Kelemahan (Weaknesses)
		1 Komitmen dan dukungan dari pimpinan 2 Komitmen yang kuat dari seluruh pegawai dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien 3 Manajemen terbuka dan aspiratif 4 Layanan Unggulan Operasi Jantung Terbuka Transplantasi ginjal, Kanker Terpadu (Radioterapi) dan Bayi Tabung, merupakan satu-satunya yang terdapat di Sumbagsel. 5 Tenaga dokter spesialis dan subspesialis dengan kompetensi dan disiplin ilmu terlengkap 6 Letak geografis yang berada di sentral Sumatera bagian selatan 7 Memiliki peralatan kesehatan canggih 8 Memiliki Sarana prasarana pendidikan dan penelitian terstandar	1 Tingginya biaya operasional 2 Kurangnya tenaga ahli pengolah SIM RS yang terintegrasi 3 Rasio tenaga perawat belum sesuai dengan jumlah tempat tidur 4 Masih terbatasnya alokasi dana untuk Pengembangan Teknologi Informasi 5 Kurangnya minat pegawai untuk melakukan penelitian pengembangan RS. 6 Lemahnya implementasi Budaya Organisasi 7 Capaian Indikator Mutu Layanan masih dibawah target 8 Sarana yang ada di RSMH belum sepenuhnya dilakukan peremajaan dan jumlahnya belum sesuai kebutuhan
Peluang (Opportunities)	1 Adanya program Presiden yang dituangkan dalam Nawacita poin ke-5 yaitu: "Kami akan meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia".	S1, S4, S5, O2, O3, O7 Terwujudnya Kepuasan Stakeholders S1, S5, O3, O7 Terwujudnya Pusat Pelatihan Yang Unggul S2, S7, O5, O7. Terwujudnya peningkatan pendapatan PNPB menuju kemandirian keuangan/peningkatan produktifitas dan efisiensi S1, S4, S5, O3, O7 1. Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu 2. Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu S1, S2, S3, S7, S8, O8 Terwujudnya Layanan Inovatif dan unggul.	W3, W5, W6, O2, O4, O8 1. Terwujudnya SDM Kompeten W1, W2, O2, O6, O7, O8 1. Terwujudnya Sistem Informasi Rumah Sakit Terpadu
	2 Adanya program jaminan pelayanan kesehatan dari pemerintah		
	3 Adanya Misi Pemda Sumsel 2018-2023 poin ke-2 : "Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), baik Laki-laki maupun Perempuan, yang sehat, berpendidikan, profesional dan menjunjung tinggi nilai – nilai keimanan, ketaqwaan, kejujuran, dan integritas		
	5 Adanya dukungan pemerintah daerah untuk sistem rujukan berjenjang		
	6 Semakin banyaknya jenis barang yang terdapat pada e-catalog		
	7 Sistem transfer dan rujukan pasien antar rumah sakit semakin membaik		
	8 Perdagangan Bebas Jasa Kesehatan di ASEAN (MEA)		
Ancaman (Threats)	1 AMHP dan BMHP setiap tahun semakin sulit diprediksi harganya	S1, S4, S5, T2, T4 1. Terwujudnya kerjasama AHS 2. Terwujudnya kerjasama dengan pihak Non JKN 3. Terwujudnya kerjasama dengan pihak JKN S1, S4, S8, T3, T4 Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai standar	
	2 Proporsi pasien non JKN semakin menurun		
	3 Tingkat Kepuasan pelanggan Pasien RSMH masih dibawah target.		
	4 Perubahan teknologi kesehatan yang sangat cepat		
	5 Tingginya biaya tenaga ahli untuk pengembangan SIM RS		
	6 Tingginya ekspansi/promosi rs luar negeri di Sumatera selatan		
	7 Kualitas jaringan internet dari provider belum stabil		
	8 Komitmen layanan prima jual untuk alat canggih kesehatan belum maksimal		



2.8. Analisa Dan Mitigasi Risiko

A. Identifikasi Risiko

RSMH perlu mengidentifikasi risiko yang kemungkinan akan mengancam pencapaian setiap sasaran strategis yang akan dicapai dalam 5 (lima) tahun ke depan. Risiko yang mungkin akan dihadapi dapat dilihat dalam Tabel 2.34 berikut:

Tabel 2.32Daftar Risiko

No	Sasaran Strategis	Risiko
Perspektif Konsumen		
1	Terwujudnya kepuasan Stakeholders	Ketidaksesuaian pelanggan dengan layanan yang diterima Buruknya pola pelatihan, pendidikan dan penelitian SDM Lemahnya integritas SDM
Perspektif Proses Bisnis Internal		
2	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu	Buruknya sistem pelayanan onkologi terpadu terhadap pasien
3	Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu	Buruknya sistem pelayanan jantung terpadu terhadap pasien
4	Terwujudnya layanan yang inovatif dan unggul	Kurangnya inovasi dari sistem layanan
5	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul	Buruknya sistem pelatihan
6	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak JKN	Buruknya sistem pemasaran dalam hal kerjasama
7	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN	Buruknya sistem pemasaran dalam hal kerjasama
8	Terwujudnya Kerjasama AHS	Kurangnya promosi, informasi dan minat SDM
Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan		
9	Terwujudnya SDM Kompeten	Buruknya pemahaman standar kinerja pegawai
10	Sistem Informasi RS Terpadu dan Handal	Belum terintegrasinya SIMRS
11	Terwujudnya sarana sesuai standar	Buruknya perencanaan sarana dan prasarana yang sesuai standar
12	Terwujudnya Budaya organisasi Melayani	Belum terinternalisasi budaya melayani
Perspektif Keuangan		
13	Terwujudnya Produktivitas dan Efisiensi	Buruknya produktivitas dari efisiensi



B. Penilaian Tingkat Risiko

Risiko yang telah diidentifikasi diukur dengan memperhatikan tingkat kemungkinan kemunculan suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi suatu sasaran strategis suatu UPT vertikal. Peringkat risiko yang dapat dialami RSMH dalam rentang waktu RSB (2020-2024) dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 2.33 Peringkat Risiko

No	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna
Perspektif Konsumen						
1	Terwujudnya kepuasan Stakeholders	Komplain pelanggan terhadap layanan RSMH	Besar	Mayor	Ekstrim	Red
		Buruknya pola pelatihan pendidikan dan penelitian SDM	Sedang	Minor	Ringan	Green
		Terjadi Fraud	Kecil	Mayor	Moderat	Yellow
Perspektif Proses Bisnis Internal						
2	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu	Buruknya sistem pelayanan onkologi terpadu terhadap pasien	Besar	Mayor	Ekstrim	Red
3	Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu	Buruknya sistem pelayanan jantung terpadu terhadap pasien	Besar	Mayor	Ekstrim	Red
4	Terwujudnya layanan yang inovatif dan unggul	Kurangnya inovasi dari sistem layanan	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
5	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul	Buruknya sistem pelatihan	Besar	Mayor	Ekstrim	Red
6	Terwujudnya Kerjasama AHS	Buruknya sistem pemasaran dalam hal kerjasama	Besar	Mayor	Ekstrim	Red
7	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN/swasta	Buruknya sistem pemasaran dalam hal kerjasama	Sedang	Minor	Moderat	Yellow



No	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna
8	Terwujudnyakerjasama dengan pihak JKN	Kurangnya promosi, informasi dan minat SDM	Sedang	Minor	Moderat	
	Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan					
9	Tersedianya SDM Kompeten	Buruknya pemahaman standar kinerja pegawai	Besar	Mayor	Ekstrim	
10	Terlaksananya Budaya organisasi Melayani	Belum terintegrasinya SIMRS	Besar	Mayor	Ekstrim	
11	Siatem Informasi terpadu dan handal	Buruknya perencanaan sarana dan prasarana yang sesuai standar	Besar	Mayor	Ekstrim	
12	Tersedianya sarana dan prasarana terstandar.	Belum terinternalisasi budaya melayani	Sedang	Mayor	Moderat	
	Perspektif Keuangan					
13	Terwujudnya Produktivitas dan Efisiensi	Buruknya produktivitas dari efisiensi	Besar	Mayor	Ekstrim	

Dari Tabel 2.35, dapat dilihat bahwa ada 10 risiko yang memiliki tingkat risiko yang ekstrim, salah satunya adalah ketidaksesuaian harapan stakeholders dengan pelayanan yang diterima. Untuk risiko ini, kemungkinan terjadi risiko ini sangat besar, dan apabila terjadi dapat memiliki dampak risiko mayor, sehingga termasuk dalam kategori risiko yang ekstrim.

C. Rencana Mitigasi Risiko

Rencana mitigasi risiko merupakan upaya nyata yang dibutuhkan UPT vertikal untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Rencana mitigasi disusun terutama untuk mengendalikan risiko yang di bawah kendali RSMH, khususnya untuk level risiko yang berstatus ekstrim atau tinggi. Rencana Mitigasi RSMH dapat dilihat dalam Tabel 2.36 berikut:



Tabel 2.34 Rencana Mitigasi Risiko

NO	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna	Rencana Mitigasi	Penanggung jawab
Perspektif Konsumen								
1	Terwujudnya kepuasan Stakeholders	Komplain pelanggan dengan layanan yang diterima	Besar	Mayor	Ekstrim		Informasi dan edukasi pasien	Direktur Medik dan Keperawatan
		Buruknya pola pelatihan pendidikan dan penelitian SDM	Sedang	Minor	Ringan		Meningkatkan pelatihan pendidikan dan penelitian oleh SDM RS	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
		Lemahnya integritas SDM	Kecil	Minor	Moderat		Meningkatkan Monev oleh masing masing unit .	Direktur Utama
Perspektif Proses Bisnis Internal								
2	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu	Buruknya sistem pelayanan onkologi terpadu terhadap pasien	Besar	Mayor	Ekstrim		Meningkatkan sistem pelayanan onkologi terpadu terhadap pasien	Direktur Medik dan Keperawatan
3	Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu	Buruknya sistem pelayanan jantung terpadu terhadap pasien	Besar	Mayor	Ekstrim		Meningkatkan sistem pelayanan jantung terpadu terhadap pasien	Direktur Medik dan Keperawatan
4	Terwujudnya layanan yang inovatif dan unggul	Kurangnya inovasi dari sistem layanan	Sedang	Minor	Moderat		Meningkatkan inovasi system layanan	Direktur Medik dan Keperawatan
5	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul	Buruknya sistem pelatihan	Besar	Mayor	Ekstrim		Meningkatkan sistem pelatihan	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
6	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak JKN	Buruknya sistem pemasaran dalam hal kerjasama	Besar	Mayor	Ekstrim		Meningkatkan system pemasarsan dalam hal kerjasama	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
7	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN	Buruknya sistem pemasaran dalam hal kerjasama	Sedang	Minor	Moderat		Pelatihan manajemen pemasaran	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
8	Terwujudnya Kerjasama AHS	Kurangnya promosi, informasi dan minat SDM	Sedang	Minor	Moderat		Sosialisasi pendidikan dan penelitian	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan								
9	Terwujudnya SDM Kompeten	Buruknya pemahaman standar kinerja pegawai	Besar	Mayor	Ekstrim		Sosialisasi standar kinerja pegawai	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
10	Sistem Informasi RS Terpadu dan Handal	Belum terintegrasinya SIMRS	Besar	Mayor	Ekstrim		Integrasi aplikasi SIMRS	Direktur Keuangan
11	Terwujudnya sarana sesuai	Buruknya perencanaan	Besar	Mayor	Ekstrim		Optimalisasi perencanaan	Direktur Umum, SDM



NO	Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna	Rencana Mitigasi	Penanggung jawab
	standar	sarana dan prasarana yang sesuai standar					sarana dan prasarana sesuai standar	& Pendidikan
11	Terwujudnya Budaya organisasi Melayani	Belum terinternalisasi budaya melayani	Sedang	Mayor	Moderat		Internalisasi budaya melayani	Direktur Umum, SDM & Pendidikan
Perspektif Keuangan								
13	Terwujudnya Produktivitas dan Efisiensi	Buruknya produktivitas dan efisiensi	Besar	Mayor	Ekstrim		Peningkatan produktivitas dan efisiensi	Direktur Keuangan

BAB III

ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS

3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi Dan Tata Nilai

RSMH sebagai rumah sakit pendidikan yang merupakan UPT Kementerian Kesehatan harus mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan yang mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong” sehingga sasaran atau *goal* yang telah ditetapkan setahap demi setahap dapat diwujudkan.

Dalam Rencana Strategis Bisnis Kementerian Kesehatan 2020-2024, visi yang ingin dicapai adalah terwujudnya masyarakat sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.

Dalam RPJMN Kemenkes 2020-2024, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

RSMH sebagai unit pelaksana teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan mendukung tercapainya salah satu sasaran pembangunan kesehatan dalam RPJMN Kemenkes yaitu meningkatnya Pemerataan dan Mutu Pelayanan Kesehatan. Tujuan strategis Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam mendukung terwujudnya sasaran tersebut adalah tersedianya fasyankes rujukan yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat. Selain itu perkembangan teknologi informasi maupun teknologi kesehatan pada era revolusi industri 4.0 saat ini menuntut RSMH untuk menentukan arah dan prioritas yang baru dengan menentukan tujuan strategis/visi yang ingin dicapai di akhir periode Rencana Strategis Bisnis ini dan upaya yang akan dilakukan untuk mencapai visi tersebut.

Visi yang ingin dicapai di akhir periode 2020-2024 didasarkan kepada evaluasi pelaksanaan Rencana strategis periode 2015-2019

serta hasil diskusi antara manajemen RSMH dan *stakeholders* terkait.

A. Visi

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

B. Misi

Dalam mencapai visi tersebut, RSMH memiliki misi :

1. Menyelenggarakan standarisasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian
2. Meningkatkan SDM yang unggul dan berbudaya kerja
3. Menyelenggarakan produktifitas dan efisiensi
4. Menjalin kemitraan dengan jaringan bisnis rumah sakit secara komprehensif dan berkelanjutan

C. Tata Nilai

Nilai-nilai yang dimiliki adalah:

1. Sinergis
Koordinasi, kolaborasi, satu persepsi dalam meningkatkan mutu dan keselamatan
2. Integritas
Jujur, disiplin, konsisten, komitmen dan menjadi teladan
3. Profesional
Tanggung jawab, kompeten, bekerja tuntas, akurat, efektif dan efisien

3.2. Arah Dan Kebijakan Stakeholders Inti

Untuk mendapatkan data masukan dari stakeholders inti, telah dilakukan penyebaran daftar isian harapan dan kekhawatiran dari stakeholders inti (pelanggan eksternal/internal, lembaga pemerintah, fakultas kedokteran, peserta didik, pemerintah kota/kabupaten, mitra kerja dan asosiasi profesi).

Harapan dan kekhawatiran stakeholders dapat dilihat dalam Tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Harapan dan Kekhawatiran Stakeholders

NO	KOMPONEN STAKEHOLDERS INTI	HARAPAN	KEKHAWATIRAN
1	Dewan Pengawas	RSMH meningkatkan perhatian terhadap pelaksanaan Pendidikan dan Penelitian	Sistem Pendidikan dan Penelitian tidak meningkat
2	Pelanggan eksternal	Ada jadwal yang pasti untuk setiap dokter praktik di Graha Spesialis /Poliklinik Eksekutif	Pelayanan yang tidak cepat, alur berbelit-belit.
3	Pelanggan internal	Kesejahteraan meningkat. Tenaga Perawat ditambah	Pembagian jasa remunerasi tidak adil Asuhan keperawatan tidak terpenuhi
4	Lembaga pemerintah	Memperbanyak kamar perawatan kelas I dan II	Tidak dapat melayani pasien BPJS non PBI.
5	Fakultas kedokteran	Pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian yang lebih baik dapat terus ditingkatkan	Fasilitas pendidikan dan penelitian tidak memenuhi standar
6	Peserta didik	Sarana dan prasarana ditambah guna mendukung pelayanan	Pemberian layanan tidak optimal.
7	Pemda dati II & kota	RS. Dr. Moh. Hoesin dapat memberikan pelayanan yang terbaik dan bermutu	RSMH tidak dapat memberikan pembinaan ke rumah sakit di kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Selatan.
8	Mitra kerja /asosiasi profesi	Stok darah dari Unit Pelayanan Darah RSMH dapat diakses dengan mudah oleh pasien.	Ada risiko fraud dalam pelayanan kesehatan

3.3. Rancangan Peta Strategi *Balanced Scorecard*(BSC)

Sasaran strategis yang telah diidentifikasi dalam Analisa TOWS, maka disusunlah Peta Strategis yang menggambarkan jalinan sebab akibat berbagai sasaran strategis yang dikelompokkan dalam perspektif pelanggan, proses bisnis internal, pertumbuhan dan pengembangan dan keuangan, yang digambarkan seperti berikut ini:



Peta Strategi RSB RSMH 2020 -2024



Gambar 3.1 Peta Strategis RSB RSMH Tahun 2020-2024



3.4. Indikator Kinerja Utama

A. Matriks IKU

Tabel 3.2 Matrik Indikator Kinerja Utama

No	Sasaran Strategis	No	IKU	Bobot	PIC	Satuan	Target IKU Per Tahun				
							2020	2021	2022	2023	2024
1	Perspektif Konsumen										
A	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Tingkat kesehatan BLU	4%	Direktur Utama	Total Skor aspek penilaian kesehatan BLU	70	80	82	83	83
		2	Tingkat Kepuasan Pasien	3%	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	Persentase	78%	79%	79%	80%	80%
		3	Tingkat Kepuasan Karyawan	3%	Direktur Utama	Persentase	80%	80%	82%	83%	84%
		4	Capaian WBK, WBBM	4%	Direktur Utama	Sertifikat WBK WBBM	Pencapaian ZI	Pencapaian ZI	WBK	WBK WBBM	WBK WBBM
2	Perspektif Bisnis Internal										
A	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu	5	Waktu tunggu pelayanan radiotherapi	7%	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang	Jumlah hari	110 hari	60 hari	40 hari	30 hari	14 hari
		6	Waktu tunggu pelayanan operasi pasien onkologi	6%	Direktur Pelayanan Medik,Keperawatan & Penunjang	Jumlah hari	60 hari	50 hari	40 hari	30 hari	14 hari
B	Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu	7	Capaian Door to Wire Time IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer pada Pasien STEMI onset <12 jam	7%	Direktur Pelayanan Medik,Keperawatan & Penunjang	Persentase	60%	60%	70%	80%	90%
		8	Respon time CABG	6%	Direktur Pelayanan Medik,Keperawatan & Penunjang	Jumlah Jam	< 48 jam	<48 jam	<10 jam	< 9 jam	< 8 jam
C	Terwujudnya layanan yang inovatif dan unggul	9	Jumlah layanan inovatif	5%	Direktur Pelayanan Medik,Keperawatan & Penunjang	Jumlah layanan inovatif	4	4	4	4	4
D	Terwujudnya Pusat Pelatihanyang unggul	10	Jumlah Pelatihan yang terakreditasi	6%	Direktur SDM,Pendidikan & Penelitian	Jumlah pelatihat yang terakreditasi	1	2	3	4	5



No	Sasaran Strategis	No	IKU	Bobot	PIC	Satuan	Target IKU Per Tahun				
							2020	2021	2022	2023	2024
		11	Diklat terakreditasi	6%	Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	Sertifikat akreditasi unit Diklat dari PPSDM	40%	65%	100%	Tera kreditasi	Tera kreditasi
E	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak JKN	12	Jumlah kerjasama dengan pihak penyedia JKN	5%	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	Jumlah Kerjasama	4	4	6	6	8
F	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN	13	Jumlah Kerjasama Layanan Preventif Promotif	5%	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	Jumlah Kerjasama	3	6	8	10	12
G	Terwujudnya Kerjasama AHS	14	Jumlah Kerjasama Pendidikan dalam Layanan Kesehatan	5%	Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	Jumlah Kerjasama	10	11	12	13	14
3	Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan										
A	Terwujudnya SDM Kompeten	15	Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi	6%	Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	Persentase	70%	75%	80%	82%	85%
B	Sistem Informasi RS Terpadu dan Handal	16	Persentase Pengembangan dan implementasi Sistem informasi manajemen RS	5%	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	Persentase	80%	80%	85%	90%	100%
C	Terwujudnya sarana sesuai standar	17	Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar	5%	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang, Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	Persentase	100%	80%	100%	100%	100%
D	Terwujudnya Budaya organisasi Melayani	18	Penurunan jumlah complain terhadap pelayanan kesehatan	5%	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	Jumlah Komplain	75	60	50	45	40
4	Perspektif Keuangan										
A	Terwujudnya Produktifitas dan Efisiensi	19	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	5%	Direktur Keuangan dan BMN	Persentase	70%	73%	75%	75%	80%
		20	Peningkatan Saldo BLU	4%		Persentase	102%	105%	107%	108%	110%



Berdasarkan tabel 3.2 di atas bahwa perspektif konsumen terdapat 1 sasaran strategis dengan 4 IKU, perspektif bisnis internal terdapat 7 sasaran strategi dengan 10 IKU, perspektif pertumbuhan dan pengembangan terdapat 4 sasaran strategis dengan 4 IKU dan perspektif keuangan terdapat 1 sasaran strategis dengan 2 IKU. Maka total sasaran strategis dari ke 4 perspektif tersebut yaitu sebanyak 13 sasaran strategi dengan 20 IKU.



B. Kamus IKU

Tabel 3.3 Kamus Indikator Kinerja Utama

Perspektif	:	Konsumen										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kepuasan Stakeholders										
IKU	:	Tingkat kesehatan BLU										
Definisi	:	Penilaian kesehatan rumah sakit terhadap tingkat kinerja rumah sakit BLU (total skor)										
Formula	:	Penjumlahan skor masing-masing indikator dari aspek keuangan dan aspek pelayanan										
Bobot IKU (%)	:	4										
Person in charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Komite Mutu, Bagian Akuntansi										
Periode Laporan	:	3 (tiga) bulan										
Target	:	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>70</td><td>80</td><td>82</td><td>83</td><td>83</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	70	80	82	83	83
2020	2021	2022	2023	2024								
70	80	82	83	83								



Perspektif	:	Konsumen										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kepuasan Stakeholders										
IKU	:	Tingkat kepuasan pasien										
Definisi	:	Penilaian kepuasan masyarakat terhadap layanan										
Formula	:	Hasil penilaian IKM / skala maksimal nilai IKM)										
Bobot IKU (%)	:	3										
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian										
Sumber Data	:	Bagian Hukum, Organisasi dan Humas										
Periode Laporan	:	3 (tiga) bulan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>78%</td><td>79%</td><td>79%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	78%	79%	79%	80%	80%
2020	2021	2022	2023	2024								
78%	79%	79%	80%	80%								



Perspektif	:	Konsumen										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kepuasan Stakeholders										
IKU	:	Tingkat kepuasan karyawan										
Definisi	:	Merupakan harapan karyawan dalam pekerjaannya telah terpenuhi dan apa yang diterima lebih dari yang diharapkan										
Formula	:	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan karyawan yang disurvei / jumlah total karyawan yang disurvei										
Bobot IKU (%)	:	3										
Person in charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	Komite Mutu										
Periode Laporan		1 (satu) tahun										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>80%</td><td>80%</td><td>82%</td><td>83%</td><td>84%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	80%	80%	82%	83%	84%
2020	2021	2022	2023	2024								
80%	80%	82%	83%	84%								



Perspektif	:	Konsumen										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya kepuasan Stakeholders										
IKU	:	Capaian WBK, WBBM										
Definisi	:	Pengakuan dari Kementerian Kesehatan dan Kementerian PAN RB atas layanan kesehatan yang diberikan RS sesuai dengan standar yang ditentukan sebagai penyedia layanan yang bebas dari korupsi (good corporate governance)										
Formula	:	Sertifikat pengakuan WBK dan WBBM										
Bobot IKU (%)	:	4										
Person in charge	:	Direktur Utama										
Sumber Data	:	SPI										
Periode Laporan		1 (satu) tahun										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td>Pencanang-an ZI</td> <td>Pencanang-an ZI</td> <td>WBK</td> <td>WBK WBBM</td> <td>WBK WBBM</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	Pencanang-an ZI	Pencanang-an ZI	WBK	WBK WBBM	WBK WBBM
2020	2021	2022	2023	2024								
Pencanang-an ZI	Pencanang-an ZI	WBK	WBK WBBM	WBK WBBM								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu										
IKU	:	Waktu tunggu pelayanan radioterapi										
Definisi	:	Waktu tunggu pasien sejak pasien konsultasi terakhir dengan dokter spesialis Radiotherapi sampai dengan terapi dilaksanakan										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah total waktu tunggu pasien}}{\text{jumlah total pasien}}$										
Bobot IKU (%)	:	7										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Instalasi Radiotherapi										
Periode Laporan	:	1 (satu) bulan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>110 hari</td> <td>60 hari</td> <td>40 hari</td> <td>30 hari</td> <td>14 hari</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	110 hari	60 hari	40 hari	30 hari	14 hari
2020	2021	2022	2023	2024								
110 hari	60 hari	40 hari	30 hari	14 hari								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu										
IKU	:	Waktu tunggu pelayanan operasi pasien onkologi										
Definisi	:	Waktu tunggu pasien sejak pasien memenuhi persyaratan menjalankan operasi onkologi sampai dengan operasi onkologi dilaksanakan										
Formula	:	Jumlah total waktu tunggu pasien yang direncanakan operasi onkologi dibagi jumlah total pasien yang dilaksanakan operasi onkologi										
Bobot IKU (%)	:	6										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Subdivisi Onkologi KSM Bedah, KSM THT, KSM Mata, KSM Obgyn										
Periode Laporan	:	1 (satu) bulan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>60 hari</td> <td>50 hari</td> <td>40 hari</td> <td>30 hari</td> <td>14 hari</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	60 hari	50 hari	40 hari	30 hari	14 hari
2020	2021	2022	2023	2024								
60 hari	50 hari	40 hari	30 hari	14 hari								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pusat Jantung Terpadu										
IKU	:	Capaian <i>Door to Wire Time</i> IKP (Intervensi Koroner Perkutan) Primer pada Pasien STEMI onset <12 jam										
Definisi	:	Persentase jumlah pasien dengan STEMI onset <12 jam yang masuk ke IGD RSMH yang dilakukan tindakan IKP Primer sesuai standar waktu yang ditetapkan (kurang dari 180 menit)										
Formula	:	Jumlah pasien dengan STEMI onset < 12 jam di IGD RSMH yang dilakukan IKP Primer dengan door to wire tercapai <180 menit dibagi jumlah semua pasien dengan STEMI onset < 12 jam di IGD RSMH yang dilakukan IKP Primer X 100%										
Bobot IKU (%)	:	7										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang dan Ka. Bidang Pelayanan Medik										
Sumber Data	:	KSM Kardiologi, KSM Penyakit Dalam subdivisi Kardiologi										
Periode Laporan	:	1 (satu) bulan										
Target	:	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>60%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	60%	60%	70%	80%	90%
2020	2021	2022	2023	2024								
60%	60%	70%	80%	90%								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya pusat Jantung Terpadu										
IKU	:	<i>Respon time CABG</i>										
Definisi	:	Waktu tunggu pasien sejak pasien direncanakan operasi jantung CABG sampai dengan operasi dilaksanakan sesuai target yang ditetapkan.										
Formula	:	Jumlah total waktu tunggu pasien jantung yang dilakukan tindakan CABG dibagi jumlah total pasien jantung yang dilakukan CABG sesuai standar										
Bobot IKU (%)	:	6										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang, Ka. Bidang Pelayanan Medik, Ka. Bidang Pelayanan Penunjang										
Sumber Data	:	Instalasi BHC, Instalasi Rekam Medik dan casemix.										
Periode Laporan	:	1 (satu) bulan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>< 48 jam</td><td><48jam</td><td><10jam</td><td><9jam</td><td>< 8 jam</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	< 48 jam	<48jam	<10jam	<9jam	< 8 jam
2020	2021	2022	2023	2024								
< 48 jam	<48jam	<10jam	<9jam	< 8 jam								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya layanan yang inovatif dan Unggul										
IKU	:	Jumlah Layanan Inovatif										
Definisi	:	Layanan inovatif merupakan pengembangan dari layanan yang sudah ada dan/ atau layanan baru yang selama ini belum tersedia										
Formula	:	Penambahan jumlah layanan inovatif yang dikembangkan dalam tahun berjalan										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang										
Sumber Data	:	Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Penunjang										
Periode Laporan	:	1 (satu) tahun										
Target	:	<table border="1"> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	4	4	4	4	4
2020	2021	2022	2023	2024								
4	4	4	4	4								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul										
IKU	:	Jumlah pelatihan yang terakreditasi										
Definisi	:	Pelatihan kompetensi yang terakreditasi Badan PPSPDM Kesehatan										
Formula	:	Jumlah pelatihan kompetensi yang terakreditasi Badan PPSPDM Kesehatan										
Bobot IKU (%)	:	6										
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian										
Sumber Data	:	Bagian Pendidikan dan Penelitian										
Periode Laporan	:	6 (enam) Bulan										
Target	:	<table> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	1	2	4	5	6
2020	2021	2022	2023	2024								
1	2	4	5	6								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul										
IKU	:	Diklat terakreditasi										
Definisi	:	Diklat terakreditasi oleh Badan PPSPDM Kesehatan										
Formula	:	Persentase kemajuan proses Diklat Terakreditasi										
Bobot IKU (%)	:	6										
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian										
Sumber Data	:	Bagian Pendidikan dan Penelitian										
Periode Laporan	:	6 (enam) bulan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>40%</td> <td>65%</td> <td>100%</td> <td>Terakreditasi</td> <td>Terakreditasi</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	40%	65%	100%	Terakreditasi	Terakreditasi
2020	2021	2022	2023	2024								
40%	65%	100%	Terakreditasi	Terakreditasi								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak JKN										
IKU	:	Jumlah Kerjasama dengan pihak JKN										
Definisi	:	Adanya kerjasama dengan pihak asuransi kesehatan untuk layanan JKN selain BPJS										
Formula	:	Jumlah kerjasama dengan perusahaan asuransi kesehatan										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian Umum / Hukormas										
Periode Laporan	:	6 (enam) bulan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td><td>6</td><td>6</td><td>8</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	4	4	6	6	8
2020	2021	2022	2023	2024								
4	4	6	6	8								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN										
IKU	:	Jumlah Kerjasama Layanan Preventif dan Promotif										
Definisi	:	Adanya perjanjian kerjasama dengan instansi / badan usaha untuk melakukan pelayanan kesehatan preventif dan promotif seperti MCU, Vaksinasi, dll										
Formula	:	Jumlah perjanjian kerjasama layanan preventif dan promotif										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian Umum/ Hukormas										
Periode Laporan	:	6 (enam) bulan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>3</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td><td>12</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	3	6	8	10	12
2020	2021	2022	2023	2024								
3	6	8	10	12								



Perspektif	:	Proses Bisnis Internal										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Kerjasama AHS										
IKU		Jumlah Kerjasama Pendidikan dalam Layanan Kesehatan										
Definisi	:	Kerjasama RSMH dengan Stakeholder eksternal di wilayah Sumbagsel										
Formula	:	Jumlah Kerjasama Pendidikan dalam Layanan Kesehatan										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Bagian Hukum, Organisasi dan Humas										
Periode Laporan	:	6 (enam) bulan										
Target	:	<table> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> <tr> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	10	11	12	13	14
2020	2021	2022	2023	2024								
10	11	12	13	14								



Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pengembangan				
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya SDM Kompeten				
IKU	:	Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi				
Definisi	:	Peningkatan jumlah SDM perawat di area kritis yang dilatih untuk mendapatkan kompetensi				
Formula	:	Jumlah SDM perawat di area kritis yang mendapatkan sertifikat kompetensi / total SDM perawat di area kritis				
Bobot IKU (%)	:	6				
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	:	Bagian SDM, Bagian Pendidikan dan Penelitian				
Periode Laporan	:	3 (tiga) Bulan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		70%	75%	80%	82%	85%



Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pengembangan										
SasaranStrategis		Sistem Informasi RS Terpadu dan Handal										
IKU	:	Persentase Pengembangan Dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen RS										
Definisi	:	Pengembangan Sistem Informasi Manajemen mengacu pada penambahan fungsi pada modul yang ada maupun pembangunan baru sesuai dengan perkembangan zaman serta dan memastikan keberlanjutan penggunaan teknologi informasi oleh pengguna sesuai dengan kebutuhan organisasi.										
Formula	:	$\frac{\text{JumlahModulyangdikembangkan dan implemetasikan}}{\text{Jumlahmodul direncanakan dan harus di implementasikan}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Instalasi Sistem Informasi RS										
PeriodeLaporan	:	6 (enam) Bulan										
Target	:	<table><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr><tr><td>80%</td><td>80%</td><td>85%</td><td>90%</td><td>100%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	80%	80%	85%	90%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
80%	80%	85%	90%	100%								



Perspektif	:	Proses Pertumbuhan danPengembangan				
Sasaran Strategis	:	Tersedianya Sarana dan Prasarana Terstandar				
IKU	:	Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar				
Definisi	:	Jumlah dan kualitas sarana pendukung yang memenuhi standar				
Formula	:	Jumlah sarana yang ada dibandingkan dengan jumlah sarana pendukung yang harus dimiliki				
Bobot IKU (%)	:	5				
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang, Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum				
Sumber Data	:	Bidang Pelayanan Medik, Bidang Pelayanan Penunjang, IPSNM				
Periode Laporan	:	6 (enam) bulan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		100%	80%	100%	100%	100%



Perspektif	:	Pertumbuhan dan Pengembangan										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Budaya Organisasi Melayani										
IKU	:	Penurunan jumlah complain terhadap pelayanan kesehatan										
Definisi	:	Keluhan pelanggan terhadap pelayanan kesehatan di RS yang disampaikan melalui media cetak, media elektronik dan kotak saran										
Formula	:	Jumlah Komplain terhadap pelayanan Kesehatan										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Seluruh Direksi										
Sumber Data	:	Bagian Hukum, Organisasi dan Humas										
Periode Laporan	:	3 (tiga) bulan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>75</td><td>60</td><td>50</td><td>45</td><td>40</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	75	60	50	45	40
2020	2021	2022	2023	2024								
75	60	50	45	40								



Perspektif	:	Keuangan										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Produktivitas dan Efisiensi										
IKU	:	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)										
Definisi	:	Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan (berbasis akrual) yang diperoleh RS, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). Biaya Operasional merupakan seluruh biaya (berbasis akrual) yang dikeluarkan untuk operasional RS (BLU dan APBN), tidak termasuk biaya penyusutan.										
Formula	:	$\frac{\text{Total PNBPN BLU}}{\text{Total Biaya Operasional}} \times 100\%$										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara										
Sumber Data	:	Bagian Akuntansi dan Barang Milik Negara										
Periode Laporan	:	3 (tiga)										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>70%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>75%</td><td>80%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	70%	75%	75%	75%	80%
2020	2021	2022	2023	2024								
70%	75%	75%	75%	80%								



Perspektif	:	Keuangan										
Sasaran Strategis	:	Terwujudnya Produktivitas dan Efisiensi										
IKU	:	Peningkatan Saldo BLU										
Definisi	:	Nilai kas dan setara kas (Rekening Giro Bank dan deposito dibawah 3 bulan) yang dimiliki RS per tanggal laporan										
Formula	:	$\frac{\text{Saldo periode berjalan} \times 100\%}{\text{Saldo periode lalu}}$										
Bobot IKU (%)	:	4										
Person in charge	:	Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara										
Sumber Data	:	Bagian Anggaran										
Periode Laporan	:	3 (tiga) bulan										
Target	:	<table><tr><td>2020</td><td>2021</td><td>2022</td><td>2023</td><td>2024</td></tr><tr><td>102%</td><td>105%</td><td>107%</td><td>108%</td><td>110%</td></tr></table>	2020	2021	2022	2023	2024	102%	105%	107%	108%	110%
2020	2021	2022	2023	2024								
102%	105%	107%	108%	110%								



3.5. Roadmap Lima Tahun Kedepan

Matrik Roadmap Pengembangan Pelayanan

Nama Satker	: RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang
Visi	: Menjadi Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional yang Mandiri dan Terpercaya
Misi	: a. Menyelenggarakan standarisasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian b. Meningkatkan SDM yang unggul dan berbudaya kerja c. Menyelenggarakan efisiensi tata kelola keuangan d. Menjalin kemitraan dengan jaringan bisnis rumah sakit secara komprehensif dan berkelanjutan
Layanan unggulan	: 1. Pusat Onkologi Terpadu 2. Pusat Jantung Terpadu

No	Uraian	ROADMAP				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Prioritas layanan yang akan ditingkatkan dan dikembangkan	1. Layanan Paliatif Onkologi dan Jantung 2. Layanan Operasi Jantung dan onkologi 3. Layanan Pasca Tindakan Jantung dan Onkologi di ICU 4. Layanan Bank Darah	1. Layanan Paliatif Onkologi dan Jantung 2. Layanan Operasi Jantung dan onkologi 3. Layanan Pasca Tindakan Jantung dan Onkologi di ICU	1. Layanan Paliatif Onkologi dan Jantung 2. Layanan Operasi Jantung dan onkologi 3. Layanan Pasca Tindakan Jantung dan Onkologi di ICU	1. Layanan Paliatif Onkologi dan Jantung 2. Layanan Operasi Jantung dan onkologi 3. Layanan Pasca Tindakan Jantung dan Onkologi di ICU	1. Layanan Paliatif Onkologi dan Jantung 2. Layanan Operasi Jantung dan onkologi 3. Layanan Pasca Tindakan Jantung dan Onkologi di ICU
2	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	a. Sarana	1. Penyediaan meubelair gedung 8 lantai 2. Pengadaan komputer	1. Penyediaan meubelair gedung 8 lantai tahap 2 2. Pengadaan komputer	1. Peremajaan/penam bahan mobil ambulance dan mobil Jenazah.		1. Peremajaan/penam bahan mobil ambulance dan mobil Jenazah.



		untuk elektronik medical record dan rujukan berjenjang	untuk elektronik medical record dan rujukan berjenjang			
	b. Prasarana	1. Pembangunan tahap III gedung rawat inap terpadu 2. Penyediaan gedung / ruangan paliatif 3. Pengembangan system informasi Rumah sakit (SIRS)	1. Pembangunan tahap IV gedung rawat inap terpadu 2. Renovasi untuk penambahan ruang perawatan ICU 3. Penambahan ruang operasi khusus jantung dan onkologi 4. Pengembangan system informasi Rumah sakit (SIRS)	1. Renovasi untuk penambahan ruang perawatan ICU 2. Penambahan ruang operasi khusus jantung dan onkologi 3. Pembangunan parkir gedung	1. Renovasi untuk penambahan ruang perawatan ICU 2. Pembangunan Bunker alat Linac/Cobalt 3. Penyediaan ruang untuk penambahan Cathlab. 4. pembangunan parkir gedung	1. Renovasi gedung perawatan kelas III
	c. Alat Kesehatan	Penyediaan sarana medik untuk pelayanan Paliatif	1. Sarana medik ruang ICU dan peralatan operasi jantung dan onkologi. 2. Peralatan medic untuk tindakan non invasif jantung	Sarana medik ruang ICU dan peralatan operasi jantung dan onkologi	Sarana medik ruang ICU	1. Pengadaan Linac/ Cobalt 2. Peralatan medic untuk tindakan non invasif jantung
3	Kebutuhan Anggaran	Rp.682,216,607,200	Rp.723,328,267,536	Rp. 804,826,336,512	Rp. 837,913,199,749	Rp.936,018,642,536
4	Proyeksi Pendapatan	Rp. 553,000,000,00	Rp.585,000,000,000	Rp.656,248,000,000	Rp.741,560,240,000	Rp.845,378,676,000
5	Kebutuhan SDM (Penambahan PNS dan BLU)	235 orang	330 orang	316 orang	299 orang	287 orang



3.6. Program Kerja Strategis

Untuk mewujudkan target IKU setiap tahun, diperlukan program kerja strategis yang merupakan gambaran rangkaian program kerja yang dibutuhkan dalam kurun waktu 2020-2024. Adapun program kerja strategis RSMH Tahun 2020-2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.4 Program Kerja Strategis RSMH Tahun 2020-2024

No	Sasaran Strategis	Program Kerja Strategis				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Perspektif Konsumen					
	Terwujudnya kepuasan Stakeholders	Pengawasan melekat secara periodik	Pengawasan melekat secara periodik	Pengawasan melekat secara periodik	Pengawasan melekat secara periodik	Pengawasan melekat secara periodik
		Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan
		Peningkatan keamanan dan kenyamanan	Peningkatan keamanan dan kenyamanan	Peningkatan keamanan dan kenyamanan	Peningkatan keamanan dan kenyamanan	Peningkatan keamanan dan kenyamanan
		Peningkatan fasilitas pelayanan, pendidikan	Peningkatan fasilitas pelayanan, pendidikan	Peningkatan fasilitas pelayanan, pendidikan	Peningkatan fasilitas pelayanan, pendidikan	Peningkatan fasilitas pelayanan, pendidikan
		Peningkatan kesejahteraan	Peningkatan kesejahteraan	Peningkatan kesejahteraan	Peningkatan kesejahteraan	Peningkatan kesejahteraan
2	Perspektif Bisnis Internal					
	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Onkologi Terpadu
		Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Onkologi Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Onkologi Terpadu
	Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM Tim Jantung Terpadu
		Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Jantung Terpadu	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana Jantung Terpadu



No	Sasaran Strategis	Program Kerja Strategis				
		2020	2021	2022	2023	2024
	Terwujudnya layanan yang inovatif dan unggul	Peningkatan pelayanan inovatif	Peningkatan pelayanan inovatif	Peningkatan pelayanan inovatif	Peningkatan pelayanan inovatif	Peningkatan pelayanan inovatif
	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM
		Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana	Peningkatan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana
	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak JKN	Peningkatan jumlah kerjasama dengan pihak asuransi penjamin kesehatan	Peningkatan jumlah kerjasama dengan pihak asuransi penjamin kesehatan	Peningkatan jumlah kerjasama dengan pihak asuransi penjamin kesehatan	Peningkatan jumlah kerjasama dengan pihak asuransi penjamin kesehatan	Peningkatan jumlah kerjasama dengan pihak asuransi penjamin kesehatan
	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN	Peningkatan kerjasama dengan pihak pengguna jasa MCU	Peningkatan kerjasama dengan pihak pengguna jasa MCU	Peningkatan kerjasama dengan pihak pengguna jasa MCU	Peningkatan kerjasama dengan pihak pengguna jasa MCU	Peningkatan kerjasama dengan pihak pengguna jasa MCU
	Terwujudnya Kerjasama AHS	Peningkatan jumlah Kerjasama dengan RS Kab/ Kota se-Sumatera Selatan	Peningkatan jumlah Kerjasama dengan RS Kab/ Kota se-Sumatera Selatan	Peningkatan jumlah Kerjasama dengan RS Kab/ Kota se-Sumatera Selatan	Peningkatan jumlah Kerjasama dengan RS Kab/ Kota se-Sumatera Selatan	Peningkatan jumlah Kerjasama dengan RS Kab/ Kota se-Sumatera Selatan
3	Perspektif Pertumbuhan dan Pengembangan					
	Terwujudnya SDM Kompeten	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di masing - masing unit kerja	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di masing - masing unit kerja	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di masing - masing unit kerja	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di masing - masing unit kerja	Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM di masing - masing unit kerja
	Terwujudnya sarana sesuai standar	Peremajaan alat kesehatan	Peremajaan alat kesehatan	Peremajaan alat kesehatan	Peremajaan alat kesehatan	Peremajaan alat kesehatan
		Penambahan alat kesehatan dengan teknologi terbaru	Penambahan alat kesehatan dengan teknologi terbaru	Penambahan alat kesehatan dengan teknologi terbaru	Penambahan alat kesehatan dengan teknologi terbaru	Penambahan alat kesehatan dengan teknologi terbaru
		Penyelesaian gedung 8 lantai	Penyelesaian gedung 8 lantai	Penyelesaian gedung 8 lantai	Penyelesaian gedung 8 lantai	
		Penyediaan sarana dan prasarana layanan	Pengembangan ICU untuk layanan Onkologi &	Pengembangan ICU untuk layanan Onkologi &	Pengembangan Sarana dan prasarana layanan	Pengembangan Sarana dan prasarana layanan



No	Sasaran Strategis	Program Kerja Strategis				
		2020	2021	2022	2023	2024
		Paliatif dan bedah jantung	Jantung	Jantung	Radiologi	Radiologi
		Penambahan Kamar Operasi (Orthopedi, Onkologi)	Penambahan Kamar Operasi Digestif – Bedah Anak - Kebidanan	Penambahan Kamar operasi Digestif – Bedah Anak - Kebidanan	Penambahan Kamar operasi (minimal invasif) Di Graha Eksekutif	Penambahan Kamar operasi (minimal inv invasif) Di Graha Eksekutif
	Sistem Informasi RS Terpadu dan Handal	Pengembangan modul aplikasi SIMRS	Pengembangan modul aplikasi SIMRS	Pengembangan modul aplikasi SIMRS	Pengembangan modul aplikasi SIMRS	Pengembangan modul aplikasi SIMRS
		Rekrutmen dan Pengembangan SDM Profesi ; Dokter, Perawat Mahir, Programmer dan Analis Komputer	Rekrutmen dan Pengembangan SDM Profesi ; Dokter, Perawat Mahir, Programmer dan Analis Komputer	Rekrutmen dan Pengembangan SDM Profesi ; Dokter, Perawat Mahir, Programmer dan Analis Komputer	Rekrutmen dan Pengembangan SDM Profesi ; Dokter, Perawat Mahir, Programmer dan Analis Komputer	Rekrutmen dan Pengembangan SDM Profesi ; Dokter, Perawat Mahir, Programmer dan Analis Komputer
	Terwujudnya Budaya organisasi Melayani	Peningkatan dan pengembangan budaya melayani	Peningkatan dan pengembangan budaya melayani	Peningkatan dan pengembangan budaya melayani	Peningkatan dan pengembangan budaya melayani	Peningkatan dan pengembangan budaya melayani
		Peningkatan Budaya Mutu Keselamatan	Peningkatan Budaya Mutu Keselamatan	Peningkatan Budaya Mutu Keselamatan	Peningkatan Budaya Mutu Keselamatan	Peningkatan Budaya Mutu Keselamatan
4	Perspektif Keuangan					
	Terwujudnya Produktivitas dan Efisiensi	Peningkatan PNB	Peningkatan PNB	Peningkatan PNB	Peningkatan PNB	Peningkatan PNB
		Anggaran per unit kerja	Anggaran per unit kerja	Anggaran per unit kerja	Anggaran per unit kerja	Anggaran per unit kerja
		Implementasi akuntansi biaya	Implementasi akuntansi biaya	Implementasi akuntansi biaya	Implementasi akuntansi biaya	Implementasi akuntansi biaya
		Managemen Persediaan	Managemen Persediaan	Managemen Persediaan	Managemen Persediaan	Managemen Persediaan
		Pengembangan <i>Cash Management System</i>	Pengembangan <i>Cash Management System</i>	Pengembangan <i>Cash Management System</i>	Pengembangan <i>Cash Management System</i>	Pengembangan <i>Cash Management System</i>

BAB IV

PROYEKSI KEUANGAN

4.1. Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan disusun selama lima tahunan periode RSB berdasarkan sumber-sumber pendapatan serta estimasi besarnya pertahun selama lima tahun. Estimasi pendapatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 1 Estimasi Pendapatan Tahun 2020–2024

No	Sumber Pendapatan	Tahun 2019	Estimasi Pendapatan (Rp)				
		(Target Pendapatan)	2020	2021	2022	2023	2024
1	Dana Pemerintah						
	a. Rupiah Murni	96.471.376.000	103.706.729.200	112.003.268.000	117.603.431.000	122.307.569.000	125.976.796.000
	b. PHLN			5.271.834.000	158.154.995.000	210.873.327.000	152.883.162.000
2	Dana Masyarakat	535.500.000.000	553.000.000.000	667.250.000.000	711.000.000.000	741.560.240.000	845.378.676.000
	a. Pelayanan RS	531.380.753.000	548.746.137.000	661.805.700.000	705.198.711.857	736.375.924.000	840.020.083.000
	b. Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	2.724.280.000	2.813.309.000	3.706.120.000	3.949.147.286	3.585.359.000	3.663.698.000
	c. Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	1.394.967.000	1.440.554.000	1.738.180.000	1.852.140.857	1.598.957.000	1.694.895.000
	TOTAL	631.971.376.000	656.706.729.200	784.525.102.000	986.758.426.000	1.074.741.136.000	1.124.238.634.000

Berdasarkan Tabel 4.1, dapat dilihat bahwa selama periode RSB (2020-2024), diproyeksikan pendapatan BLU (dana masyarakat) mengalami kenaikan, rata-rata sebesar 9,64%, kemudian untuk sumber dana rupiah murni merupakan pendapatan gaji PNS yang diproyeksikan mengalami peningkatan sebagai akibat dari peningkatan gaji pokok PNS dan penambahan formasi pegawai.

RSMHtelah mengajukan proposal pengembangan pelayanan onkologi terpadu yang dibiayai dari bantuan luar negeri (Hongaria) dengan total kebutuhan dana sebesar Rp. 527.183.315.490,-



4.2. RencanaKebutuhan Anggaran

Setiap pelaksanaan program membutuhkan anggaran, baik untuk operasional maupun untuk pengembangan. Untuk itu, RSMH membuat estimasi rencana belanja untuk kelangsungan operasi dan pengembangan.

A. Anggaran Kelangsungan Operasional

Anggaran program kelangsungan operasi ditujukan untuk menjaga kegiatan operasional yang tidak dapat ditangguhkan. Anggaran program kelangsungan operasi disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarnya per tahun. Estimasi belanja program kelangsungan operasi, dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 2Estimasi Anggaran Operasional Tahun 2020-2024

NO	JENIS KEGIATAN	BASELINE TAHUN 2019	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN (Rp)				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Gaji PNS	96.471.376.000	103.706.729.200	112.003.268.000	117.603.431.000	122.307.569.000	125.976.796.000
2	Remunerasi BLU	202.839.778.000	208.945.954.000	222.300.000.000	255.936.720.000	266.961.686.400	295.882.536.600
3	Peningkatan SDM	4.700.000.000	4.700.000.000	8.775.000.000	9.843.720.000	11.123.403.600	11.835.301.464
4	Pemeliharaan Alat Medik	10.000.000.000	10.000.000.000	11.700.000.000	13.124.960.000	14.831.204.800	16.907.573.520
5	Pemeliharaan Sarpras	12.681.164.000	15.500.000.000	23.400.000.000	24.937.424.000	27.437.728.880	27.052.117.632
6	Farmasi	174.643.889.000	170.169.712.000	169.650.000.000	170.624.480.000	192.805.662.400	219.798.455.760
7	Makan pasien	14.486.504.000	13.958.460.000	17.550.000.000	18.374.944.000	19.280.566.240	19.866.398.886
8	Belanja Barang	22.401.830.000	22.120.000.000	21.060.000.000	20.999.936.000	20.763.686.720	21.134.466.900
9	Langganan Daya jasa	14.042.880.000	14.500.000.000	17.550.000.000	22.968.680.000	25.954.608.400	29.588.253.660
10	Perjalanan Dinas	1.950.452.000	2.500.000.000	4.095.000.000	5.249.984.000	5.190.921.680	6.086.726.467
11	Belanja Operasional Lainnya	45.565.163.000	45.000.000.000	47.970.000.000	51.187.344.000	54.133.897.520	55.794.992.616
TOTAL		599.783.036.000	611.100.855.200	656.053.267.536	710.851.622.913	760.790.934.789	829.923.618.699



Dari tabel 4.2 dapat dilihat bahwa belanja operasional mengalami peningkatan dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2024, peningkatan yang terbesar dari belanja operasional adalah belanja farmasi. Dengan adanya pelayanan unggulan jantung dan onkologi terpadu maka kebutuhan belanja obat – obatan khususnya kemoterapi akan mengalami peningkatan.

B. Anggaran Pengembangan

Program pengembangan juga dilakukan selama periode RSB tahun 2020-2024, dengan rincian biaya pelaksanaannya dijelaskan dalam Tabel 4.3 berikut:



**Tabel 4. 3Estimasi Anggaran Program Pengembangan
Tahun 2020 – 2024**

NO	PROGRAM STRATEGIS	BASELINE Th.2019	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN				
			2020	2021	2022	2023	2024
A	PENCAPAIAN IKU						
	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders						
1	Tingkat kesehatan BLU	5.803.832.000	5.657.056.615	5.997.961.524	6.673.757.430	6.948.119.350	7.761.626.436
2	Tingkat Kepuasan Pasien	5.484.335.000	5.345.639.500	5.667.777.826	6.306.371.627	6.565.630.111	7.334.354.186
3	Tingkat Kepuasan Karyawan	299.311.154.000	291.741.756.781	309.322.665.665	344.174.338.238	358.323.538.807	400.277.155.777
4	Capaian WBK, WBBM	349.958.543	341.108.304	361.664.134	402.413.168	418.956.600	468.009.321
	Terwujudnya Pusat Onkologi Terpadu		-	-	-	-	-
5	Waktu tunggu pelayanan radiotherapi lebih pendek	38.772.991.000	37.792.445.617	40.069.889.717	44.584.601.478	46.417.499.514	51.852.202.469
6	Waktu tunggu pelayanan operasi pasien onkologi	48.994.195.950	47.755.162.504	50.632.978.728	56.337.843.556	58.653.923.982	65.521.304.978
	Terwujudnya Pusat Jantung Terpadu		-	-	-	-	-
7	Respon time door to ballon pasien jantung PPCI (Primary Percutaneous Coronary Infark)	15.398.175.870	15.008.765.358	15.913.221.886	17.706.179.403	18.434.090.394	20.592.410.136
8	Respon time CABG	20.997.512.550	20.466.498.216	21.699.848.026	24.144.790.095	25.137.395.992	28.080.559.276
	Terwujudnya layanan yang inovatif dan unggul		-	-	-	-	-
9	Jumlah layanan yang inovatif	69.991.708.500	68.221.660.720	72.332.826.754	80.482.633.651	83.791.319.975	93.601.864.254
	Terwujudnya Pusat Pelatihan yang unggul		-	-	-	-	-
10	Jumlah Pelatihan yang terakreditasi	559.933.668	545.773.286	578.662.614	643.861.069	670.330.560	748.814.914
11	Diklat terakreditasi	6.999.170.850	6.822.166.072	7.233.282.675	8.048.263.365	8.379.131.997	9.360.186.425
	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak JKN		-	-	-	-	-
12	Peningkatan kerjasama dengan pihak penyedia JKN	69.991.709	68.221.661	72.332.827	80.482.634	83.791.320	93.601.864
	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Non JKN		-	-	-	-	-
13	Peningkatan Kerjasama dengan pihak swasta	55.993.367	54.577.329	57.866.261	64.386.107	67.033.056	74.881.491
	Terwujudnya Kerjasama AHS		-	-	-	-	-
14	Peningkatan Kerjasama AHS dalam Layanan Kesehatan	1.792.887.555	1.747.546.518	1.852.856.969	2.061.620.088	2.146.374.449	2.397.678.541
	Terwujudnya SDM Kompeten		-	-	-	-	-
15	Peningkatan jumlah SDM yang tersertifikasi	3.149.626.883	3.069.974.732	3.254.977.204	3.621.718.514	3.770.609.399	4.212.083.891
	Sistem Informasi RS Terpadu dan Handa		-	-	-	-	-
16	Persentase Pengembangan dan implementasi Sistem informasi manajemen RS	11.898.590.445	11.597.682.322	12.296.580.548	13.682.047.721	14.244.524.396	15.912.316.923
	Terwujudnya sarana sesuai standar		-	-	-	-	-
17	Ketersediaan sarana pendukung layanan unggulan terstandar	139.983.417.000	136.443.321.440	144.665.653.507	160.965.267.303	167.582.639.950	187.203.728.507
	Terwujudnya Budaya organisasi Melayani		-	-	-	-	-
18	Penurunan jumlah complain terhadap pelayanan kesehatan	6.999.170.850	6.822.166.072	7.233.282.675	8.048.263.365	8.379.131.997	9.360.186.425
	Terwujudnya Produktifitas dan Efisiensi		-	-	-	-	-
19	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	69.991.709	68.221.661	72.332.827	80.482.634	83.791.320	93.601.864
20	Peningkatan Saldo BLU	76.990.879	75.043.827	79.566.109	88.530.897	92.170.452	102.962.051



NO	PROGRAM STRATEGIS	BASELINE Th.2019	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN				
			2020	2021	2022	2023	2024
B	MITIGASI RISIKO		-	-	-	-	-
1	Informasi dan edukasi pasien	1.259.850.753	1.227.989.893	1.301.990.882	1.448.687.406	1.508.243.760	1.684.833.557
2	Meningkatkan sistem pelayanan onkologi terpadu terhadap pasien	3.499.585.425	3.411.083.036	3.616.641.338	4.024.131.683	4.189.565.999	4.680.093.213
3	Meningkatkan sistem pelayanan jantung terpadu terhadap pasien	3.359.602.008	3.274.639.715	3.471.975.684	3.863.166.415	4.021.983.359	4.492.889.484
4	Meningkatkan sistem pelatihan	179.178.774	174.647.451	185.172.036	206.035.542	214.505.779	239.620.772
5	Meningkatkan system pemasarsan dalam hal kerjasama	160.980.930	156.909.820	166.365.502	185.110.057	192.720.036	215.284.288
6	Sosialisasi standar kinerja pegawai	559.933.668	545.773.286	578.662.614	643.861.069	670.330.560	748.814.914
7	Integrasi aplikasi SIMRS	12.598.507.530	12.279.898.930	13.019.908.816	14.486.874.057	15.082.437.595	16.848.335.566
8	Optimalisasi perencanaan sarana dan prasarana sesuai standar	1.399.834.170	1.364.433.214	1.446.656.535	1.609.652.673	1.675.826.399	1.872.037.285
9	Peningkatan produktivitas dan efisiensi	139.983.417	136.443.321	144.665.654	160.965.267	167.582.640	187.203.729
TOTAL		699.917.085.000	682.216.607.200	723.328.267.536	804.826.336.513	837.913.199.749	936.018.642.537

Dari tabel 4.3 dapat dilihat bahwa pencapaian IKU tingkat kepuasan karyawan dialokasikan yang terbesar dibandingkan dengan pencapaian IKU lainnya. Hal ini dikarenakan kualitas pelayanan yang dihasilkan sangat dipengaruhi oleh tenaga dokter, perawat dan tenaga pendukung lainnya dalam memberikan pelayanan diharapkan dengan tingkat kepuasan karyawan yang tinggi pencapaian IKU lainnya akan lebih mudah dicapai.



4.3. Rencana Pendanaan

Kemampuan pendapatan BLU untuk mendanai belanja operasional semakin meningkat. Total pendanaan BLU dapat dilihat dalam Tabel 4.4 berikut:

Tabel 4. 4Estimasi Pendanaan BLUTahun 2020–2024

Tahun	Rencana Penerimaan	Rencana Belanja	Kebutuhan dana
2020	553.000.000.000	656.706.729.200	103.706.729.200
2021	667.250.000.000	784.525.102.000	117.275.102.000
2022	711.000.000.000	986.758.426.000	275.758.426.000
2023	741.560.240.000	1.074.741.136.000	333.180.896.000
2024	845.378.676.000	1.124.238.634.000	278.859.958.000

Pada Tabel 4.4, dapat dilihat bahwa dalam pelaksanaan Tupoksi rencana belanja lebih besar dari rencana penerimaan sehingga dibutuhkan dana yang bersumber selain dari pendapatan BLU yaitu dari rupiah murni untuk belanja gaji PNS dan belanja investasi sebagaimana tergambar pada tabel 4.1 di atas.



BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Mohammad Hoesin tahun 2020-2024 ini disusun berdasarkan Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/2627/2019, tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. RSB ini merupakan dokumen perencanaan yang memuat arah dan kebijakan untuk lima tahun kedepan dan disusun oleh sebuah tim dengan melibatkan seluruh Direksi RSMH.

Selama periode RSB 2015-2019 banyak hal yang telah dicapai oleh RSMH, diantaranya telah terakreditasi *Joint Commission International (JCI)* pada tanggal 3 Desember 2016, sebagai salah satu rumah sakit rujukan *Asian Games* Tahun 2018, telah dilaksanakannya beberapa pengembangan pelayanan seperti layanan transplantasi ginjal sebanyak 4 (empat) kali, pemisahan bayi kembar siam sebanyak 2 (dua) kali, operasi jantung terbuka, membentuk unit instalasi Radioterapi, membuka layanan Poli dan Rawat Inap Geriatri, dan lain lain.

Untuk RSB periode 2020-2024, RSMH telah menetapkan visi ***“Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional yang Mandiri dan Terpercaya”***, dengan berfokus pada pengembangan layanan onkologi terpadu, jantung terpadu, layanan inovatif, pengembangan diklat menjadi diklat terakreditasi, SIMRS yang handal dan terintegrasi.

Dokumen Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr Muhammad Hoesin Palembang ini dapat dijadikan pedoman bagi seluruh unit kerja di lingkungan RSMH dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumber daya dimasing masing unit dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis dalam kurun waktu periode RSB.



5.2. Saran

- Dapat dijadikan sebagai pertimbangan bagi Kementerian Kesehatan dalam memberikan dukungan pendanaan untuk pengembangan pelayanan.
- Agar FK UNSRI mendukung keberhasilan pencapaian visi RSMH sebagai rumah sakit pendidikan yang mandiri dan terpercaya.
- Agar Pemerintah Daerah se Sumatera Bagian Selatan memberikan edukasi terhadap rumah sakit daerah dalam pelaksanaan SISROUTE sehingga dapat mendukung terwujudnya AHS