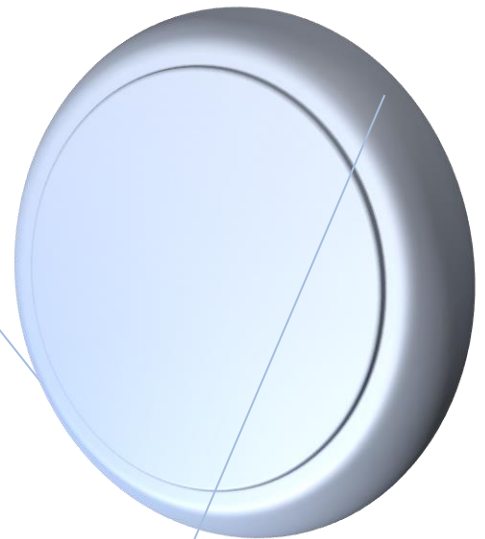
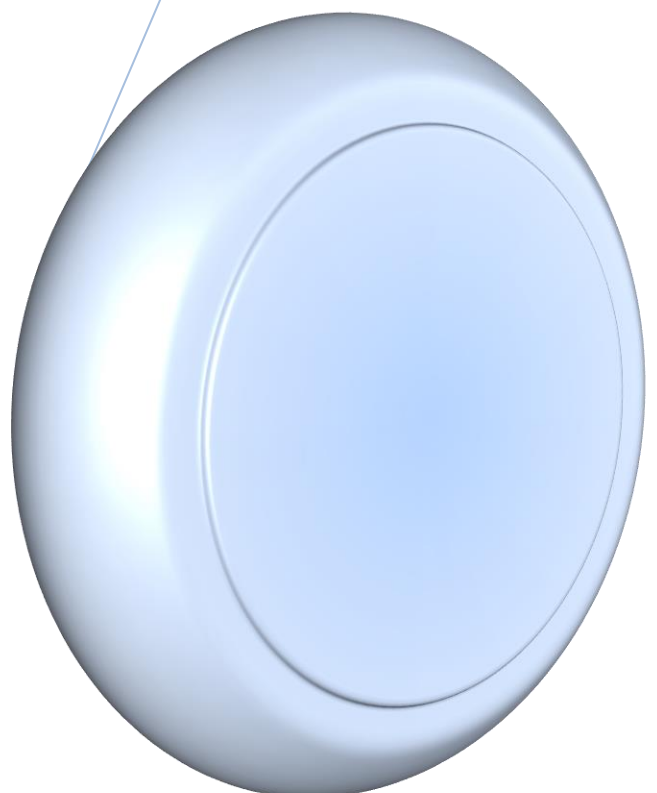


**MANUAL INDIKATOR KINERJA UTAMA
TAHUN 2025-2029**

**RUMAH SAKIT KHUSUS MATA MASYARAKAT
PROVINSI SUMATERA SELATAN**



IKU -1 : Persentase Pelaksanaan Program Penanggulangan Gangguan Refraksi Bagi Kelompok Target (PENGGARIS)

Sasaran strategis	Meningkatnya Jumlah Layanan Kesehatan Mata					
Indikator Kinerja Utama	Persentase pelaksanaan program penanggulangan gangguan refraksi bagi kelompok target (PENGGARIS)					
Definisi Operasional	Persentase kegiatan program penanggulangan gangguan refraksi (skrining, edukasi, dan pelayanan kacamata) yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan total kegiatan yang direncanakan dalam tahun berjalan.					
Rumus Penghitungan	$\frac{\sum \text{kegiatan penggaris yang terlaksana}}{\sum \text{kegiatan penggaris yang direncanakan}} \times 100\%$					
Satuan	Persentase					
Numerator	Jumlah kegiatan penggaris yang terlaksana					
Denominator	Jumlah kegiatan penggaris yang direncanakan					
Penanggung Jawab	Direktur RSK.Mata, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kasi Penunjang Medik					
Sumber Data	- Laporan Kegiatan Penggaris - Dokumen program RSK Mata					
Pengelola data	- Tim Administrasi Program Penggaris - Tim Refraksi dan Optisien - Kasi Penunjang Medik					
Frekuensi Pengumpulan data	Perkegiatan					
Periode Pelaporan	Tahunan					
Target	2025	2026	2027	2028	2029	
	100%	100%	100%	100%	100%	
Dasar penetapan target	Laporan program penggaris 2 tahun sebelumnya					
	2023			2024		
	100%			100%		

IKU -2 : Persentase Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

Sasaran strategis	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan Mata	
Indikator Kinerja Utama	Persentase Indeks Kepuasan Masyarakat	
Definisi Operasional	Nilai yang menggambarkan tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh unit pelayanan di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat Provinsi Sumatera Selatan yang diukur melalui survey sesuai PermenPANRB No.14 Tahun 2017	
Rumus Penghitungan	$\frac{\text{Total skor unsur}}{\text{Jumlah unsur} \times \text{jumlah responden}} \times 25$	

Satuan	Nilai				
Numerator	skor rata-rata hasil survei dari responden terhadap tiap unsur pelayanan.				
Denominator	10 unsur (sesuai ketentuan PermenPANRB), yaitu: 1. Persyaratan 2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur 3. Waktu Pelayanan 4. Biaya/Tarif 5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan 6. Kompetensi Pelaksana 7. Perilaku Pelaksana 8. Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan 9. Sarana dan Prasarana 10. Maklumat Pelayanan Jumlah Responden adalah : Jumlah pasien, keluarga pasien, atau pengguna layanan yang melakukan layanan kesehatan di rumah sakit khusus mata Angka 25 dalam rumus IKM berasal dari proses konversi skala penilaian dari skala 1–4 (skala penilaian pada kuesioner responden) menjadi skala 25–100, agar hasil akhir IKM mudah dibaca dalam bentuk persentase mutu pelayanan (0–100)				
Penanggung Jawab	Unit Humas, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kasi Penunjang Medik				
Sumber Data	- Responden - Petugas wawancara - Quesioner - Hasil survey IKM				
Pengelola data	- Unit Humas - Evaluasi dan Pelaporan Rumah Sakit				
Frekuensi Pengumpulan data	Triwulan				
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester dan Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	85	85	85	85	85
Dasar penetapan target	Data indeks kepuasan masyarakat				
	2023			2024	
	86			87	

IKU – 3 : Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit

Sasaran strategis	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan mata					
Indikator Kinerja Utama	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit					
Definisi Operasional	Persentase indikator SPM bidang kesehatan mata yang telah mencapai target sesuai Permenkes No.4 Tahun 2019 tentang Standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan.					
Rumus Penghitungan	$\frac{\sum \text{indikator SPM yang mencapai target}}{\sum \text{indikator SPM yang diukur}} \times 100\%$					
Satuan	persen					
Numerator	Jumlah indikator SPM yang mencapai target					
Denominator	Jumlah indikator SPM yang diukur					
Penanggung Jawab	Penanggung Jawab Unit, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medik dan keperawatan, Kasi penunjang medik					
Sumber Data	- Laporan Capaian SPM unit					
Pengelola data	- Penanggung Jawab Unit Rumah Sakit - Evaluasi dan Pelaporan Rumah Sakit					
Frekuensi Pengumpulan data	Triwulan					
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester dan Tahunan					
Target	2025	2026	2027	2028	2029	
	90%	90%	90%	90%	90%	
Dasar penetapan target	Data Standar Pelayanan Minimal 2 tahun sebelumnya					
	2023			2024		
	-			91,46		

IKU – 4 : Persentase kunjungan pasien ke RSK Mata

Sasaran strategis	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan mata					
Indikator Kinerja Utama	Persentase kunjungan pasien ke RSK Mata					
Definisi Operasional	Persentase peningkatan atau perubahan jumlah kunjungan pasien (baru dan lama) ke RSK Mata dibandingkan dengan tahun sebelumnya.					
Rumus Penghitungan	$\frac{\sum \text{kunjungan pasien tahun berjalan}}{\sum \text{kunjungan pasien tahun sebelumnya}} \times 100\%$					
Satuan	pasien					
Nominator	Jumlah kunjungan pasien tahun berjalan					
Denominator	Jumlah kunjungan pasien tahun sebelumnya					
Penanggung Jawab	Direktur RSK Mata, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan					

	Medik dan keperawatan, Kasi penunjang medik				
Sumber Data	- Rekapitulasi kunjungan pasien dari SIMRS - Laporan tahunan RSK Mata				
Pengelola data	- Penanggung Jawab Unit Rekam Medis - Evaluasi dan Pelaporan Rumah Sakit				
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap Bulan				
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester dan Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	100%	100%	100%	100%	100%
Dasar penetapan target	Data Standar Pelayanan Minimal 2 tahun sebelumnya				
	2023		2024		
	133%		138%		

IKU – 5 : Persentase peningkatan kompetensi layanan rumah sakit

Sasaran strategis	Meningkatnya kompetensi layanan rumah sakit				
Indikator Kinerja Utama	Persentase peningkatan kompetensi layanan rumah sakit				
Definisi Operasional	Persentase terpenuhinya seluruh standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Komisi / Lembaga Akreditasi Rumah Sakit yang diakui Kementerian Kesehatan, dengan hasil penilaian akhir predikat “Paripurna”				
Rumus Penghitungan	$\frac{\sum \text{nilai pengukuran komponen standar kesehatan}}{\sum \text{Komponen BAB standar penilaian}} \times 100\%$				
Nominator	Jumlah nilai pengukuran komponen standar kesehatan				
Denominator	16 komponen standar kesehatan rumah sakit				
Satuan	Persentase				
Penanggung Jawab	Manajemen, Tim Mutu dan Tim Akreditasi Rumah Sakit				
Sumber Data	- Laporan hasil akreditasi rumah sakit. - Dokumen sertifikat akreditasi rumah sakit. - Database mutu rumah sakit				
Pengelola data	Tim Akreditasi Rumah Sakit				
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
Dasar penetapan target	Predikat akreditasi tahun sebelumnya				
	2023		2024		
	Paripurna		Paripurna		

IKU – 6 : Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar

Sasaran strategis	Meningkatnya kompetensi layanan rumah sakit					
Indikator Kinerja Utama	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar					
Definisi Operasional	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar adalah seluruh pegawai rumah sakit (tenaga medis, keperawatan, kesehatan lain, dan non kesehatan) yang mengikuti pelatihan, seminar, workshop, atau pendidikan berkelanjutan yang relevan dengan tugas dan fungsi jabatannya, dengan total durasi pelatihan minimal 20 Jam Pelatihan (JPL) per tahun.					
Rumus Penghitungan	$\frac{\sum \text{SDM} \geq 20 \text{ JPL pelatihan relevan}}{\sum \text{seluruh SDM rumah sakit}} \times 100\%$					
Satuan	Persentase					
Numerator	Jumlah seluruh pegawai (tenaga medis, keperawatan, kesehatan lain, dan non kesehatan) yang telah mengikuti pelatihan, seminar, workshop, atau pendidikan berkelanjutan dengan total durasi minimal 20 Jam Pelatihan (JPL) dalam satu tahun kalender dan sesuai dengan tugas serta fungsi jabatannya					
Denominator	Jumlah seluruh pegawai rumah sakit pada tahun berjalan					
Penanggung Jawab	Unit Diklat, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medik dan keperawatan, Kasi penunjang medik					
Sumber Data	- Data Kepegawaian - Laporan pelatihan dan sertifikasi dari unit diklat					
Pengelola data	Unit Diklat					
Frekuensi Pengumpulan data	Satu tahun					
Periode Pelaporan	Satu tahun					
Target	2025	2026	2027	2028	2029	
	80%	80%	80%	80%	80%	
Dasar penetapan target	Data unit diklat 2 tahun sebelumnya					
	2023			2024		
	37%			75%		

IKU - 7 : Persentase survey kepuasan mahasiswa

Sasaran strategis	Meningkatnya mutu RSK Mata sebagai RS Pendidikan				
Indikator Kinerja Utama	Persentase survey kepuasan mahasiswa				
Definisi Operasional	Persentase Survei Kepuasan Mahasiswa adalah ukuran tingkat kepuasan mahasiswa dari institusi pendidikan (kedokteran, keperawatan, tenaga kesehatan lainnya, dan non kesehatan) yang menjalani kegiatan pendidikan klinik, praktik, atau magang di Rumah Sakit Khusus Mata Masyarakat terhadap mutu pembelajaran, fasilitas pendidikan, pembimbingan klinik, serta dukungan administrasi yang disediakan oleh rumah sakit				
Rumus Penghitungan	$\frac{\sum \text{mahasiswa dengan skor survey} \geq \text{kategori puas}}{\sum \text{mahasiswa yang mengisi survey}} \times 100\%$				
Satuan	Persentase				
Numerator	Jumlah mahasiswa dengan skor survey $\geq$ kategori puas				
Denominator	Jumlah mahasiswa yang mengisi survey				
Penanggung Jawab	Unit Diklat dan Kasubag Tata Usaha				
Sumber Data	- Hasil survei kepuasan mahasiswa (kuesioner atau aplikasi survei digital) - Rekapitulasi data dari Bagian Diklat / Penyelenggara pendidikan klinik				
Pengelola data	Unit Diklat dan Kordik				
Frekuensi Pengumpulan data	Triwulan				
Periode Pelaporan	Semester dan Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	75%	75%	75%	75%	75%
Dasar penetapan target	Data hasil tindak lanjut temuan BPK 2 tahun sebelumnya				
	2023			2024	
	100%			100%	

IKU - 8 : Persentase Tindak Lanjut Temuan BPK

Sasaran strategis	Meningkatnya tata kelola dan akuntabilitas kinerja BLUD Rumah Sakit				
Indikator Kinerja Utama	Persentase tindak lanjut temuan BPK				
Definisi Operasional	Persentase tindak lanjut temuan BPK adalah ukuran tingkat penyelesaian atau pelaksanaan rekomendasi hasil pemeriksaan BPK terhadap laporan keuangan atau kinerja rumah sakit, baik yang dinyatakan telah selesai ditindaklanjuti maupun dalam proses sesuai ketentuan,				

	dibandingkan dengan seluruh jumlah temuan BPK yang harus ditindaklanjuti pada periode tertentu				
Rumus Penghitungan	$\frac{\text{Jumlah temuan BPK yang telah ditindaklanjuti}}{\text{Total jumlah temuan BPK}} \times 100\%$				
Satuan	Persentase				
Numerator	Jumlah temuan BPK yang telah ditindaklanjuti oleh rumah sakit dan telah dinyatakan selesai atau sesuai oleh BPK				
Denominator	Total jumlah temuan BPK yang menjadi tanggung jawab rumah sakit untuk ditindaklanjuti pada periode pelaporan				
Penanggung Jawab	Direktur, Kasubag Tata Usaha dan Unit Keuangan				
Sumber Data	- Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) BPK - Laporan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan (TLHP) dari Inspektorat Provinsi - Dokumen bukti tindak lanjut (surat, laporan, bukti transaksi, atau berita acara penyelesaian temuan)				
Pengelola data	Unit Keuangan				
Frekuensi Pengumpulan data	2-3kali dalam satu tahun				
Periode Pelaporan	2-3kali dalam satu tahun				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	100%	100%	100%	100%	100%
Dasar penetapan target	Data hasil tindak lanjut temuan BPK 2 tahun sebelumnya				
	2023		2024		
	100%		100%		

IKU - 9 : Capaian Nilai SAKIP

Sasaran strategis	Meningkatnya tata kelola dan akuntabilitas kinerja BLUD Rumah Sakit
Indikator Kinerja Utama	Capaian Nilai SAKIP
Definisi Operasional	Nilai SAKIP (Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) merupakan hasil evaluasi Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KemenPANRB) terhadap penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja di lingkungan instansi pemerintah, termasuk BLUD Rumah Sakit. Penilaian ini mencerminkan tingkat efektivitas, efisiensi, serta akuntabilitas dalam pencapaian hasil (outcome) program dan kegiatan yang dilaksanakan rumah sakit
Rumus Penghitungan	Capaian nilai SAKIP = Nilai SAKIP yang diperoleh dari hasil evaluasi KemenPANRB
Satuan	Nilai
Penanggung Jawab	Direktur, Kasubag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kasi Penunjang Medik

Sumber Data	- Laporan hasil evaluasi SAKIP dari Kementerian PANRB atau Inspektorat Daerah Provinsi Sumatera Selatan. - Dokumen pendukung pelaksanaan SAKIP (Perjanjian Kinerja, LKjIP, Renstra, Rencana Kinerja Tahunan, dll.)				
Pengelola data	Unit Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan				
Frekuensi Pengumpulan data	Tahunan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	65,00	68,00	70,00	73,00	80,00
Dasar penetapan target	Data capaian nilai SAKIP tahun sebelumnya				
	Tahun 2024 = 53,12				

IKU - 10 : Jumlah Pendapatan BLUD

Sasaran strategis	Meningkatnya tata kelola dan akuntabilitas kinerja BLUD Rumah Sakit				
Indikator Kinerja Utama	Jumlah pendapatan BLUD				
Definisi Operasional	Jumlah Pendapatan BLUD adalah seluruh penerimaan yang diperoleh Rumah Sakit dalam satu tahun anggaran yang bersumber dari layanan kesehatan, jasa pelayanan, hasil kerja sama, dan sumber pendapatan sah lainnya, sesuai dengan ketentuan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)				
Rumus Penghitungan	Jumlah Pendapatan BLUD = Total penerimaan BLUD selama 1 tahun anggaran				
Satuan	Rupiah				
Penanggung Jawab	Bendahara Penerimaan Rumah Sakit dan Pejabat Keuangan				
Sumber Data	- Laporan Realisasi Anggaran (LRA) BLUD Rumah Sakit - Laporan Keuangan Rumah Sakit (unaudited/audited) - Dokumen RBA dan DPA Rumah Sakit				
Pengelola data	Unit Keuangan				
Frekuensi Pengumpulan data	Bulanan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	35 Milyar	35 Milyar	36 Milyar	37 Milyar	38 Milyar
Dasar penetapan target	Data realisasi pendapatan rumah sakit 3 tahun sebelumnya				
	2022		2023		2024
	34.058.571.105		41.693.944.299		43.864.930.974