



Kemenkes
RS Marzoeeki Mahdi

LAPORAN TAHUNAN



2024

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TAHUNAN RS MARZOEKI MAHDI TAHUN ANGGARAN 2024

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. Direktur Utama

Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ.
NIP 9197711272023052001


.....

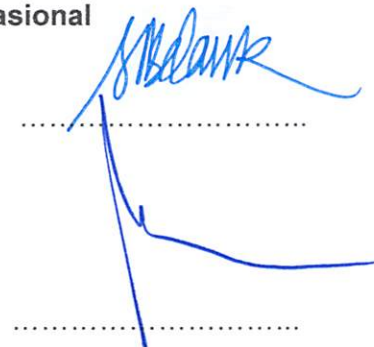
2. Direktur Medik dan Keperawatan

dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.
NIP 196903072008012024


.....

3. Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

Alex Sasela, SE., MM.
NIP 196504101988031002


.....

4. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.
NIP 196903081994031002


.....

KATA PENGANTAR



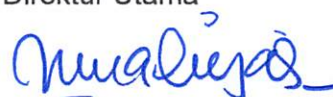
Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Tahunan Tahun Anggaran (TA) 2024 Rumah Sakit Marzoeqi Mahdi (RSMM) Bogor ini dapat terselesaikan.

Laporan Tahunan TA 2024 RS Marzoeqi Mahdi ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja RS Marzoeqi Mahdi dan merupakan pertanggungjawaban mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan di RS Marzoeqi Mahdi. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RS Marzoeqi Mahdi mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Tahun Anggaran 2024.

Laporan Tahunan Tahun Anggaran 2024 RS Marzoeqi Mahdi merupakan bagian dari pelaksanaan transparansi dan akuntabilitas kinerja dalam rangka Good Governance dan pertanggungjawaban atas pencapaian kinerja sasaran strategis serta pelaksanaan dari Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Review atas Laporan Kinerja.

Diharapkan dengan adanya Laporan Tahunan TA 2024 ini, RS Marzoeqi Mahdi agar mendapatkan umpan balik (*feedback*) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi yang obyektif dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS. Marzoeqi Mahdi. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk perbaikan kinerja RS. Marzoeqi Mahdi yang akan datang.

Bogor, 25 Januari 2025
Direktur Utama



Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ

NIP. 9197711272023052001



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	3
1.3 Ruang Lingkup Laporan	3
BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	5
2.1 Hambatan Tahun Lalu	5
2.2 Kelembagaan	7
2.3 Sumber Daya	12
2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM)	12
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana atau Aset Barang Milik Negara (BMN) ..	14
BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA	16
3.1 Dasar Hukum	16
3.2 Tujuan strategis, Sasaran dan Indikator	18
3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis	18
3.2.2 Sasaran dan Indikator	18
BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN	33
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	33
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi Pelaksanaan	36
4.3 Upaya Tindak Lanjut	38
BAB V. HASIL KERJA	41
5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit	41
5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Tahun Anggaran 2024	41
5.1.2 Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Tahun Anggaran 2024	96
5.1.3 Pencapaian Indikator Kinerja Individu Tahun Anggaran 2024	97
5.1.4 Target dan Capaian Indikator Mutu Unit Tahun Anggaran 2024	98
5.1.5 Pencapaian Kinerja Direktorat dan Komite	100
5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan	109
5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	132
5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian	138
5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite	141





5.2 Realisasi Anggaran	150
5.4 Inovasi	152
BAB VI. PENUTUP	154





RINGKASAN EKSEKUTIF

Dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya, sesuai dengan Permenkes No. 20 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Permenkes No. 26 tahun 2022 bahwa RSMM dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Laporan Tahunan Tahun Anggaran 2024 yang disajikan secara garis besar berisi informasi mengenai keberhasilan capaian kinerja tahun 2024 yang telah diukur dalam pengukuran kinerja kegiatan. Capaian Kinerja tahun 2024 berdasarkan realisasi terhadap 37 indikator kinerja yang diperjanjikan, masih terdapat 6 indikator yang belum mencapai target yaitu:

1. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
2. Persentase Nilai EBITDA Margin
3. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target
4. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN
5. Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
6. Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM

Sebagai bahan evaluasi, Laporan Tahunan Tahun Anggaran 2024 tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan yang telah dicapai pada tahun anggaran 2024 tetapi juga memuat kendala atau kekurangan-kekurangan yang ada sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasi, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode Tahun Anggaran 2024. Realisasi Pendapatan Negara pada Tahun Anggaran 2024 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp99.722.3124.417,- atau mencapai 81% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp123.216.537.000,-. Realisasi Belanja Negara pada Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar Rp178.713.471.635,- atau mencapai 94% dari alokasi anggaran sebesar Rp189.621.557.000,-.





BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu pilar penting, khususnya terkait layanan dasar dan perlindungan sosial. Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan RPJPN 2005-2025, pemerintah berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan daya saing sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter.

Pembangunan kesehatan akan terlaksana sesuai harapan jika Kementerian Kesehatan mampu melaksanakan Reformasi Birokrasi untuk mewujudkan tata kelola pemerintahan yang bersih dan bebas KKN, meningkatkan kualitas pelayanan publik kepada masyarakat, serta meningkatkan kapasitas dan akuntabilitas kinerja birokrasi.

Dalam RPJMN 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. Kondisi pandemi Covid-19 memberikan pengalaman yang berharga, bahwa sistem kesehatan yang telah dibangun membutuhkan transformasi pada sistem kesehatan. Berdasarkan Instruksi Menteri Kesehatan terdapat 6 (enam) pilar transformasi yang harus dilakukan untuk mencapai RPJMN bidang Kesehatan sekaligus dapat mempercepat pencapaian reformasi kesehatan secara menyeluruh. Enam pilar Transformasi untuk mendukung Transformasi Kesehatan di Indonesia antara lain Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, Transformasi Teknologi Kesehatan.

Mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024 dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01.07/Menkes/1333/2022 Tentang Road Map Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 bahwa RSMM telah melaksanakan Transformasi Sistem Kesehatan Nasional pada pilar Transformasi Layanan Rujukan yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik





Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/741/2022 Tentang Penetapan Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan jiwa komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang terintegrasi dengan layanan di komunitas, layanan spesialis dan subspecialis psikiatri lengkap dan layanan non psikiatri sebagai pendukung layanan kesehatan jiwa, melakukan pengampunan jejaring rujukan kesehatan jiwa; dan sebagai rumah sakit rujukan nasional di bidang kesehatan jiwa.

Rumah Sakit Marzoeqi Mahdi sebagai Pusat Kesehatan Jiwa yang memiliki tugas memberikan pelayanan jiwa komprehensif, juga menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 279/ KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/Menkes/SK/VI/2007 Tanggal 26 Juni 2007. Merujuk pada keputusan diatas, RSMM Bogor sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dan bersifat nirlaba mempunyai tanggung jawab keuangan tidak hanya kepada Kementerian Kesehatan RI namun juga kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Tata Pemerintahan yang baik (Good Corporate Governance), dan Tata Kelola Klinis yang baik (Good Clinical Governance), RS Marzoeqi Mahdi mengupayakan peningkatan pelayanan kepada masyarakat melalui praktek bisnis yang sehat. Dalam rangka memajukan kesejahteraan umum terutama aspek pelayanan kesehatan dengan melakukan pembenahan internal, khususnya aspek manajemen pelayanan kesehatan, manajemen keuangan, pengadaan barang dan jasa sebagai sebagai penunjang pelayanan kesehatan serta pengelolaan aset untuk mendukung pelayanan.

Upaya pengelolaan tersebut dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan melalui revidi dan penyusunan laporan berkala yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang mewajibkan setiap satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan untuk menyampaikan Laporan Berkala.

Laporan berkala di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan Laporan Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Satuan Kerja yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun. Evaluasi dilakukan terhadap upaya-upaya yang telah dicapai selama kurun waktu satu tahun dalam bentuk Laporan Tahunan pelaksanaan tugas dan fungsi RS Marzoeqi Mahdi Tahun Anggaran 2024.





Laporan ini merupakan bentuk pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020 – 2024, Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2024 serta Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2024 yang merupakan gambaran kualitas kinerja RSMM.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Tahunan TA 2024 bertujuan untuk mempertanggungjawabkan upaya pengelolaan rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan program dan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi dan hasil pencapaian kinerja dan perkembangannya. Laporan ini memberikan gambaran sejauh mana fleksibilitas pengelolaan keuangan dilaksanakan dengan mengutamakan produktivitas, efisiensi dan efektivitas, merupakan rangkuman proses pencapaian kinerja kegiatan dan anggaran di masing-masing unit kerja Rumah Sakit dan rencana tindak lanjut atau rekomendasi sebagai dasar perbaikan dan perencanaan pada waktu yang akan datang.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan merupakan sistematika penyusunan Laporan Tahunan TA 2024 RS Marzoeqi Mahdi Tahun Anggaran 2024 yang meliputi :

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menjelaskan tentang gambaran secara umum RS Marzoeqi Mahdi, latar belakang, maksud dan tujuan dari laporan, dan sistematika penulisan laporan.

BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

Pada bab ini menjelaskan hambatan yang dihadapi pada tahun yang lalu, uraian tentang kelembagaan serta kondisi sumber daya yang dimiliki RS Marzoeqi Mahdi dalam kurun waktu satu tahun meliputi sumber daya manusia, dan sumber daya sarana dan prasarana.

BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA

Pada bab ini menguraikan tentang dasar hukum/peraturan yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran dan indikator RS Marzoeqi Mahdi. Tujuan yang akan dicapai mengacu kepada visi, misi, dan didasarkan pada isu-isu RSB. Kemudian dicapai secara nyata dalam rumusan sasaran yang lebih spesifik.





BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN

Pada bab ini menguraikan bagaimana mencapai tujuan dan sasaran melalui strategi-strategi, hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan strategi, dan upaya tindak lanjut untuk mengatasi hambatan pada pelaksanaan strategi tersebut.

BAB V. HASIL KERJA

Pada bab ini menjelaskan pencapaian target kinerja Rumah Sakit melalui pengukuran kinerja. Pencapaian kinerja melalui pengukuran indikator yaitu Indikator Kinerja Utama RSB (IKU RSB), Indikator Kinerja Terpilih (IKT), Indikator Kinerja Individu (IKI), Indikator Kinerja BLU, Indikator Mutu Unit (IMU). Selain pengukuran indikator kinerja, hasil kerja akan terlihat juga pada pencapaian kinerja Direktorat, penyerapan anggaran, Kegiatan Rumah Sakit sebagai Pusat Rujukan Kesehatan Jiwa Nasional, Pencapaian Program Inovasi dan Upaya Pembangunan Zona Integritas Wilayah Bebas dari Korupsi.

BAB VI. PENUTUP





BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

2.1 Hambatan Tahun Lalu

Secara umum kinerja organisasi RS Marzoeki Mahdi dapat dicapai sesuai target yang ditetapkan, namun masih terdapat hambatan-hambatan yang dialami di tahun 2024. Hambatan pada tahun 2023 mengakibatkan beberapa capaian kinerja tidak tercapai dari target yang telah ditetapkan, yaitu:

A. Mewujudkan pertumbuhan revenue

- Terjadinya kasus hukum dalam pemanfaatan aset.
- Beberapa layanan belum mencapai target, sehingga penerimaan pendapatan belum mencapai target.

B. Mewujudkan efisiensi anggaran

- Perubahan dari rencana yang telah ditetapkan
- Faktor psikologis petugas terhadap inefisiensi
- Pembiayaan tenaga medis diluar jam kerja dan dokter tamu melebihi pagu hal ini disebabkan karena adanya pembiayaan tambahan untuk tenaga kesehatan yang melaksanakan layanan di ruangan isolasi covid-19
- Penggunaan IT belum menyeluruh
- Prioritas pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan pada layanan covid-19

C. Mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal

- Terbatasnya anggaran pemeliharaan
- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (*Youth Mental*, *Geriatric Terpadu*, *Rawat Inap Psikiatri VIP*, *Layanan Rawat Inap Non Psikiatri Kelas*)
- Sistem pemeliharaan belum berbasis digitalisasi secara terpusat

D. Mewujudkan layanan unggulan *Personal Development Care* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA

- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (*Youth Mental*, *Geriatric Terpadu*, *Rawat Inap Psikiatri VIP*, *Layanan Rawat Inap Non Psikiatri Kelas*)
- Kurangnya pemasaran terhadap layanan yang ada di RS Marzoeki Mahdi sehingga kunjungan tidak mencapai target dan berdampak pada rata-rata okupasi layanan non psikiatri tidak optimal





E. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

- Penyesuaian koordinasi dengan mitra dikarenakan kebijakan pemerintah dalam masa pandemi
- Terbatasnya koordinasi dan komunikasi secara langsung

F. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

- Masih diperlukan penyiapan tenaga ahli sesuai pembedangan dalam hal metodologi dan sertifikasi pelatihan
- Penyiapan sistem pendokumentasian menjadi RS Pendidikan melalui digitalisasi dokumen
- Penguatan sarana dan prasarana penelitian melalui elektronik sistem
- Penguatan sistem jejaring dengan pemangku kepentingan eksternal

G. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi;

- Konektivitas jaringan pusat dengan rumah sakit tidak stabil
- Belum adekuatnya monitoring dan evaluasi akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

H. Mewujudkan budaya kinerja organisasi yang tinggi;

- Masih diperlukan peningkatan penanaman jiwa korps
- Masih diperlukan keakuratan dan intensitas monitoring dan evaluasi terkait budaya organisasi

I. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian

- Masih diperlukan penyiapan tenaga ahli sesuai pembedangan dalam hal metodologi dan sertifikasi pelatihan
- Penyiapan sistem pendokumentasian menjadi RS Pendidikan melalui digitalisasi dokumen
- Penguatan sarana dan prasarana penelitian melalui elektronik sistem
- Penguatan sistem jejaring dengan pemangku kepentingan eksternal

J. Mewujudkan SDM unggul;

Dalam hal pencapaian keunggulan dari SDM RS Marzoeqi Mahdi, dari hasil pemetaan sementara masih didapatkan beberapa kendala dalam pelaksanaan strategi antara lain:

- Belum sempurna pemetaan kompetensi pegawai yang meliputi kemampuan teknis, manajerial, dan sosiokultural.
- Belum akuratnya penerapan manajemen kinerja dari mulai sistem rekrutmen sampai pemenuhan kesejahteraan menjelang purna bhakti.





- Masih diperlukan penguatan – penguatan dalam hal penelitian berbasis pelayanan.
- Kompetensi tenaga (perawat) kurang merata di beberapa layanan terutama layanan infeksi sehingga memerlukan pelatihan dan percepatan kompetensi.
- Kondisi pandemi yang memerlukan layanan khusus menyebabkan kekurangan tenaga dokter dan perawat sehingga harus merekrut tenaga dokter spesialis tertentu dan sukarelawan dokter umum dan perawat.
- Belum adanya dokter mata dan dokter bedah (tetap) sehingga layanan tertentu tidak dapat difasilitasi

2.2 Kelembagaan

2.2.1 Struktur Organisasi

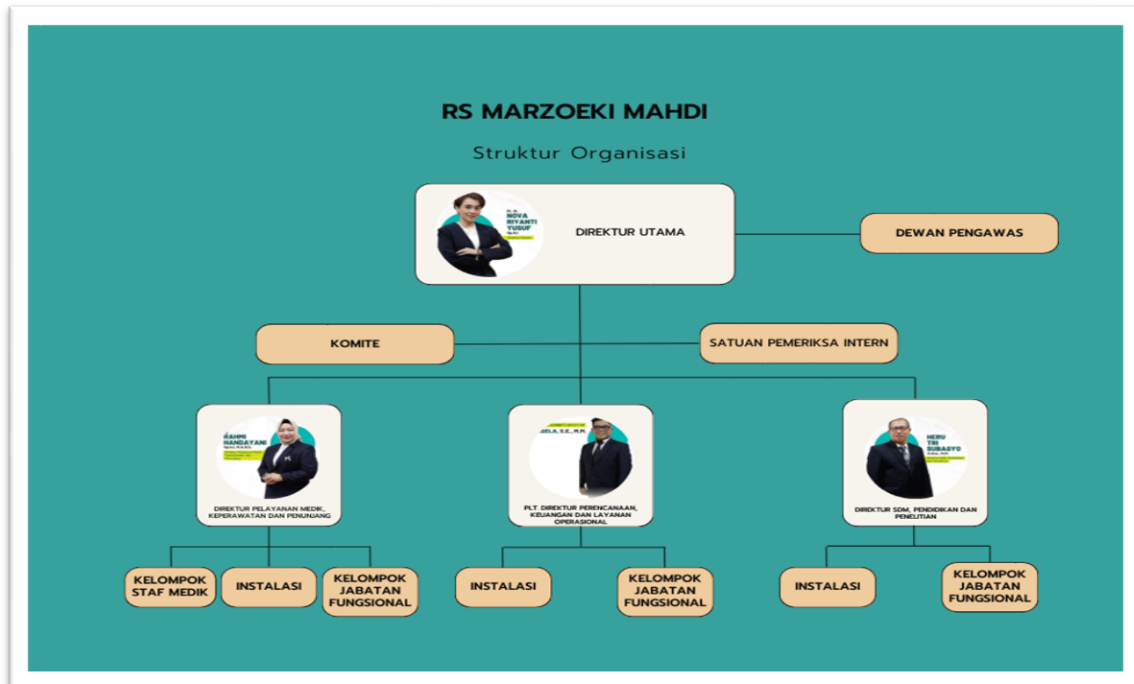
Dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya, sesuai dengan Permenkes No. 20 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Permenkes No. 26 tahun 2022 bahwa RS Marzoeqi Mahdi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Proses bisnis utama dari RS Marzoeqi Mahdi adalah melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dalam bentuk kegiatan promosi, pencegahan, pengobatan dan pemulihan untuk mewujudkan pelayanan yang paripurna, komprehensif, bermutu dan berkeadilan.



Susunan organisasi RSMM dijabarkan pada bagan sebagai berikut :

Gambar 2.1
Bagan Struktur Organisasi RS. Marzoeqi Mahdi



Penjelasan dari bagan diatas adalah sebagai berikut :

Susunan organisasi Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional, Instalasi dan Kelompok Staf Medis. Susunan organisasi Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian dan Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

Pada tanggal 15 Mei 2023 Menteri Kesehatan Ir. Budi Gunadi Sadikin, CHFC, CLU melantik pejabat tinggi pratama, pejabat fungsional dan direksi rumah sakit vertikal. Sekaligus juga mengukuhkan dewan pengawas rumah sakit. PKJN RSMM juga terjadi pergantian Direksi yaitu Direktur Utama. Adapun susunan Direksi RS Marzoeqi Mahdi sebagai berikut:

1. Direktur Utama:

Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ.

2. Direktur Medik dan Keperawatan :

dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.

3. Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional:

Alex Sasela, SE., MM.

4. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian:

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.



Struktur Organisasi Dewan Pengawas RSMM sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/574/2024 terdiri dari:

Ketua : dr. Prima Yosephine Berliana Tumiur Hutapea, M.K.M.

Anggota :

1. Dita Novianti Sugandi Argadiedja, S.Si, Apt, M.M.
2. Isaac Shahrir Djauhari Jenie
3. Peter Umar, S.E.,Ak., M.Si.
4. Ir. Arif Yanuar, M.M.

Selain melaksanakan fungsi sebagaimana diatas, Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLU dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

PKJN RSMM termasuk dalam tipe RS Khusus Pusat Tipe III, dipimpin oleh seorang Direktur Utama dengan susunan organisasi terdiri atas:

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

Untuk terlaksananya tata laksana dan tata kelola kegiatan di RS Marzoeeki Mahdi, berdasar kepada Surat Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor OT.01.01/d/7927/2023 tanggal 18 Juni 2023 tentang Persetujuan Tim Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan, Tim Kerja di RSMM terdiri atas:

Direktorat Medik dan Keperawatan:

1. Tim Kerja Pelayanan Medik
2. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
3. Tim Kerja Pelayanan Penunjang

Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian:

1. Tim Kerja Organisasi dan SDM
2. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
3. Tim Kerja Penelitian

Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional:

1. Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi
2. Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
3. Tim Kerja Akuntansi dan BMN
4. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat
5. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga





Selain itu dibantu juga oleh Organisasi Non Struktural di lingkungan RS Marzoeqi Mahdi yang terdiri atas:

- a. Komite:
 1. Komite Medik
 2. Komite Etik dan Hukum
 3. Komite Keperawatan
 4. Komite Mutu Rumah Sakit
 5. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 6. Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
 7. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
- b. Satuan Pemeriksaan Internal
- c. Instalasi:
 1. Instalasi Gawat Darurat
 2. Instalasi Rawat Jalan
 3. Instalasi Rawat Inap
 4. Instalasi Rehabilitasi Psikososial
 5. Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA
 6. Instalasi Farmasi
 7. Instalasi Gizi
 8. Instalasi Radiodiagnostik dan Imaging
 9. Instalasi Laboratorium
 10. Instalasi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
 11. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
 12. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
 13. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
 14. Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien
 15. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
 16. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit
 17. Instalasi Rekam Medik
- d. Kelompok Staf Medik:
 1. KSM Umum
 2. KSM Psikiatri
 3. KSM Non Psikiatri
 4. KSM Gigi
- e. Unit Layanan Pengadaan: dan
- f. Unit Pengembangan Bisnis (Pengelola Integrasi Aset dengan Pelayanan Kesehatan)





2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

RS Marzoeeki Mahdi mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa.

2.2.2.2 Fungsi

Dalam melaksanakan tugas diatas, RSMM menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

1. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
2. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan / atau kebidanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
3. Pengelolaan pelayanan non medis
4. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien;
5. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan Direktorat.
6. Penataan organisasi dan tata laksana;
7. Pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan dan kesejahteraan sumber daya manusia;
8. Pengelolaan Pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
9. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
10. Penyusunan rencana, program dan anggaran;
11. Pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
12. Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
13. Pelaksanaan anggaran;
14. Pelaksanaan urusan Akuntansi;
15. Pengelolaan barang milik negara;
16. Pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
17. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
18. Pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
19. Pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
20. Pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
21. Pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
22. Pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
23. Pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;





24. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit.

2.3 Sumber Daya

2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

Data pegawai RS Marzoeki Mahdi tahun 2024 terdiri dari tenaga PNS, PPPK, Non PNS serta Dokter Paruh Waktu yang dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1
Ketenagaan Rumah Sakit Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi

NO	URAIAN	ASN		NON ASN			JUMLAH	%
		PNS	PPPK	BLU	PKWT	DOKTER TAMU		
1	Medis							
	Dokter Spesialis	31	0	1	0	10	42	4,83%
	Dokter Sub Spesialis	6	0	0	0	1	7	0,80%
	Dokter Umum/Dokter Gigi Umum	19	4	0	5	0	28	3,22%
2	Keperawatan, Bidan dan Tenaga Kesehatan Lainnya							
	Keperawatan	312	57	7	7	0	383	44,02%
	Bidan	15	0	0	1	0	16	1,84%
	Tenaga Kesehatan Lainnya	117	17	2	5	0	141	16,21%
3	Non Medis	113	8	20	112	0	253	29,08%
	TOTAL TENAGA	613	86	30	130	11	870	100%

Gambaran ketenagaan berdasarkan tabel 2.1 prosentase ketenagaan di RSMM yaitu **Tenaga Medis** terdiri dari tenaga dokter spesialis/dokter gigi spesialis sebesar 4,83%, dokter sub spesialis sebesar 0,80%, dokter umum/dokter gigi umum sebesar 3,22%. **Tenaga keperawatan** sebesar 44,02%, Bidan sebesar 1,84% dan **Tenaga Kesehatan Lainnya** sebesar 16,21%. Selain itu **Tenaga Non Medis** sebesar 29,08%.

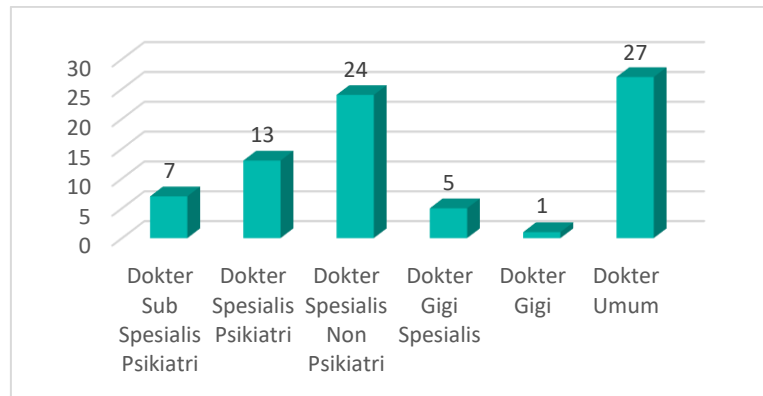
Data pegawai RS Marzoeki Mahdi Tahun 2024 sesuai tabel 2.1 berjumlah 870 orang yang terdiri dari tenaga Aparatur Sipil Negara (ASN), (a) Pegawai Negeri Sipil (PNS) 613 orang dan (b) Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) 86 orang dan tenaga Non ASN baik (a) Pegawai Tetap BLU 30 orang, (b) Pegawai Tidak Tetap (Perjanjian Kontrak Waktu Tertentu/PKWT) 130 orang dan (c) Dokter Tamu 11 orang.

Komposisi tenaga medis pada tahun 2024 pada grafik 2.1 memperlihatkan bahwa



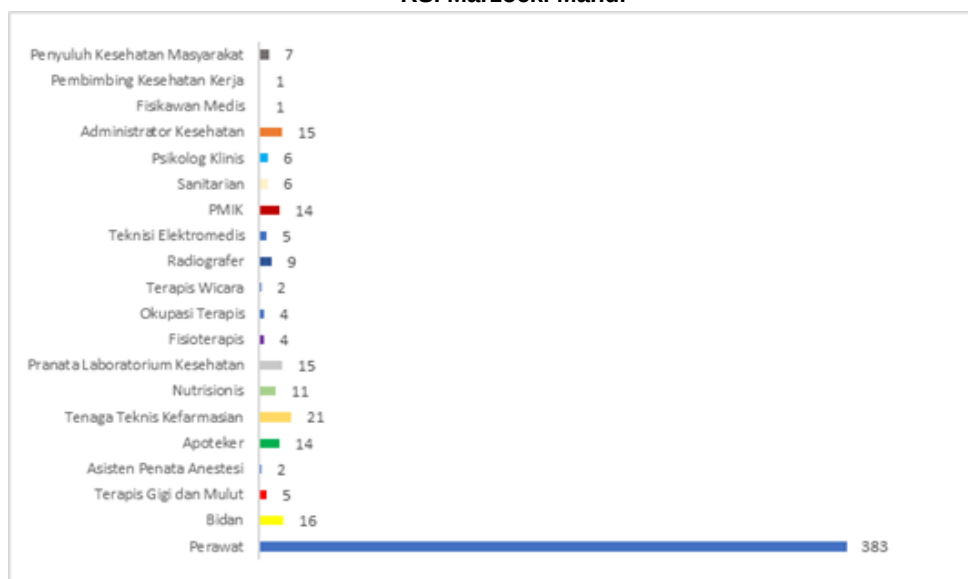
jumlah dokter sub spesialis kedokteran jiwa 7 orang, dokter spesialis kedokteran jiwa 13 orang, dokter spesialis non psikiatri 24 orang, dokter gigi spesialis 5 orang, dokter gigi 1 orang dan dokter umum 27 orang. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.1 sebagai berikut.

Grafik 2.1
Ketenagaan Medis Tahun 2024
RS. Marzoeqi Mahdi



komposisi ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya pada tahun 2024 menunjukkan bahwa jumlah Perawat (383 orang) merupakan jumlah terbanyak, diikuti oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (21 orang), Bidan (16 orang) dan Administrator Kesehatan serta Pranata Laboratorium Kesehatan (masing-masing 15 orang), dan tenaga kesehatan lainnya yang mendukung dalam pelayanan kesehatan jiwa maupun layanan lainnya. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.2 sebagai berikut.

Grafik 2.2
Ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya Tahun 2024
RS. Marzoeqi Mahdi



RS Marzoeqi Mahdi telah melakukan perubahan paradigma pengelolaan SDM melalui Strategi dan Bisnis Proses Manajemen SDM dengan 6 pilar yakni Perencanaan Ketenagaan, Rekrutmen dan Seleksi, Pengembangan Kompetensi, Penilaian Kinerja dan Penghargaan, Promosi, Mutasi dan Pengembangan Karir serta Peningkatan Kesejahteraan. Berikut kami sampaikan grafik 2.3 ketenagaan RS selama Lima Tahun Terakhir dari Tahun 2019 sampai dengan Tahun 2024.

**Grafik 2.3 Ketenagaan RS Selama 5 Tahun Terakhir
RS Marzoeqi Mahdi**



2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana atau Aset Barang Milik Negara (BMN)



Pengelolaan sarana dan prasarana dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan di RSMM kami laporkan secara administratif melalui Laporan Pengelolaan Barang Milik Negara. Berikut adalah Laporan Barang Milik Negara yang sudah menggunakan modul aset aplikasi SAKTI, yaitu sebagai berikut:



Tabel 2.2
Hasil Rekonsiliasi Data Barang Milik Negara Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

NO	AKUN NERACA	TAHUN 2024		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	POSISI BMN DI NERACA			
A	ASET LANCAR	19.535.493.064	(2.747.686.363)	16.787.806.701
1	Persediaan	19.535.493.064	(2.747.686.363)	16.787.806.701
B	ASET TETAP	4.544.992.106.394	(3.816.681.062)	4.541.175.425.332
1	Tanah	192.744.230.910	-	4.393.036.800.000
2	Peralatan Dan Mesin	152.822.076.876	1.681.487.400	194.425.718.310
3	Gedung Dan Bangunan	3.313.300.291	3.000.000.000	155.822.076.876
4	Jalan, Irigasi, Dan Jaringan	553.568.450	-	3.313.300.291
5	Aset Tetap Lainnya	255.090.442	-	553.568.450
6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	(197.732.960.575)	-	255.090.442
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	370.979.990	(8.498.168.462)	(206.231.129.037)
C	ASET LAINNYA	-	(123.268.027)	247.711.963
1	Kerjasama dengan Pihak Ketiga	3.474.636.238	-	-
2	Aset Tak Berwujud	(3.103.656.248)	-	3.474.636.238
3	Akumulasi Amortisasi	343.833.298	(123.268.027)	(3.226.924.275)
4	Aset Lain-Lain (Aset Yang Tidak Digunakan)	(343.833.298)	(187.544.000)	156.289.298
5	Akumulasi Penyusutan Aset Yang Tidak Digunakan	192.744.230.910	187.544.000	(156.289.298)
TOTAL		4.564.898.579.448	(6.687.635.452)	4.558.210.943.996





BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

Adapun regulasi/peraturan yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran dan indikator RSMM adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Presiden No. 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024;
4. Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomo 68 Tahun 2019 Tentang Organisasi Kementerian Negara;
5. Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 88 Tahun 2015 tentang Pedoman Pengawasan, Sistem Pelaporan, dan Sistem Informasi Dalam Penyelenggaraan Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit Oleh Sadan Pengawas Rumah Sakit;
10. Permenkeu No 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
11. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 124/PMK.05/2021 Tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogar Pada Kementerian Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01 .07/Menkes/741/2022 tentang Penetapan Rumah Sakit Jiwa Dr.H. Marzoeeki Mahdi Bogar sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional;





13. Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor No. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan;
14. Rencana Strategis Bisnis RSJ Dr. H. Marzoeqi Mahdi Tahun 2020- 2024;
15. Perjanjian Kinerja antara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan RSJ Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor Tahun 2024;
16. Kontrak Kinerja antara Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Kementerian Keuangan dengan RSJ Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor Tahun 2024.

3.2 Tujuan Strategis, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis

Visi dan misi yang hendak dicapai oleh RS. Marzoeqi Mahdi yang tertuang dalam Rencana Startegis Tahun 2020-2024 adalah :

Visi:

“Terwujudnya Layanan Personal Development Menuju Masyarakat Sehat, Produktif dan Mandiri”

Misi:

1. Memperkuat Upaya Kesehatan Bermutu yang Berorientasi pada Kulaitas Hidup Melalui Layanan *Personal Development*;
2. Memberdayakan Masyarakat dan Kemitraan dalam Membangun Kesehatan Jiwa;
3. Meningkatkan Ketersediaan dan Mutu Sumber Daya yang Unggul dalam pelayanan Pendidikan, Pelatihan dan Riset;
4. Meningkatkan Tatakelola RS yang Transparan, Akuntabel, dan Inovatif.

Isu-isu Strategis yang menjadi tantangan Rumah Sakit untuk dihadapi yaitu:

1. RS Jiwa menuju National Mental Health Tertiary Center diharapkan dapat memberikan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pemberdayaan dalam kesehatan jiwa;
2. PP nomor 2 tahun 2018 tentang SPM tentang Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di Propinsi menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi penduduk kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana Propinsi dan pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa Propinsi; Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di kabupaten/Kota menyebutkan bahwa Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat dan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* yang bersifat peningkatan/*promotif* dan pencegahan/*preventif*;
3. Masih adanya stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ);
4. Dukungan sosial yang masih rendah;





5. Penanganan masalah kesehatan jiwa menjadi hal yang penting untuk mencapai *quality of life* terutama layanan berbasis human right;
6. Layanan kesehatan harus komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-kultural-spiritual secara holistik dan berkesinambungan;
7. Adanya kesenjangan sistem pelayanan kesehatan jiwa;
8. Belum optimalnya sistem rujukan terpadu (sistrute) untuk pasien jiwa baik di fasilitas kesehatan primer maupun sekunder;
9. Sulitnya akses pelayanan kesehatan jiwa berkualitas;
10. Terbatasnya pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer, daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan;
11. Belum ada upaya promotif dan preventif terintegrasi;
12. Mutu pelayanan dasar setiap jenis pelayanan dasar yang memuat standar jumlah dan kualitas personel/ sumber daya manusia kesehatan, standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar;
13. Kehadiran Disruptive Technology yang begitu cepat dan pesat yang dapat menjadi ancaman bagi RS.

Berdasarkan visi, misi, dan isu strategis, maka tujuan strategis yang hendak dicapai RS Marzoeki Mahdi adalah:

1. Optimalisasi POBO;
2. Peningkatan kepuasan pelanggan;
3. Penguatan upaya kesehatan bermutu yang berorientasi pada kualitas hidup melalui layanan *Personal Development*;
4. Pemberdayaan masyarakat dan kemitraan dalam membangun kesehatan jiwa Peningkatan ketersediaan dan mutu sumber daya yang unggul dalam pelayanan, pendidikan, pelatihan dan Penelitian;
5. Peningkatan tatakelola RS yang transparan, akuntabel, dan inovatif.

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran dan Indikator di Lingkungan RSMH Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1
Sasaran Strategis Tahun 2020-2024
RS. Marzoeki Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF KEUANGAN								
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				95	>90
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45	45	45	45	45





SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti				92.5	95
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik					100
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				97	96
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU				95	>90
		8	Persentase nilai EBITDA Margin				10	10
PERSPEKTIF PELANGGAN								
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	80	80	85	85	85
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100	100	100	100	100
		11	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan				80	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	12	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100	100	100	100	100
		13	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100	100	100	100	100
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	14	Capaian Program Inovasi RS	80	80	80	80	85
		15	Capaian Akreditasi RS	100	100	100	100	100
		16	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal				2.5	
		17	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan (untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)				2 Kali	
		18	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran				100	
		19	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				10	
		20	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional				1 Lyn	
		21	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				80	
		22	Penundaan waktu operasi Elektif				<3	
		23	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik				80	
		24	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI				80	
		25	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia				60	
		26	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup				60	
		27	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				12 Lap	
		28	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				12 Lap	
		29	Kepatuhan kebersihan tangan				90	
		30	Kepatuhan penggunaan APD				100	
		31	Kepatuhan identifikasi pasien				100	
		32	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi				80	
33	Pelaporan hasil kritis laboratorium				100			





SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
		34	Kepatuhan penggunaan formularium nasional				90	
		35	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)				85	
		36	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh				100	
		37	Kecepatan waktu tanggap komplain				80	
		38	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal					<2.5
		39	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien					80
		40	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan					100
		41	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis					80
		42	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target					100
		43	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN					10
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	44	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100	100	100	100	100
		45	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100	100	100	100	100
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	46	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	80	80	90	100	100
		47	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususan menjadi utama atau paripurna				1 Drh	
		48	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Paripurna					1 RS
		49	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Utama					1 RS
		50	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Madya					4 RS
		51	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama Internasional					1 Lyn
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	52	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal		60	70	85	85
		53	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna				1	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	54	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100	100	100	100	100
10	Terwujudnya SDM Unggul	55	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	75	75	80	80	80
		56	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	75	80	85	90	90
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	57	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	75	80	85	85	85
		58	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80	80	80	80	80
		59	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar				95	90
		60	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi sesuai Standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)					90
		61	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar				70	
12		62	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100	100	100	100	100





SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi dan Mandiri	63	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi					100	100
	64	Terselenggaranya integrasi sistem informasi <i>surveillans</i> berbasis digital					1 Sistem	

Selain indikator Kinerja Utama Badan Layanan Umum tersebut di atas RSMM juga mempunyai indikator-indikator kinerja yang terkait dengan keberhasilan program kerja dalam penyelenggaraan operasional di rumah sakit sebagai berikut:

1. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut)

Tabel 3.2
Indikator Kinerja Individu
RSp Marzoeeki Mahdi

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT
1	2	3	4	5
PELAYANAN MEDIS				
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP)	100%	0,05
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0,05
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (<i>Psychiatric Intensive Care Unit</i>)/UIP	≤1,5%	0,05
	5	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy</i> (ECT)	100%	0,07
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤5%	0,05
	7	Cuci Tangan (<i>Hand Hygiene</i>)	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,04
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UIP	≥95%	0,07
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0,05
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0,05
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	80%	0,02
PELAYANAN KEUANGAN				
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1





2. Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

Tabel 3.3
Indikator Kinerja Terpilih
RS. Marzoeqi Mahdi

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	STANDAR	TARGET TW I	TARGET TW II	TARGET TW III	TARGET TW IV
1	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Max	76,61	N/A	76,61	N/A	80
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Max	TW I 60% TW II 70% TW III 75% TW IV 80%	80%	82%	85%	85%
3	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	Max	70%	70%	70%	75%	80%
4	Pasien Adiksi Napza yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	Max	70%	65%	65%	70%	70%
5	Implementasi WHO QR dan <i>Safewards</i> dalam Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa	Max	80%	75%	75%	80%	80%
6	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (POBO)	Max	45%	46%	46%	47%	47%
7	Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU	Max	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 100%	15%	30%	50%	80%
8	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	Max	3,5	3	3,2	3,2	3,5
9	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	Min	93,75%	93,75%	93,75%	95%	95%
10	Persentase SDM pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	Max	TW I 20% TW II 40% TW III 60% TW IV 80%	20%	40%	60%	80%
11	Modernisasi Pengelolaan BLU	Max	100%	100%	100%	100%	110%

3. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

a) Indikator Mutu Direktorat Medik dan Keperawatan

Tabel 3.4
Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat Medik dan Keperawatan
RS. Marzoeqi Mahdi

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU GAWAT DARURAT				
1	Kemampuan menangani kasus gawat darurat (<i>live saving</i>)	100%	100%	1
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter	100%	100%	1
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	100%	100%	1
4	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	100%	100%	1
5	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	100%	100%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	2.99 Menit	1
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	≤ 2 menit	1.50 Menit	1
8	<i>Emergency psychiatric respon time (EPRT)</i>	≤ 240 menit	62.97 Menit	1
9	Angka kematian pasien di IGD	≤ 2‰	0.32‰	1
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	90%	100%	1
11	Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	90%	74,83%	0
12	Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	≥ 90%	87,77%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT JALAN				
1	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	56.21 Menit	1
	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≥ 80%	61,18%	0
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%	61,76%	0
3	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	85%	74,80%	0
4	Asesmen medis dan keperawatan rawat jalan (awal dan ulang)	100%	100,00%	1
5	Program rujuk balik berkualitas	80%	100,00%	1
6	Waktu tunggu pasien rehabilitasi medik ≤ 60 menit	100%	100,00%	1
7	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100,00%	1
8	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 25 %	2,58%	1
9	Waktu tunggu pelayanan di <i>assessment center</i>	30 menit	1.16 Menit	1
10	Waktu pelaksanaan pelayanan di <i>assessment center</i>	≤ 3 jam	2.07 Jam	1
11	Waktu pengambilan hasil <i>assessment center</i> 2 hari	100%	100,00%	1
12	<i>Drop out Antiretroviral (DO ARV)</i>	12%	0,23%	1
13	<i>Voluntary Counselling and Testing (VCT)</i>	100%	100,00%	1
14	<i>Antiretroviral Therapy (ART)</i>	100%	58,66%	0
15	<i>Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)</i>	100%	100,00%	1
16	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	9,15%	0
17	Injection Drug Use (IDU)	0%	N/A	
18	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	Pasien	58	
19	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	1
20	Penemuan dan pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	58	
	Pasien kambuh	Pasien	4	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	0	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	8	
21	Laporan hasil pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	58	
	Pasien kambuh	Pasien	4	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	0	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	28	
	Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe)	Pasien	11	
22	Persentase ibu hamil dengan anemia	28%	0,00%	1
23	Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	95%	89,31%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT INAP				
1	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	93,12%	1
2	Assesment awal medis	100%	100,00%	1
3	Assesment awal keperawatan	100%	100,00%	1
4	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	4,19%	1
	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien umum dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	1,23%	1
5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)	≤ 1.5%	0,00%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
6	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	≥90%	97,71%	1
7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari	≥90%	96,52%	1
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	96,31%	1
9	Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	≥ 90%	94,41%	1
10	Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	1
11	Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	1
12	Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU	80%	98,07%	1
13	Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
14	Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
15	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
16	Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
17	Personal hygiene pasien psikiatri akut	85%	100,00%	1
18	Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
19	Medication error pada pasien psikiatri akut	0%	0,00%	1
20	Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU	100%	97,76%	0
21	Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut	100%	100,00%	1
22	Waktu tunggu operasi elektif	≤48 jam	14 Jam 29 Menit	1
23	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤6%	0%	1
24	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	1
25	Kepatuhan assesmen pra anestesi	100%	100%	1
26	Kepatuhan assesmen pra sedasi	100%	100%	1
27	Kepatuhan assesmen pra bedah	100%	100%	1
28	Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan <i>surgical safety cek list</i>	100%	100%	1
29	Kepatuhan pelaksanaan sign in, sign out, dan time out	100%	100%	1
30	Penerapan keselamatan ECT	100%	N/A	
31	Waktu tunggu tindakan ECT	≤48 jam	N/A	
32	Discrepansi diagnosa pre dan post operasi	0%	0%	1
33	Pembatalan operasi elektif	≤3%	0%	1
34	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	1
35	Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	100%	97,74%	0
36	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan icu dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0%	1
37	Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	100%	N/A	
38	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100,00%	1
39	Kemampuan menangani BBLSR dan BBLR	100%	100,00%	1
40	Pertolongan persalinan melalui SC	≤20%	82,41%	0
41	Waktu tanggap seksio sesaria <i>emergency</i>	80%	100,00%	1
42	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%	0,00%	1
43	Persentase IMD	≥ 80%	100,00%	1
44	Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	60%	100,00%	1
45	Persentase rawat gabung	80%	84,86%	1
46	Perawatan metode kanguru	80%	100%	1
47	Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 Menit	0%	0,00%	1
48	Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit	0%	0,00%	1
49	Angka kejadian kematian bayi saat persalinan	0%	0,00%	1
50	MOW	Pasien	9	
51	IUD	Pasien	N/A	
52	Persentase bayi dengan BBLR	8%	17,01%	0
53	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI	47%	16,67%	0
54	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100,00%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
55	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	100%	100,00%	1
56	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri	100%	100,00%	1
57	Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI	100%	100,00%	1
58	Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU REHABILITASI PSIKOSOSIAL				
1	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	>75%	88,41%	1
2	Asesmen rehabilitasi psikososial	≥80%	98,61%	1
3	Rujukan rehab sesuai indikasi	≥80%	100%	1
4	Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	85%	100%	1
5	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa 3 kelompok	100%	100%	1
6	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	<25%	11,59%	1
7	Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial	100%	100%	1
8	Tingkat kemandirian pasien secara finansial	50%	100%	1
9	Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	30 Menit	8.13 Menit	1
10	Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU NAPZA				
1	Asesmen <i>Addiction Severity Index</i> (max 3x24 jam)	100%	100%	1
2	Ketepatan visite dokter spesialis	80%	100%	1
3	Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal	100%	100%	1
4	Konseling selama pasien dirawat	100%	100%	1
5	Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	100%	100%	1
6	Terlaksananya terapi vokasional	100%	100%	1
7	Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100%	1
8	Asesmen awal medis	100%	100%	1
9	Asesmen awal keperawatan	100%	100%	1
10	Penyuluhan keluarga	80%	100%	1
11	Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA	70%	80,64%	1
INDIKATOR MUTU RADIODIAGNOSTIK, IMAGING, DAN ELEKTRONIK				
1	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	1 Jam 21 Menit	1
2	Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	≤ 2%	0,25%	1
3	Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien	80%	93,55%	1
4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100%	1
5	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	14 Menit	1
6	Pelaporan hasil kritis radiologi	100%	100%	1
7	Waktu tunggu pelayanan elektromedis	60 Menit	17.68 Menit	1
8	Waktu tunggu pelayanan USG	≤ 180 menit	42.40 Menit	1
INDIKATOR MUTU LABORATORIUM				
1	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	49.50 Menit	1
2	Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	≤ 30 menit	1.53 Menit	1
3	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	1
4	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
5	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
6	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	<5%	0,01%	1
7	Angka kejadian reaksi transfusi	0%	0,00%	1
8	Efektivitas penggunaan darah	>90%	99,52%	1
9	Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	50 Menit	19.84 Menit	1
10	Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien	80%	99,52%	1
11	PME	90%	N/A	
12	Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	3 Hari	3.95 Hari	0





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU FARMASI				
1	Ketersediaan obat sesuai formularium RS	90%	100%	1
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	27.31 Menit	1
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	≤ 60 menit	58.31 Menit	1
4	Waktu tunggu pelayanan farmasi	60 Menit	58.54 Menit	0
5	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (medication error fase pemberian)	100%	100%	1
6	Kejadian kesalahan persepsan obat (medication error fase persepsan)	0%	0,02%	0
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	97,54%	1
8	Kepatuhan penggunaan formularium RS	100%	100%	1
9	Kepatuhan pelaksanaan UDD	100%	100%	1
10	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	100%	1
11	Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	100%	100%	1
13	Tidak ada obat rusak	100%	100%	1
14	Tidak ada BMHP rusak	100%	100%	1
15	Persediaan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 50%	50,77%	1
16	Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 85%	81,13%	1
17	Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan	100%	100%	1
18	Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan di aplikasi SIMRS	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU GIZI				
1	Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	90%	92,06%	1
2	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	≥ 80 %	86,33%	1
3	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	≤ 20 %	17,51%	1
4	Tidak adanya kerusakan makanan	100%	100%	1
5	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100%	1
6	Pasien Yang Mendapat Makanan Sesuai Kebutuhan Gizi	100%	100%	1
7	Pencatatan Asuhan Gizi Dalam Rekam Medik	100%	100%	1
8	Pasien Berdiet yang Mendapat Konseling	100%	100%	1
9	Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai	≥ 90%	100%	1
10	Persentase pergantian menu dalam 1 bulan	< 5%	0,05%	1
11	Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24	100%	100%	1
12	Persentase balita <i>underweight</i>	17%	24,11%	0
13	Prevalensi balita stunting	28%	27,78%	0
14	Prevalensi balita wasting	9,50%	24,16%	0
15	Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapatkan makanan tambahan	80%	100%	1
16	Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	85%	100%	1
17	Persentase kunjungan pasien di poliklinik gizi rawat jalan	85%	100%	1

b) Indikator Mutu Unit Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

Tabel 3.5
Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional
RS. Marzoeeki Mahdi

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU PELAKSANA KEUANGAN				
1	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	100%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100,00%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
4	Tingkat efisiensi anggaran	90%	N/A	
INDIKATOR MUTU AKUNTANSI DAN BMN				
1	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90%	73,57%	1
2	Rasio kas	240-300%	243,83%	1
3	Rasio lancar	>600%	1801,31%	1
4	Periode penagihan piutang	<30 hari	17,23 Hari	1
5	Perputaran aset tetap	>20%	0,57%	0
6	Imbalan atas aset tetap	>6%	0,09%	0
7	Imbalan ekuitas	>8%	0,06%	0
8	Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	45%	74,29%	1
9	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2,5%	13,07%	0
10	Perputaran persediaan	30-35 Hari	47,79 Hari	0
INDIKATOR MUTU PERENCANAAN PROGRAM, ANGGARAN, DAN EVALUASI				
1	Kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100,00%	1
2	Kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit	100%	100,00%	1
3	Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	60%	N/A	
4	Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan	100%	N/A	
INDIKATOR MUTU HUKUM DAN HUMAS				
1	Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk display, online, real time	100%	100,00%	1
2	Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	100%	N/A	
3	Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis 100%, Poster, leaflet, dan web statis 75%, Poster dan leaflet 50%, Poster 25%)	100%	100,00%	1
4	Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit	75%	N/A	
5	Kecepatan respon terhadap komplain Dokumen pendukung: 1. Form komplain sesuai grading 2. Analisa komplain 3. Hasil tindak lanjut (rapat, dll)	≥80%	100,00%	1
6	Kepuasan pelanggan RS	≥80%	88,50%	1
7	Persentase pelaksanaan perjanjian kerja sama	80%	N/A	
INDIKATOR MUTU TATA USAHA DAN RUMAH TANGGA				
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	100%	100,00%	1
2	Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 Minggu	6,13 Hari	1
3	Penerapan GNSTA	60%	88,89%	1
4	Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	100%	100,00%	1
5	Terlaksananya program manajemen cleaning service	100%	88,46%	0
6	Ketersediaan mobil ambulan, jenazah dan keswa	100%	100,00%	1
7	Ketersediaan mobil ambulan/jenazah 24 jam	100%	100,00%	1
8	Terlaksananya program pemeliharaan ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa	100%	100,00%	1
9	Waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruangan, Ambulan Jenazah)	100%	100,00%	1
10	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	≥ 90%	95,56%	1
11	Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit	≥ 90%	100,00%	1
12	Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	100%	100,00%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
13	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	100%	83,73%	0
14	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	100,00%	1
15	Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	100%	100,00%	1
16	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	98,92%	1
17	Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)	80%	N/A	
18	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU CSSD DAN BINATU				
1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100,00%	1
3	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100,00%	1
4	Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	100%	100,00%	1
5	Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	100%	100,00%	1
6	Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius)	100%	100,00%	1
7	Ketepatan waktu penyediaan alat steril	100%	100,00%	1
8	Ketersediaan alat steril	100%	100,00%	1
9	Ketersediaan alkes steril untuk poli gigi	100%	100,00%	1
10	Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi	100%	100,00%	1
11	Ketepatan baku mutu CSSD	100%	100,00%	1
12	Baku mutu Binatu	100%	N/A	
13	Tidak adanya alkes yang expired	100%	99,98%	1
INDIKATOR MUTU PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RUMAH SAKIT				
1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	100%	100,00%	1
2	Tingkat Keandalan Sarpras / Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%	91,42%	1
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80%	100,00%	1
4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan (Radiologi, CT-Scan)	100%	100,00%	1
5	Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset)	100%	N/A	
6	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	100%	100,00%	1
7	Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	100%	N/A	
8	Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS)	60%	100,00%	1
9	Ketersediaan bahan bakar dan genset	100%	100,00%	1
10	Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	100%	N/A	
11	Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)	100%	90,00%	0
INDIKATOR MUTU KESEHATAN LINGKUNGAN				
1	Capaian Baku Mutu Air Limbah	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l pH 6-9 100%	N/A	
2	Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat	100%	100,00%	1
3	Capaian implementasi DELH	100%	87,88%	0
4	Capaian toilet yang memenuhi syarat	85%	61,70%	0
5	Capaian baku mutu pangan olahan siap saji	100%	86,11%	0
6	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan pangan kering (kurang dari 25°C)	100%	100,00%	1
7	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan makanan basah	100%	66,67%	0
8	Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan	100%	58,33%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
9	Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam	100%	66,34%	0
10	Capaian angka bebas jentik	95%	59,17%	0
11	Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor/grill	95%	22,22%	0
12	Ketepatan penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya	90%	100,00%	1
13	Capaian sludge volume 30	100%	28,40%	0
14	Capaian pemeliharaan bak kontrol	85%	88,89%	1
15	Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap	60%	52,33%	0
INDIKATOR MUTU KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA				
1	Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai	HepB1 100% HepB2 95% HepB3 90%	77,82%	0
2	Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai	0 Kejadian	2	0
3	Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai	0 Kejadian	4	0
4	Ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan kerja dan/atau penyakit akibat kerja dan investigasi maksimal 2 x 24 jam	100%	N/A	
5	Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit	70%	N/A	
6	Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai	100%	N/A	
7	Pembuatan laporan PCRA konstruksi rumah sakit	100%	100,00%	1
8	Pelaksanaan pemantauan konstruksi di rumah sakit	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU REKAM MEDIK				
1	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	80%	100,00%	1
2	Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap)	100%	100,00%	1
3	Kepatuhan pelaksanaan general consent	100%	100,00%	1
4	Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik	100%	88,84%	0
5	Persentase pelaksanaan retensi	TW 1 30% TW 2 50% TW 3 65% TW 4 80%	100,00%	1
6	Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi	100%	100,00%	1
7	Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol	100%	100,00%	1
8	Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	100%	100,00%	1
9	Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto)	100%	100,00%	1
10	Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT				
1	Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware ≤ 30 menit	90%	100,00%	1
2	Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit	90%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu maintenance hardware	100%	100,00%	1
4	Ketepatan waktu maintenance software	100%	100,00%	1
5	Waktu tanggap down time ≤ 5 menit	100%	N/A	
6	Persentase realisasi program sistem informasi	100%	N/A	
7	Tingkat efektivitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	80%	N/A	
8	Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri	TW I 25% TW II 50% TW III 75% TW IV 100%	N/A	
INDIKATOR MUTU VERIFIKASI ADMINISTRASI DAN PENJAMINAN PASIEN				





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0,11 Hari	1
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 hari kerja	1,44 Hari	1
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	1
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	100%	1
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	100%	1
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT				
1	Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	95%	100,00%	1
2	Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	85%	100,00%	1
3	Tingkat kualitas kemitraan, kerja sama lintas program dan lintas sektor	90%	94,00%	1
4	Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	80%	91,67%	1
5	Promosi kesehatan eksternal:			
	Program kesehatan ibu dan bayi	70%	100,00%	1
	Program kesehatan TB	70%	100,00%	1
	Program kesehatan HIV/AIDS	70%	100,00%	1
	Program kesehatan Stunting dan Wasting	70%	100,00%	1
	Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana	70%	100,00%	1
	Promosi kesehatan geriatri	70%	100,00%	1
	Program kesehatan ke sekolah	70%	100,00%	1
	Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	70%	100,00%	1
6	Promosi kesehatan internal	85%	100,00%	1
7	Tingkat kualitas intervensi krisis	85%	100,00%	1
8	Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management	50%	100,00%	1
9	Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi	80%	100,00%	1
10	Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	70%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU UNIT LAYANAN PENGADAAN (ULP)				
1	Kelengkapan dokumen lelang	100%	100,00%	1
2	Persentase gagal lelang	≤ 20%	0,00%	1
3	Kejadian sanggahan pada lelang	≤ 2%	0,00%	1
4	Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	70%	N/A	
5	Ketepatan waktu proses pengadaan langsung	1 Bulan	100,00%	1
6	Ketepatan waktu proses pengadaan tender	100%	100,00%	
7	Ketepatan waktu pelaksanaan kontrak	100%	100,00%	1
8	Proses negosiasi ulang kontrak	<20%	0,00%	1
INDIKATOR MUTU UNIT PENGEMBANGAN BISNIS (PENGELOLA INTEGRASI ASET DENGAN PELAYANAN KESEHATAN)				
1	Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola)	Tahun ke 1 = 30% Tahun ke 2 = 40% Tahun ke 3 = 50% Tahun ke 4 = 60% Tahun ke 5 = 70%	100,00%	1
2	Kepuasan pelanggan	80%	N/A	
3	Ketersediaan sarana dan prasarana	60%	80,00%	1
4	Angka kejadian insiden pada petugas	0	0	1
5	Angka kejadian insiden pada pelanggan	0	100,00%	1





c) Indikator Mutu Unit Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

Tabel 3.6
Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian
RS. Marzuki Mahdi

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU ORGANISASI DAN SUMBER DAYA MANUSIA				
1	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis	100%	N/A	
2	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)	100%	N/A	
3	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	85%	100,00%	1
4	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	85%	92,66%	1
5	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	85%	97,83%	1
6	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	100,00%	1
7	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
1	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	2,12%	1
2	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	0,07%	0
INDIKATOR MUTU PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
1	Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis Koas 5:1	100%	100,00%	1
	PPDS 3:1	100%	100,00%	Tidak ada PPDS
	Perawat 5:1	100%	88,88%	0
	Profesi lain 5:1	100%	100,00%	1
2	Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	85%	99,50%	1
3	Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	85%	99,50%	1
4	Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	85%	99,50%	1
5	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	80%	99,50%	1
6	Keterlibatan Peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	80%	99,50%	1
7	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	80%	92,90%	1
8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	80% Target TW 1 = 20%, TW 2 = 40%, TW 3 = 60%, TW 4 = 80%	8,86%	0
9	Tingkat partisipasi / kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	80%	83,33%	1
10	Evaluasi pasca pelatihan	90%	83,33%	1
INDIKATOR MUTU PENELITIAN				
1	Penelitian klinis oleh staf internal	100% Target TW 1 = Poin 1 . TW 2 = Poin 1-3 . TW 3 = Poin 1-5 .	0,00%	0





NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TAHUN	KET
		TW 4 = Poin 1-6		
2	Penelitian non klinis oleh staf internal	100% Target TW 1 = Poin 1 . TW 2 = Poin 1-3 . TW 3 = Poin 1-5 . TW 4 = Poin 1-6	0,00%	0
3	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	N/A	





BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Dalam RPJMN 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. Kondisi pandemi Covid-19 memberikan pengalaman yang berharga, bahwa sistem kesehatan yang telah dibangun membutuhkan transformasi pada sistem kesehatan. Berdasarkan Instruksi Menteri Kesehatan terdapat 6 (enam) pilar transformasi yang harus dilakukan untuk mencapai RPJMN bidang Kesehatan sekaligus dapat mempercepat pencapaian reformasi kesehatan secara menyeluruh. Enam pilar Transformasi untuk mendukung Transformasi Kesehatan di Indonesia antara lain Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, Transformasi Teknologi Kesehatan.

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran yang merupakan penjabaran operasional kebijakandan program upaya pencapaian target (sasaran kerja) RSMM adalah sebagai berikut :

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue dengan strategi :
 - Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi untuk masyarakat dan berdaya jual/*revenue*
 - Optimalisasi pemanfaatan aset BMN
2. Mewujudkan efisiensi anggaran:
 - Pemetaan kegiatan prioritas
 - Optimalisasi sumber daya yang ada
 - Proses pengadaan sesuai dengan Perpres No. 12 Tahun 2021
 - Peningkatan kepatuhan penerapan kendali mutu kendali biaya
3. Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi:
 - Mewujudkan wilayah zona integritas (WBK/WBBM)
 - Terwujudnya SDM unggul:
 - Meningkatkan kompetensi





- Menjadikan SDM yang BERAKHLAK
- Digitalisasi Sistem Pengelolaan SDM
- Pelatihan dan Pendidikan berkelanjutan untuk bagi tenaga kesehatan
- Mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal:
 - Pemeliharaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan dengan metode Digitalisasi
 - Meningkatkan pemanfaatan alat-alat canggih untuk psikiatri
- Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi:
 - Mengintegrasikan IT *Front Office* dan *Back Office*
 - Mengembangkan aplikasi-aplikasi yang mendukung kinerja rumah sakit

B. Perspektif Pelanggan

1. Mewujudkan kepuasan pelanggan:

- Pemanfaatan IT di unit layanan
- Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan
- Pemantauan dan pengawasan penerapan 5R
- Peningkatan kompetensi service excelent kepada pegawai
- Membangun konsep layanan unggulan dengan basis *patient experience*, sehingga konsep layanan unggul baik dari sisi rumah sakit maupun dari sisi pelanggan rumah sakit.
- Melakukan wawancara tertutup atau terbuka dalam menggali informasi dari sisi pelanggan

C. Perspektif Proses Bisnis Internal

2. Mewujudkan pertumbuhan *revenue* dengan strategi :

- Mengembangkan layanan PDC
- Mengoptimalkan Pusat Pengembangan Kompetensi SDM Layanan *Assesment Center* dengan Layanan Pengembangan Kemampuan Hidup (*Enchancing Life Skill Training*)
- Mengembangkan layanan *homecare*
- Mewujudkan layanan Eksekutif baik rawat jalan maupun rawat inap
- Pengembangan jejaring kemitraan dengan Lembaga Penjaminan Kesehatan Komersil untuk Layanan Jiwa, Non Jiwa dan Penunjang
- Melaksanakan kerjasama internal dan eksternal dalam pemberdayaan rehabilitan yang telah selesai menjalani program rehabilitasi psikososial untuk kemandirian





- Meningkatkan kemandirian pasien Rehabilitasi Psikososial
- 3. Mewujudkan layanan unggulan *Personal Development Care* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA:
 - Meningkatkan layanan *assesment center*
 - Menyempurnakan layanan Geriatri dan *Youth Mental Health*
 - Meningkatkan kemandirian rehabilitan
 - Meningkatkan layanan NAPZA dan HIV
 - Meningkatkan layanan subspecialistik non jiwa
 - Meningkatkan layanan penunjang
 - Mempertahankan layanan sesuai standar (akreditasi) internasional
- 4. Mewujudkan layanan kesehatan jiwa yang bermutu:
 - Mutu dan keselamatan pasien tetap menjadi prioritas utama
 - Mewujudkan kepuasan pelanggan
 - Meningkatkan layanan subspecialistik kedokteran jiwa
- 5. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan:
 - Memperluas jaringan promosi dan edukasi
 - Terwujudnya sistem optimalisasi advokasi (Si OPA)
 - Melaksanakan program pengampunan Rumah Sakit Jiwa
 - Perluasan jejaring kemitraan Kesehatan Jiwa komunitas
 - Memperluas perjanjian kerjasama dengan luar negeri untuk meningkatkan kompetensi SDM
- 6. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi:
 - Menguatkan jejaring rujukan regional dan nasional
 - Melaksanakan layanan berbasis akses rujukan
 - Menyediakan layanan yang dapat diakses selama 24 jam
 - Meningkatkan layanan konsultasi dengan mengembangkan layanan healing
- 119
- Integrasi lintas program
- D. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran:
 - Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian
 - Pengembangan jejaring kemitraan dengan Institusi Pendidikan
 - Melakukan kerjasama dengan berbagai institusi
 - Penyiapan regulasi pengembangan program pendidikan dan pelatihan
 - Pembentukan Tim persiapan Rumah Sakit Pendidikan, Gugus Kendali Penelitian





4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi

Agar rencana kegiatan berjalan dengan baik dan tercapai sesuai dengan target yang telah ditetapkan diawal tahun maka RSMM berusaha menjalankan kegiatan program dengan baik, efektif, dan efisien, namun dalam pelaksanaannya ada beberapa hambatan yang ditemui antara lain :

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan *revenue*:

- Dalam pemanfaatan asset terdapat beberapa kendala yaitu terjadinya kasus hukum, Pengelolaan rumah negara dan belum optimalnya lapangan bola, lapangan golf
- Belum tercapainya target layanan diantaranya: klinik eksekutif non psikiatri, optimalisasi Pusbangkom, Elektrofisiologi, sehingga penerimaan pendapatan belum mencapai target.

2. Mewujudkan efisiensi anggaran:

- Perubahan dari rencana yang telah ditetapkan
- Faktor psikologis petugas terhadap inefisiensi
- Pembiayaan jasa medis dokter dan dokter tamu melebihi pagu yang ditetapkan hal ini disebabkan karena adanya optimalisasi layanan eksekutif dan layanan non JKN.
- Penggunaan IT belum menyeluruh
- Prioritas Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Peralatan pada layanan Covid 19

3. Mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal;

- Terbatasnya anggaran pemeliharaan
- Belum terdapat standar sarana, prasarana dan alat kesehatan layanan kesehatan jiwa yang menjadi pedoman
- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (*Youth Mental Health*, Geriatri Terpadu, rawat inap psikiatri VIP, layanan rawat inap non psikiatri kelas)
- Sistem pemeliharaan belum berbasis digitalisasi secara menyeluruh dan terpusat

4. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi;





- IT belum terintegrasi secara komprehensif

B. Perspektif Proses Bisnis Internal

1. Mewujudkan layanan unggulan *Personal Development Care* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA;
 - Kurangnya pemasaran terhadap layanan yang ada di RSMM sehingga kunjungantidak mencapai target dan berdampak pada rata-rata okupansi layanan non psikiatri tidak optimal.
2. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;
 - Kurangnya koordinasi lintas program dengan mitra
 - Kurang luasnya kerjasama pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa di komunitas
3. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi;
 - Konektivitas jaringan pusat dengan rumah sakit tidak stabil
 - Belum adekuatnya monitoring dan evaluasi akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

C. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

1. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;
 - Masih diperlukan penyiapan tenaga ahli sesuai pembedangan dalam hal metodologi dan sertifikasi pelatihan
 - Penyiapan sistem pendokumentasian menjadi RS Pendidikan melalui digitalisasi dokumen
 - Penguatan sarana dan prasarana penelitian melalui elektronik sistem
 - Penguatan sistem jejaring dengan pemangku kepentingan eksternal

2. Mewujudkan SDM unggul;

Dalam hal pencapaian keunggulan dari SDM RS Marzoeqi Mahdi, dari hasil pemetaan sementara masih didapatkan beberapa kendala dalam pelaksanaan strategi antara lain :

- Belum sempurna pemetaan kompetensi pegawai yang meliputi kemampuan teknis, manajerial, dan sosiokultural
- Belum akuratnya penerapan manajemen kinerja dari mulai sistem rekrutmen sampai pemenuhan kesejahteraan menjelang purna bhakti
- Masih diperlukan penguatan – penguatan dalam hal penelitian berbasis pelayanan
- Kompetensi tenaga (perawat) kurang merata di beberapa layanan terutama layanan infeksi sehingga memerlukan pelatihan dan percepatan kompetensi.





- Belum adanya dokter mata dan dokter bedah (tetap) sehingga layanan tertentu tidak dapat difasilitasi
- 3. Mewujudkan budaya kinerja organisasi yang tinggi;
 - Masih diperlukan peningkatan penanaman jiwa korps
 - Masih diperlukan keakuratan dan intensitas monitoring dan evaluasi terkait budaya organisasi

4.3 Upaya Tindak Lanjut

Untuk meminimalkan hambatan dalam pelaksanaan strategi dilakukan beberapa upaya antara lain adalah:

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue
 - Pemanfaatan gedung dan lahan yang ada untuk pemenuhan program dengan menunggu kesiapan fasilitas gedung dan sarana prasarana lainnya
 - Penyelesaian kasus hukum dalam pemanfaatan aset
 - Meningkatkan kerjasama dalam pengelolaan Asset yang belum optimal (lapangan Bola dan lapangan Golf)
 - Penetapan kondisi tempat tidur bila terjadi kejadian luar biasa (*capacity charge*)
2. Mewujudkan efisiensi anggaran
 - Perencanaan yang lebih baik untuk menghitung kebutuhan tenaga Kesehatandan pembiayaannya
 - Merekrut tenaga medis yang dibutuhkan untuk kelancaran layanan
 - Melakukan kegiatan sesuai perencanaan
 - Perhitungan Analisa beban kerja pegawai secara tepat
 - Mempromosikan budaya efisiensi sumber daya secara terus menerus
3. Mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal;
 - Mengalokasikan anggaran pemeliharaan secara akurat dan terstruktur
 - Membangun Sistim Pemeliharaan Berbasis Digitalisasi secara terpusat
4. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi.
 - Membangun IT terintegrasi secara komprehensif
 - Meningkatkan Pengamanan data - data Rumah sakit

B. Perspektif Pelanggan

5. Mewujudkan kepuasan pelanggan
 - Melakukan survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan sistim





Teknologi Informasi (*Barcode*)

- Mengedukasi pegawai dan pelanggan dalam pelayanan
- Pembentukan tim pemasaran khusus dan memotivasi agar seluruh pegawai dapat menjadi agen pemasaran secara tidak langsung.

C. Perspektif Proes Bisnis Internal

1. Mewujudkan layanan unggulan *Personal Development Care* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA
 - Penguatan pemasaran dan informasi layanan unggulan PDC melalui berbagai media
 - Memperkuat jejaring mitra layanan unggulan
 - Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan untuk pengembangan layanan rumah sakit yaitu Korea foundation untuk *suicide*, Kurihama untuk pengembangan poli adiksi perilaku, *Sawa Hospital* untuk pengembangan rehab psikososial.
2. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;
 - Penguatan koordinasi dengan mitra
 - Pengalihan sistem koordinasi dan komunikasi secara langsung menjadi tidak langsung
 - Meningkatkan kualitas dan kuantitas layanan serta jejaring kemitraan untuk menjadi rumah sakit jiwa yang handal dan layak menjadi Pusat Kesehatan Jiwa Nasional.
3. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi
 - Peningkatan koordinasi informasi pusat dengan rumah sakit
 - Penguatan monitoring dan evaluasi akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

D. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

1. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;
 - Memfasilitasi tenaga ahli sesuai pembedangan dalam hal metodologi dan sertifikasi pelatihan
 - Koordinasi penyediaan sistem digitalisasi pendokumentasian
 - Koordinasi penyiapan sarana dan prasarana penelitian melalui elektronik sistem
 - Koordinasi penguatan sistem jejaring dengan pemangku kepentingan eksternal
 - Pemenuhan pemerataan kompetensi pada pegawai melalui pelatihan *blended learning*





2. Mewujudkan budaya kinerja organisasi yang tinggi;
 - Memfasilitasi kegiatan penguatan kapasitas berfokus jiwa korsa
 - Mengevaluasi dan menetapkan secara intensif monitoring dan evaluasi perkembangan budaya organisasi
 - Melakukan inovasi dari segala aspek untuk efisensi, efektifitas dan kepentingan layanan terhadap masyarakat
3. Mewujudkan SDM unggul;
 - Pemutakhiran pemetaan kompetensi pegawai yang meliputi kemampuan teknis, manajerial, dan sosiokultural
 - Koordinasi dan Evaluasi berkala penerapan manajemen kinerja dari mulai sistem rekrutmen sampai pemenuhan kesejahteraan menjelang purna bhakti
 - Memfasilitasi dan pemenuhan kebutuhan penguatan penelitian berbasis pelayanan
 - Pemberian penghargaan bagi para peneliti





BAB V

HASIL KERJA

5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit

Pencapaian target kinerja rumah sakit dilakukan dengan pengukuran kinerja. Pengukuran kinerja merupakan dasar untuk menilai keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi. Pengukuran tersebut merupakan hasil dari suatu penilaian yang sistematis dan didasarkan pada kelompok indikator kinerja kegiatan berupa indikator masukan (input), keluaran (output), dan hasil (outcome) serta keberhasilan program kerja dalam penyelenggaraan operasional di rumah sakit.

Pencapaian target kinerja Rumah Sakit diukur berdasarkan pengukuran indikator-indikator yang terdiri dari :

5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Tahun Anggaran 2024

Dalam rangka mewujudkan RS Marzoeqi Mahdi sebagai Manajemen Pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada hasil maka diperlukan Perjanjian Kinerja antara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan RS Marzoeqi Mahdi. Di dalam Perjanjian Kinerja terdapat 12 sasaran strategis dan 37 Indikator Kinerja Utama RSB yang digunakan untuk mengukur kinerja RS Marzoeqi Mahdi. Hasil capaian dan analisis Indikator Kinerja Utama dijabarkan secara rinci pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1. Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Tahun Anggaran 2024

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2024	2024	KET*
PERSPEKTIF KEUANGAN						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2,5%	4,04%	1
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%	80,93%	0
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%	53,55%	1
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	95%	95%	1
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	100%	137%	1





NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2024	2024	KET*
		6	Persentase realiasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	98.09%	1
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	(sesuai Target Pendapatan >90%)	92.18%	1
		8	Persentase nilai EBITDA Margin	Tipe Organisasi 3 10%	-36%	0
PERSPEKTIF PELANGGAN						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%	88,41%	1
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	1
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	1
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	1
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	85%	87,72%	1
		14	Capaian Akreditasi	100%	100%	1
		15	Persentase NDR di Rumah Sakir Vertikal	<2,5%	1%	1
		16	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	84%	1
		17	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%	100%	1
		18	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	100%	1
		19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	84,62%	0





NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2024	2024	KET*
		20	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	6,60%	0
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	21	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	250%	1
		22	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	240%	1
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	23	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	100%	100%	1
		24	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna	1 RS	1 RS	1
		25	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	1 RS	1 RS	1
		26	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	4 RS	4 RS	1
		27	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan	100%	1
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	28	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	82%	0
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	29	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	0%	0
10	Terwujudnya SDM Unggul	30	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%	98%	1
		31	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	90%	100%	1
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal	32	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%	94%	1
		33	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	80%	1
		34	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	90%	1





NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2024	2024	KET*
		35	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi sesuai Standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	90%	100%	1
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	36	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100%	100%	1
		37	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	1

* Tercapai (1) / Tidak tercapai (0)

Analisis dan Penjabaran dari masing-masing Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

o **Tingkat Pertumbuhan Pendapatan**

Tingkat Pertumbuhan Pendapatan adalah Persentase pertumbuhan pendapatan operasional dibandingkan tahun sebelumnya. Pendapatan operasional merupakan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Badan Layanan Umum (BLU) yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan Badan Layanan Umum (BLU), tidak termasuk pendapatan yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) / Rupiah Murni dan Hibah.

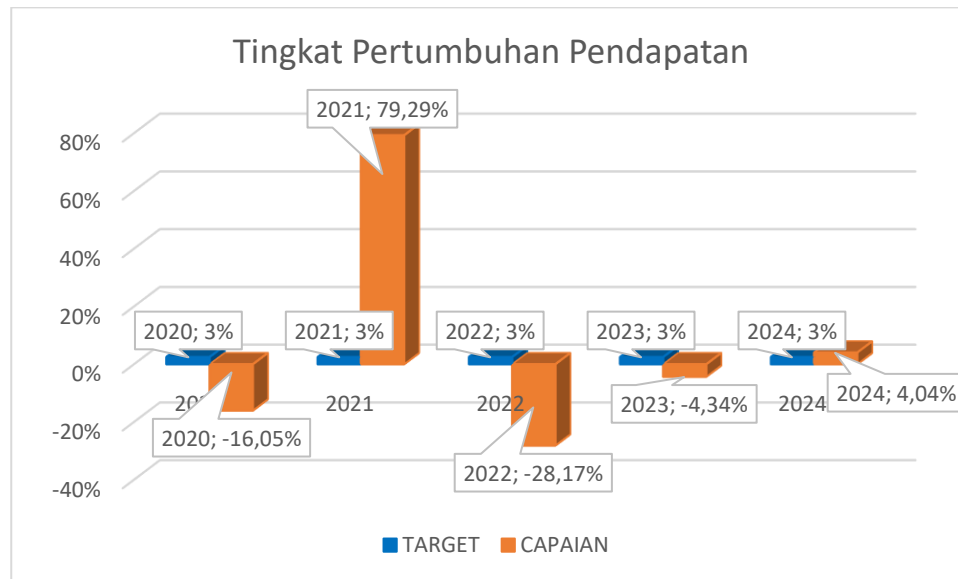
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian tingkat pertumbuhan pendapatan tahun 2024 sebesar 4,04%, mengalami kenaikan jika dibandingkan tahun 2023 sebesar -4,34%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut::





Grafik 5.1
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan belum mencapai target, meskipun pertumbuhan pendapatan naik dibanding dengan pertumbuhan pendapatan tahun sebelumnya.
- Sistem rujukan pelayanan kesehatan berjenjang sesuai kebutuhan medis dan Kebijakan Pemerintah daerah terhadap Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah (otonomi daerah) yang berdampak terhadap terbatasnya akses masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Nasional yang akan berobat ke RS Marzoeeki Mahdi.
- Aset yang dimiliki rumah sakit besar dan pendapatan yang dihasilkan dari pemanfaatan aset tetap belum optimal.

Rekomendasi:

- Intensifikasi atas layanan operasional.
- Optimalisasi telemedicine untuk menjangkau basis pasien yang lebih luas, virtual follow up visit dan monitoring jarak jauh untuk penyakit kronis.
- Inovasi pengelolaan aset melalui optimalisasi unit bisnis.

Rencana Tindak Lanjut:

- Pengembangan layanan dengan dibukanya layanan *Perinatal Mental Health Center* (PMHC), *Youth Mental Health* (YMH), dan Poli Adiksi.
- Peningkatan kemampuan SDM berupa pelatihan *Casemix* sebagai tindak lanjut dari optimasi *Coding* INA-CBGs.



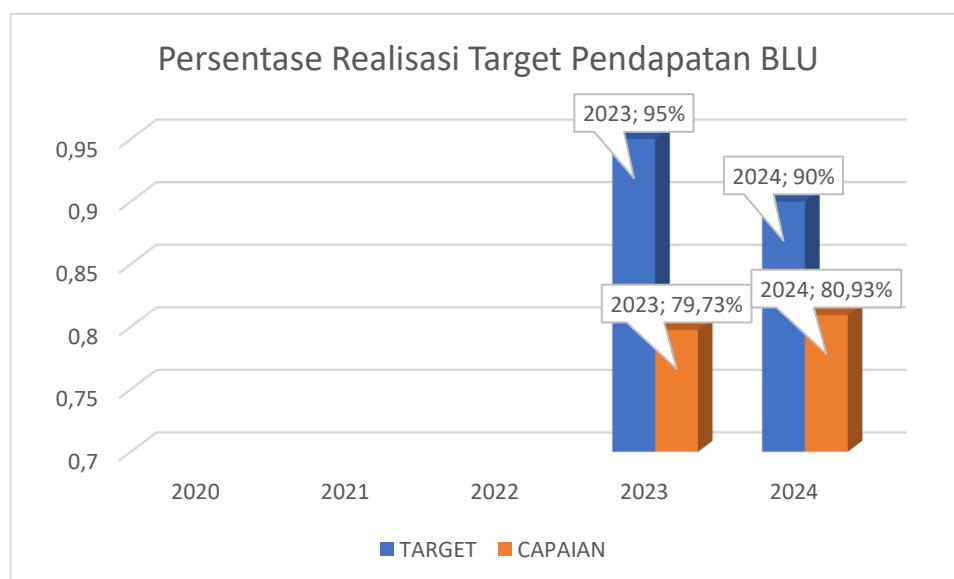


- Meningkatkan kerjasama dengan Institusi Pendidikan.
 - Optimalisasi Unit Bisnis dalam mengelola pemanfaatan aset rumah sakit.
 - Meningkatkan kerjasama dengan puskesmas/ dinas kesehatan untuk merujuk pasien.
- **Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**
- Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU adalah capaian pendapatan yang diperoleh dalam 1 (satu) periode dibandingkan dengan target pendapatan yang direncanakan dalam periode yang sama.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU sampai dengan bulan Desember Tahun 2024 sebesar 80,93% dari target Rp123.216.537.000,-. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut::

Grafik 5.2
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Beberapa layanan belum dibuka kembali seperti poli mata, poli kulit dan kelamin
- Pendapatan masih bergantung pada satu jenis layanan yaitu layanan jiwa yang merupakan unggulan RS, tanpa memperkuat layanan umum.
- Persepsi negatif masyarakat terhadap rumah sakit jiwa sehingga menganggap bahwa RS Jiwa hanya untuk layanan Kesehatan jiwa padahal ada layanan umum di dalamnya.





- Pendapatan rumah sakit terlalu bergantung pada BPJS atau asuransi tunggal, sehingga menjadi rentan saat terjadi kendala pada kerja sama tersebut
- Kehadiran rumah sakit atau klinik baru di sekitar wilayah yang menawarkan layanan serupa dengan harga lebih kompetitif.
- Piutang pasien yang tidak tertagih.
- Adanya perubahan kebijakan terkait tarif INA-CBGs atau pembatasan klaim.
- Kebijakan baru yang membatasi layanan tertentu atau menambah beban administratif rumah sakit.
- Biaya operasional tinggi.
- Kerusakan alat medis yang menyebabkan pelayanan terhenti atau terbatas.
- Sistem Informasi berbasis IT memerlukan pengembangan lebih lanjut sehingga dapat mengkomodir semua kebutuhan data terkait Rumah sakit
- Pemanfaatan aset RS belum optimal.

Rekomendasi:

- Peningkatan Kualitas Layanan
 - Pelayanan Pasien yang Optimal: Memberikan layanan yang cepat, efisien, dan ramah untuk meningkatkan kepuasan pasien.
 - Pengembangan Teknologi Medis.
 - Spesialisasi Layanan: Menyediakan layanan kesehatan khusus, seperti bedah jantung, onkologi, atau fertilitas, untuk menarik pasien yang membutuhkan perawatan spesifik.
 - Menyiapkan layanan loket khusus asuransi.
 - Meningkatkan layanan poli eksekutif.
- Diversifikasi Sumber Pendapatan
 - Layanan Non-Medis: Menyediakan layanan seperti kafe, apotek, atau toko alat kesehatan di dalam rumah sakit.
 - Kemitraan: Bekerja sama dengan lebih banyak perusahaan asuransi atau organisasi kesehatan untuk mendapatkan lebih banyak rujukan pasien.
 - Paket Layanan Kesehatan: Menawarkan paket check-up Kesehatan (MCU) atau paket- paket perawatan yang menarik dan terjangkau lainnya.
- Efisiensi Operasional
 - Manajemen Biaya: Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk menekan biaya operasional tanpa mengurangi kualitas pelayanan.





- Penggunaan Teknologi Digital: Menerapkan sistem manajemen digital untuk mengurangi kesalahan administratif dan meningkatkan efisiensi.
- Pelatihan Karyawan: Memberikan pelatihan kepada staf agar dapat bekerja lebih produktif dan efisien.
- Pemasaran yang Efektif
 - Promosi Layanan: Menggunakan media sosial, iklan, dan kampanye kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan layanan rumah sakit.
 - Kerjasama dengan Komunitas: Berpartisipasi dalam kegiatan sosial atau program kesehatan masyarakat untuk membangun kepercayaan.
 - *Branding*: Membangun citra positif rumah sakit melalui testimoni pasien dan penghargaan yang diraih.
- Fokus pada Pasien
 - Memberikan reward terhadap pasien yang loyal.
 - Pendekatan perawatan yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan nilai pasien sebagai prioritas utama.
 - Memastikan kenyamanan fisik dan psikologis pasien.
- Tekanan pada Layanan Berbasis BPJS: Rumah sakit harus mampu mengelola tuntutan regulasi tanpa mengesampingkan kualitas layanan.
- **Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)**

Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah Persentase hasil perbandingan pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap biaya operasional dalam satu periode (akrual basis).

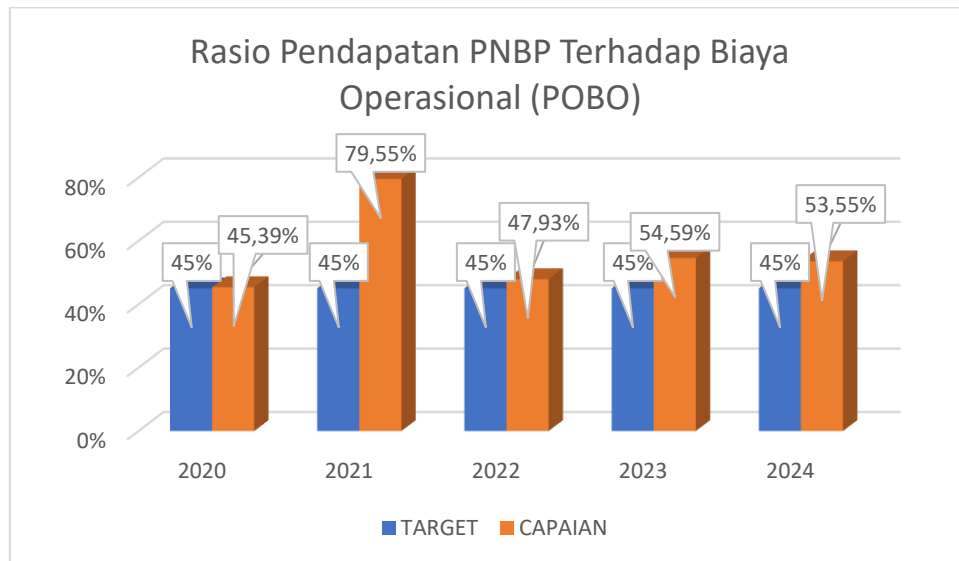
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) tahun 2024 sebesar 53,55%, mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2023 sebesar 54,59%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.3
Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan belum mencapai target
- Biaya operasional tinggi
- Nilai rentang rasio POBO berada pada posisi $0 < X \leq 0,65$, yang menandakan bahwa tingkat kemandirian BLU masih rendah. Semakin tinggi rasio POBO semakin baik kinerja rumah sakit dalam memperoleh PNBP dan mengindikasikan bahwa tingkat kemandirian BU semakin tinggi.

Rekomendasi:

- Intensifikasi pendapatan atas layanan operasional
 - Ekstensifikasi pendapatan dari non operasional, seperti optimalisasi asset
 - Melakukan pendataan terhadap biaya-biaya operasional yang dianggap tidak perlu.
 - Efisiensi biaya
- **Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan yang telah tuntas di tindaklanjuti adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan (HAPSEM) BPK.





Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dari target 95%, telah tuntas ditindaklanjuti dengan usulan Temuan Pemeriksaan Tidak Dapat Ditindaklanjuti (TPTD). Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.4
Persentase Rekomensi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



○ Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik

Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu Tahun Anggaran.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Persentase Capaian tata Kelola Rumah Sakit vertikal BU yang baik pada Tahun 2024 sebesar 137% dari target sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.5
Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Indikator tata kelola rumah sakit vertical BU yang baik telah memenuhi standar, namun dari segi pendapatan belum tercapai dan biaya operasional tinggi.

Rekomendasi:

- Intensifikasi pendapatan atas layanan operasional;
- Ekstensifikasi pendapatan dari non operasional, seperti optimalisasi asset;
- Melakukan pendataan terhadap biaya-biaya operasional yang dianggap tidak perlu;
- Efisiensi biaya..

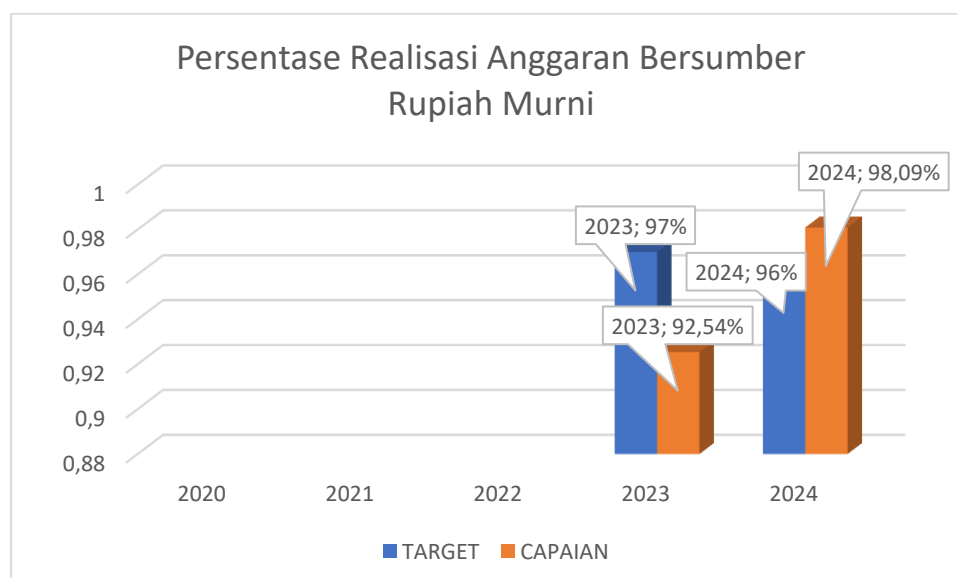
○ Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni adalah Realisasi Anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni sampai dengan bulan Desember 2024 adalah sebesar 98,09% atau sebesar Rp65.134.962.931,- dari pagu rupiah murni sebesar Rp66.405.020.000. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.6
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni Tahun 2024
RS. Marzoeqi Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Kendala dari rendahnya daya serap atau realisasi rupiah murni sampai dengan Desember 2024 dikarenakan sebagian besar dana rupiah murni yaitu 98,09% penggunaannya diperuntukan untuk belanja pegawai yang daya serapnya merupakan rutinitas tiap bulan sehingga puncak capaian maksimal akan terealisasi pada akhir Desember 2024.

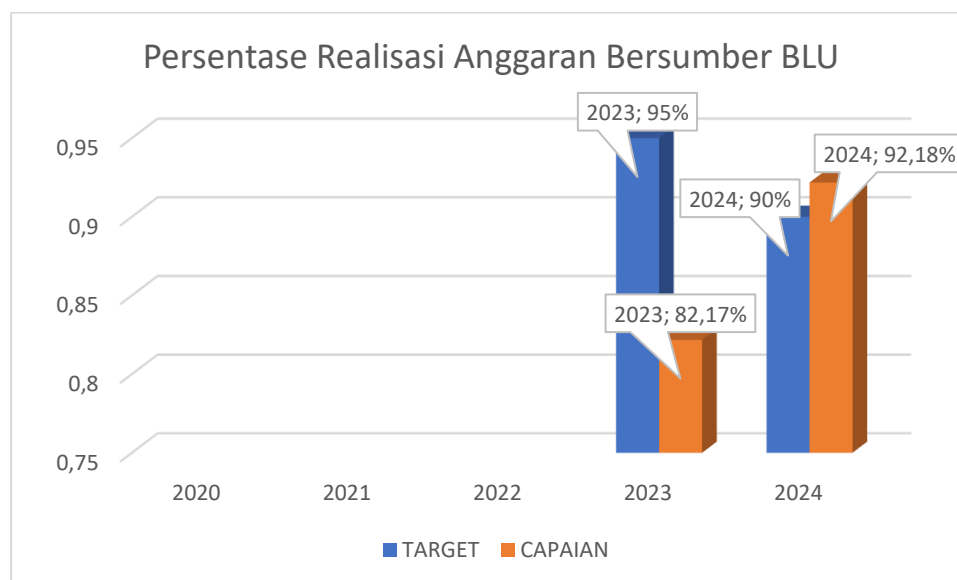
○ Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni adalah Realisasi Anggaran yang bersumber dari BLU.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase realisasi anggaran bersumber BLU sampai dengan bulan Desember Tahun 2024 sebesar 92,18% atau sebesar Rp113.578.508.704,- dari target yang ditetapkan sebesar $\geq 90\%$. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.7
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeqi Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Beberapa layanan belum dibuka kembali seperti poli mata, poli kulit dan kelamin.
- Pendapatan masih bergantung pada satu jenis layanan yaitu layanan jiwa yang merupakan unggulan RS, tanpa memperkuat layanan umum.





- Persepsi negatif masyarakat terhadap rumah sakit jiwa sehingga menganggap bahwa RS Jiwa hanya untuk layanan Kesehatan jiwa padahal ada layanan umum di dalamnya.
- Pendapatan rumah sakit terlalu bergantung pada BPJS atau asuransi tunggal, sehingga menjadi rentan saat terjadi kendala pada kerja sama tersebut.
- Kehadiran rumah sakit atau klinik baru di sekitar wilayah yang menawarkan layanan serupa dengan harga lebih kompetitif.
- Piutang pasien yang tidak tertagih.
- Adanya perubahan kebijakan terkait tarif INA-CBGs atau pembatasan klaim.
- Kebijakan baru yang membatasi layanan tertentu atau menambah beban administratif rumah sakit.
- Biaya operasional tinggi.
- Kerusakan alat medis yang menyebabkan pelayanan terhenti atau terbatas.
- Sistem Informasi berbasis IT memerlukan pengembangan lebih lanjut sehingga dapat mengakomodir semua kebutuhan data terkait Rumah sakit.
- Pemanfaatan aset RS belum optimal.

Rekomendasi:

1. Peningkatan Kualitas Layanan

- Pelayanan Pasien yang Optimal: Memberikan layanan yang cepat, efisien, dan ramah untuk meningkatkan kepuasan pasien.
- Pengembangan Teknologi Medis
- Spesialisasi Layanan: Menyediakan layanan kesehatan khusus, seperti bedah jantung, onkologi, atau fertilitas, untuk menarik pasien yang membutuhkan perawatan spesifik.
- Menyiapkan layanan loket khusus asuransi.
- Meningkatkan layanan poli eksekutif.

2. Diversifikasi Sumber Pendapatan

- Layanan Non-Medis: Menyediakan layanan seperti kafe, apotek, atau toko alat kesehatan di dalam rumah sakit.
- Kemitraan: Bekerja sama dengan lebih banyak perusahaan asuransi atau organisasi kesehatan untuk mendapatkan lebih banyak rujukan pasien.
- Paket Layanan Kesehatan: Menawarkan paket check-up Kesehatan (MCU) atau paket- paket perawatan yang menarik dan terjangkau lainnya.

3. Efisiensi Operasional





- Manajemen Biaya: Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk menekan biaya operasional tanpa mengurangi kualitas pelayanan.
 - Penggunaan Teknologi Digital: Menerapkan sistem manajemen digital untuk mengurangi kesalahan administratif dan meningkatkan efisiensi.
 - Pelatihan Karyawan: Memberikan pelatihan kepada staf agar dapat bekerja lebih produktif dan efisien.
4. Pemasaran yang Efektif
- Promosi Layanan: Menggunakan media sosial, iklan, dan kampanye kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan layanan rumah sakit.
 - Kerjasama dengan Komunitas: Berpartisipasi dalam kegiatan sosial atau program kesehatan masyarakat untuk membangun kepercayaan.
 - Branding: Membangun citra positif rumah sakit melalui testimoni pasien dan penghargaan yang diraih.
5. Fokus pada Pasien
- Memberikan reward terhadap pasien yang loyal.
 - Pendekatan perawatan yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan nilai pasien sebagai prioritas utama.
 - Memastikan kenyamanan fisik dan psikologis pasien.
6. Tekanan pada Layanan Berbasis BPJS: Rumah sakit harus mampu mengelola tuntutan regulasi tanpa mengesampingkan kualitas layanan.

○ **Persentase Nilai EBITDA Margin**

Persentase Nilai EBITDA Margin disebut juga Surplus atau Defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan penyusutan.

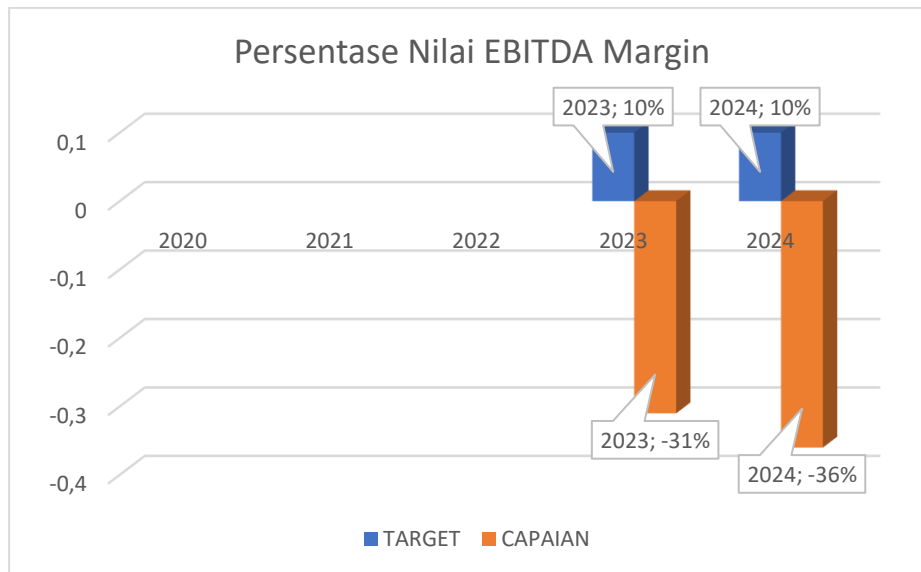
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase nilai EBITDA margin Tahun 2024 sebesar -36% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan capaian Tahun 2023 sebesar -31%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.8
Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pertumbuhan pendapatan naik dibanding dengan pertumbuhan pendapatan periode sebelumnya, namun pendapatan periode berjalan belum mencapai target;
- Pasien non JKN yang berobat ke rumah sakit sedikit;
- Sistem rujukan pelayanan kesehatan berjenjang sesuai kebutuhan medis dan Kebijakan Pemerintah daerah terhadap Puskesmas dan RSUD (otonomi daerah) yang berdampak terhadap terbatasnya akses masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Nasional yang akan berobat ke Rumah Sakit;
- Belum akuratnya penilaian *severity level*;
- Aset yang dimiliki rumah sakit besar dan pendapatan yang dihasilkan dari pemanfaatan aset tetap belum optimal.

Rekomendasi:

- Intensifikasi atas layanan operasional;
- Optimalisasi kerjasama dengan perusahaan asuransi komersial dan institusi lainnya;
- Optimasi Coding INA-CBGs dengan memastikan seluruh coding yang relevan sudah dicantumkan, manfaatkan Top-Up, dan penilaian *severity level* yang akurat;
- Optimalisasi telemedicine untuk menjangkau basis pasien yang lebih luas, virtual follow up, visit dan monitoring jarak jauh untuk penyakit kronis.;
- Penilaian *severity level* yang akurat;
- Inovasi pengelolaan aset melalui optimalisasi unit bisnis.





○ **Tingkat Kepuasan Pelanggan**

Tingkat Kepuasan Pelanggan Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa yang diberikan oleh Rumah Sakit.

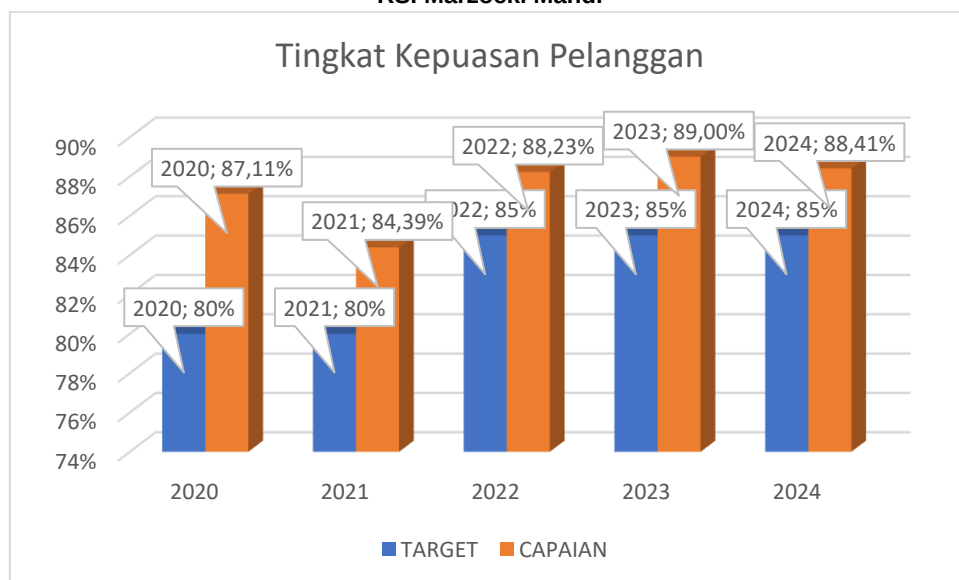
Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melaksanakan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).

Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instansi pemerintah (Permenpan No. 14 tahun 2017).

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Telah dilakukan penilaian kepuasan pelanggan dari pihak internal dengan hasil sesuai target yang ditetapkan yaitu skor 88,41%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.9
Tingkat kepuasan Pelanggan Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Penilaian kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan belum optimal.





Rekomendasi:

- Koordinasi secara internal dan eksternal dalam penguatan pemanfaatan Digitalisasi
- Pelaksanaan proses digitalisasi , misalnya Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM), VClaim, *Finger Print*
- Optimalisasi perubahan alur pelayanan obat baik rawat jalan maupun rawat inap menggunakan sistim *E-Prescribing*.

○ Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data dan tindak lanjut atas *response time* komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/ grading/ dampak risiko.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Kecepatan respon terhadap komplain (KRK) TA 2024 sudah sesuai dengan target sebesar 100%. Selama Tahun 2024 sebanyak 36 (tiga puluh enam komplain) yang sudah ditanggapi dalam waktu < 1x24 jam. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.10
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Respon terhadap komplain sudah sesuai target namun harus terus ditindaklanjuti dengan tindak lanjut terhadap komplain tersebut agar tidak ada komplain berulang.

Rekomendasi:

- Meningkatkan koordinasi antar tim kerja terkait untuk penyelesaian komplain dan dilakukan evaluasi berkala untuk memastikan tindak lanjut atas komplain dapat diselesaikan secara tuntas.

○ **Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan**

Layanan unggulan adalah layanan yang sudah menjadi unggulan dan atau layanan yang direncanakan akan diunggulkan. Pertumbuhan layanan unggulan adalah ketercapaian jumlah kegiatan layanan unggulan dibanding target ketercapaian jumlah kegiatan meliputi persiapan, operasionalisasi layanan unggulan, pertumbuhan jumlah pasien, pemantapan, dan evaluasi layanan unggulan

Tahapan Layanan Unggulan RS. Marzoeqi Mahdi kurun waktu 2020-2024 terdiri dari :

Tahun 2020:

- Pemantapan Rehabilitasi Psikososial dan NAPZA;
- Terwujudnya layanan unggulan PDC: *Medical Check Up* (MCU) terpadu, Pusat Vaksinasi, Pusat Layanan Haji dan Umroh, *Crisis Center*, Layanan Konseling.

Tahun 2021:

- Pemantapan PDC (Psikogeriatri dan *Youth Mental Health* (YMH))

Tahun 2022:

- Pemantapan PDC (*Home Care* dan *Baby and Child Care*)

Tahun 2023:

- Pertumbuhan PDC, (*Assesment Center*, Psikogeriatri, YMH, *Home Care*)

Tahun 2024:

- Pertumbuhan dan Evaluasi Layanan Unggulan

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

Perhitungan indikator ini berdasarkan adanya pertumbuhan dengan nilai 100% dan bila tidak ada pertumbuhan akan dinilai tidak tercapai. Capaian pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan ini sudah mencapai target 100%.

Tahapan operasional I: adanya *home care* dan *baby & child care*. sudah di *launching* layanan *home care* : MELATI (Melayani di Tempat Tinggal) dengan no. telepon : 0857-

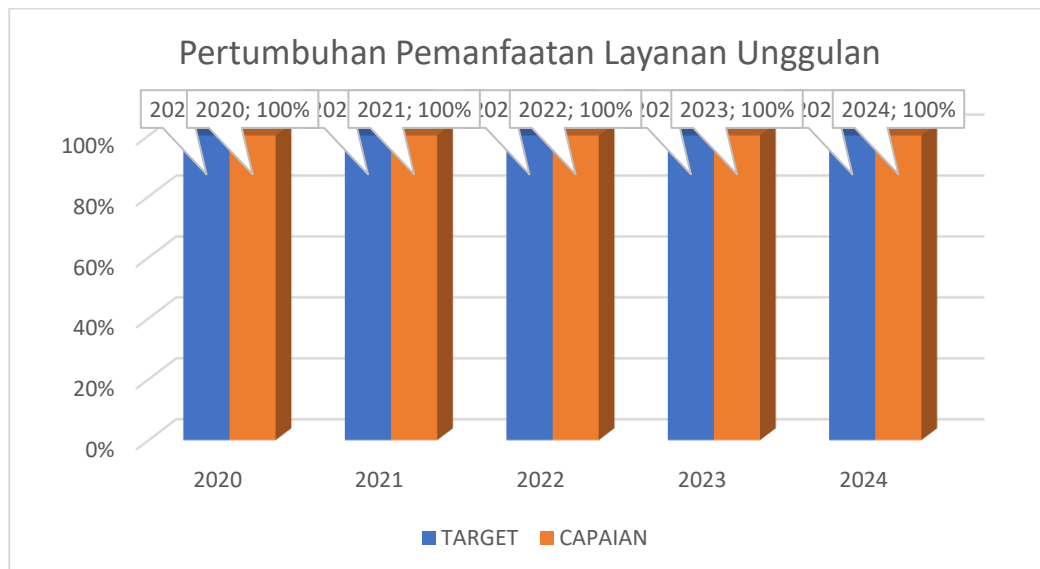




1865-1969 sudah dilaksanakan, tetapi saat ini belum berjalan. Sedangkan untuk *baby & child care* rencananya akan dibuka pada tahun 2024 dibuka diawal tahun 2025 bekerja sama dengan Dharma Wanita RSMM.

PMHC telah di *launching* saat ini sedang dalam proses pemenuhan pembukaan layanan. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.11
Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan Tahun 2024
RS. Marzoeqi Mahdi



Kendala:

- Untuk mencapai tingkat sempurna perlu adanya layanan *day care* geriatri.
- Belum optimalnya layanan anak dan remaja serta *baby & child care* di satu atap.
- Belum optimalnya pengetahuan masyarakat terhadap layanan rehabilitasi psikososial.

Rencana Tindak Lanjut dan Rekomendasi

- Pengembangan layanan *day care* di poliklinik Ismaya dengan mempersiapkan SDM, sarana prasarana dan promosi untuk meningkatkan pertumbuhan layanan.
- Penyatuan gedung layanan anak dan remaja dalam satu atap.
- Mengadakan sosialisasi dan promosi layanan yang tersedia di RSMM.

Terwujudnya Kemandirian Pasien

Kemandirian pasien psikiatri adalah kemandirian yang dicapai oleh pasien setelah mengikuti program rehabilitasi psikososial.

Kemandirian meliputi kemandirian fisik (bisa melakukan *Activity Of Daily Living* - ADL) kemandirian sosial (bisa berperan secara sosial dalam lingkungan keluarga dan





masyarakat), kemandirian finansial, dan kemandirian ekonomi (mampu bekerja dan mendapatkan penghasilan).

Terwujudnya kemandirian pasien adalah prosentase tercapainya output dari layanan rehabilitasi psikososial, yaitu pasien mandiri secara sosial atau finansial mengacu pada axis 5 dari pendekatan multiaksial PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.

Pengukuran dilakukan terhadap pasien yang sudah selesai mengikuti pelatihan vokasional yang dibuktikan dengan adanya sertifikat dan bisa berfungsi di rumah, masyarakat atau mendapatkan penghasilan.

Target indikator ini adalah 2 rehabilitan perbulan dengan catatan : maksimal satu rehabilitan terdaftar sebagai rehabilitan mandiri dua kali dalam setahun.

Pertimbangan dua rehabilitan dalam satu bulan dengan pertimbangan rata-rata pasien yang dipantau oleh *case manager* (manajemen kasus) ke lapangan sebanyak 2 tempat.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Terwujudnya kemandirian pasien Tahun 2024 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%.
- Terjadi peningkatan kunjungan rehabilitan sebesar 7%,
- Indikator mutu rehab psikososial tahun 2024 seluruhnya mencapai target sesuai standar yang ditetapkan
- Kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya yang mengirimkan ODGJ untuk mengikuti kegiatan *daycare* rehabilitasi psikososial

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.12
Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi





Hambatan Dalam Pelaksanaan

- Rehabilitan yang mengikuti kegiatan *daycare* rehabilitasi hampir seluruhnya pasien pengguna BPJS
- Sejak bulan September 2024 klaim BPJS layanan rehabilitasi psikososial ditunda
- Belum terlaksananya *shelter workshop* bagi para rehabilitan
- Masih terbatasnya penyerapan para rehabilitan untuk bekerja setelah selesai mengikuti program rehabilitasi

Upaya Tindak Lanjut

- Membuat paket layanan rehabilitasi psikososial yang non JKN
- Mempersiapkan ruangan untuk *shelter workshop*
- Melakukan kerjasama dengan pihak luar untuk penyaluran rehabilitan yang sudah mandiri
- Meningkatkan dan mengembangkan kapasitas sarana prasarana *halfway house*
- Peningkatan kompetensi SDM

○ Capaian Program Inovasi RS

Program inovasi Rumah Sakit adalah program reka baru yang bertujuan untuk memperbaiki layanan yang berorientasi pada peningkatan mutu dan kepuasan pelanggan.

Capaian program inovasi adalah prosentase capaian indikator input/proses/output yang digunakan untuk mengukur program inovasi tersebut dibandingkan dengan target yang ditetapkan.

Program inovasi layanan bisa berganti setiap tahun atau memperluas/memperdalam program tahun sebelumnya.

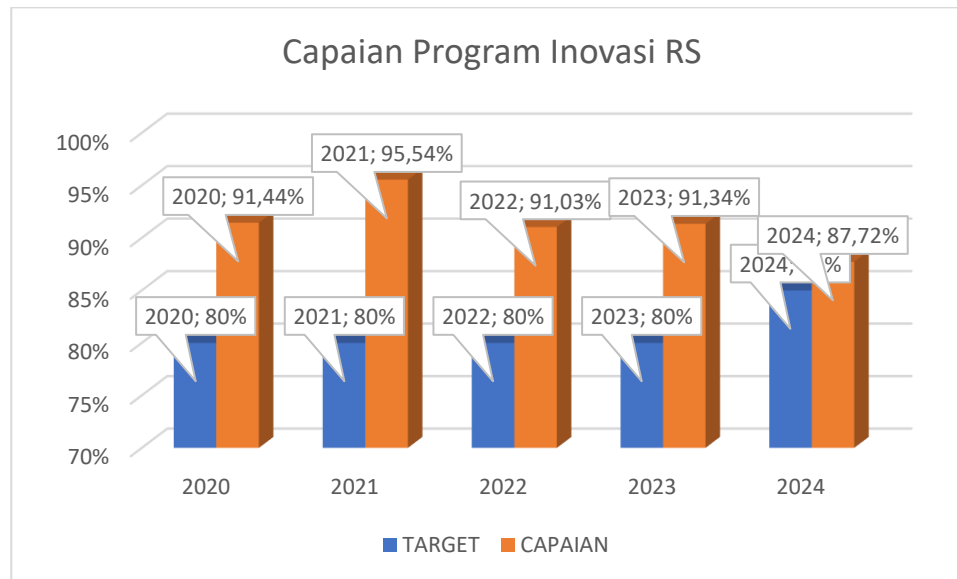
Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Inovasi *Safewards* – WHO Qr Tahun Anggaran 2024 Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis *Safewards* dan WHO-Quality Right Standart TW I adalah 80% TW II adalah 80% TW III adalah 80% TW IV adalah 80% , Capaian Hasil Tahun Anggaran adalah 87,72%. Menunjukkan tercapainya keberhasilan pencapaian hasil sudah sesuai target. Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator sebagai berikut:





Grafik 5.13
Capaian Program Inovasi RS Tahun 2024
RS Marzoeqi Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pengumpulan data dari ruangan yang masih membutuhkan waktu lama sehingga pelaporan indikator terpilih menjadi terlambat.

Rekomendasi:

- Sosialisasi Kembali pengisian indikator safeguard terutama kepada kepala ruangan psikiatri.
- **Capaian Akreditasi RS**

Capaian Akreditasi Rumah Sakit adalah tercapainya tindak lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS), Evaluasi Tindak Lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) dan reakreditasi sesuai target yang ditetapkan dalam periode waktu tertentu.

Tahapan :

Tahun 2020 : Evaluasi Tindak Lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)

Tahun 2021 : Evaluasi Tindak Lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)

Tahun 2022 : Evaluasi Tindak Lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)

Tahun 2023 : Reakreditasi Internasional

Tahun 2024 : Evaluasi Tindak Lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)

Dengan target pertahun 100%





Kondisi yang dicapai saat ini:

- Tahap Persiapan Akreditasi
 - Pembentukan Tim Akreditasi di rumah sakit, yang bertugas merencanakan, melaksanakan, dan memantau proses akreditasi.
 - Penyusunan dokumen sesuai standar akreditasi terbaru, termasuk prosedur operasional, kebijakan rumah sakit, dan pedoman keselamatan pasien.
 - Pelatihan bagi seluruh staf rumah sakit, dengan fokus pada peningkatan pemahaman terkait standar akreditasi.
 - Pelaksanaan *self-assessment* untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kondisi aktual dengan standar akreditasi.
- Tahap Pelaksanaan Penilaian Akreditasi
 - Survei Verifikasi Akreditasi pada bulan November 2024 yang dilakukan oleh surveyor independen dari Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM- KPRS).
 - Kegiatan meliputi wawancara dengan manajemen, tenaga kesehatan, dan pasien, observasi langsung proses pelayanan, serta penilaian dokumen terkait.
 - Verifikasi implementasi standar keselamatan pasien, manajemen risiko, dan pengelolaan sumber daya.
- Tahap Pasca Akreditasi
 - Penyusunan Perencanaan Perbaikan Strategis berdasarkan temuan survei akreditasi.
 - Implementasi rekomendasi dari surveyor, termasuk penguatan sistem manajemen mutu dan peningkatan kapasitas staf.
 - Monitoring berkala oleh Tim Asesor Internal RS untuk memastikan keberlanjutan implementasi standar.

Hasil yang Dicapai:

- Kepatuhan terhadap Standar: Rumah sakit berhasil memenuhi sebagian besar indikator yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024, terutama dalam aspek mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
- Peningkatan Mutu Pelayanan: Terjadi peningkatan signifikan dalam indikator mutu dan penurunan angka kejadian tidak diharapkan.
- Penguatan Sistem: Rumah sakit telah mengadopsi pendekatan berbasis sistem untuk keselamatan pasien dan manajemen risiko, yang didukung oleh pelatihan bagi seluruh staf.





- Pengakuan Resmi: Rumah sakit memperoleh status akreditasi paripurna, yang menunjukkan komitmen terhadap mutu layanan.

Proses akreditasi rumah sakit yang dilaksanakan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 menunjukkan hasil yang positif. Rumah sakit telah berhasil mencapai standar mutu dan keselamatan pasien, meskipun masih terdapat beberapa area yang memerlukan perhatian lebih lanjut.

Rekomendasi:

- Perbaikan Berkelanjutan: Rumah sakit perlu mengintegrasikan prinsip *Continuous Quality Improvement* (CQI) dalam seluruh proses pelayanan.
- Penguatan Kapasitas SDM: Pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan harus terus dilakukan untuk menghadapi tantangan layanan yang semakin kompleks.
- Investasi Teknologi: Penggunaan teknologi informasi, seperti rekam medis elektronik, perlu ditingkatkan untuk mendukung akurasi dan efisiensi pelayanan.
- Evaluasi Berkala: Pelaksanaan internal audit harus dilakukan secara berkala untuk memastikan keberlanjutan implementasi standar akreditasi.

Grafik 5.14
Capaian Akreditasi RS Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



○ Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal adalah Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan.

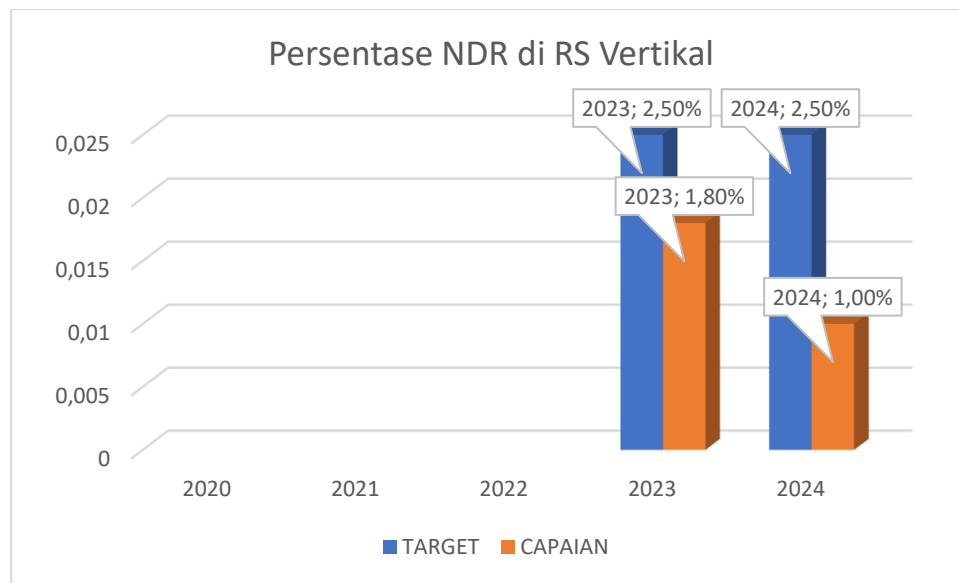




Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal pada tahun 2024 adalah 1% dari standar <2,5%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.15
Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum ada kendala yang berarti terkait angka indikator NDR, masih sesuai standar.

Rekomendasi:

- Dilakukan pertemuan pembahasan kasus pasien yang meninggal di RSMM.
- **Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien**
Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien bertujuan terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu terdiri dari:
 1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar;
 2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.

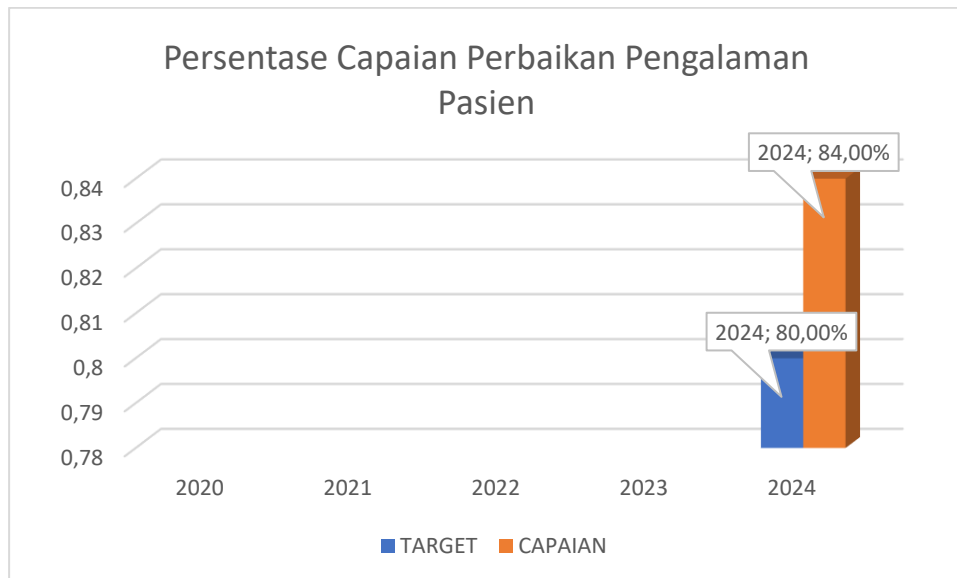
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 84%;
- Indikator “Waktu tunggu rawat jalan” dengan rerata capaian 62,59% (standar ≥80%).





Grafik 5.16
Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Mesin APM ada 1 dan hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.
- SIMRS terkendala (error) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan.
- Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap task pada SIMRS di masing-masing unit.
- Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran by system ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik.
- Overlapping jadwal Poli Eksekutif dengan Poli Reguler untuk beberapa Dokter Spesialis dan atau Dokter Subspesialis.
- Jadwal HFIS belum sesuai dengan jadwal real di lapangan.
- Inkonsistensi kepatuhan dokter untuk patuh melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.
- Belum optimalnya feedback ketepatan waktu Poliklinik kepada dokter yang bersangkutan *person to person* oleh atasan langsung yang terkait.
- Program reward dan punishment yang kurang jelas terkait ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik.





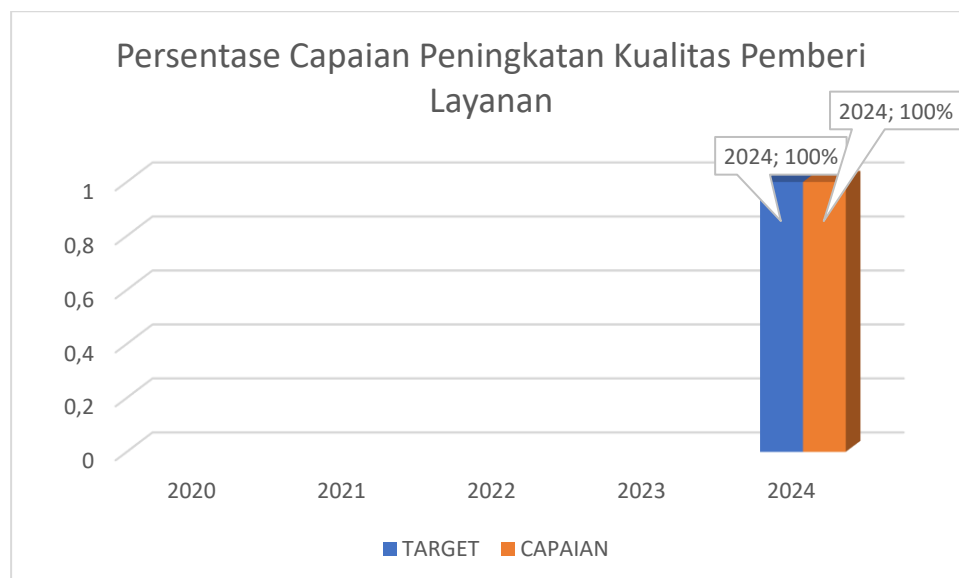
- **Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan**

Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan adalah Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit.

- **Kondisi yang Dicapai Saat ini:**

- Capaian persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.17
Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



- **Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis**

Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis adalah Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.18
Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Iklim budaya audit medik harus didukung sarana dan prasarana memadai seperti masih adanya instrumen yang diisi manual seperti clinical pathways sehingga sulit saat pengumpulan data.

Rekomendasi:

- *Feedback* kepatuhan pengisian form PANSS Remisi per dokter
 - Menghimbau psikiater untuk patuh dalam mengisi formulir PANSS Remisi dalam ERM saat pasien masuk dan pulang
- **Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target**
Persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target adalah Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Pelaporan INM pada aplikasi Kemkes sudah dilakukan tepat waktu maksimal tanggal 10 setiap bulannya.
- Dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Waktu tanggap *Sectio Caesarea emergency*
 - Penundaan operasi elektif

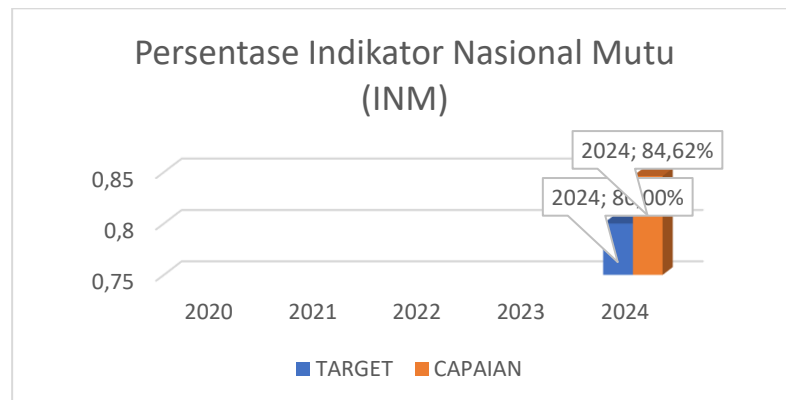




- Kepatuhan waktu visite dokter spesialis
- Pelaporan hasil kritis laboratorium
- Kepatuhan penggunaan formularium nasional
- Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
- Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
- Kecepatan waktu tanggap komplain
- Kepuasan pasien dan keluarga
- INM yang tidak tercapai ada 2 indikator yaitu:
 - Indikator “Kepatuhan penggunaan APD” dengan rerata capaian 98,70% (standar 100%).
 - Indikator “Waktu tunggu rawat jalan” dengan rerata capaian 62,59% (standar $\geq 80\%$).
- Pada indikator yang belum tercapai tersebut sudah dilakukan upaya perbaikan dengan melakukan rapat koordinasi dan monev secara berjenjang untuk masing-masing indikator tersebut.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.19
Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target Tahun 2024
RS Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI.
- Mesin APM ada 1 dan hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.
- SIMRS terkendala (*error*) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan.





- Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap task pada SIMRS di masing-masing unit.
- Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran *by system* ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik.
- *Overlapping* jadwal Poli Eksekutif dengan Poli Reguler untuk beberapa Dokter Spesialis dan atau Dokter Subspesialis.
- Jadwal HFIS belum sesuai dengan jadwal *real* di lapangan.
- Inkonsistensi kepatuhan dokter untuk patuh melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
- Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.
- Belum optimalnya *feedback* ketepatan waktu Poliklinik kepada dokter yang bersangkutan *person to person* oleh atasan langsung yang terkait.
- Program *reward* dan *punishment* yang kurang jelas terkait ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik.

Rekomendasi:

- Melakukan monev dan supervisi kepatuhan penggunaan APD secara rutin dan melakukan reedukasi pada petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD.
- Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang *error*.
- Melakukan ajukan pengadaan mesin APM oleh Instalasi Rekam Medik.
- *Bridging* VClaim sudah selesai dilakukan, namun mesin APM belum dapat mencetak SEP langsung.
- Menghimbau petugas *security* untuk dapat membantu mendaftarkan pasien yang datang *on site* melalui menu pendaftaran online RSJMM Care untuk meningkatkan angka capaian pendaftaran *online*.
- Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien untuk melakukan pendaftaran *online* melalui m- JKN atau RSJMM Care dan setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju.
- Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat Poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh *task* yang ada di SIMRS.
- Melakukan koordinasi dengan para dokter untuk menentukan jadwal praktik masing-masing yang ideal dan berkomitmen untuk mematuhi.
- Rapat koordinasi dengan Tim Kerja Hukum dan Humas, Tim Kerja Pelayanan Medik, dan Tim Kerja Pelayanan Penunjang untuk pemenuhan *display* jadwal Poli Dokter





Spesialis. Saat ini sudah ada jadwal praktik Poliklinik dokter di TPP yang terdisplay dalam TV.

- Rapat koordinasi Tim Kerja Penunjang, Komite Mutu, SPI, Apoteker untuk membahas optimalisasi pelayanan farmasi.
- Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.
- Melakukan redesain jadwal pelayanan Dokter di Poliklinik baik psikiatri dan non psikiatri. Formulir sudah dibagikan dan akan dimasukkan ke dalam jadwal HFIS.
- Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi secara berkala.
- *Feedback* ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik ke Direktur Medik dan Keperawatan, Tim Kerja Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Medik, dan KSM dokter.
- Monev berkala Komite Mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.

○ **Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN**

Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN adalah Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar 6,60%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.20
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN Tahun 2024
RS. Marzoeqi Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Mayoritas kunjungan pasien masih berbasis asuransi JKN.
- **Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional**
- Penelitian terpublikasi adalah hasil penelitian staf internal RS Marzoeqi Mahdi baik sebagai peneliti utama maupun kontributor yang dipublikasikan nasional dan atau internasional dalam bentuk abstrak, jurnal, poster atau makalah lengkap.
- Sumber pembiayaan internal maupun eksternal.

Target publikasi penelitian adalah:

- Tahun 2020 sebanyak 1 penelitian
- Tahun 2021 sebanyak 1 penelitian
- Tahun 2022 sebanyak 1 penelitian
- Tahun 2023 sebanyak 1 penelitian
- Tahun 2024 sebanyak 1 penelitian

Penelitian terdiri dari beberapa tahapan dengan bobot masing-masing sebagai berikut:

1. Usulan 10%
2. Penilaian Komite Etik Penelitian 10%
3. Lolos dari Uji Etik Penelitian 15%
4. Pelaksanaan penelitian 20%
5. Hasil penelitian 20%





6. Publikasi penelitian 25%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian publikasi penelitian nasional dan/atau internasional Tahun Anggaran 2024 adalah 250%.
- Target korporasi tim kerja penelitian 1 jurnal publikasi nasional/internasional. Tercapai 3 publikasi nasional, yaitu:
- Gambaran Kejadian Konflik dan *Containment* dalam Penerapan *Safewards* di Unit Perawatan Intensif Psikiatri (*Riviera Publishing*)
- *The Effect of Clinical Supervision Training on Increasing Compliance with the Five Moments of Hand Hygiene* (Indonesian Journal of Global Health Research)
- *Early Detection of Risk Factor For Suicidal Ideation Among High School Students in DKI Jakarta* (National Public Health Journal)

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.21
Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan

Minat *civitas hospitalia* untuk melakukan penelitian klinis dan penelitian transasional masih terbatas.

Rencana Pemecahan Masalah

- Peningkatan Kompetensi Peneliti.
- Meningkatkan kompetensi manajemen riset





- Penguatan kolaborasi dan Kerjasama Penelitian (Institusi Pendidikan, jejaring pengampunan dan luar Negeri).
- **Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi**

Pelatihan tersertifikasi adalah pelatihan yang diselenggarakan oleh diklit RS Marzuki Mahdi telah diakreditasi PPSDM *upload* Sistem Akreditasi Pelatihan (Siakpel). Target pelatihan tersertifikasi adalah:

 - Tahun 2020 tersertifikasi sebanyak 1 pelatihan
 - Tahun 2021 tersertifikasi sebanyak 5 pelatihan
 - Tahun 2022 tersertifikasi tambahan sebanyak 2 pelatihan
 - Tahun 2023 tersertifikasi tambahan sebanyak 2 pelatihan
 - Tahun 2024 tersertifikasi tambahan sebanyak 3 pelatihan

Tahapan akreditasi pelatihan tersertifikasi PPSDM dengan bobot masing-masing sebagai berikut:

 1. Menyusun kurikulum 20%
 2. Menyusun modul 25%
 3. Upload ke Sistem akreditasi pelatihan 10%
 4. Penyelenggaraan pelatihan 20%
 5. Terakreditasi 25%

Kondisi yang dicapai saat ini:

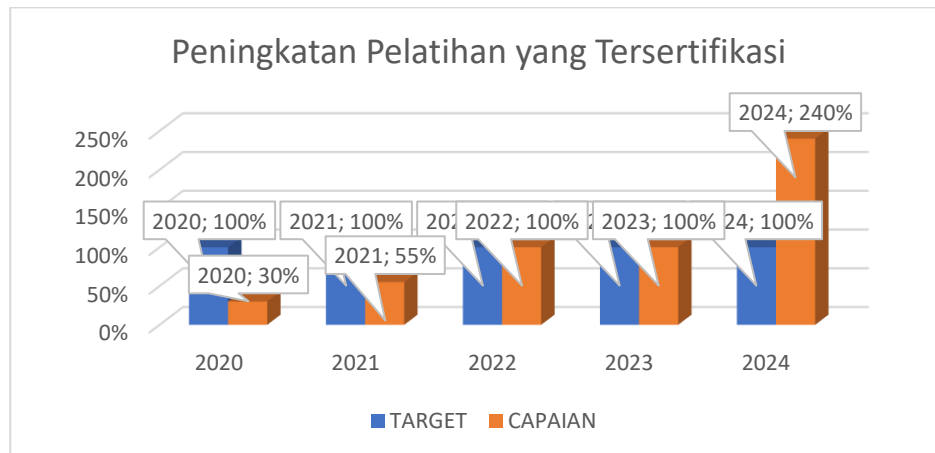
- Capaian peningkatan pelatihan yang tersertifikasi Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar 240%.
- Peningkatan Pelatihan Tersertifikasi, target 100% (5 Pelatihan Tersertifikasi) dengan capaian 16 pelatihan tersertifikasi

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.22
Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi Tahun 2024
RS. Marzuki Mahdi



Hambatan:

- *Planning*

Perencanaan pendidikan dan pelatihan yang belum detail, meliputi jumlah dan spesifikasi kebutuhan pendidikan dan pelatihan staf yang belum proporsional untuk setiap profesi dan sdm kesehatan di PKJN RSJMM.

- *Regulation*

Pelatihan *revenue* yang diselenggarakan oleh instalasi Diklit terkendala dalam pembiayaan yang mesti diberikan pada tenaga pelatih/pengajar/narasumber (internal/eksternal) dan tenaga diklat lainnya yang berkontribusi pada penyelenggaraan Pelatihan Tersertifikasi (*revenue/bisnis*) karena belum adanya petunjuk teknis dari regulasi yang mengatur hal tersebut.

- *Coordination*

Koordinasi antara tim kerja dan instalasi pendidikan dan pelatihan belum bersinergi sepenuhnya. Tata kelola kerja antara Tim Kerja dan Instalasi Diklit perlu untuk diperbaiki, begitu pula dengan koordinasi lintas tim kerja maupun direktorat.

- *Process*

Penyelenggaraan pelatihan tersertifikasi melalui beberapa tahapan yang memerlukan koordinasi lintas direktorat terkait pendayagunaan SDM pada kegiatan Diklat. Persoalan yang timbul terkait tupoksi serta ketersediaan tenaga Kesehatan yang terbatas di unit kerja sehingga akan menambah beban pekerjaan jika terdapat pelatihan yang wajib diikuti oleh pegawai di dalam ruangan.

- *Time*





Perencanaan sampai penyelenggaraan pelatihan tersertifikasi memerlukan waktu yang cukup panjang dan perlu dikerjakan secara simultan dengan tugas tugas kediklatan lainnya.

Upaya Tindak Lanjut:

- Melakukan telaahan atas setiap usulan terkait tugas belajar, pelatihan, simposium, *workshop* dll, berdasarkan daftar TNA 2024, ketersediaan anggaran dan kebijakan dari Rumah Sakit disesuaikan dengan kebutuhan organisasi.
- Untuk pelatihan *revenue* (tersertifikasi) yang menghasilkan, tim kerja Diklat melaksanakan kebijakan Rumah Sakit melalui anggaran lain yang memungkinkan untuk tetap dapat dikeluarkannya surat persetujuan penggunaan anggaran untuk membiayai setiap SDM yang berkontribusi dalam pelatihan dengan tetap merujuk pada ketentuan yang berlaku
- Membangun komunikasi antara tim kerja dan instalasi melalui rapat koordinasi berkelanjutan serta mengupayakan ketersediaan data di satu pintu.
- Memberikan apresiasi (*reward*) kepada setiap tenaga SDM yang berkontribusi penuh pada proses sertifikasi kurikulum dan modul pelatihan melalui penambahan IKI dalam remunerasi, sehingga alokasi waktu diluar tupoksi tetap diperhitungkan.
- Mengembangkan sistem pemetaan kompetensi dan manajemen talenta berdasarkan data pengembangan pegawai di Tim Kerja Diklat berupa pelatihan dan program Pendidikan berkelanjutan yang telah diikuti oleh pegawai.

○ **Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM Bogor**

Sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional (PKJN), RSMM mempunyai tugas sebagai pengampu institusi kesehatan berupa rumah sakit jiwa, rumah sakit umum dan Puskesmas dalam bidang layanan kesehatan jiwa terutama berkaitan dengan layanan unggulan di rumah sakit jiwa pengampu.

Kemitraan kompetensi mitra yang diampu adalah persentase peningkatan kompetensi mitra berdasarkan program yang telah disepakati bersama antara RSMM dan mitra yang diampu. Target kompetensi mitra yang diampu oleh RSMM adalah: satu mitra setiap tahun. Tahapan kegiatan peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh RSMM:

- Advokasi dan korespodensi : 20%
- Pendampingan dan pelatihan RSJ : 20%
- Magang mitra ke RSMM : 20%
- Implementasi kemandirian : 20%





- Monitoring dan evaluasi : 20%

Target capaian terhadap tahapan capaian tahun 2024: 100%

Hasil yang dicapai:

Untuk tahap awal selama tahun 2024 PKJN RSJMM dalam melaksanakan tugas sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional telah melaksanakan beberapa kegiatan antara lain:

- Jejaring Pengampuan
 - Pertemuan Daring
Yaitu kegiatan yang dilaksanakan secara daring, hal ini dilaksanakan sebagai tahap pengampuan dengan menarik data rumah sakit jiwa (daerah) di Indonesia untuk menyusun rencana kegiatan dan strategi PKJN kedepan.
 - Visitasi
Yaitu melakukan visitasi ke delapan rumah sakit jiwa di daerah dan rumah sakit umum yang akan menjadi rumah sakit jiwa di daerah untuk menilai kesiapan rumah sakit jiwa sesuai dengan standar yang akan ditentukan.
 - WorkShop
Kegiatan ini dilaksanakan di Bogor dalam rangka memberikan persamaan persepsi rumah sakit jiwa di Indonesia tentang standar SDM, Alkes, dan memetakan rumah sakit jiwa di Indonesia untuk melihat strata rumah sakit.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.23
Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi





○ **Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna**

RSJ mempunyai tugas sebagai pengampu institusi Kesehatan berupa RSJ/ RSUD/ PKM dalam bidang layanan Kesehatan jiwa terutama berkaitan dengan layanan unggulan di RSJ pengampu.

Peningkatan kompetensi mitra yang diampu adalah persentase peningkatan kompetensi mitra berdasar program yang telah disepakati bersama antara RSJMM dan mitra yang diampu.

Target kompetensi mitra yang diampu oleh RSMM adalah:

- Tahun 2020: 1 mitra
- Tahun 2021: 1 Mitra
- Tahun 2022: 1 Mitra
- Tahun 2023: 1 Mitra
- Tahun 2024: 1 Mitra

Tahapan kegiatan peningkatan Kompetensi Mitra yang diampu oleh RSJMM

1. Advokasi, korespondensi, Assesment dan MoU (25%);
2. Pendampingan dan pelatihan RSJ (dalam jaringan atau luar jaringan) (25%);
3. Magang Mitra ke RSJMM (25%);
4. Kemandirian layanan (25%).

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna 2024. Adalah 1 Rumah Sakit. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.24
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi





○ **Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama**

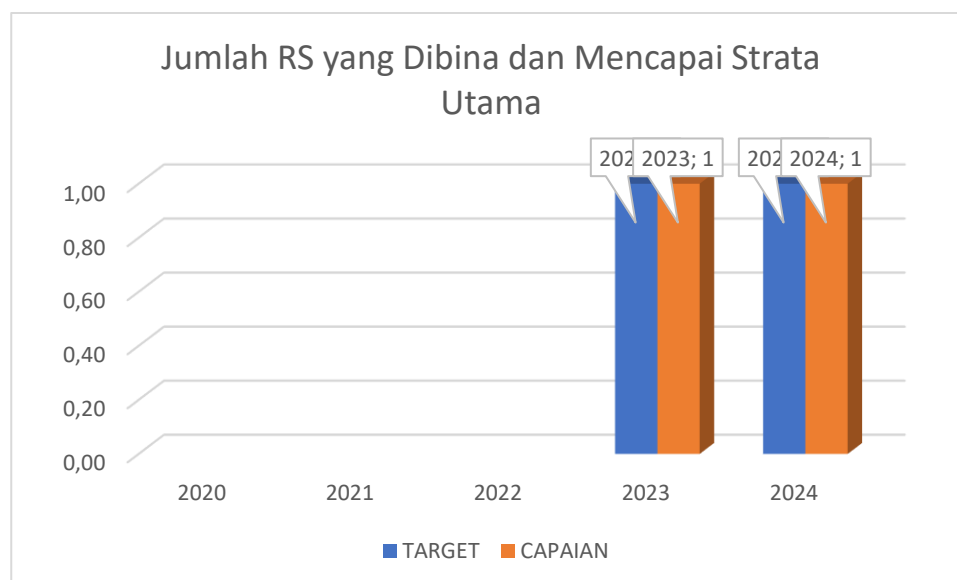
Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama mempunyai tujuan terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan dengan definisi operasional:

1. Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal;
2. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama Tahun 2024 adalah 1 Rumah Sakit. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.25
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama Tahun Anggaran 2024
RS Marzoeeki Mahdi



○ **Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya**

Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata Madya mempunyai tujuan terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan dengan definisi operasional:

1. Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal;
2. Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK.

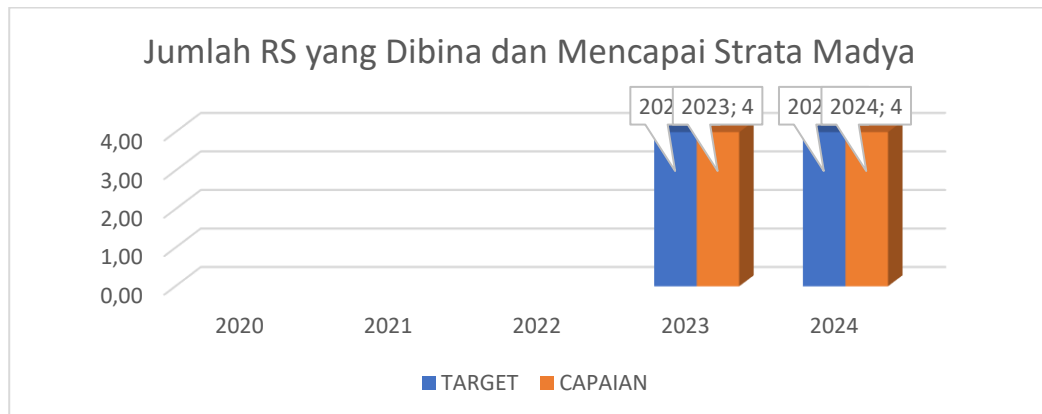




Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya Tahun 2024 adalah 4 Rumah Sakit. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.26
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya Tahun 2024
RS. Marzoeqi Mahdi



- **RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama Internasional**

RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama Internasional adalah Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan peninjauan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Telaksananya kerjasama Internasional dengan program layanan *Perinatal Mental Health Center* (PMHC)





Grafik 5.27
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



Rekomendasi:

- Menjalan layanan PMHC
- **Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal**
- Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi adalah Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki *respon time* kurang dari 1 jam

Target yang ditetapkan :

2021 :60%

2022: 70%

2023: 85%

2024: 85%

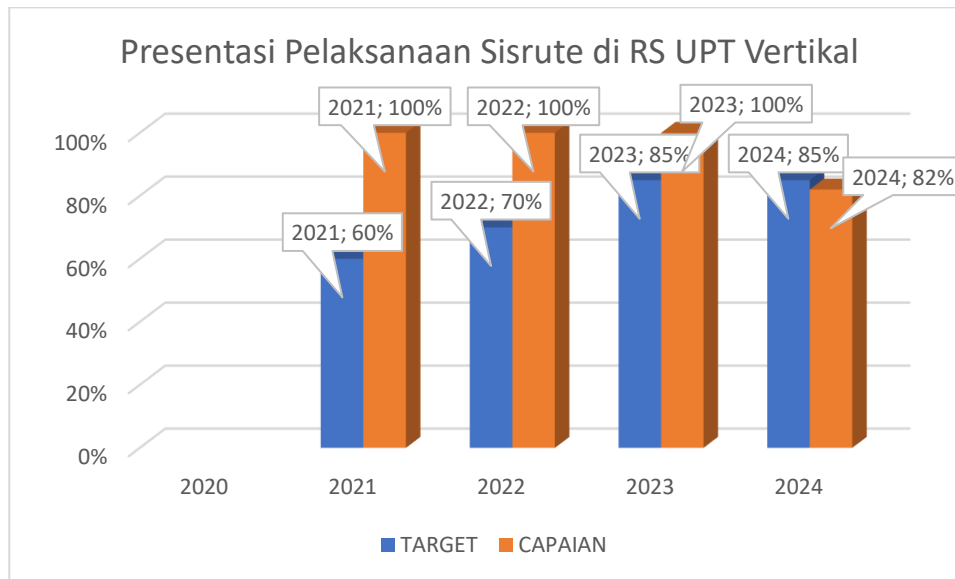
Kondisi yang dicapai saat ini:

- Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RSMM tahun 2024 sudah tercapai sebesar 82% dengan target sebesar 85%. Berikut disampaikan grafik hasil pencapaian indikator Sistrute, yaitu:





Grafik 5.28
Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal capaian masih dibawah standar, dikarenakan :
- Belum ada tim khusus *call centre*/admin yang memantau aplikasi rujukan seperti SISRUTE.
- Komputer yang digunakan untuk SISRUTE digunakan pula untuk pengisian elektronik rekam medik (ERM).
- Sistem SISRUTE dapat otomatis *ter-logout* pada waktu tertentu jika tidak di refresh
- Alur pengaduan SISRUTE belum jelas.

Rekomendasi:

- Pembentukan tim khusus *call centre*/admin pengelola sistem rujukan, sementara belum ada maka tugas tersebut dilakukan oleh perawat jaga yang secara berkala melakukan pengecekan sistem rujukan membuat check list.
- Peralatan khusus seperti PC/komputer sistem rujukan.
- Adanya jalur pengaduan yang mudah diakses dan siap 24 jam.

○ **Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM**

Pengukuran capaian Wilayah Bebas dari Korupsi Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBK/WBBM) dilaksanakan melalui pelaksanaan program/ kegiatan yang mengacu pada standar penilaian WBK/WBBM.





Targetnya adalah:

- Tahun 2020 : Persiapan dan Pencanaan WBK, bimbingan dari Itjen
- Tahun 2021 : Self Assessment WBK minimal 75
- Tahun 2022 : Bimbingan, Self Assessment dan Penilaian oleh TPI
- Tahun 2023 : Persiapan dan usulan penilaian TPN,
- Tahun 2024 : Pencanaan WBBM

Tahapannya adalah:

1. Tahun 2021 : Laporan Perkembangan Pokja (Januari - Desember) , *Self Assessment* oleh Itjen;
2. Tahun 2022 : Laporan Perkembangan Pokja (Januari - Desember), Bimbingan, *Self Assessment* dan Penilaian TPI;
3. Tahun 2023 : Laporan Perkembangan Pokja (Januari - Desember), Persiapan dan usulan penilaian TPN;
4. Tahun 2024 : Laporan Perkembangan Pokja (Januari - Desember), Pencanaan WBBM.

a. Manajemen Perubahan

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Marzoeqi Mahdi telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Manajemen Perubahan. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) Telah menyusun tim kerja Pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM); (2). Disusunnya Rencana Kerja Pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) yang terdiri dari penanggungjawab, ketua, sekretaris, sekretariat, dan anggota tim; (3). Membentuk tim agen perubahan sejak tahun 2019; (4). Tim agen perubahan terdiri dari para pimpinan, yakni Direktur Utama, Para Direktur, Pejabat Fungsional dan Pejabat Pelaksana..

b. Penataan Tatalaksana

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Marzoeqi Mahdi telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penataan Tatalaksana. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) Merubah format Standar Operasional Prosedur (SOP) sesuai dengan SOP- (2). Terdapat e-office; (3). serta sudah menjalankan keterbukaan informasi publik melalui website www.rsmmbogor.com, sehingga masyarakat dapat mengetahui berbagai informasi





terkait RS Marzoeeki Mahdi; (4). memiliki Standar Pelayanan Minimal.

c. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Marzoeeki Mahdi telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM). Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) merencanakan kebutuhan pegawai yang mengacu pada kebutuhan; (2) Mengembangkan Pola Mutasi Internal; (3). Melaksanakan Pengembangan pegawai berbasis kompetensi; (4). Melakukan penetapan kinerja individu; (5). Menegakkan aturan disiplin/etika; dan (6). mengembangkan sistem informasi pegawai.

d. Penguatan Akuntabilitas

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Marzoeeki Mahdi telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penguatan Akuntabilitas. Antara lain: (1) pimpinan terlibat secara langsung dalam penyusunan Perencanaan seperti penyusunan RKAKL, RKT, Rencana Strategis Bisnis (RSB), Rencana Induk Pengembangan (RIP). (2). Pimpinan terlibat secara langsung dalam penyusunan penetapan kinerja. (3). Pimpinan melakukan penilaian pencapaian kinerja secara berkala. (4) Disusun Indikator Kinerja Utama (IKU) yang *Specific, Measurable, Aggressive, Realistic, and Time Bound* (SMART); (5). Laporan kinerja disusun sesuai dengan waktu yang telah ditentukan; dan Pengelolaan akuntabilitas kinerja dilaksanakan oleh pegawai yang kompeten di bidangnya.

e. Penguatan Pengawasan

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Marzoeeki Mahdi telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penguatan Pengawasan. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) Pengendalian gratifikasi (2) Penerapan Sistem Pengawasan Internal Pemerintah. (3) Pengaduan Masyarakat (Dumas). (4) Wistle Blowing System (WBS). (5) Benturan kepentingan. Untuk program tersebut RS Marzoeeki Mahdi telah melakukan *public campaign* melalui website di www.rsmmbogor.com, *banner* dilaksanakan evaluasi dan pelaporan setiap bulannya.

f. Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Marzoeeki Mahdi telah





melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) RS Marzoeki Mahdi telah mempunyai Standar Pelayanan Minimal (SPM).

SPM RSMM tahun 2019 telah direview dan sudah disusun draft Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Marzoeki Mahdi. (3) RSMM juga sudah mempunyai layanan terpadu yakni sistem informasi integrated. (4) RSMM telah melakukan survey layanan kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan yang disediakan oleh RSMM. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud yaitu:

Grafik 5.29
Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM Tahun 2024
RS Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

Dalam pelaksanaan Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) RSMM, terdapat beberapa hambatan, diantaranya adalah:

- a. Manajemen Perubahan
 - Belum optimalnya proses pendokumentasian kegiatan Manajemen Perubahan di RS Marzoeki Mahdi.
- b. Penataan Tatalaksana
 - Belum Optimalnya review SOP-AP pada unit kerja
 - Lemahnya koordinasi pihak-pihak terkait untuk menyelesaikan masalah penyelesaian dan pengajuan SPM RSMM.
- c. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)
 - Kurangnya koordinasi dalam hal monitoring dan evaluasi pemenuhan kebutuhan





pegawai, pola mutasi internal. Kurangnya sosialisasi kode etik.

d. Penguatan Akuntabilitas

- Belum 100% pegawai mempunyai kesadaran mempunyai kewajiban menyerahkan laporan kinerja tepat waktu.

e. Penguatan Pengawasan

- Masih adanya Temuan BPK dan Inspektorat Jenderal yang belum selesai ditindaklanjuti yang merupakan hambatan utama tidak dapat dilaksanakan *self assessment* tahun 2023.

o **Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi**

Peningkatan kemampuan Sumber daya Manusia (SDM) berbasis kompetensi adalah upaya RS dalam meningkatkan kompetensi Sumber daya Manusia (SDM) sehingga memenuhi standar persyaratan Jabatan yang diembannya.

Peningkatan SDM berbasis Kompetensi dinilai dengan mengukur prosentase jumlah Sumber daya Manusia (SDM) yang memiliki Kompetensi sesuai persyaratan jabatan dari total seluruh Sumber daya Manusia (SDM) RS.

Indeks Pengukuran Profesionalitas ASN (Permenpan No.38 Tahun 2018 tentang Pengukuran Indeks Profesionalitas ASN) adalah suatu instrument yang digunakan untuk mengukur secara kuantitatif yang hasilnya ditetapkan untuk menilai dan mengevaluasi tingkat profesionalitas pegawai.

Kondisi yang dicapai saat ini:

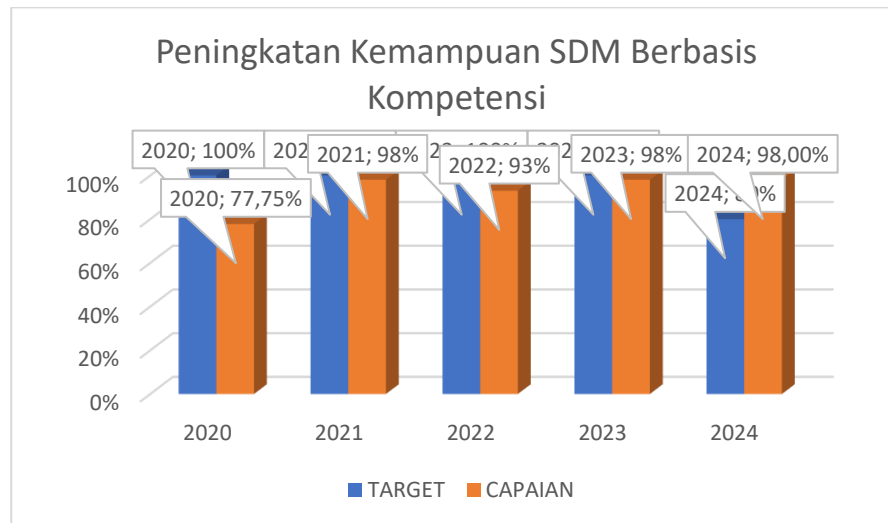
- Peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia berbasis kompetensi, dengan capaian 98% dari target 80%.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.30
Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Capaian indikator yang dikoordinasi oleh Tim Kerja OSDM dari IKU RSB secara umum telah memenuhi bahkan melampaui target secara signifikan, namun masih ada beberapa kendala/hambatan untuk capaian yang optimal, yaitu:
- Masih adanya pegawai yang memiliki pendidikan dibawah Diploma III (Diploma II, SMA dan SLTP).
- Beberapa pegawai, khususnya pegawai dengan jabatan pelaksana dengan pendidikan dibawah DIII yang kurang mempunyai minat untuk mengikuti pengembangan kompetensi non formal (workshop, seminar, pelatihan dan lain-lain).

Rekomendasi:

- Mendorong pegawai dengan pendidikan DIII ke bawah untuk mengikuti pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi (minimal DIII).
 - Mengadakan dan kegiatan pengembangan kompetensi yang dapat diikuti oleh pegawai dengan jabatan pelaksana dengan pendidikan di bawah DIII.
- **Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja**
- Tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja dinilai dengan Disiplin diukur dengan kehadiran sesuai jam kerja, dengan bobot 70%
- Target Kehadiran (Kumulatif) :
- >150 jam = 100%





>140-150 jam = 90%

< 140 jam = 80%

- Patuh diukur dengan tidak adanya teguran tertulis dari Bagian SDM, dengan bobot 30%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja, dengan capaian 100% dari target 100%.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud yaitu:

Grafik 5.31
Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- *Staff Shortages*

Mulai berkurangnya SDM dari generasi *Baby Boomers* akibat pensiun, menjadi masalah dalam perekrutan di tenaga kesehatan khususnya tenaga dokter spesialis. Hal ini menyebabkan adanya beberapa layanan yang tidak optimal dan layanan yang tidak dapat dilaksanakan.

- *Turnover Rates*

Rasio perputaran SDM yang tinggi dapat menyebabkan kendala kurangnya jumlah staf yang dibutuhkan untuk sebuah Rumah Sakit. Dengan demikian upaya mempertahankan karyawan dengan dedikasi dan kinerja yang baik akan menjadi solusi preventif.

- *Employee Burnout*





Kondisi pekerjaan yang memberikan tekanan tingkat tinggi seperti jumlah pasien yang banyak namun ada juga jumlah pasiennya belum optimal bahkan dapat dikatakan sangat sedikit. Kondisi demikian menyebabkan pelayanan kepada pasien menjadi kurang maksimal.

Rekomendasi:

- Melakukan perubahan kebijakan dalam manajemen SDM rumah sakit.
- Menyempurnakan sarana kerja baik untuk SDM maupun untuk sistem.
- Menyempurnakan sistem-sistem (SDM, layanan, keuangan) di rumah sakit.
- Melakukan pengembangan kompetensi melalui *inhouse training* maupun *outhouse training*.
- Membangun komunikasi antar pegawai dengan manajemen, pegawai dengan pegawai, maupun antar unit kerja.
- Melakukan kegiatan untuk meningkatkan budaya kerja dan jiwa corsa terhadap institusi.

○ **Overall Equipment Effectiveness (OEE)**

Overall Equipment Effectiveness (OEE) adalah suatu cara untuk mengukur efektifitas peralatan secara keseluruhan dalam penerapan program *Total Productive Maintenance* (TPM) yang dilihat dari ketersediaan, kinerja dan kualitas alat kesehatan.

Ketersediaan (*availability*) adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tersebut direncanakan beroperasi.

Kinerja (*performance*) adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat.

Kualitas (*quality*) adalah mutu yang dihasilkan oleh suatu alat.

Alat yang diukur adalah *Trans Magnetic Stimulation* (TMS) dan *Neurofeedback*.

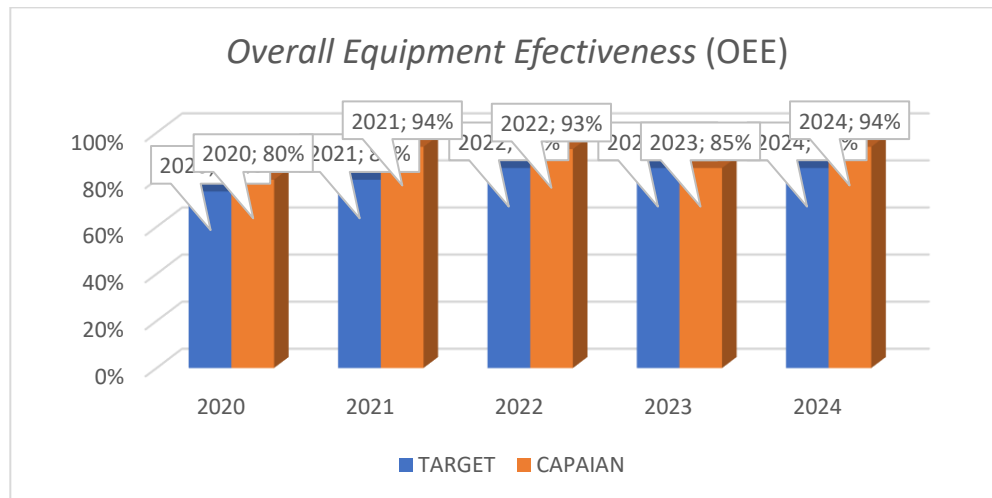
Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian indikator OEE pada periode Tahun Anggaran 2024 mencapai 94% dari target 85%. Jumlah alat yang diukur pada indikator OEE ada 3 macam, yaitu alat ECT, alat TMS (*Transcranial Magnetik Stimulation*) dan alat *neurofeedback*. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.32
Overall Equipment Effectiveness (OEE) Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

Terdapat beberapa kendala yang dihadapi selama periode Tahun Anggaran 2024, diantaranya adalah:

- Penggunaan alat ECT untuk pasien jiwa sampai dengan periode Tahun Anggaran 2024 masih rendah berkaitan dengan kesediaan dokter spesialis jiwa untuk merujuk pasiennya mendapatkan terapi ini.
- Terdapat kendala berupa ruangan khusus ECT yang baru selesai disiapkan pada sekitar bulan Juni 2024 karena menunggu proses perpindahan ruang ECT ke Ruang Bima yang sempat dipakai untuk relokasi Ruang ICU yang sedang menjalani renovasi.
- Terdapat beberapa sarana dan prasarana ruang pemeriksaan yang kurang layak, seperti bangunan yang kumuh karena menggunakan ruangan pada bangunan lama sehingga terkesan kuno dan kurang representative.

Rekomendasi:

- Diharapkan Manajemen dapat meningkatkan minat dan kompetensi dokter spesialis kesehatan jiwa untuk menggunakan alat ECT dalam terapi modalitasnya terhadap pasien.
- Pemanfaatan ruang ECT di ruang Bima agar dapat segera diaktifkan
- Perbaikan pada sarana dan prasarana pada ruang pemeriksaan terutama Ruang ECT, Ruang TMS dan Ruang *NeuroFeedback* agar dibuat lebih modern dnegan dukungan anggaran yang memadai. Optimalisasi Pemasaran Alat Kesehatan melalui paket –





paket layanan yang menarik bagi Masyarakat.

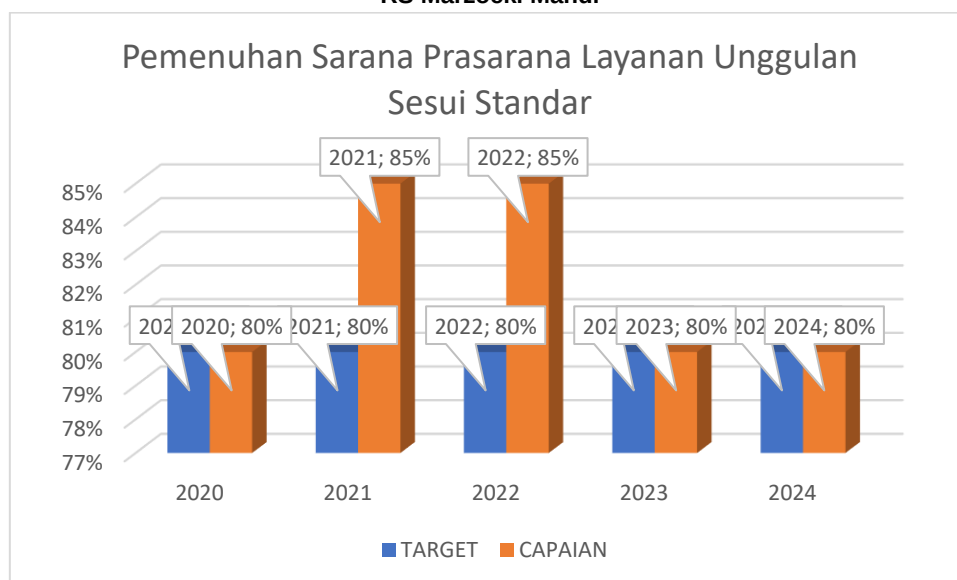
○ **Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar**

Pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar adalah pemenuhan sarana dan prasarana untuk memenuhi kebutuhan layanan unggulan di Rumah Sakit sesuai dengan standar yang telah ditetapkan baik berdasarkan kualitas maupun kuantitas. Sesuai unggulan tahun 2023 yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 yaitu *Assessment Center*, anak dan remaja, Geriatri terpadu dan Napza Rawat jalan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian indikator Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 80% dari target 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.33
Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

Terdapat beberapa kendala yang dihadapi selama periode Tahun Anggaran 2024, diantaranya adalah:

- Terdapat perubahan pola pemeliharaan bangunan tidak bertingkat Tahun Anggaran 2024, dimana anggaran pemeliharaan yang tersedia hanya difokuskan pada beberapa lokasi bangunan saja dan tidak termasuk untuk bangunan layanan unggulan. Hal ini berpotensi terjadinya kendala dalam upaya pemeliharaan bangunan





pada layanan unggulan jika tiba-tiba dibutuhkan,

- Terdapat restriksi (maksimal 85%) pada anggaran belanja barang yang menggunakan anggaran BLU akibat penyesuaian dengan kondisi keuangan RS, hal ini berpotensi menyebabkan beberapa kebutuhan sarana dan prasarana pada layanan unggulan tidak terpenuhi.

Rekomendasi:

- Diharapkan pada TA 2025 anggaran pemeliharaan untuk bangunan pada beberapa layanan unggulan dapat diprioritaskan,
- Pengadaan barang dan jasa untuk layanan unggulan agar dapat direalisasikan pada periode semester II Tahun Anggaran 2024 terutama pada saat kondisi keuangan BLU telah pulih.

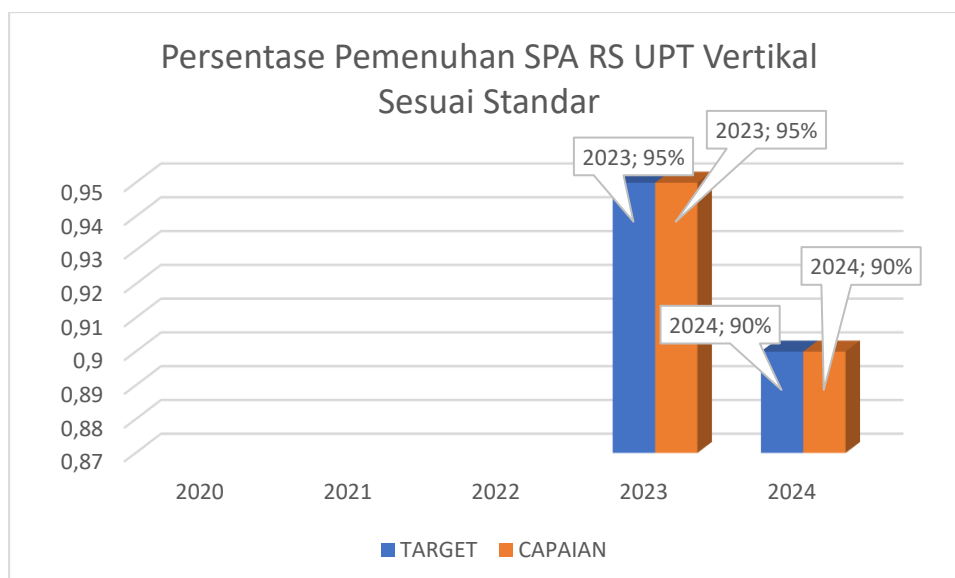
○ Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 90% dari target 90%. Berikut adalah grafik yang dimaksud.

Grafik 5.34
Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Tidak ada kendala

Rekomendasi:

- Belum ada

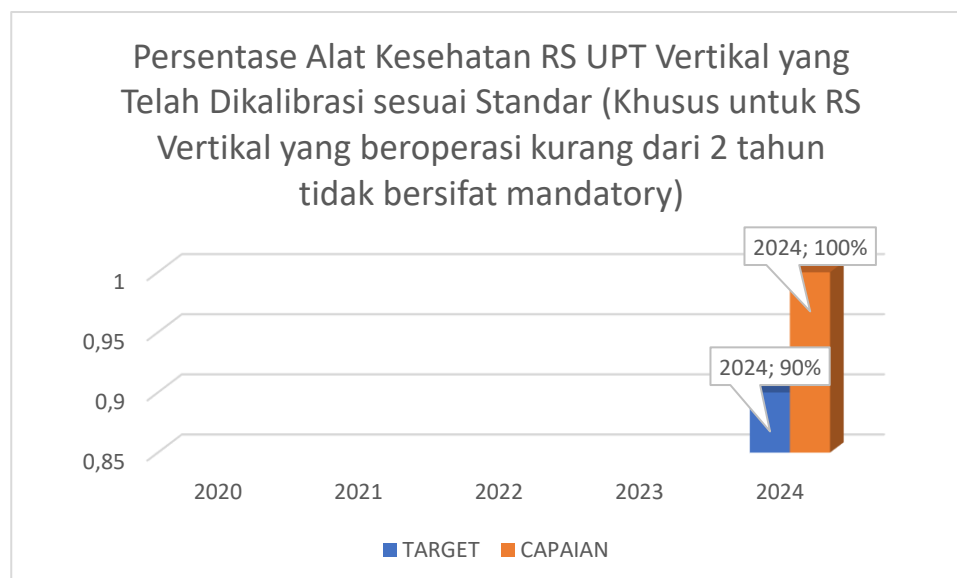
- **Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi sesuai Standar (Khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)**

Definisi Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi sesuai Standar (Khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory) adalah Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah di kalibrasi pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 100% dari target 90%. Berikut adalah grafik yang dimaksud:

Grafik 5.35
Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal Sesuai Standar Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Tidak ada Kendala

Rekomendasi:

- Belum ada





○ **Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan**

Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan merupakan aplikasi yang dibangun untuk pelaksanaan sistem pembinaan pengelolaan keuangan dengan mekanisme Badan Layanan Umum yang digunakan oleh Direktorat PPK BLU, Satuan Kerja BLU, Kanwil DJPb, Dewan Pengawas yang meliputi profil, modul laporan pembinaan, modul dewas, modul analisis data, modul data keuangan, modul tarif, modul remunerasi, modul penetapan, modul Rencana Bisnis Anggaran (RBA), modul permohonan izin. Modul pengelolaan kinerja, modul dokumentasi dengan memanfaatkan sumber daya dan teknologi informasi.

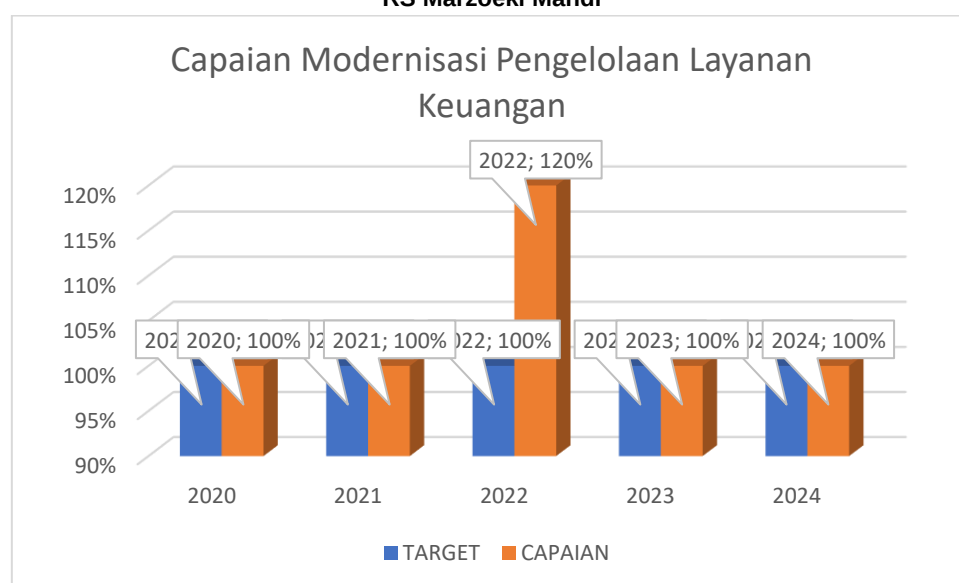
Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dengan tahapan yang harus diselesaikan. Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU yang ditetapkan oleh Direktur PPK BLU Ditjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian BIOS Tahun 2024 sudah sesuai dengan target sebesar 100%,
- Integrasi SIMRS dan Aplikasi BIOS sudah berjalan,
- Laporan terkait perencanaan dan keuangan sudah di upload pada aplikasi BIOS.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.36
Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan Tahun 2024
RS Marzoeeki Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Sistem IT belum terintegrasi secara komprehensif

Rekomendasi:

- Membangun IT terintegrasi secara komprehensif
- Tim SIRS RS terus mengoptimalkan dan rebuild data base

- **Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi**

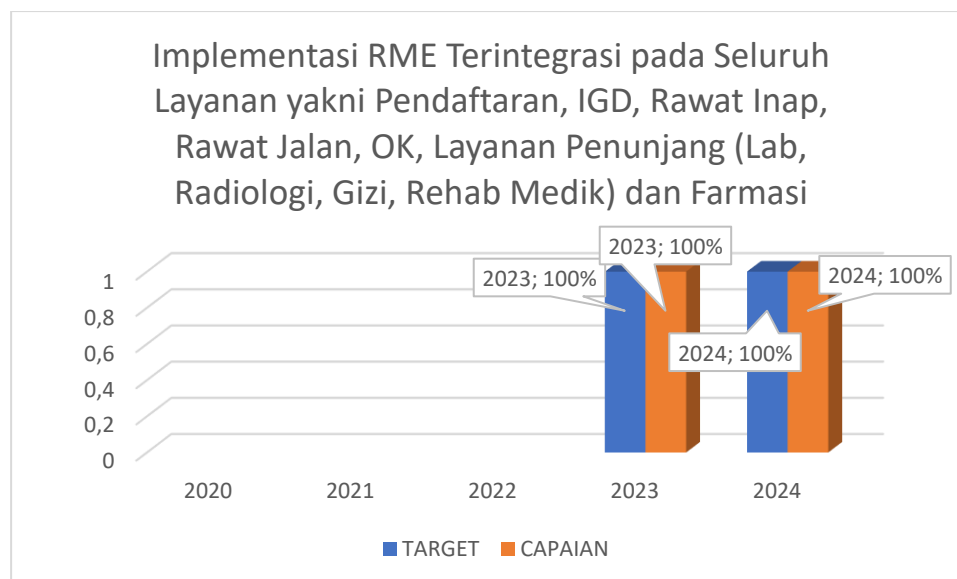
Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Prosentase Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi Tahun Anggaran 2024 sudah sesuai target sebesar 100% dengan target sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.37

Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi Tahun 2024 RS Marzoeeki Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Masih ada beberapa formular rekam medis yang menggunakan formulir manual terutama formulir yang memerlukan tanda tangan pasien / keluarga contohnya:
 - General Consent,
 - Informed Consent,
 - Form Pasien pulang atas permintaan sendiri (APK).

Rekomendasi:

- Penyediaan *Finger Print* untuk tanda tangan pasien atau keluarga menggunakan sidik jari.

5.1.2 Capaian Indikator Kinerja Terpilih Tahun Anggaran 2024

Tabel 5.2 Capaian IKT Tahun Anggaran 2024

NO	INDIKATOR	TW I		TW II		TW III		TW IV	
		REALISASI	NILAI CN	REALISASI	NILAI CN	REALISASI	NILAI CN	REALISASI	NILAI CN
1	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan			88,13	109,02			88,25	107,96
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	78,05%	98,54	65,75%	94,97	66,47%	92,25	68,80%	91,07
3	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	65%	95,71	76,44%	105,52	79,87%	106,75	80,36%	105,99
4	Pasien Adiksi Napza yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	100%	120	100%	120	98,24%	120	100%	120
5	Implementasi WHO QR dan Safewards dalam Penyelenggaraan Layanan Kesehatan	90,24%	109,69	87,09%	107,17	87%	107,15	88%	105,98
6	Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (POBO)	67,67%	120	53,02%	110,05	59,19%	117,34	53,55%	110,14
7	Persentase Pencapaian Target PNPB BLU	17,26%	109,04	40,49%	110,98	62%	107,73	81%	92,75
8	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	4,58	120	5	120	5	120	4	108,57
9	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	96,33%	101,65	100%	104	96,40	101,42		
10	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	100%	120	42,82%	104,23	63,49%	103,49	100,24%	115,18
11	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100	100%	100	100%	100	100%	98,55
TOTAL CAPAIAN KINERJA			109,46		107,81		107,61		
IKT			2,00		1,80		1,80		





5.1.3 Capaian Indikator Kinerja Individu Tahun 2024

Tabel 5.3 Capaian IKI Tahun Anggaran 2024

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	TAHUN ANGGARAN 2024		
					HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)
PELAYANAN MEDIS							
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP)	100%	0,05	83,33%	80	4
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0,05	97,34%	100	5
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0,01%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (<i>Psychiatric Intensive Care Unit</i>)/UIP	≤1,5%	0,05	0%	100	5
	5	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%	0,07	100%	100	7
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤5%	0,05	0%	100	5
	7	Cuci Tangan (<i>Hand Hygiene</i>)	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UIP	≥95%	0,07	95,82%	100	7
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Keluhan (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0,02	81,2 menit	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0,05	47,37 menit	100	5
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0,05	1:27:00	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0,05	0 jam 49 menit 31 detik	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0,05	0 jam 30 menit 0 detik	100	5
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	80%	0,02	83,22%	100	2
PELAYANAN KEUANGAN							
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBK Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1	53,55%	100	10
						JUMLAH TS	99
						NILAI IKI	2





5.1.4 Target dan Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit Tahun Anggaran 2024

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 4 tahun 2019 tentang standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan rumah sakit, bahwa pengertian Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yangberhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

Ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal di RS Marzoeeki Mahdi diatur juga dalam SK Dirut RSMM NO. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan.

Hasil capaian indikator mutu prioritas unit kerja di Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan Tahun Anggaran 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4
Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat Medik dan Keperawatan

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
2	Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
3	Pelaksanaan dan Dokumentasi <i>High Alert Double Check</i>	100%	100.00%	100.00%	98.69%	100.00%	99.67%
4	Kepatuhan pelaksanaan <i>Surgery Safety Checklist</i>	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	91.66%	89.80%	92.84%	93.19%	91.87%
6	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
7	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%	90.38%	89.63%	91.03%	85.60%	89.16%
8	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia	70%	71.90%	68.69%	79.87%	80.37%	75.21%
9	Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup	70%	97.62%	100.00%	98.25%	100.00%	98.97%
10	Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
11	Waktu tunggu pelayanan farmasi	80%	58.42%	62.26%	64.90%	59.49%	61.27%
12	Kepuasan pasien dan keluarga	76.61%	89.11%	87.89%	88.96%	87.94%	88.48%
13	Tingkat kepuasan pegawai	80%	N/A	N/A	N/A	85.85%	85.85%
14	Implementasi FMEA di RS	80%	N/A	N/A	N/A	100.00%	100.00%
15	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	100.00%
16	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	>76.61%	92.18%	93.62%	90.78%	90.84%	91.86%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Capaian IMP tahun 2024, dari enambelas Indikator Mutu Prioritas duabelas indikator sudah tercapai, yaitu:
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Kepatuhan pelaksanaan metode TBAK





- Pelaksanaan dan Dokumentasi *High Alert Double Check*.
 - Kepatuhan pelaksanaan *Surgery Safety Checklist*
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
 - Optimalisasi perawatan pasien SKizofrenia
 - Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup
 - Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan
 - Kepuasan pasien dan keluarga
 - Tingkat kepuasan pegawai
 - Implementasi FMEA di RS
 - Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional
 - Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya Pendidikan klinis.
2. Terdapat satu indikator yang belum tercapai, yaitu:
- Waktu tunggu pelayanan farmasi dengan rerata capaian TA 2024 sebesar 61,27% (standar 80%) namun mengalami penurunan hasil capaian di beberapa bulan terakhir tahun 2024 dengan adanya *redesign* alur farmasi.

Kendala dan permasalahan:

1. Waktu tunggu pelayanan farmasi yang rendah (Capaian TA 2024: 61,27%, Standar 80%) akibat redesign alur farmasi yang belum optimal.
2. Ketersediaan obat yang tidak memadai, yang menyebabkan petugas farmasi harus membuat salinan resep untuk pasien.
3. Proses pembuatan salinan resep manual memakan waktu tambahan sekitar 10 menit.
4. Pengelolaan resep BPJS memerlukan waktu tambahan 10 menit untuk melengkapi berkas pasien BPJS.
5. Load resep meningkat karena semua resep langsung diproses oleh petugas farmasi, yang meningkatkan beban kerja.

Hal yang sudah dilakukan:

1. *Redesign* alur farmasi telah dilakukan, tetapi masih belum efektif dalam mengurangi waktu tunggu.
2. Pemantauan stok obat dilakukan, namun belum sepenuhnya mengatasi masalah ketersediaan obat.





3. Pembuatan salinan resep dilakukan manual oleh petugas farmasi, meski menambah waktu tunggu.
4. Melengkapi berkas BPJS dilakukan secara manual, meski menambah waktu sekitar 10 menit.
5. Proses semua resep tetap diproses oleh farmasi tanpa ada prioritas, sehingga meningkatkan beban kerja.

Rekomendasi:

1. Pertahankan capaian.
2. Rekomendasi perbaikan indikator mutu "Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia" walaupun capaian sudah mencapai standar adalah:
 - *Feedback* kepatuhan pengisian form PANSS Remisi per dokter
 - *Menghimbau* psikiater untuk patuh dalam mengisi formulir PANSS Remisi dalam ERM saat pasien masuk dan pulang.

5.1.5 Pencapaian Kinerja Direktorat dan Komite

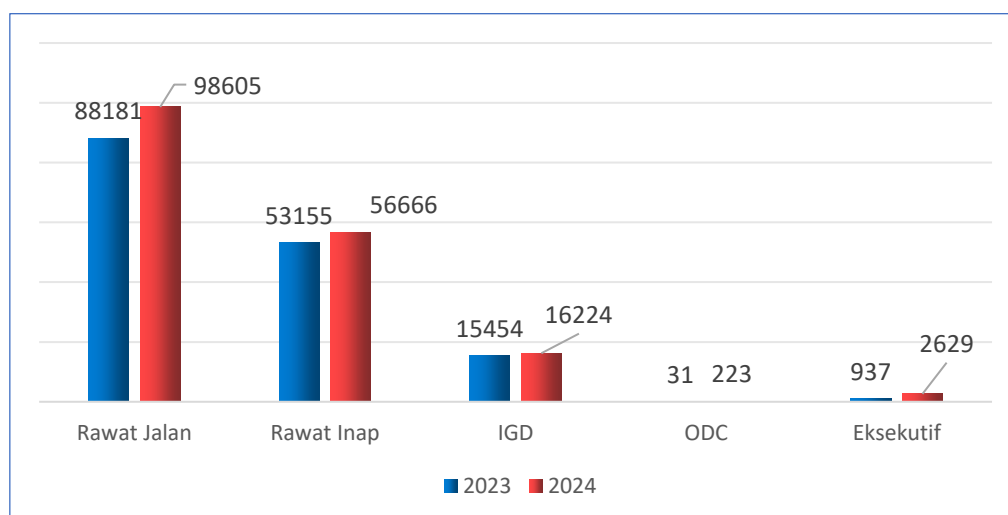
5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan

5.1.5.1.1 Tim kerja Pelayanan Penunjang

1. Pelayanan Farmasi

a. Pelayanan Resep

Grafik 5.38
Perbandingan Jumlah Lembar Resep Tahun 2023 dan 2024





Tabel 5.5
Perbandingan Jumlah Lembar Resep Tahun 2023 dan 2024

No	Pelayanan	2023			2024			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	Rawat Jalan	82800	88761	107%	82800	98605	1,19	11%
2	Rawat Inap	73790	53155	72%	73790	56666	0,77	7%
3	IGD	20263	15454	76%	20263	16224	0,80	5%
	Total	176853	157370	89%	176853	171495	97%	9%

Tabel 5.6
Pertumbuhan Jumlah Pelayanan Resep Tahun 2024

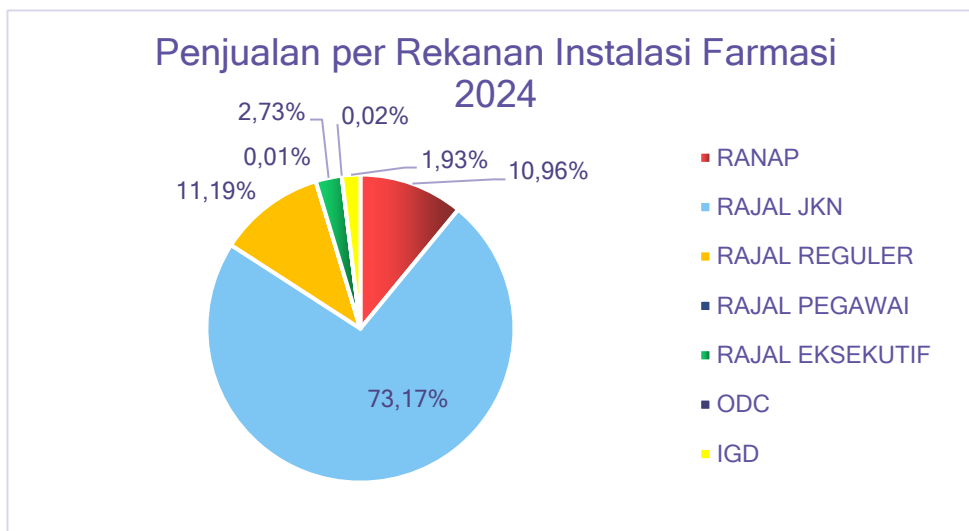
NO	PEMAKAIAN OBAT	HPP	MARGIN	JUMLAH
1	OBAT RAWAT JALAN KRONIS JKN 23 HARI	Rp 7.149.779.397,63	Rp 2.001.938.231,34	Rp 9.151.717.628,97
2	OBAT RAWAT JALAN JKN PAKET (7 HARI)	Rp 2.509.671.793,11	Rp 627.417.948,28	Rp 3.137.089.741,38
3	OBAT RAWAT INAP JKN	Rp 2.511.655.500,00	Rp 627.913.875,00	Rp 3.139.569.375,00
4	OBAT JKN IGD	Rp 427.267.770,00	Rp 106.816.942,50	Rp 534.084.712,50
5	OBAT JKN ODC	Rp 2.814.960,00	Rp 703.740,00	Rp 3.518.700,00
6	OBAT RAWAT JALAN JAMINAN	Rp 139.586.680,00	Rp 34.896.670,00	Rp 174.483.350,00
7	OBAT RAWAT INAP JAMINAN	Rp 88.132.040,00	Rp 22.033.010,00	Rp 110.165.050,00
8	OBAT POLI EKSEKUTIF JAMINAN	Rp 1.453.200,00	Rp 363.300,00	Rp 1.816.500,00
9	OBAT RAWAT JALAN PERORANGAN	Rp 651.715.000,00	Rp 162.928.750,00	Rp 814.643.750,00
10	OBAT RAWAT INAP PERORANGAN	Rp 98.029.625,00	Rp 24.507.406,25	Rp 122.537.031,25
11	OBAT IGD PERORANGAN	Rp 31.654.400,00	Rp 7.913.600,00	Rp 39.568.000,00
12	OBAT POLI EKSEKUTIF PERORANGAN	Rp 651.715.000,00	Rp 162.928.750,00	Rp 814.643.750,00
13	COPY RESEP	Rp 18.313.120,00	Rp 4.578.280,00	Rp 22.891.400,00
	JUMLAH	Rp 14.281.788.485,74	Rp 3.784.940.503,36	Rp 18.066.728.989,10

Pendapatan obat kronis Rawat Jalan Bulan November 2024 sampai dengan 11 Desember 2024 tidak ada, karena pemberian resep 23 hari dialihkan ke Apotek kerja sama BPJS (keterbatasan obat di RSMM).



b. Pelayanan Resep berdasarkan Jenis Pembayaran

Diagram 5.1
Pelayanan Resep berdasarkan Rekanan Cara Bayar Tahun 2024



c. Capaian Indikator Mutu Instalasi Farmasi

Tabel 5.7
Capaian Indikator Mutu Farmasi Tahun 2024

Indikator	Standar	Capaian											
		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Waktu tunggu obat jadi	< 30 menit	29 menit	27 menit	24 menit	28 menit	27 menit	28 menit	30 menit	29 menit	29 menit	29 menit	30 menit	30 menit
Waktu tunggu obat racik	≤ 60 menit	57 menit	57 menit	60 menit	58 menit	58 menit	59 menit	60 menit	59 menit	60 menit	59 menit	57 menit	60 menit
Kepatuhan obat sesuai formas	> 80%	97.41%	97.05%	96.82%	96.89%	97.04%	97.06%	96.94%	96.62%	97.39%	97.25%	97.30%	97.34%
Kepatuhan obat sesuai formularium RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tidak adanya kesalahan fase pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,99%
Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Penggunaan APD Dalam melaksanakan Tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ketersediaan obat sesuai formularium rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ketersediaan Sarana dan Prasarana Hand Hygiene	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Menyiapkan Elektrolit konsentrat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Perencanaan Tahunan Obat Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 80%	84%	81%	80%	80%	80%	80%	81,37%	80%	81%	79,5%	80%	80%
Perencanaan Tahunan BMHP Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 50%	53%	53%	54,6%	52,17%	50,26%	43%	44%	46%	46%	47,3%	44%	42%
Tidak Ada Reagen yang Expired dalam Tahun Berjalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Petugas Untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan diaplikasi SIMRS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- 1) Resep yang dilayani pada Tahun 2024 sebanyak 174.347 lembar resep, pertumbuhan 10,52%.
- 2) Jumlah resep rawat jalan yaitu sebanyak 98.605 lembar resep (rawat jalan regular+JKN) dan 2.629 lembar resep (eksekutif), atau naik sebanyak 16.589 lembar resep dibandingkan tahun 2023.



- 3) Dengan adanya *e-prescribing* potensi KNC berkurang signifikan, namun tetap diperlukan identifikasi saat memberikan no antrian dan penyerahan obat.
- 4) Serah obat rawat jalan JKN harus diambil di hari yang sama karena input klaim JKN harus *real time*. Apabila ada pasien yang ambil di hari berikutnya masih dilayani namun masih diberi edukasi.
- 5) Sebagian besar resep sudah diserahkan ke Adm pasien hari H+2 pelayanan resep.

d. Kendala dan Rencana Tindak Lanjut

1) Kendala

- a) Waktu tunggu obat jadi (WTOJ) < 30 menit (27,90 menit)
 - Resep masuk ke depo pada saat bersamaan pada saat *peak hour* sehingga resep langsung menumpuk.
 - Tahapan *review* terlalu banyak dan proses *review* pada SIMRS membutuhkan waktu.
 - Pencetakan nomer antri obat harus menunggu pasien hadir dan lapor ke farmasi.
 - Peresepan dokter tidak sesuai dengan SOAP dalam e-RM sehingga membutuhkan waktu untuk konfirmasi sebelum *approval*.
 - Dokter tidak patuh pada retriksi obat.
 - Terjadi *traffic server data base overload* sehingga memperlambat waktu tunggu.
 - Dokter lupa menyimpan resep elektronik sebagai proses order secara *Eprescribing* di SIMRS ke farmasi.
 - Petugas farmasi lupa klik selesai, sehingga proses penyelesaian resep memanjang.
- b) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)

Kepatuhan penulisan resep obat fornas mengalami tren peningkatan dari bulan Februari sampai Desember 2024 dengan nilai rata-rata melebihi SPM yaitu 97%, tetapi masih ada obat-obatan non fornas yang ditulis dalam resep.
- c) Pengelolaan sediaan Farmasi dan BMHP
 - Adanya revisi anggaran maka perencanaan mengalami beberapa kali perubahan menyesuaikan anggaran, sehingga proses pengadaan terhambat.





- Untuk pemenuhan kebutuhan bulan Januari hingga bulan April dilakukan beberapa kali pengajuan obat Cito dan pengambilan obat melalui apotik MOU.
- Adanya pending pembayaran sehingga distributor tidak dapat mengirimkan Obat/BMHP sesuai pesanan.
- Pada pelaksanaan *supervise trolly/tas* kit emergensi, masih ditemukan trolly/tas kit emergensi posisi tidak terkunci setelah ada pemakaian obat dan BMHP dan tidak lapor petugas farmasi.
- Pada saat ruangan melaporkan pemakaian obat/BMHP trolly/tas kit emergency belum semua ruangan siap dengan laporan berita acara dan resep untuk penggantian obat.
- Pada saat ruangan melaporkan pembukaaan dan penggunaan obat emergensi, sudah terlambat. Pasien sudah pulang atau meninggal dunia dan billing di SIMRS sudah ditutup, sehingga pemakaian obat dan BMHP tidak bisa diinput sesuai pasien yang menggunakan.

d) Pelayanan Farmasi dan Farmasi Klinis

- Kejadian efek samping obat di ruang rawat belum dilaporkan oleh petugas ruang secara konsisten. Sehingga kejadian ESO baru diketahui oleh Apoteker saat melakukan pemantauan penggunaan obat.
- Monitoring efek samping obat sudah dilaksanakan oleh apoteker pada ruangan yang dikunjungi tetapi belum pada semua ruangan lainnya yang tidak dikunjungi apoteker.

2) Rencana Tindak Lanjut

a) Waktu tunggu obat jadi (WTOJ) < 30 menit (28,20 menit)

- Pengaturan dinas pada saat *peak hour* dan mengatur kembali jadwal dokter serta pendaftaran dokter sesuai jadwal.
- Menyederhanakan tahapan *review* resep, serta kepatuhan dalam penyelesaian klik pada SIMRS.
- Pencetakan nomer antri obat, sementara dihilangkan, dan berganti menjadi memunculkan nama pasien pada *display* obat.
- Memunculkan estimasi waktu tunggu obat pada *display* farmasi.
- Dokter lebih paham retriaksi obat, sehingga apoteker tidak perlu melakukan konfirmasi.
- Kepatuhan dokter pada setiap tahapan SIMRS “klik simpan”.





- Ditetapkan 1 orang farmasi untuk eksekusi selesai pelayanan obat.
- b) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)

Walaupun nilai kepatuhan terhadap penggunaan Fornas selama Januari – Desember 2024 sudah memenuhi SPM (97%), tetapi masih diperlukan regulasi mengenai kebijakan persepan obat di luar Fornas serta penyusunan terapi yang digunakan di dalam panduan praktek klinik dan penyusunan Formularium Rumah Sakit. Sehingga biaya penggunaan obat pasien JKN dapat ditekan dan dokter memiliki pedoman di dalam memberikan obat yang diperlukan selama perawatan pasien.
- c) Pengelolaan sediaan Farmasi dan BMHP
 - Untuk mengatasi kekosongan obat dan BMHP dilakukan pemesanan melalui apotik MOU dan membuat ajuan pengadaan CITO.
 - Untuk mengatasi *pending* pembayaran koordinasi dengan tim teknis, verifikator, dan pihak keuangan RSMM.
 - Mengajukan perbaikan dan pengembangan billing SIMRS dan sistem *hardware computer*.
- d) Pelayanan Farmasi dan Farmasi Klinis
 - Sosialisasi mengenai prosedur pelaporan kejadian ESO dari ruang rawat kepada Instalasi Farmasi, sehingga semua kejadian ESO dapat dipantau dan dievaluasi dengan baik.
 - Melakukan pengaturan apoteker dalam melakukan kegiatan farmasi klinis.
 - Laporan kejadian ESO dibuat dan dilengkapi dengan algoritma Naranjo untuk menentukan kejadian ESO tersebut.
 - Laporan disampaikan kepada Kepala Instalasi untuk kemudian diserahkan kepada Pusat MESO Nasional di Badan Pengawasan Obat dan Makanan.

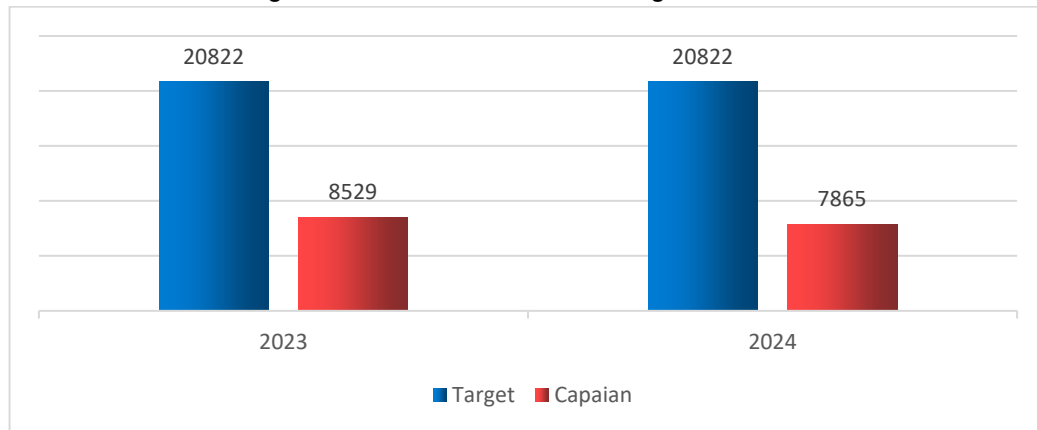
2. Pelayanan Radiologi Imaging dan Elektromedik

a. Capaian Layanan Radiologi dan Imaging

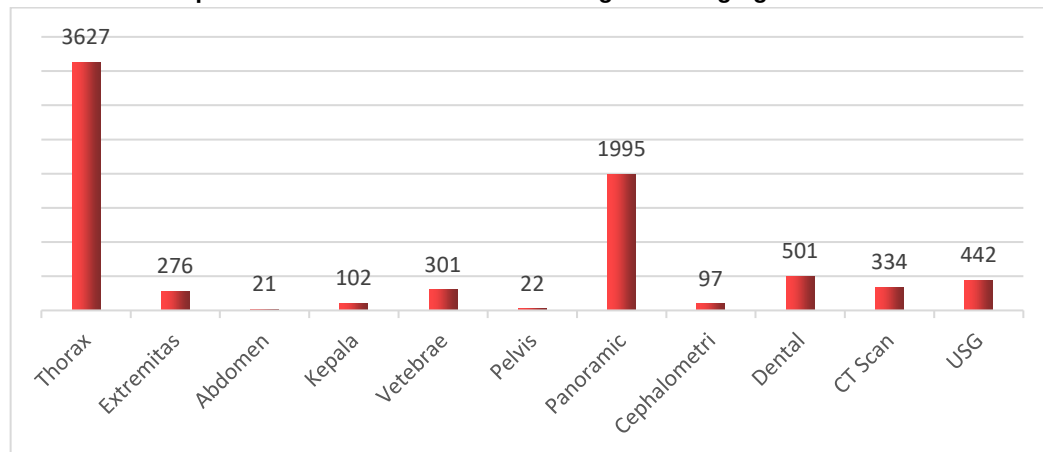




Grafik 5.39.
Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi Tahun 2023 dan 2024



Grafik 5.40
Capaian Jumlah Pemeriksaan Radiologi dan Imaging tahun 2024



Tabel 5.8
Perbandingan Capaian Kinerja Radiologi dan Imaging Tahun 2023 dan 2024

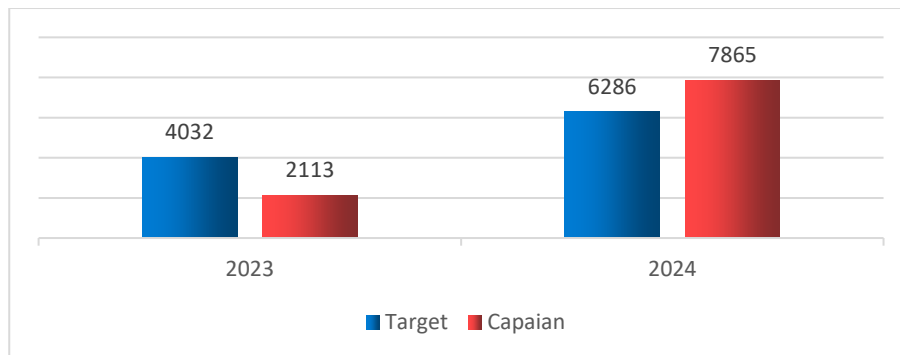
No	Jenis Pemeriksaan	2023			2024			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	Thorax	10543	3854	37%	10543	3627	34%	-6%
2	Extremitas	1078	366	34%	1078	276	26%	-25%
3	Abdomen	507	468	92%	507	21	4%	-96%
4	Kepala	454	94	21%	454	102	22%	9%
5	Vetebrae	1231	648	53%	1231	301	24%	-54%
6	Pelvis	144	86	60%	144	22	15%	-74%
7	Panoramic	1709	2095	123%	1709	1995	117%	-5%
8	Cephalometri	91	147	162%	91	97	107%	-34%
9	Dental	250	287	115%	250	501	200%	75%
10	CT Scan	401	57	14%	401	334	83%	486%
11	USG	4414	427	10%	4414	442	10%	4%
	Total	20822	8529	41%	20822	7718	37%	-10%



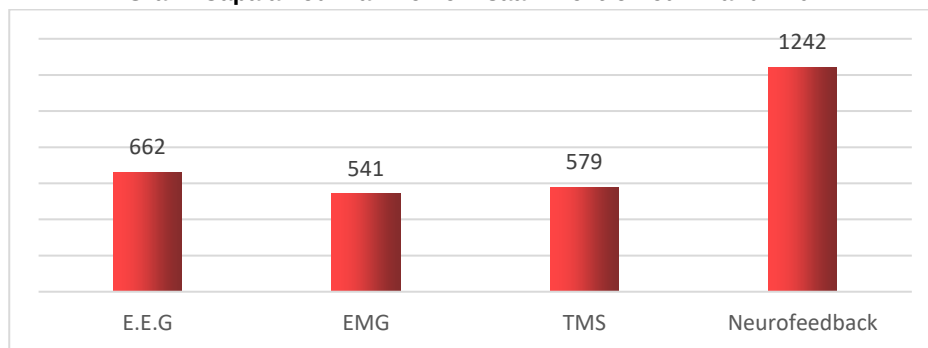


b. Capaian Layanan Elektromedik

Grafik 5.41
Grafik Perbandingan Jumlah Kegiatan Elektromedik
Tahun 2023 dan 2024



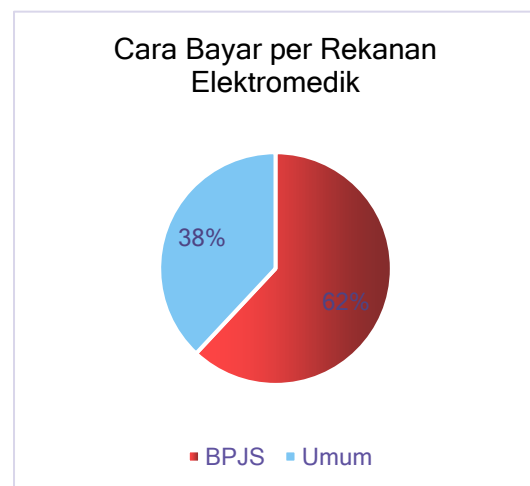
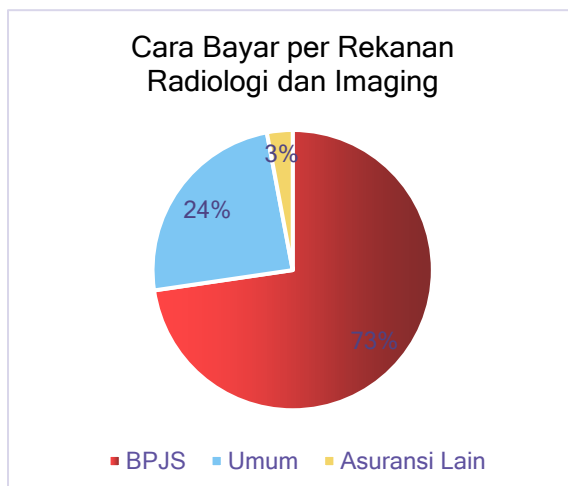
Grafik 5.42
Grafik Capaian Jumlah Pemeriksaan Elektromedik Tahun 2024



Tabel 5.9
Pertumbuhan Layanan Elektromedik Tahun 2024

No	Jenis Pemeriksaan	2023			2024			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	E.E.G	1118	594	53%	356	662	186%	11%
2	EMG	300	413	138%	891	541	61%	31%
3	TMS	1118	510	46%	1848	579	31%	14%
4	Neuro Feedback	1118	596	53%	792	1242	157%	108%
Total		3654	2113	58%	3887	3024	78%	43%

Diagram 5.2
Diagram Capaian Berdasarkan Rekanan Cara Bayar Radiologi, Imaging dan Elektromedik tahun 2024



Tabel 5.10
Pencapaian Indikator Mutu Radiologi, Imaging dan Elektromedik Tahun 2024

Indikator	Standar	Capaian											
		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Waktu tunggu obat jadi	< 30 menit	29 menit	27 menit	24 menit	28 menit	27 menit	28 menit	30 menit	29 menit	29 menit	29 menit	30 menit	30 menit
Waktu tunggu obat rakik	≤ 60 menit	57 menit	57 menit	60 menit	58 menit	58 menit	59 menit	60 menit	59 menit	60 menit	59 menit	57 menit	60 menit
Kepatuhan obat sesuai formas	> 80%	97.41%	97.05%	96.82%	96.89%	97.04%	97.06%	96.94%	96.62%	97.39%	97.25%	97.30%	97.34%
Kepatuhan obat sesuai formularium RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tidak adanya kesalahan fase pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,99%
Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Penggunaan APD Dalam melaksanakan Tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ketersediaan obat sesuai formularium rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ketersediaan Sarana dan Prasarana Hand Hygiene	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Menyiapkan Elektrolit konsentrat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Perencanaan Tahunan Obat Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 80%	84%	81%	80%	80%	80%	80%	81,37%	80%	81%	79,5%	80%	80%
Perencanaan Tahunan BMHP Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 50%	53%	53%	54.6%	52.17%	50.26%	43%	44%	46%	46%	47,3%	44%	42%
Tidak Ada Reagen yang Expired dalam Tahun Berjalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Petugas Untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan diaplikasi SIMRS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

c. Capaian Mutu Instalasi Radiologi, Imaging dan Elektromedik

- 1) Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging selama tahun 2024 adalah sebanyak 7718 dengan pertumbuhan 0,10 dibandingkan tahun 2023.
- 2) Kegiatan radiodiagnostik dan imaging yang terbanyak adalah Pemeriksaan Thorax yaitu sebanyak 3627 pemeriksaan.
- 3) Pencapaian mutu radiologi sudah tercapai sesuai standar yang telah ditetapkan.

d. Kendala Dan Rencana Tindak Lanjut

- 1) Kendala :
 - a) Pemeriksaan radiologi masih belum mencapai target, karena pemeriksaan terutama di rawat jalan masih rendah.
 - b) Alat CT-scan tidak operasional penuh dalam setahun karena proses penggantian *sparepart*, sehingga pemeriksaan tidak dilakukan.
- 2) Rencana Tindak Lanjut
 - a) Optimalisasi dan pelaksanaan program pengembangan RSMM pada tahun 2025 seperti produk layanan di pelayanan non psikiatri, klinik reguler dan eksekutif, assessment center, MCU, klinik pemeriksaan calon Umroh dan Haji,





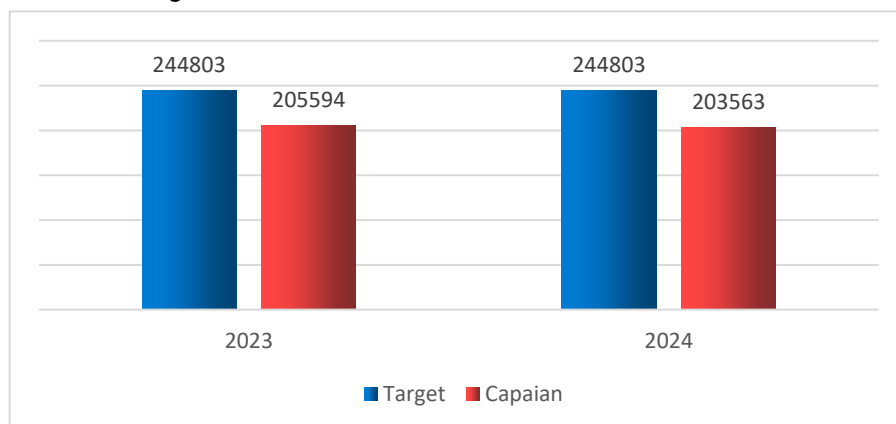
pemeriksaan kesehatan pegawai, calon legislatif dengan pemeriksaan radiologi sebagai bagian dalam paket pemeriksaan.

- b) Meningkatkan promosi dengan branding alat untuk mendorong peningkatan utilitas alat-alat radiologi pemeriksaan khusus termasuk pemenuhan CT-scan bagi pasien reguler dan rujukan luar.
- c) Meningkatkan kompetensi SDM agar dapat melakukan semua jenis pemeriksaan
- d) Jaminan Available (ketersediaan) alat yaitu dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti kerusakan peralatan, pergantian dan pemeliharaan terjadwal, keamanan alat terkait pemeliharaan, percepatan perbaikan, penggantian sparepart dan sistem kelistrikan di RSMM.

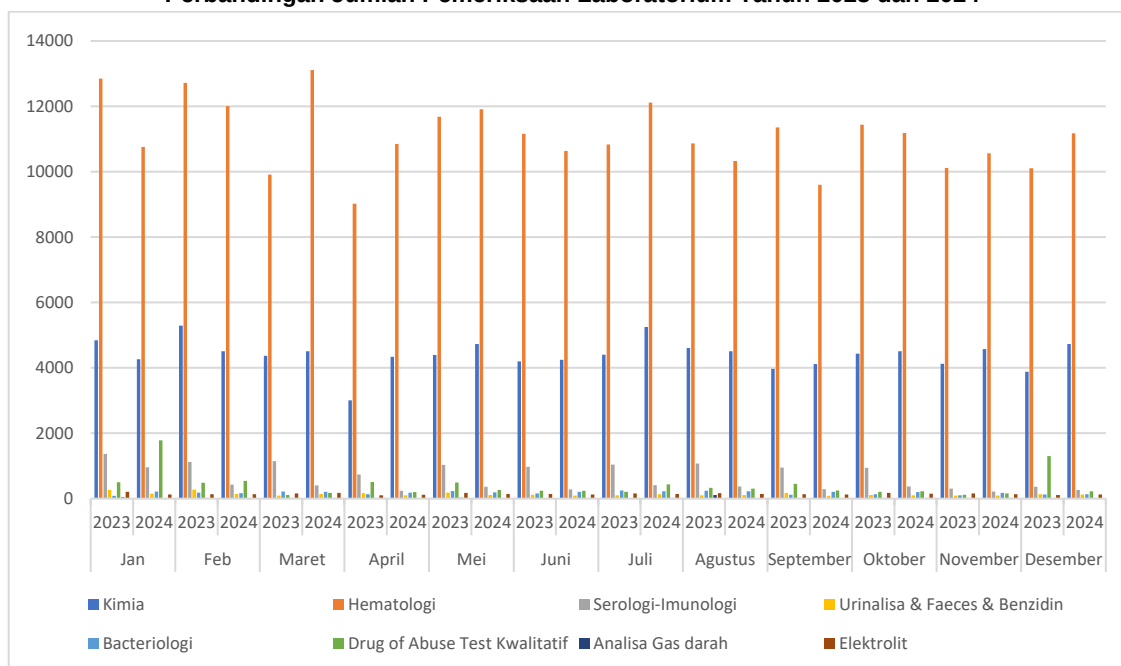
3. Pelayanan Laboratorium

a. Pemeriksaan Laboratorium

Grafik 5.43
Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2023 dan 2024



Grafik 5.44
Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2023 dan 2024



Tabel 5.11
Perbandingan jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2023 dan 2024

No	Jenis Pemeriksaan	2023			2024			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	Kimia	112320	51531	46%	47686	54308	114%	5%
2	Hematologi	103872	132070	127%	103872	134264	129%	2%
3	Serologi-Imunologi	11490	11056	96%	11489	4615	40%	-58%
4	Urinalisa & Faeces & Benzidin	11845	1820	15%	1480	1397	94%	-23%
5	Bacteriologi	1152	1997	173%	497	2345	472%	17%
6	Drug of Abuse Test Kualitatif	2094	4963	237%	3251	4802	148%	-3%
7	Analisa Gas darah	535	320	60%	431	154	36%	-52%
8	Elektrolit	1495	1837	123%	2256	1678	74%	-9%
		244803	205594	84%	170962	203563	119%	-1%

b. Capaian Indikator Mutu Instalasi Laboratorium

Pemantapan mutu internal dilakukan setiap bulan, antara lain melakukan QC pada alat-alat laboratorium, monitoring suhu penyimpanan reagen dan suhu ruangan, juga mengenai standar pelayanan minimal laboratorium.

Tabel 5.12
Capaian Indikator Mutu Laboratorium Januari - Juni 2024

Indikator	Standar	Capaian											
		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
1 Waktu Tunggu Pelayanan Lab (WTPL)	< 120 menit	0:43:22	0:50:46	00:46:29	01:01:10	00:47:56	00:47:31	00:48:27	00:47:48	00:45:48	00:44:53	00:45:37	00:49:31
2 Tidak Adanya Kejadian Tertukarnya Specimen Pemeriksaan Lab	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3 Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4 Efektifitas Penggunaan Labu Darah	> 90%	100%	100%	97,10%	100%	100%	100%	100%	97,19%	100%	100%	100%	100%
5 Angka Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
6 Angka Pengulangan Pemeriksaan Lab	5%	0,00%	0,00%	0,03%	0,03%	0,00%	0,00%	0,03%	0,06%	0,03%	0,00%	0,03%	0,00%
7 Pelaporan Nilai Kritis	< 5 menit	0:01:02	0:01:24	0:02:42	0:01:23	0:01:02	0:01:59	0:01:21	0:01:19	0:01:49	0:01:31	0:02:45	0:02:11
8 Waktu Tunggu Pelayanan Cito	< 50 menit	0:20:50	0:18:50	0:19:08	0:20:57	0:19:26	0:19:41	00:50:00	0:18:56	0:18:50	0:18:21	0:18:09	0:20:29

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa :

- capaian Indikator SPM Laboratorium tercapai sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- WTPL pasien tercapai target >120 menit, yaitu 48 menit 15 detik.
- Capaian angka pengulangan spesimen pada bulan November 2024 yaitu 0,0% dapat diartikan tidak adanya pengulangan pengambilan spesimen.
- Untuk efektifitas penggunaan labu darah pada bulan Desember 2024 mencapai 100%. Hal ini memenuhi standar yang ditetapkan yakni > 90% yaitu tidak terdapat sisa labu darah yang dikembalikan karena pasien mengalami reaksi transfusi.
- Tidak ditemukan adanya reaksi transfusi, sehingga indikator mutu untuk kejadian transfusi mencapai standar yang ditetapkan yaitu ≤ 0,01.

c. Capaian, Kendala Dan Rencana Tindak Lanjut

- Capaian Pelayanan
 - Tidak ditemukan adanya reaksi transfusi, sehingga indikator mutu untuk kejadian transfusi mencapai standar yang ditetapkan yaitu ≤ 0,01.
 - Jenis pemeriksaan laboratorium terbanyak adalah pemeriksaan hematologi, yaitu sebanyak 124.264 dan yang terkecil adalah analisa gas darah 154 pemeriksaan.
 - Tingkat pertumbuhan pemeriksaan laboratorium mengalami pertumbuhan sebesar -0,010.
 - Jumlah Rata-Rata pemeriksaan laboratorium perhari (365 hari) mencapai 558 pemeriksaan.
 - Peningkatan Mutu Laboratorium yaitu pemantapan mutu internal dilakukan





setiap bulan, antara lain melakukan QC pada alat-alat laboratorium, monitoring suhu penyimpanan reagen dan suhu ruangan.

2) Kendala

- a) Untuk kegiatan pelayanan darah masih terbatas. Unit belum mampu untuk menyediakan labu darah dengan pengelolaan secara mandiri. Saat ini ruangan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) sudah dilengkapi dengan lampu kerja dan sudah dipasang kaca film.
- b) Masih diperlukan kelengkapan alat penunjang BDRS seperti alat *crossmatch*. Kondisi saat ini sedang mencari merek dan spesifikasi alat tersebut untuk diajukan.
- c) Alat hematologi *analyser* tidak berfungsi, dikarenakan CPU alat mengalami kerusakan akibat tersambar petir.
- d) Pengembangan kompetensi tenaga laboratorium masih kurang, seperti kurangnya petugas BDRS.
- e) Belum tersedianya tenaga kesehatan D3 tranfusi darah, guna menunjang pelayanan bank darah.
- f) Alat *centrifuge* yang belum bisa beroperasi karena masih menunggu penggantian *sparepart*. Alat pemeriksaan pada lab cito tidak bisa mengirimkan hasil secara otomatis, dikarenakan alat terkena petir kembali dan belum ada perbaikan.
- g) Penginputan hasil pemeriksaan tidak lagi otomatis, dikarenakan alat penunjang pengirim hasil rusak akibat petir dan lonjakan listrik. Sehingga penginputan dilakukan manual, hal ini dapat mempengaruhi waktu tunggu hasil pemeriksaan menjadi lebih lama.

3) Rencana Tindak Lanjut

- a) Melengkapi sarana dan prasarana, khususnya untuk ruangan BDRS.
- b) Optimalisasi penggunaan alat- alat Laboratorium, terutama alat-alat penunjang pemeriksaan BDRS yang sampai saat ini belum beroperasi karena belum terlengkapi sarana prasarananya.
- c) Pengajuan untuk pembuatan instalasi *Grounding* untuk menghindari terjadinya lonjakan arus listrik serta untuk keamanan alat-alat penunjang.
- d) Pengembangan Sumber daya manusia dengan mengirimkan petugas Laboratorium untuk mengikuti pelatihan – pelatihan.
- e) Memaksimalkan integrasi LIS dengan SIMRS untuk mempermudah dalam





proses pelayanan pelanggan dan pengolahan data.

- f) Mempertahankan capaian indikator mutu yang sudah tercapai dan selalu melakukan evaluasi terhadap indikator mutu yang belum tercapai.
- g) Pengembangan SIMRS untuk hasil laboratorium secara *online* (*paperless*).

4) Rekomendasi

Jumlah pemeriksaan laboratorium pada bulan Desember 2024 mengalami sedikit kenaikan dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan pada akhir bulan November 2024. Hal ini dipengaruhi oleh permintaan pemeriksaan dokter dan kunjungan pasien ke RS. Hasil evaluasi dari bulan Januari sampai dengan Desember jumlah kunjungan maupun jumlah spesimen masih menunjukkan grafik fluktuatif naik turun. Kunjungan pasien untuk pemeriksaan laboratorium belum meningkat begitu pesat. Maka masih harus terus dilakukan promosi dan kerjasama ke layanan fasilitas kesehatan lain, agar dapat meningkatkan jumlah kunjungan.

4. Pelayanan Gizi

a. Capaian Layanan Gizi

Kegiatan pelayanan gizi rawat inap yang diberikan kepada pasien rawat inap selain pemberian makanan adalah Assesmen Gizi yang dilakukan pada semua pasien yang di rawat inap yang telah dirawat minimal 2 kali 24 jam. Selain itu hal yang sangat mempengaruhi asupan makanan pasien adalah edukasi gizi yang diberikan ahli gizi ruangan kepada pasien rawat inap agar dapat termotivasi untuk menghabiskan makanan yang disajikan

Tabel 5.13
Perbandingan Capaian Pelayanan Gizi Tahun 2024

No	Pelayanan	2023			2024		
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian
1	Konseling Gizi rawat Inap	5172	5784	112%	5172	5879	114%
2	Pasien Rawat Inap	9120	9056	99%	9120	9300	102%

b. Inovasi Layanan Gizi

1) Konsultasi Gizi *Online* (SyKozi)

Dalam upaya untuk meningkatkan jumlah kunjungan pasien di RS Marzoeeki Mahdi, instalasi gizi turut berkontribusi dengan cara melakukan suatu inovasi yang berkaitan dengan pelayanan konseling gizi melalui media *online* dengan





memanfaatkan media sosial *Instagram*. Selain itu bertujuan untuk mensosialisasikan keberadaan Instalasi Gizi dengan berbagai program kegiatan yang dilakukan baik di kegiatan penyelenggaraan makanan, layanan asuhan gizi di ruang rawat inap, dan kegiatan pelayanan gizi di rawat jalan.

Adapun isi dari program Sykozi antara lain edukasi gizi, modifikasi menu, posting hari kesehatan dalam satu tahun. Target capaian Sykozi tahun 2024 antara lain:

- *Followers* sebanyak 115 ada peningkatan sekitar 55.6%.
- Postingan edukasi ada 11 poster minimal 3 tema/bulan.
- Postingan hari besar 1x bulan.
- Kuis 2x sebulan.
- Modifikasi menu 2x sebulan.

2) Pojok Gawai

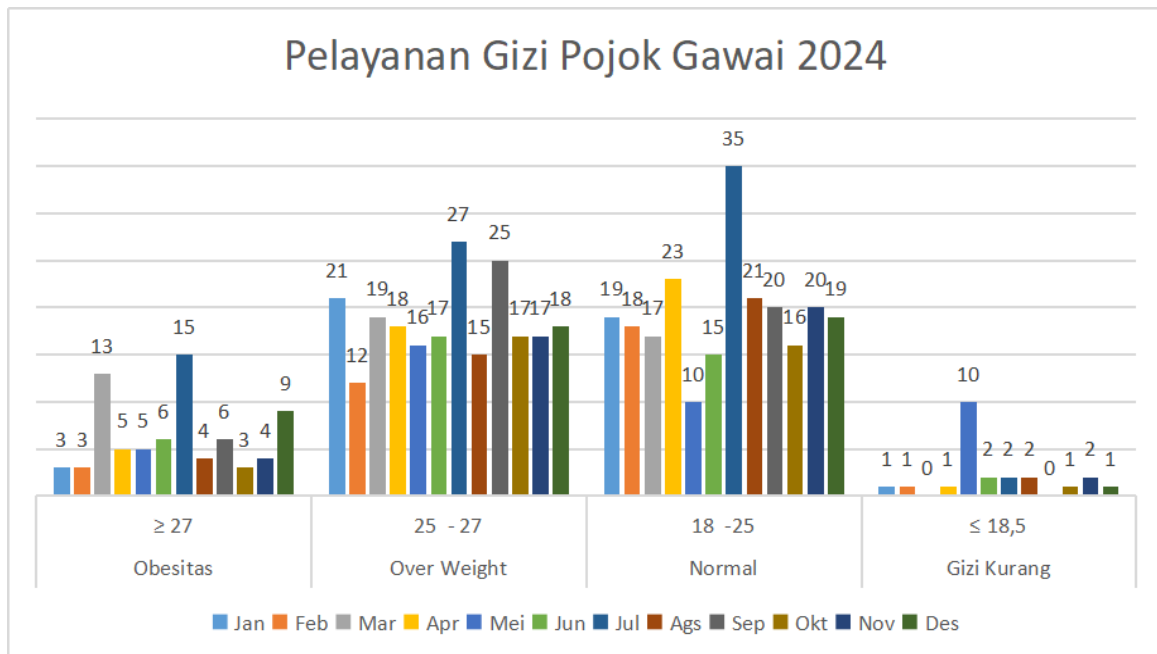
Pojok gawai adalah merupakan suatu terobosan inovasi Instalasi Gizi yaitu kegiatan pelayanan gizi khusus untuk pegawai RSMM yang memerlukan penanganan gizi, dan pada umumnya kegiatan ini dilakukan untuk mengukur kondisi status gizi pegawai yang dilakukan pada setiap hari Jumat setelah selesai senam pagi. Hal ini dilakukan dengan tujuan sebagai salah satu indikator para karyawan RSMM mawas diri terhadap status gizinya sehingga diharapkan semua karyawan mempunyai berat badan yang normal dan dapat mengurangi resiko penyakit.

Kegiatan pojok gawai dilaksanakan di KPPA, sasarannya adalah pegawai KPPA dan peserta senam pagi yang dilakukan sebulan satu kali pada hari jumat minggu ke dua. Namun pegawai yang mengikuti kegiatan ini masih sangat sedikit hanya terbatas pada pegawai yang berdinass di KPPA dan peserta senam saja, belum adanya kesadaran dari pegawai akan manfaat sehat dengan memiliki status gizi normal. Hal ini terbukti dengan adanya pegawai yang obesitas banyak yang menolak untuk dilakukan pengukuran antropometri takut diketahui kelebihan berat badannya dan takut dibatasi jumlah konsumsi asupan makannya.





Grafik 5.45
Hasil Pemeriksaan Pojok Gawai Tahun 2024



c. Capaian Indikator Mutu

Indikator mutu pelayanan Instalasi gizi merupakan tolak ukur kinerja pelayanan yang kita berikan. Indikator Mutu Pelayanan bertujuan untuk memberikan acuan untuk melaksanakan pengawasan dan pengendalian dalam penyelenggaraan pelayanan. Untuk mengetahui mutu makanan yang di produksi maka sebelum di hidangan dilakukan uji cita rasa dan uji petik pada semua masakan saat sebelum pemorsian oleh pelaksana gizi sebagai pengawas penyelenggaraan makan pasien.

Standar Pelayanan Minimal merupakan suatu indikator untuk melihat keberhasilan pelayanan yang dilakukan di Instalasi Gizi. Pada Tahun 2024 Hasil dari Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gizi adalah sebagai berikut :

Tabel 5.14 Capaian Indikator Mutu Gizi Tahun 2024

Indikator	Target	Capaian											
		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Jun	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
1 Ketepatan waktu pemberian diit/makanan kepada pasien	$\geq 90\%$	94,6%	91,9%	93,5%	90,3%	90,7%	91,5%	92,5%	93,2%	94,4%	95,1%	95,8%	95,9%
2 Kepuasan Pelanggan terhadap pelayanan gizi di ruang rawat inap	$\geq 85\%$	85,5%	86,3%	86,9%	85,7%	86,7%	86,9%	85,8%	86,5%	87,2%	87,5%	86,9%	87,3%
3 Persentasi sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	$\leq 20\%$												
Makanan pokok		18,8%	17,7%	18,7%	19,8%	18,7%	19,8%	18,7%	19,8%	18,7%	19,8%	16,5%	19,8%
Lauk hewani		11,5%	16,7%	16,5%	15,4%	18,7%	16,5%	14,3%	17,6%	13,2%	15,4%	17,6%	16,5%
Lauk nabati		13,5%	17,7%	18,7%	17,6%	19,8%	15,4%	16,5%	15,4%	17,6%	17,6%	18,7%	17,6%
Sayur		15,6%	18,8%	19,8%	18,7%	17,6%	18,7%	19,8%	18,7%	19,8%	18,7%	19,8%	18,7%
4 Tidak ada Kerusakan Makanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5 Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6 Pasien yang mendapat makan sesuai kebutuhan Gizi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7 Pencatatan Asuhan Gizi dalam Rekam Medik (ERM)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8 Pasien berdiet yang mendapat konseling	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%





9	Persentase Faktor Resiko Gizi yang Teridentifikasi dengan memadai	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Persentase Pergantian Menu dalam waktu 1 Bulan	< 5 %	0.09%	0%	0.2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11	Persentase Skrining pasien baru dalam waktu 2 X 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis(KEK) mendapat makanan tambahan.	80%	100% (1/1)	N/a	100% (1/1)	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	100% (1/1)	N/a	N/a
13	Persentase Balita Kurus mendapat Makanan Tambahan	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14	Persentase kunjungan pasien ke poli klinik gizi rawat jalan	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Indikator Mutu Instalasi Gizi Tahun 2024 sebagian besar sudah memenuhi target yang diinginkan. Ada 3 indikator mutu yang hanya menggambarkan bahwa balita yang dirawat di RSMM terdapat beberapa balita yang mengalami *underweight*, *stunting* dan *wasting*. Namun hasil dari rata-rata presentasi balita *wasting* pada tahun 2024 capaiannya melebihi target yaitu 25.2% dan balita *underweight* capaiannya 21.1%. Hal ini dikarenakan hampir setiap bulan ada beberapa balita *wasting* yang dirawat di ruang rawat anak RSMM Bogor.

d. Kendala Dan Rencana Tindak Lanjut

1) Kendala/Permasalahan

- Belum dilaksanakannya pemberian etiket makan untuk semua makanan pasien psikiatri yang tidak berdiit (karena jumlah pasien yang banyak sehingga membutuhkan waktu untuk pemberian etiket dan SIMRS belum bisa digunakan untuk menarik label untuk makanan pasien).
- Jumlah pasien yang konsultasi gizi masih sedikit hal ini dimungkinkan karena dokter DPJP belum care untuk merujuk pasien untuk konseling gizi.
- Ketersediaan *water heater*/air panas untuk pencucian alat makan dan alat besar kapasitasnya yang ada saat ini sudah tersedia dengan kapasitas 100 liter namun belum memadai.
- Sehubungan dengan sistem penyelenggaraan makan dilaksanakan oleh pihak *out sourcing* maka diperlukan pengawasan penyelenggaraan makan yang lebih ketat.

2) Rencana Tindak Lanjut

Berkoordinasi dengan pihak manajemen dan bagian yang terkait seperti PPI, K3RS,





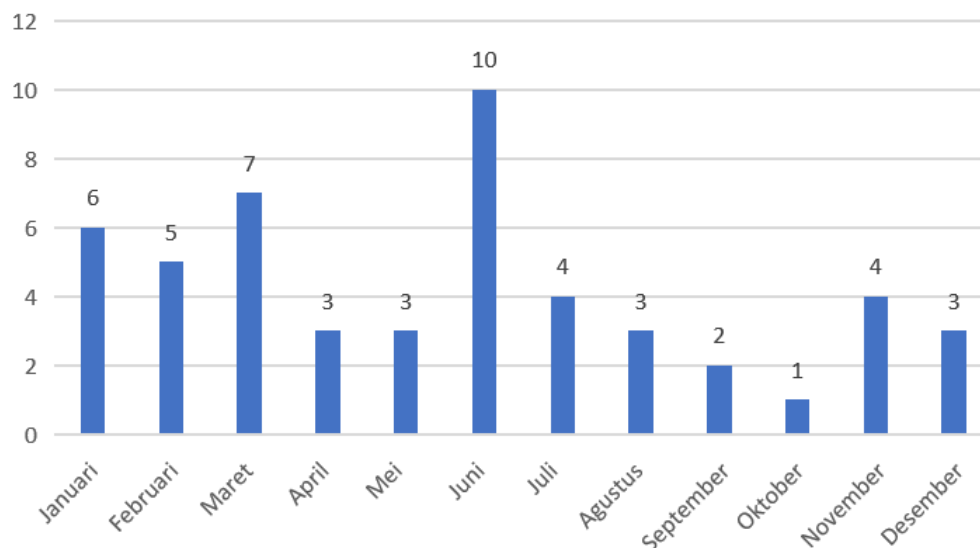
dan pihak catering dalam mengatasi permasalahan yang terjadi.

5. Pemulasara Jenazah

a. Capaian Layanan Pemulasaraan Jenazah

Pelayanan pulasara merupakan pendapatan Rumah Sakit dengan Tarif Rp800.000 untuk kasus non infeksi, dan Infeksi.

Grafik 5.46 Pelayanan Pulasara Jenazah Tahun 2024



b. Mutu Layanan Pemulasara Jenazah

Tabel 5.15 Pelayanan Pulasara Jenazah Tahun 2024

Mutu Pemulasaraan Jenazah	Standar	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan Jenazah	> 90% (waktu < 120 menit)	100%	100% (5/5)	100% (7/7)	100% (3/3)	100% (3/3)	90% (9/10)	100% (4/4)	100% (3/3)	100% (2/2)	100% (1/1)	100% (4/4)	100% (3/3)
Waktu Tanggap pelayanan administrasi jenazah	> 90% (< 30 menit)	100%	100% (5/5)	100% (7/7)	100% (3/3)	100% (3/3)	100% (10/10)	100% (4/4)	100% (3/3)	100% (2/2)	100% (1/1)	100% (4/4)	100% (3/3)
Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	100% (tidak ada kesalahan identitas)	100%	100% (5/5)	100% (7/7)	100% (3/3)	100% (3/3)	100% (10/10)	100% (4/4)	100% (3/3)	100% (2/2)	100% (1/1)	100% (4/4)	100% (3/3)

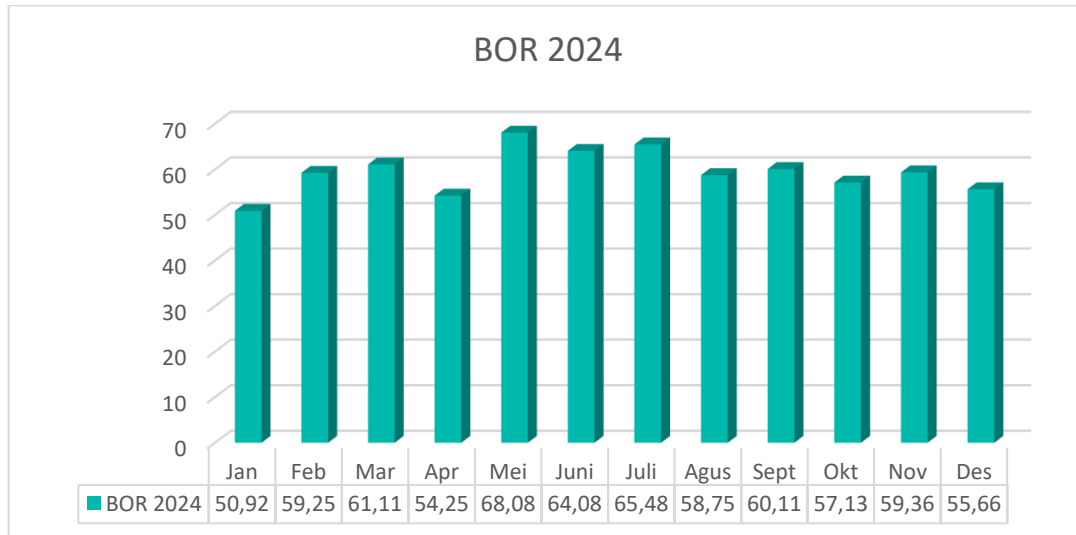


5.1.5.1.2 Tim Kerja Pelayanan Keperawatan

1. Kinerja Instalasi Rawat Inap

a) Kondisi yang dicapai saat ini:

Grafik 5.47 BOR Tahun 2024



2. Instalasi Rehab Psikososial

a) Kondisi yang dicapai saat ini:

**Tabel 5.16 Pencapaian Indikator Mutu Rehabilitasi Psikososial Tahun 2024
RS Marzoeqi Mahdi**

No	Indikator Mutu	Standart	Capaian											
			Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
1	Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	≥75%	86%	88 %	82%	100%	88%	89%	89%	90%	90%	88%	86%	93%
2	Asesmen Rehabilitasi Psikososial	≥80%	100%	94%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	91%
3	Rujukan Rehab sesuai indikasi	≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Presentasi rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan	<25%	14%	13%	18%	0%	13%	11%	11%	10%	10%	12%	14%	8%
7	Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Tingkat kemandirian pasien secara finansial	50%	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	30 menit	5 menit	5 Menit	6 Menit	6 Menit	6 Menit	10 Menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 Menit	5 Menit	6 Menit
10	Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Terjadi peningkatan kunjungan rehabilitan sebesar 7 %,





- Indikator mutu rehab psikososial tahun 2024 seluruhnya mencapai target sesuai standar yang ditetapkan.
- Kerjasama dengan dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya yang mengirimkan ODGJ untuk mengikuti kegiatan *daycare* rehabilitasi psikososial.

b) Hambatan Dalam Pelaksanaan

- Rehabilitan yang mengikuti kegiatan *daycare* rehabilitasi hampir seluruhnya pasien pengguna BPJS.
- Sejak bulan September 2024 klaim BPJS layanan rehabilitasi psikososial ditunda.
- Belum terlaksananya shelter workshop bagi para rehabilitan.
- Masih terbatasnya penyerapan para rehabilitan untuk bekerja setelah selesai mengikuti program rehabilitasi.

c) Rencana Tindaklanjut

- Membuat paket layanan rehabilitasi psikososial yang non JKN.
- Mempersiapkan ruangan untuk *shelter workshop*.
- Melakukan kerjasama dengan pihak luar untuk penyaluran rehabilitan yang sudah mandiri.
- Meningkatkan dan mengembangkan kapasitas sarana prasarana *halpway house*
- Peningkatan kompetensi SDM.

3. Anggaran Kegiatan

Tabel 5.17
Daya Serap Anggaran Tim Kerja Keperawatan Kegiatan Program
Direktorat Medik dan Keperawatan tahun 2024

No	Uraian Kegiatan	Pagu DIPA (Rp)	Realisasi	%
	Dana Badan Layanan Umum (BLU)			
1	Kegiatan Kerja Sama Pelayanan Transfusi Darah	350.200.000	224.790.000	64,19
2	Kegiatan Pemeriksaan Pasien Keluar	383.062.000	197.733.760	51,62
3	Kegiatan dan Bahan Terapi Kerja Pasien	447.612.000	168.611.729	37,67
	TOTAL	1.180.874.000		

Penyerapan Daya serap terjadi karena

- Kegiatan Pemeriksaan Pasien keluar dialihkan dari RS. Azra Ke Klinik Ratnalisia mulai bulan Juni 2024 dimana tarif pemeriksaan di Ratnalisia lebih rendah, selisih 40 % sd 50 % dengan kualitas pemeriksaan yang sama.





- Ajuan rehab psikososial banyak yang belum di realisasikan karena keterbatasan anggaran BLU. Kegiatan menggunakan dan memanfaatkan bahan terapi yang ada.

5.1.5.1.3 Tim Kerja Pelayanan Medik

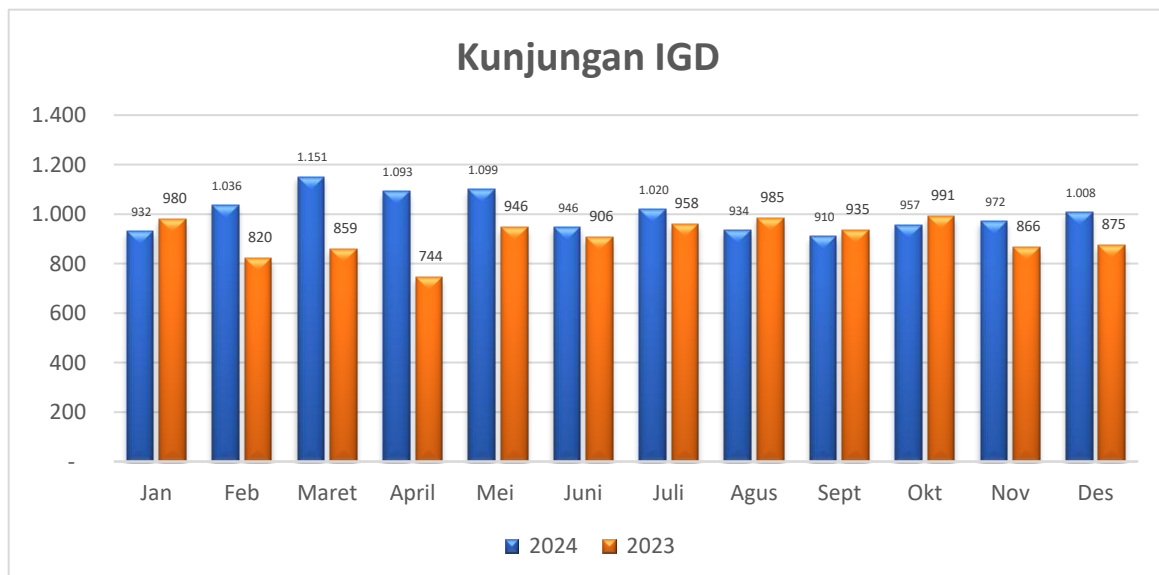
1. Layanan Gawat Darurat

a. Capaian Layanan Gawat Darurat

Tabel 5.18 Perbandingan jumlah Pasien IGD Tahun 2017-2024

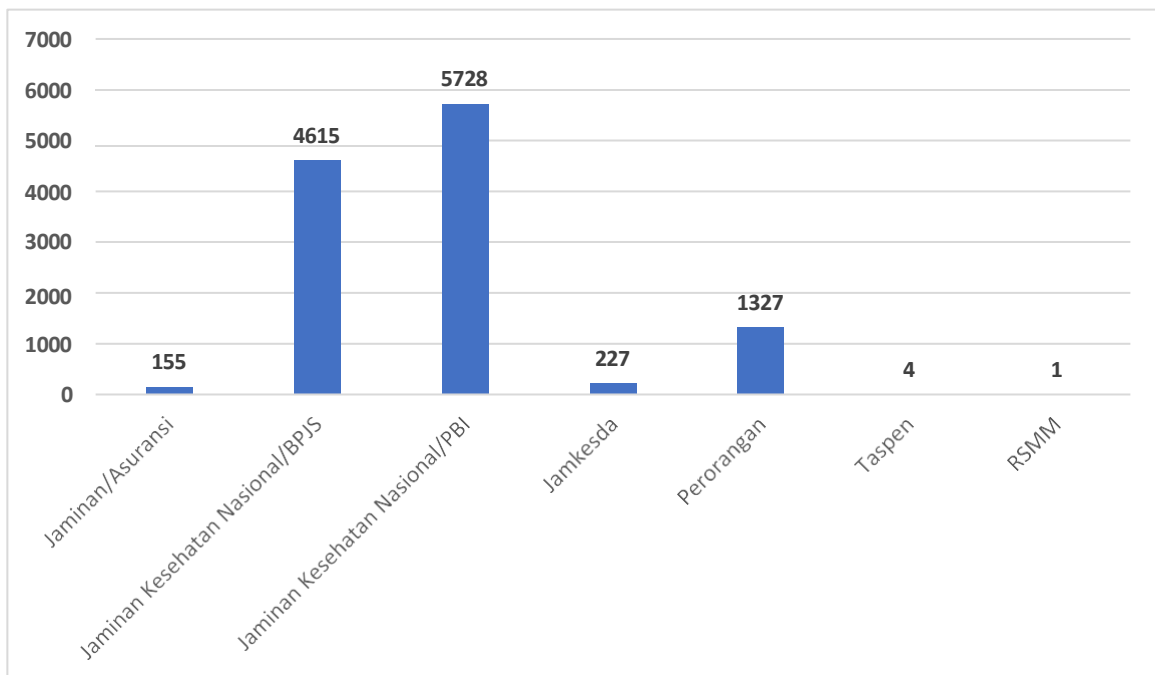
IGD	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Psikiatri	5,015	6,454	7,357	6,002	6,181	6,743	7.057	7.357
Non Psikiatri	14,051	11,250	8,742	4,908	3,893	3,982	3.808	4.701
Total	19,066	17,704	16,099	10,910	10,074	10,725	10.865	12.058

Grafik 5.48 Perbandingan Jumlah Kunjungan IGD tahun 2023-2024

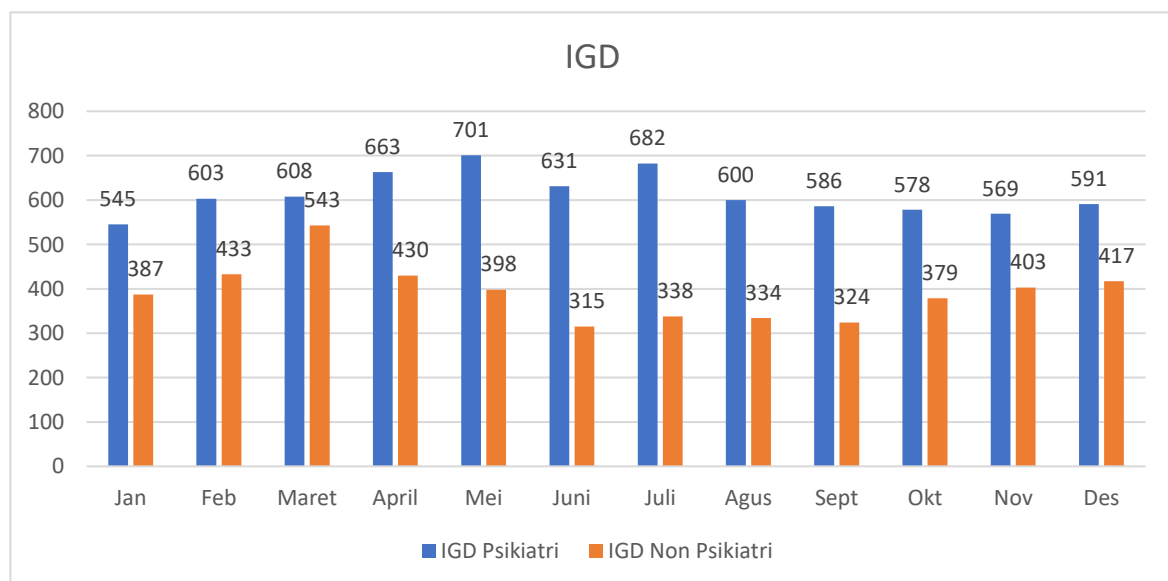




Grafik 5.49 Perbandingan Jumlah Kunjungan IGD Berdasarkan Cara Bayar



Grafik 5.50 Jumlah Pasien IGD Psikiatri dan Non Psikiatri Tahun 2024



b. Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Jumlah kunjungan IGD Tahun 2024 : 12.058 (Rata-rata per hari 33 Orang).
- Jumlah kunjungan IGD Psikiatri : 7.357 (Rata-rata per hari 20 Orang)
- Persentase kunjungan berdasarkan jaminan pembayaran terbesar JKN PBI (50%)
- Pertumbuhan kunjungan IGD 1.15





c. Sasaran

Sasaran program Instalasi Gawat Darurat adalah target indikator unit per bulan yang spesifik dan terukur untuk mencapai tujuan-tujuan program. Terdapat 13 Indikator Mutu Unit pada Instalasi Gawat Darurat PKJN. RS Marzoeki Mahdi.

Tabel 5.19 Indikator Mutu Unit IGD RS Marzoeki Mahdi

NO	Indikator	Definisi Operasional	Standar
1	Kemampuan Menangani kasus gawat darurat (<i>life saving</i>)	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation</i> Formula: (Jumlah kumulatif pasien yang mendapat <i>pertolongan life saving</i> di Gawat Darurat dibagi Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat) X 100%	100%
2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat Dokter	SDM dokter yang kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan. Formula : (Jumlah SDM dokter yang sudah memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan dibagi jumlah SDM dokter yang memberi pelayanan kegawatdaruratan) X 100%	100%
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	SDM perawat yang kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan. Formula: (Jumlah SDM perawat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan dibagi jumlah SDM perawat yang memberi pelayanan	100%





		keawatdaruratan) X 100%	
4	Pemberi pelayanan keawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat darurat. Formula: (Jumlah SDM Tim PONEK yang sudah memiliki sertifikat pelatihan keawatdaruratan dibagi jumlah SDM Tim PONEK yang memberi pelayanan keawat darurat) X 100%	100%
5	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu. Formula: (Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dibagi 1) X 100%	100%
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter. Formula:(Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter dibagi jumlah seluruh pasien IGD yang disurvei)	≤ 5 menit
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang	≤ 2 menit





		sampai mendapat pelayanan perawat Formula: (Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani perawat dibagi jumlah seluruh pasien IGD yang disurvei)	
8	<i>Emergency psychiatric respon time (EPRT)</i>	<i>Emergency psychiatric respon time (EPRT)</i> adalah rerata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu ≤ 240 menit sejak diagnosis ditegakkan. Formula: (Jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menenangkan seluruh pasien gaduh gelisah di IGD dibagi jumlah seluruh pasien gaduh gelisah di IGD)	≤ 240 menit
9	Angka kematian pasien di IGD	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang Formula: (Jumlah pasien yang meninggal dalam periode 24 jam sejak pasien datang dibagi jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD) X 1000‰	≤ 2 perseribu ($\leq 2 \text{ ‰}$)
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	Tepat indikasi masuk adalah pasien masuk ke ranap psikiatri akut baik dari IGD maupun rawat jalan sesuai indikasi , ditentukan dengan skor	90%





		PANSS ≥ 25 . Formula: (Jumlah pasien psikiatri akut yang masuk ranap dengan skor PANSS ≥ 25 dibagi jumlah seluruh pasien psikiatri akut yang ditangani di IGD yang masuk rawat inap) X 100%	
11	Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	Waktu yang dihitung mulai dari pasien terdaftar masuk di IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi $\leq$ dari 4 jam. Formula: (Jumlah seluruh pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau rawat Inap atau Operasi $\leq$ dari 4 jam / seluruh pasien yang terdaftar di IGD) x 100 %	90%
12	Waktu masuk rawat inap	Waktu tunggu pasien masuk rawat inap dari rawat jalan dan IGD dimulai pada saat pasien terdaftar di <i>admission</i> rawat inap sampai dengan diterima oleh petugas di ruang rawat inap ≤ 60 menit. Formula: (Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke arawat inap ≤ 60 menit / Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap) x 100 %	$\geq 90\%$
13	Persentase kasus rujukan melalui sirsute yang memiliki <i>respon time</i> kurang dari 1 jam	Persentase kasus rujukan melalui sirsute yang memiliki <i>respon time</i> kurang dari 1 jam. Formula: (Jumlah kasus yang	100%





		memiliki respon kurang dari 1 jam/ Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti) x 100%	
--	--	--	--

Pencapaian Target Indikator Mutu Instalasi Gawat Darurat RS Marzoeeki Mahdi pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel diatas. Terdapat 3 indikator mutu yang masih belum tercapai di tahun 2024, yaitu: Persentase Kasus Rujukan Melalui Sistrute yang memiliki respon time < 1 jam, Layanan IGD <4 jam, dan Waktu masuk rawat inap.

Sepanjang tahun 2024, Persentase Kasus Rujukan Melalui SISROUTE yang memiliki Respon Time < 1 jam tercapai 100% pada bulan April, Mei, Juli, November. Pada bulan lain target indikator masih belum tercapai.

Target Indikator Layanan IGD <4 jam pada tahun 2024 masih belum tercapai. Capaian tertinggi pada bulan Oktober yaitu 86,37% dan terendah pada bulan Maret yaitu 70,62%.

Indikator lainnya yang belum mencapai target adalah Indikator Waktu Masuk Rawat Inap. Selama periode tahun 2024 target indikator tercapai pada bulan Januari, Mei, Juni, Agustus. Capaian terendah adalah pada bulan Desember sebesar 81,88%.

d. Kendala dan Permasalahan:

- 1) Dokter, perawat, dan bidan yang berdinis di IGD sudah pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan, namun belum semua petugas memperbarui sertifikasinya.
- 2) Belum ada petugas khusus untuk SISROUTE. Saat ini pemantauan SISROUTE dilakukan oleh petugas (dokter & perawat) yang berdinis saat itu.
- 3) Masih dijumpai waktu konsultasi kepada DPJP cukup lama.
- 4) Adanya masalah administrasi terkait penjaminan pasien, seperti BPJS yang tidak aktif atau adanya denda.
- 5) Pasien datang sendiri ke IGD tanpa didampingi keluarga atau ditinggalkan oleh pendamping/keluarga/pengantarnya atau pasien tidak memiliki keluarga atau penanggung jawab.
- 6) Terjadi penumpukan pasien di IGD Jiwa karena kapasitas ruang seklusi UPIP terbatas, terutama pada UPIP Wanita.
- 7) Tidak tersedianya ruang seklusi di IGD.
- 8) Kesulitan dalam transfer ke rawat inap karena petugas ambulans sulit dihubungi atau ambulans tidak tersedia karena di saat yang bersamaan digunakan untuk





transfer pasien antar ruangan atau tugas lain keluar RS, seperti mengambil darah di Bank Darah.

- 9) Masih kurangnya kepatuhan dokter jaga dalam pengisian status keluar pasien di RME. Pelayanan IGD yang sudah diselesaikan <4 jam terkesan memanjang karena status keluar pasien tidak diisi atau diisi >4 jam.

e. Rencana Tindaklanjut:

- 1) Monitoring dan evaluasi rutin terkait indikator-indikator pelayanan di IGD dan sosialisasi hasilnya kepada petugas IGD, beserta tindak lanjut yang perlu dilakukan.
- 2) Mengoptimalkan alur layanan, PPK dan SPO di IGD.
- 3) Meningkatkan koordinasi dengan unit-unit terkait seperti Rawat Inap dan ambulans untuk mempersingkat waktu transfer pasien dari IGD ke rawat inap.
- 4) Meningkatkan koordinasi antara petugas IGD, petugas rawat inap, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan, MPP dan NOD terkait ketersediaan ruangan.
- 5) Meningkatkan kepatuhan petugas dalam pengisian form transfer pasien antar ruangan untuk perawat dan status keluar pasien untuk dokter jaga pada RME.
- 6) Mengajukan pelatihan yang menunjang layanan di IGD.
- 7) Melengkapi atau merevisi pedoman/panduan/SPO yang berkaitan dengan pelayanan di IGD.
- 8) Mengajukan permohonan perbaikan atau penambahan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di IGD.

2. Layanan Rawat Jalan

a. Capaian Layanan Rawat jalan

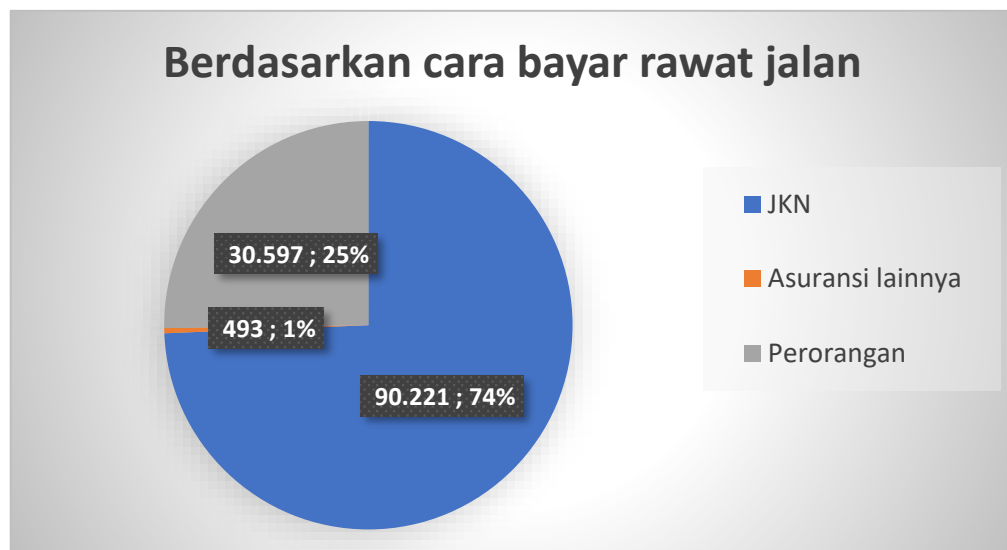
Tabel 5.20 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2024

Jumlah Pasien	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Psikiatri+Napza	59,674	52,253	61,806	60,779	59.718	66,791	75.367	85.308
Non Psikiatri	97,545	60,312	16,234	24,256	23.015	32,471	33.253	36.103
Total	157,219	112,565	78,040	85,035	82.733	99,262	108.525	121.411

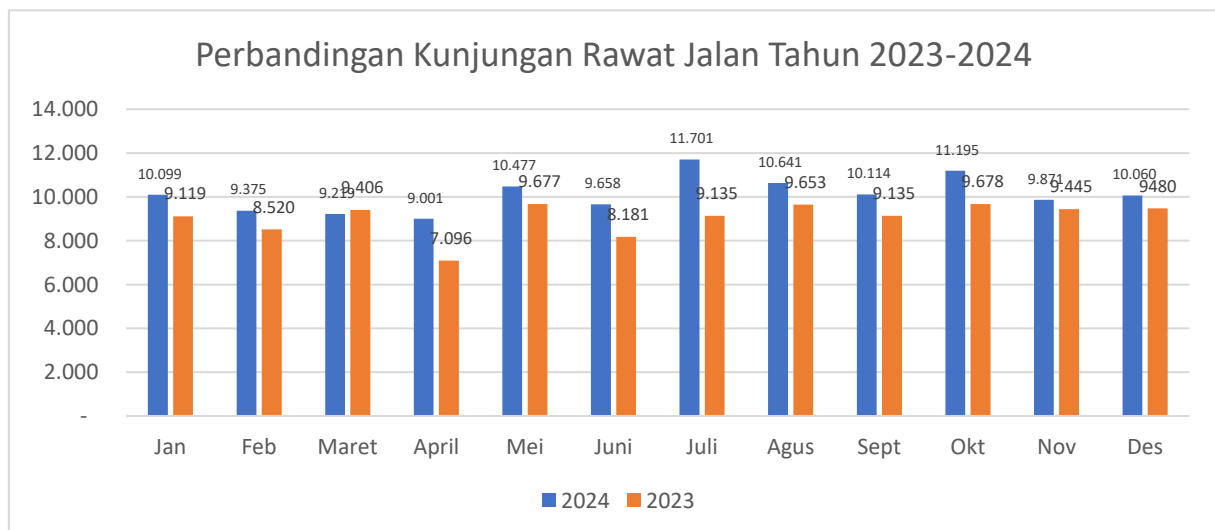




Diagram 5.3 Jumlah Kunjungan Berdasarkan Cara Bayar Tahun 2024

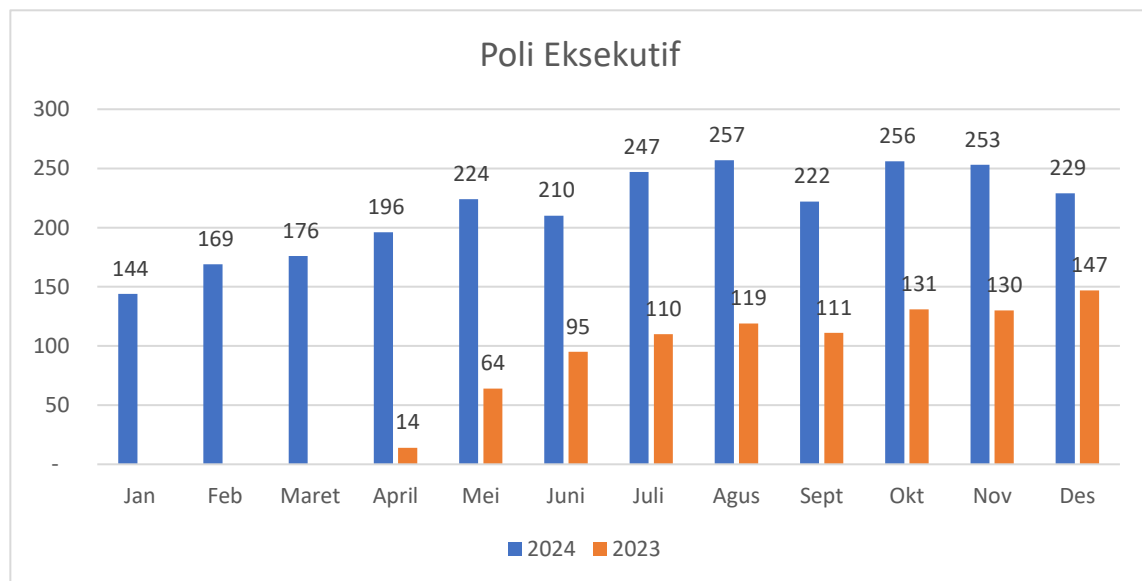


Grafik 5.51 Perbandingan Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2023-2024





Grafik 5.52 Kunjungan Poli Eksekutif Tahun 2023-2024



Tabel 5.21 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2024

No	Nama Poli	Jumlah Pasien Tahun 2024	Rata2 Per Bulan
Klinik Psikiatri			
1	Psikiatri Anak dan Remaja	5,628	469
2	Psikiatri Dewasa	50,162	4,180
3	Cemas dan depresi	2,791	233
4	CLP	2,954	246
5	Psikogeriatric	6,553	546
6	Early Psychotic	3,864	322
7	Rehabilitasi/ day care	6,742	562
8	Geriatric	2,876	240
9	Napza Medikolegal	449	37
10	Psikologi	706	59
11	Poli Eksekutif	2,583	215
Jumlah			
Klinik Non Psikiatri			
1	Bedah Umum	493	41
2	Gigi dan Mulut	6.997	583
3	Jantung	979	82
4	Kebidanan & Kandungan	290	24
5	Poli Telemedicine	160	13
6	Neurologi	6,737	561





7	Paru	721	60
8	Penyakit Anak	1,581	132
9	Pita Aruna/HIV	8,379	698
10	Penyakit Dalam	2,519	210
11	THT	454	38
12	Umum dan Pegawai	215	18
13	MCU	2,393	199
14	Rehabilitasi Medik	4,185	349
Jumlah		33.258	36,103
Total		121,411	10,118

- Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tahun 2024 : 121.411 (Rata-rata per hari 505 Pasien)
- Jumlah kunjungan Poliklinik Psikiatri tertinggi Poli Psikiatri Dewasa (Rata-rata per hari 209 Pasien)
- Jumlah kunjungan Poliklinik Psikiatri terendah Poliklinik CLP (Rata-rata per hari 12 Pasien)
- Jumlah kunjungan Poliklinik Non Psikiatri tertinggi Poliklinik Pita Aruna (Rata-rata per hari 35 Pasien)
- Jumlah kunjungan Poliklinik Non Psikiatri terendah Poliklinik *crisis center* (Rata-rata per hari 0.01 Pasien)
- Persentase kunjungan Rawat Jalan berdasarkan jaminan pembayaran JKN Non PBI (51%)
- Secara umum ada kenaikan jumlah kunjungan rawat jalan dengan pertumbuhan sebesar: Pertumbuhan kunjungan Rawat Jalan 1.12

b. Kendala dan Permasalahan

- 1) Beberapa tenaga profesi spesialis yang masih satu orang spesialis, pada saat cuti/berhalangan hadir mengakibatkan layanan poliklinik tutup karena tidak ada pengganti
- 2) Mutasi SDM belum merata.
- 3) Alur rujukan FKTP yang berjenjang sehingga capaian tidak sesuai target.
- 4) Jam buka layanan tidak sesuai dengan jadwal, sehingga waktu tunggu pasien tidak tercapai/memanjang.
- 5) Izin layanan vaksin meningitis harus setiap tahun di update.
- 6) Adanya perubahan Kebijakan vaksin meningitis bagi jamaah umroh, dari wajib menjadi tidak mensyaratkan bagi jamaah umroh.





- 7) Layanan hemodialisa terhenti dikarenakan adanya perubahan persyaratan perizinan.
- 8) *Day Care* Geriatri belum berjalan optimal.

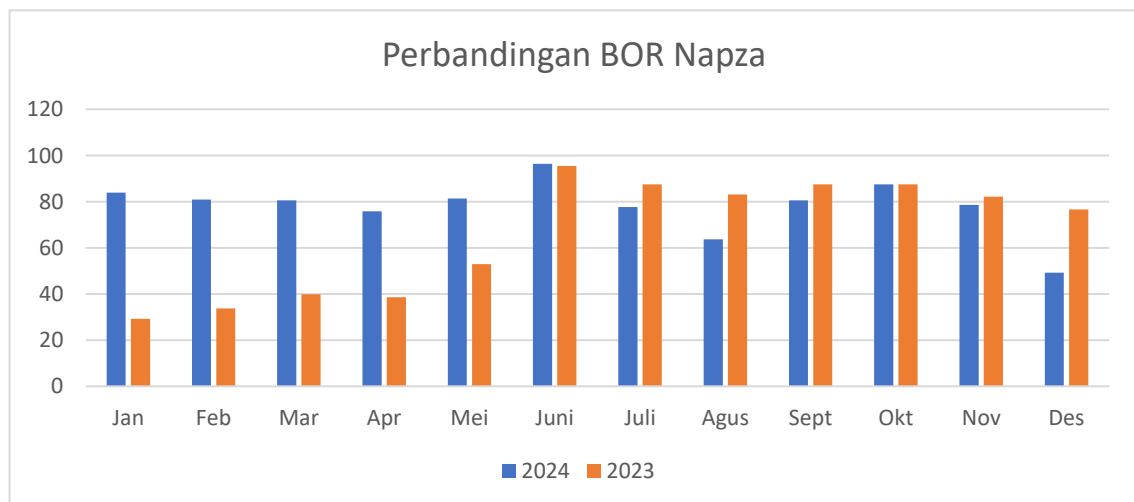
c. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Mengusulkan penambahan tenaga medis spesialis baik PNS maupun Non PNS.
- 2) Perencana rotasi mutasi yang lebih optimal.
- 3) Mengusulkan kepada BPJS untuk memberikan kesempatan pada RSMM dapat menerima rujukan langsung dari FKTP.
- 4) Komitmen dan fakta integritas kepada spesialis yang memberikan layanan.
- 5) Harus secara rutin mempersiapkan dan melakukan *update* izin layanan vaksin meningitis
- 6) Membuat strategi perencanaan dan pengadaan vaksin.
- 7) Mengurus ulang perizinan layanan hemodialisa.
- 8) Mengoptimalkan layanan *day care* geriatri.

3. Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza

a. Capaian Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza

Grafik 5.53 Perbandingan BOR Napza Tahun 2023-2024



b. Kendala dan Permasalahan

- 1) Masih adanya beberapa ruangan dalam area NAPZA yang belum memenuhi standar
- 2) Tingkat pengetahuan staf IPK NAPZA mengenai rehabilitasi NAPZA belum 100%





- 3) Sarana dan prasarana IPK NAPZA belum memenuhi standar yang diharapkan terutama ruang gaduh gelisah
- 4) Ketersediaan alat terapi vokasional, olahraga dan musik bagi residen kurang memadai (masih alat-alat lama)
- 5) Tembok keliling ruang NAPZA masih kurang aman sehingga sangat memungkinkan untuk residen MRSTI
- 6) Program *aftercare* belum berjalan optimal
- 7) Terapi vokasional belum berjalan maksimal dikarenakan masih oleh instruktur lokal (perawat atau konselor yang bekerja di IPK NAPZA)

c. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Perlu dilakukan peninjauan ulang mengenai standar ruangan di IPK NAPZA dan bila perlu dilakukan renovasi
- 2) Merekomendasikan peningkatan kualitas SDM (pelatihan/workshop/seminar) yang sesuai untuk mempercepat dan meningkatkan layanan yang baik dan optimal
- 3) Perencanaan pengadaan kebutuhan sarana dan prasarana yang tepat dengan cara merevisi/ pendataan ulang sesuai kebutuhan IPK Napza
- 4) Meningkatkan koordinasi antar unit kerja, Instalasi dan Direktorat dengan cara menjadwal ulang pertemuan rutin dan melaksanakannya tepat waktu sehingga komunikasi akan berjalan lancar
- 5) Mengoptimalkan sosialisasi pada seluruh jajaran di IPK NAPZA RS Marzoeeki Mahdi agar hal-hal yang sudah direncanakan dapat diketahui dan dilaksanakan dengan baik
- 6) Komunikasi yang baik dengan para *stakeholder* lintas sektoral.

5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

5.1.5.2.1 Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi

1. Kondisi yang dicapai:

- a. Selama periode berjalan, RS Marzoeeki Mahdi telah melakukan revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sebanyak lima kali dari DIPA awal, pagu awal sebesar Rp182.581.330.000,- . Revisi atas DIPA yang telah dilakukan tersebut antara lain:
 - Revisi kesatuPada tanggal 08 Maret 2024 dilakukan revisi Pencantuman Saldo awal berdasarkan surat keterangan saldo awal kas BLU Tahun Anggaran 2024 yang





dikeluarkan oleh kantor wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan Provinsi Jawa Barat tanggal 16 Januari 2024

- Revisi kedua
Pada tanggal 06 Juli 2024 dilakukan revisi penambahan belanja pegawai pada sumber dana Rupiah Murni (RM), sehingga pagu anggaran menjadi Rp189,621,557,000,-
 - Revisi ketiga
Pada tanggal 08 Agustus 2024 dilakukan revisi pergeseran anggaran RM dan BLU.
 - Revisi keempat
Pada tanggal 01 November 2024 dilakukan revisi pergeseran anggaran RM dan BLU.
 - Revisi kelima
Pada tanggal 02 Desember 2024 dilakukan revisi pergeseran anggaran RM dan BLU, serta penggunaan saldo awal sebesar Rp14.000.000.000,-
- b. Penilaian capaian indikator kinerja utama RSB Tahun 2020-2024 Tahun Anggaran 2024 yang tercapai ada sebanyak 31 (tiga puluh satu) indikator kinerja sedangkan yang tidak tercapai sebanyak 6 (enam) indikator kinerja.
- c. Sudah dilakukan penilaian atas SAKIP TA 2023 oleh Inspektorat Jenderal Kemenkes RI dengan nilai akuntabilitas kinerja **86,70** dengan kategori predikat **A**.
- d. Sudah dilakukan monitoring dan evaluasi atas PKS sebanyak 10 perjanjian kerjasama.
- e. Telah mendapat persetujuan **Maturity Rating** (Tingkat Maturitas) untuk tahun penilaian Tahun Anggaran 2023 dengan nilai tingkat Maturitas BLU sebesar **3,27**.
- f. Pada tanggal 29 November 2024 Menteri Kesehatan menetapkan Rencana Induk (*Master Plan*) Pengembangan Bangunan Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/1881/2024.
- g. Telah dilakukan pengembangan aplikasi SiMATA (Sistem Anggaran Satu Aplikasi). Dimana telah selesainya pembuatan modul *Term Of Reference* (TOR)/Rincian Anggaran Belanja (RAB)/Rencana Penarikan Dana (RPD), modul Disposisi, modul Telaahan dan Ketersediaan Anggaran, modul Surat Persetujuan Anggaran (SPA), modul Pejabat Pembuat Komitmen (PPK), modul Pengelolaan Pengadaan Barang dan Jasa, modul Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), modul Bendahara, modul *Report* Anggaran, dan modul Status Dokumen.





5.1.5.2.2 Tim Kerja Hukum dan Humas

1. Kondisi yang dicapai:

- a. Sosialisasi tentang layanan Rumah Sakit dan memberikan Edukasi terkait Kesehatan Mental di RSMM sebagai sarana promosi layanan :
 - Kegiatan yang dilakukan untuk mensosialisasikan layanan RS selama tahun 2024 dilakukan melalui beberapa kegiatan :
 - Melakukan kunjungan ke lembaga pendidikan baik jenjang Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas maupun Perguruan Tinggi, yaitu : TK Kemuning, SD Perwira Bogor, SMP Negeri 131 Jakarta, SMA YPHB Bogor, Politeknik Pembangunan Pertanian (Polbangtan) Bogor, Politeknik Ahli Usaha Perikanan Bogor, Universitas Nusa Bangsa, Universitas Djuanda, Universitas BSI, Universitas Tinggi Pariwisata, IPB Fakultas Ekologi Manusia, STIE Bussiness School Bogor, Universitas Pakuan.
 - Melakukan kunjungan ke Instansi Pemerintah baik yang berada di Kota Bogor maupun Luar Kota Bogor, yaitu : Balai Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), Bank Jabar Cabang Bogor, Bank BNI Cabang Bogor, PLN UP 3 Bogor, DPRD Kota Bogor, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi, Dinas Pendidikan Kota Bogor, Puskesmas Gang kelor, Puskesmas Tanah Sareal, Puskesmas Sindang Barang, Puskesmas Semplak, Puskesmas Pulo Armin, Puskesmas Bogor Timur, Puskesmas Pasir Mulya, Puskesmas Sempur, Puskesmas Merdeka, Puskesmas Kedung Badak, Puskesmas Bogor Utara, Puskesmas Bogor Tengah, Puskesmas Kayu Manis, Puskesmas Cipaku, Puskesmas Bogor Selatan, Puskesmas Ciomas.
 - Melakukan kunjungan ke klinik/perusahaan swasta baik yang berada di Kota Bogor maupun luar Kota Bogor, yaitu : PT Administrasi Medika, PT Unilever, Klinik Pratama Medika, Klinik Medika, Bank Rakyat Indonesia (BRI), Hotel Wyndham Jakarta.
 - Menjadi panitia dalam beberapa kegiatan yang diselenggarakan di RSMM Bogor: Kegiatan *Soft Launching Youth Health Mental Centre (YMHC)*, Kegiatan Saresehan dengan kader kesehatan Kota Bogor dan Kabupaten Bogor, Seminar tentang *Youth Health Mental Centre (YMHC)*, Peringatan Hari Lansia.
 - Mengikuti Pameran yang diselenggarakan oleh instansi pemerintah : Pameran dalam rangka Hari Jadi Kota Bogor di DPRD Kota Bogor, Ayo Sehat Festival Kementerian Kesehatan di Gedung Sate Bandung, Pameran Alat Kesehatan dan Instrumen Kesehatan Mental di Gedung Smesco Jakarta, Pameran Hari Kesehatan Nasional Tahun 2024 di Gedung JCC Jakarta.





- o Melakukan promosi layanan rumah sakit melalui website dan media sosial (Youtube, Instagram, Facebook, Tiktok, Twitter-X), kegiatan yang dilakukan adalah : memproduksi konten audiovisual, memproduksi konten media sosial, melakukan liputan dan dokumentasi kegiatan, membuat desain visual lainnya, membuat layanan informasi media daring.
- b. Menyelesaikan permasalahan hukum, menangani dokumen perjanjian dan perizinan Rumah Sakit
 - Pada tahun 2024 RS bekerja sama dengan institusi pendidikan, institusi kesehatan dan perusahaan swasta dengan posisi sebagai berikut :

Tabel 5.22
Jumlah Perjanjian Kerjasama RSMM dengan Institusi

INSTITUSI/LEMBAGA	JUMLAH PERJANJIAN
Asuransi	14
Diklit	95
Dinas Kesehatan	10
KSO	10
Lain-lain	54
LSM	6
MOU Pengampuan	63
Puskesmas	3
Rumah Sakit	70
Total	325

Sampai dengan tanggal 31 Desember 2024, beberapa Perjanjian Kerja Sama tersebut sedang dalam proses perpanjangan.

Untuk PKS atau MOU terkait Pengampuan sampai dengan 31 Desember 2024, dapat diselesaikan 63 MOU dari total seluruh RS yang berada di bawah Pengampuan RSMM sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional.

Tabel 5.23
Jumlah Perjanjian Kerjasama RSMM Terkait Pengampuan

NO	NAMA INSTANSI	MULAI	BERAKHIR
1	Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara	31-May-2023	30-May-2028
2	Pemerintah Provinsi Riau	23-Jun-2023	22-Jun-2026
3	Pemerintah Provinsi Bali	10-Aug-2023	9-Aug-2028
4	Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta	12-Jul-2023	11-Jul-2028
5	Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan	9-Jun-2023	8-Jun-2028
6	Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan	20-Jun-2023	19-Jun-2028





NO	NAMA INSTANSI	MULAI	BERAKHIR
7	Pemerintah Kota & Kabupaten Gorontalo,RSJ dr. Radjiman Malan dan PKJN RSJMM (2 PKS)	7-Sep-2023	7-Sep-2028
8	Pemerintah Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta	4-Jul-2023	3-Jul-2028
9	Pemerintah Provinsi Lampung	29-Nov-2023	28-Nov-2028
10	PKJNRSJMM, RSUD Dadi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Provinsi Sulawesi Barat	1-Aug-2023	31-Jul-2028
11	PKJN RSJMM dan Pemerintah Aceh	27-Jun-2023	26-Jun-2028
12	Pemerintah Provinsi Jawa Timur	26-Jul-2023	25-Jul-2028
13	PKJN RS Marzoeeki Mahdi dan Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat	8-Jan-2024	7-Jan-2028
14	Pemerintah Provinsi Papua	20-Nov-2023	19-Nov-2028
15	Pemerintah Provinsi Bangka Belitung	20-Dec-2023	19-Dec-2028
16	Rumah Sakit Soeharto Heerdjan, Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit	5-Mar-2024	5-Mar-2027
17	Pemerintah Provinsi Papua Barat Daya	23-Nov-2023	22-Nov-2028
18	Rumah Sakit Jiwa DR.Radjiman Wediodiningrat Lawang dan Pemerintah Daerah Kabupaten Boalemo	7-Sep-2023	8-Sep-2028
19	RS Jiwa DR.Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang dan Pemerintah Propinsi Maluku	22-Apr-2024	22-Apr-2029
20	Pemerintah Provinsi Maluku Utara	8-Jan-2024	8-Jan-2029
21	Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan	7-May-2024	7-May-2029
22	Kesepakatan Bersama antara Pemerintah Provinsi Jambi dengan RS Marzoeeki Mahdi	5-Feb-2024	5-Feb-2029
23	Pemerintah Provinsi Sumatera Utara dan PKJN RS Marzoeeki Mahdi	3-Jul-2024	3-Jul-2027
24	PKJN RSMM, dan RSJ Dr.Radjiman Wediiodiningrat dengan RSJ Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat	12-Jul-2024	11-Jul-2027
25	PKJN RS Marzoeeki Mahdi dengan Rumah Sakit Ketergantungan Obat	3-Sep-24	3-Sep-27
26	PKJN RS Marzoeeki Mahdi dan RSJ Soeharto Heerdjan dengan RSJ Daerah Provinsi Lampung	3-Sep-24	2-Sep-27
27	PKJN RSMM dengan Yayasan Pesona Bumi Pasundan	02 Mei 2024	02 Mei 2025
28	Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur dan PKJN RSMM	29-Sep-23	28-Sep-28
29	RSMM dan RSJ Dr. Soerojo Magelang dengan RSJ Sambang Lihum	23-Sep-24	22-Sep-27
30	RSMM dan RSJ Soerojo magelang dengan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	23-Sep-24	22-Sep-27
31	RSMM dan RSJ Dr. Soerojo Magelang dengan RSJ Daerah Atma Husada Mahakam	23-Sep-24	22-Sep-27
32	RSMM dan RSJ Dr. Soerojo Magelang dengan RS Umum Daerah dr.H.Jusuf SK	23-Sep-24	22-Sep-27
33	PKJN RSMM dengan RS Khusus daerah Dadi Provinsi Sulawesi selatan dan RSUD Kota Makasar, RSUD Yusuf Kab Gowa, RSUD Batara Siang Kab Pangkep, RSUD Andi Makasar Pare Pare, RSUD Lamaddukelleng Kab Wajo, RSUD Tenriawaru Kab Bone, RSUD Batara Guru Kab Luwu	30-Aug-24	29-Sep-27
34	PKJN RSMM dengan RSUD Provinsi Sulawesi Barat dan RSUD Daerah Hajjah Andi Depu KAB Polewali Mandar	3-Sep-24	2-Sep-27
35	PKJN RSMM dan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat dengan RSJ Provinsi Bali	12-Jul-24	11-Jul-27
36	PKJN RSMM dan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan RSUP H Adam Malik	3-Sep-24	2-Sep-27





NO	NAMA INSTANSI	MULAI	BERAKHIR
37	PKJN RSMM dan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan RSJ Daerah Provinsi Jambi	3-Sep-24	2-Sep-27
38	PKJN RSMM dan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan RSJ Daerah Provinsi Riau	3-Sep-24	2-Sep-27
39	PKJN RSMM dan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan RS Ernaldi Bahar	3-Sep-24	2-Sep-27
40	PKJN RSMM dan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan RSJ Prof Dr. Muhammad Ildrem	3-Sep-24	2-Sep-27
41	PKJN RSMM dengan RSJ Soeprapto Provinsi Bengkulu dan RSUD Curup Rejang Lebong dan RSUD Hasanuddin Damrah Manna	3-Sep-24	2-Sep-27
42	Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dan PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Prof DR Soerojo Magelang	28-Nov-23	28-Nov-28
43	PKJN RS Marzoeki mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan RSJ daerah Dr.Amino Gondohutomo Provinsi Jawa tengah	23-Sep-24	22-Sep-27
44	PKJN RS Marzoeki mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan RSUD Dr. Moewardi	23-Sep-24	22-Sep-27
45	PKJN RS Marzoeki mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan RSJ Grhasia Dinas Kesehatan DIY	23-Sep-24	22-Sep-27
46	PKJN RS Marzoeki mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan Rumah Sakit Rumah Sakit Jiwa Kalawa Atei	23-Sep-24	22-Sep-27
47	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat dengan Rumah Sakit Khusus Daerah Jiwa Naimata Kupang	12-Jul-24	11-Jul-27
48	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat dengan RSJ Menur Provinsi Jawa Timur	12-Jul-24	11-Jul-27
49	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Soeharto Heerdjan dengan RSUP Dr.Hasan Hasan Sadikin Bandung	3-Sep-24	2-Sep-27
50	RSJ Marzoeki Mahdi dengan Rumah Sakit UMMI Bogor	1-Oct-24	25-Aug-25
51	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat dengan RSJ Sofifi	12-Jul-24	11-Jul-27
52	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat dengan RSJ Provinsi Sulawesi Tenggara	12-Jul-24	11-Jul-27
53	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat dengan UPT. Rumah Sakit Umum Daerah Madani	12-Jul-24	11-Jul-27
54	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat dengan RSUD Dr Soetomo	12-Jul-24	11-Jul-27
55	RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr Soerojo Magelang dengan Rumah Sakit Umum Pusat Dr Karyadi	23-Sep-24	22-Sep-27
56	RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan RSJ Daerah Dr.RM. Soedjarwadi Prov Jawa tengah	23-Sep-24	22-Sep-27
57	RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan RSJ Kalimantan Barat	23-Sep-24	22-Sep-27
58	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr. Soeharto Heerdjan dengan RSJ Daerah dr.Samsi Jacobalis	3-Sep-24	2-Sep-27
59	RSJ dr.H.Marzoeki Mahdi,dengan pemerintah provinsi sulawesi tengah dan pemerintah Kota Palu dan Pemerintah Kabupaten Poso dan Pemerintah Kabupaten Poso dan Pemerintah Kabupaten Tolitoli	18-Apr-24	17-Apr-27
60	PKJN RS Marzoeki Mahdi dan RSJ Dr.Soerojo Magelang dengan RSJ Daerah Dr. Arif Zainudin	23-Sep-24	22-Sep-27
61	Pemerintah Provinsi Kalimantan Utara antara PKJN RS marzoeki Mahdi dan RSJ Prof Dr. Soerojo Magelang	15 Des 2023	14 Des 2028
62	PKJN RS Marzoeki Mahdi dengan RSP Dr.Wahidin Sudiro Husodo Makasar dan RSU Daerah Labuang Baji, RSU Daerah H.A Sulthan Daeng Radja, RSU Daerah Saweri Gading RSU Daerah Laki Padada, RSU Pusat Dr.Tadjuddin Khalid Makasar,RSU Daerah dr.LA Palaloi, RSU Daerah Lanto Daeng Pasewang	3-Sep-24	2-Sep-27
63	PKJN RS Marzoeki Mahdi dengan RS Khusus Jiwa Abepura	12 Des 2024	11 Des 2027

2. Kendala dan Permasalahan





- Promosi atas layanan RS sudah dijalankan namun seringkali terdapat kendala dari unit pelayanan RS terkait kesiapan tenaga dan sarana prasarana pendukung.

3. Rencana Tindak Lanjut

- Melakukan kordinasi yang lebih baik, untuk menindaklanjuti feedback terkait kekurangan layanan yang terjadi.

5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

5.1.5.3.1 Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

A. Hambatan Tahun Lalu

Beberapa hambatan dalam pelaksanaan program Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia (OSDM) tahun 2024 adalah:

1. Perubahan regulasi dalam kaitan Reformasi Birokrasi yang dilakukan oleh Pemerintah berdampak pada kegiatan pelaksanaan di Tim Kerja OSDM, seperti penataan pegawai ASN dan Non ASN, pengembangan kompetensi, penilaian kinerja, kesejahteraan pegawai, promosi dan mutasi serta penyiapan purna bhakti pegawai;
2. *Turnover* pegawai dengan berbagai alasan/kondisi;
3. Tenaga yang menjalani pendidikan;
4. Belum optimalnya peta pengembangan kompetensi yang dibutuhkan bagi pegawai;
5. Belum optimalnya penggunaan dan pemanfaatan beberapa aplikasi kepegawaian.

A. Sumber Daya Manusia

Data jumlah SDM, kualifikasi/pendidikan, jenis jabatan dan jenis kelamin pegawai Badan Layanan Umum (BLU) RS Marzoeeki Mahdi dapat dilihat pada tabel-tabel berikut ini.

Tabel 5.24 Perbandingan Jumlah SDM Tahun 2023 dan Tahun 2024
PKJN RS Marzoeeki Mahdi

No	Nama Jabatan	Jumlah Pegawai 2023	Pegawai Masuk	Pegawai Keluar	Jumlah Pegawai 2024	Prosentase
I	MEDIS	76	6	6	76	8.74%
1	Dokter Sub Spesialis	7	0	0	7	
2	Dokter Spesialis	36	5	5	36	
3	Dokter Gigi Spesialis	5	0	0	5	
4	Dokter Umum	27	1	1	27	
5	Dokter Gigi	1	0	0	1	
II	PERAWAT DAN TENAGA KESEHATAN LAINNYA	555	3	17	541	62.18%
1	Perawat	392	0	9	383	
2	Bidan	17	0	1	16	
3	Perawat Gigi	5	0	0	5	
4	Tenaga Kesehatan Lainnya	141	3	7	137	
III	TENAGA NON MEDIS	272	0	19	253	29.08%
	Jumlah Total	903	9	42	870	





Gambaran ketenagaan berdasarkan tabel 5.24, prosentase ketenagaan di RSMM yaitu Tenaga Medis sebesar 8,74%, Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya sebesar 62,18% dan Tenaga Non Medis sebesar 29,08%.

Secara kuantitas, jumlah pegawai mengalami penurunan dari 903 pada tahun 2023 menjadi 870 pada tahun 2024 dikarenakan ada pegawai yang memasuki masa pensiun, meninggal dunia, mengundurkan diri, habis kontrak dan pindah ke instansi lain.

B. Kondisi yang Dicapai Saat ini:

Indikator yang menjadi koordinasi dari Tim Kerja OSDM dalam Rencana Strategi Bisnis tahun 2020-2024 dari perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran dengan sasaran strategis Terwujudnya SDM Unggul dengan capaian indikator sebagai berikut:

No	KPI	Target	Capaian
1	Peningkatan kemampuan SDM berbasis kompetensi	80%	98,33%
2	Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kerja	90%	99,99%

5.1.5.3.2 Tim Kerja Penelitian

A. Hambatan Tahun Lalu

Hambatan yang dialami oleh RSMM selama tahun 2023 :

1. Belum terdapat alur penelitian yang jelas
2. Belum banyak *civitas hospitalia* yang melakukan penelitian internal
3. Komite Etik Penelitian Kesehatan belum dapat diakses secara online
4. Tim penapis belum optimal

B. Upaya Tindak Lanjut :

1. Pengusulan pencantuman alur penelitian dalam website RSMM.
2. Peningkatan Kompetensi Peneliti.
3. Registrasi Komite Etik Penelitian Kesehatan secara online.
4. Monitoring alur dan Tim penapisan penelitian.
5. Meningkatkan kompetensi manajemen riset (Pengadaan sarpras penyimpanan arsip
6. Penguatan kolaborasi dan Kerjasama Penelitian (Institusi Pendidikan, jejaring pengampuan dan luar Negeri).
7. Penguatan CRU dan Implementasi BGSi





C. Pencapaian Kinerja

Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

1. Kondisi yang Dicapai
Terlaksana Publikasi hasil penelitian Nasional dan atau Internasional
2. Kendala dan Permasalahan
Minat *civitas hospitalia* untuk melakukan penelitian klinis dan penelitian transasional masih terbatas.
3. Rencana Pemecahan Masalah
 - a. Peningkatan Kompetensi Peneliti.
 - b. Meningkatkan kompetensi manajemen riset
 - c. Penguatan kolaborasi dan Kerjasama Penelitian (Institusi Pendidikan, jejaring pengampuan dan luar Negeri).

D. Pencapaian Tujuan dan Sasaran dari Program atau Kegiatan

Realisasi Anggaran

1. Kondisi yang Dicapai
Serapan anggaran BLU sebesar Rp. 87.077.535 dari pagu yang disediakan Rp176.812.000,-
2. Kendala dan Permasalahan
Penelitian Judi online masih belum selesai, masih proses pengumpulan data.
3. Rencana Pemecahan Masalah
 - a. Peningkatan Kompetensi Peneliti.
 - b. Meningkatkan kompetensi manajemen riset
 - c. Penguatan kolaborasi dan Kerjasama Penelitian (Institusi Pendidikan, jejaring pengampuan dan luar Negeri).

Capaian Indikator Korporasi

Target korporasi tim kerja penelitian 1 jurnal publikasi nasional/internasional. Tercapai 3 publikasi nasional, yaitu:

1. Gambaran Kejadian Konflik dan *Containment* dalam Penerapan *Safewards* di Unit Perawatan Intensif Psikiatri (Riviera Publishing)
2. *The Effect of Clinical Supervision Training on Increasing Compliance with the Five Moments of Hand Hygiene* (Indonesian Journal of Global Health Research)
3. *Early Detection of Risk Factor For Suicidal Ideation Among High School Students in DKI Jakarta* (National Public Health Journal)





5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite

5.1.5.4.1 Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya

A. Hambatan Tahun Lalu

Hambatan – hambatan dalam proses pelaksanaan kegiatan komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya pada tahun 2024 adalah

a. Sub Komite Kredensial

- 1) Belum semua profesi menyelesaikan revisi pedoman kewenangan klinis per profesi
- 2) Belum terlaksananya pelatihan Kredensial Staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya dikarenakan kendala teknis tempat dan narasumber pelatihan

b. Sub Komite Mutu Profesi

- 1) Belum terlaksananya sosialisasi audit kinerja staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya untuk semua profesi karena kurangnya partisipasi aktif dari anggota komite
- 2) Pertemuan ilmiah, pelatihan internal dan eksternal belum sepenuhnya terlaksana karena anggota komite masih focus dengan kegiatan pelayanan di setiap unit kerja

c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

- 1) Belum terlaksananya sosialisasi etika dan disiplin Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan staf klinis lainnya karena kesulitan mengumpulkan seluruh anggota komite
- 2) Kurangnya koordinasi dengan setiap profesi di komite sehingga tata laksana alur pelaporan masalah etik dan disiplin staf PPA dan staf klinis lainnya belum selesai dibuat

B. Kondisi Yang Dicapai

Hasil kegiatan dari Program Komite Staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya selama tahun 2024 adalah sebagai berikut:

- a. Database g form 2024 PPA Lainnya dan Staf Klinis Lainnya sudah teralisasi
- b. Pertemuan komite per triwulan sudah teralisasi.
- c. Melaksanakan kredensial dan re-kredensial Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya sudah terealisasi.
- d. Revisi pedoman kewenangan klinis per profesi masih dalam proses
- e. Sosialisasi audit kinerja Profesional Pemberi Asuhan lainnya dan Staf Klinis Lainnya belum teralisasi.
- f. Menyusun panduan OPPE sudah terealisasi.





- g. Mengadakan pertemuan ilmiah, pelatihan internal dan eksternal sesuai dengan area praktik belum terealisasi
- h. Sosialisasi etika dan disiplin staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya masih dalam proses
- i. Menyusun tata laksana alur pelaporan penanganan masalah etik dan disiplin staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya sedang dalam proses.
- j. Pada tahun 2024, RS Marzoeqi Mahdi melalui komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya, telah dipercaya menjadi Mitra bestari untuk melakukan kegiatan kredensial di beberapa rumah sakit yaitu RS Nuraida Kota Bogor dan RS EMC Sentul,.

C. Kendala

Kendala kegiatan dari Program Komite Staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya selama tahun 2024 adalah sebagai berikut:

- a. Belum semua profesi menyelesaikan revisi pedoman kewenangan klinis per profesi
- b. Belum terlaksananya pelatihan Kredensial Staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya dikarenakan kendala teknis tempat dan narasumber pelatihan
- c. Belum terlaksananya sosialisasi audit kinerja staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya untuk semua profesi karena kurangnya partisipasi aktif dari anggota komite
- d. Pertemuan ilmiah, pelatihan internal dan eksternal belum sepenuhnya terlaksana karena anggota komite masih fokus dengan kegiatan pelayanan di setiap unit kerja
- e. Belum terlaksananya sosialisasi etika dan disiplin Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan staf klinis lainnya karena kesulitan mengumpulkan seluruh anggota komite
- f. Kurangnya koordinasi dengan setiap profesi di komite sehingga tata laksana alur pelaporan masalah etik dan disiplin staf PPA dan staf klinis lainnya belum selesai dibuat

D. Tindak Lanjut

- a. Menjadwalkan kembali dan berkoordinasi dengan bagian SDM terkait pelatihan kredensial
- b. Berkoordinasi dengan rumah sakit lain yang telah memiliki Pedoman Kewenangan Klinis sesuai dengan profesi yang belum selesai
- c. Berkoordinasi dengan setiap profesi agar partisipasi sosialisasi audit kinerja staf PPA dan staf klinis lainnya lebih meningkat lagi
- d. Berkoordinasi dengan rumah sakit lain yang telah memiliki panduan OPPE





- e. Berkoordinasi dengan setiap profesi agar manajemen pembagian tugas lebih dapat ditingkatkan lagi
- f. Sosialisasi etika dan disiplin PPA Lainnya dan Staf Klinis Lainnya dapat dilakukan secara virtual
- g. Meningkatkan koordinasi antar profesi melalui media virtual

5.1.5.4.2 Komite Mutu Rumah Sakit

Kondisi yang dicapai saat ini:

A. Realisasi program peningkatan mutu Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.25 Realisasi Program Peningkatan Mutu

No	Program	Realisasi
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan RS.	- Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS. - Telah disusun program mutu tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	Memberi masukan dan pertimbangan dalam bentuk laporan Komite Mutu RS yang dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas.
3	Pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS dan pengukuran indikator tingkat RS serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut.	- Sudah dilakukan pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS menyesuaikan dengan standar Akreditasi RS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan meliputi indikator sasaran keselamatan pasien, pelayanan klinis prioritas, tujuan strategis RS, perbaikan sistem, manajemen risiko, dan penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran. - Prioritas perbaikan tingkat RS adalah layanan PDC dengan 16 Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS. - Pengukuran indikator mutu prioritas RS setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas beserta rekomendasinya.
4	Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja.	- Penerapan program mutu dipandu oleh Subkomite Mutu dengan pembagian area 1:5 (1 petugas: 5 area). - Dilakukan movev unit kerja untuk memantau penerapan mutu unit kerja. - Dilakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6 bulan. - Dilakukan Ronde Komite Mutu yang melibatkan 3 (tiga) Subkomite yakni Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, dan Subkomite Manajemen Risiko agar upaya perbaikan yang dilakukan lebih komprehensif.
5	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	- Pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas RS sesuai dengan STARKES pada layanan prioritas PDC. - Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar. - Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan setiap bulan. - Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. - Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. - Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.	- Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) Tahun 2024 pada bulan Oktober-Desember 2022 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja, baik melalui rapat koordinasi maupun rapat per masing-masing bagian. - Sudah ada penetapan profil indikator mutu unit (IMP-Unit) Tahun 2024 untuk upaya perbaikan mutu berkesinambungan di unit tersebut.





No	Program	Realisasi
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	- Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan aplikasi SIMANDATURI. Implementasi aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya. - Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 10 setiap bulannya. - Validasi data indikator mutu dilakukan untuk PIC PMKP baru.
8	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan Indikator Nasional Mutu (INM) RS.	- Pengumpulan, analisis capaian dan laporan beserta rekomendasi dari IMP dan INM sudah rutin dilakukan setiap bulannya. - INM dilaporkan kepada Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian ke dalam aplikasi Kemkes.
9	Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf.	- Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan seluruh unit kerja di RS baik secara luring maupun daring (rapat, diskusi, konsultasi, dll). - Koordinasi dengan Komite-komite terkait penyederhanaan formulir PPK/CP untuk dimasukkan dalam ERM. - Rapat koordinasi dengan seluruh unit kerja dilakukan rutin setiap bulan untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran setiap tanggal 20 tiap bulannya. - Melakukan koordinasi, komunikasi, konsultasi, dan pendampingan tentang mutu dan keselamatan pasien serta manajemen ruangan kepada Duta Mutu, Duta KPRS, Manajemen Ruangan.
10	Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS.	- Implementasi regulasi mutu di RS. - Dukungan RS terkait sarana prasarana, fasilitas, dan alat kesehatan sesuai dengan standar. - Optimalisasi penerapan mutu RS mulai dari hal-hal yang sederhana seperti membaca satu SPO setiap operan di ruang rawat inap, melakukan supervisi berjenjang terkait standar mutu unit kerja dan kompetensi petugas terhadap keterampilan dasar (APAR, BHD, Spill Kit, Hand Hygiene, dan Etika Batuk). - Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan quality improvement sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi RS saja. - Melakukan <i>monev</i> terhadap kepatuhan pengisian rekam medik elektronik, memberi <i>feedback</i> kepada unit kerja, memotivasi agar petugas dapat melengkapi pengisian rekam medis tiap shiftnya. - Menerapkan "Tulis apa yang dilakukan, Lakukan apa yang ditulis". - Diskusi terkait permasalahan mutu dengan unit kerja. - Melakukan ronde Komite Mutu setiap Hari Selasa untuk memantau penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di unit kerja. - Unit kerja membuat <i>display</i> mutu yang <i>up to date</i> setiap semester sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerja.
11	Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian.	- Pengkajian standar pelayanan, Pendidikan, dan penelitian dilakukan oleh seluruh Kepala Unit Kerja melalui rapat koordinasi. - Meningkatkan kompetensi staf terhadap standar mutu RS melalui seminar, workshop, pelatihan, dll. - Memotivasi staf untuk melakukan journal reading yang berkaitan dengan mutu RS. - Melakukan review standar mutu RS (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.
12	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.	Bimbingan Teknis Standar Pelayanan Minimal di FKRTL yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor pada tanggal 01 Februari 2024.
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

B. Realisasi program keselamatan pasien Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.26 Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien

No	Program	Realisasi
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS.	- Regulasi mengacu pada STARKES. - Disusun program kerja keselamatan pasien RS tahun 2024.





No	Program	Realisasi
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.	▪ Laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap tanggal 10 setiap bulannya. ▪ Insiden keselamatan pasien dengan grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana dan membuat rekomendasi berdasar analisis setiap insiden keselamatan pasien yang terjadi maksimal pada hari ke 7 sejak insiden. ▪ Insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah, dilakukan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden keselamatan pasien tersebut untuk dilakukan perbaikan-perbaikan maksimal 45 hari sejak insiden. ▪ Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan.
3	Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja.	▪ Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Subkomite KPRS dan Duta KPRS melalui movev langsung ke unit kerja. ▪ Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Subkomite KPRS dengan pembagian 1:5 (1 petugas: 5 area). ▪ Meningkatkan peran Duta KPRS yang telah berperan dalam penerapan keselamatan pasien di unit kerja. ▪ Dilakukan Ronde Komite Mutu untuk melakukan pemantauan dan memandu penerapan program keselamatan pasien di unit kerja. ▪ Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. ▪ Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
4	Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.	▪ Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan movev dan supervisi yang dilaksanakan oleh Subkomite KPRS. ▪ Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon. ▪ Membuat sarana edukasi seperti leaflet dan spanduk sasaran keselamatan pasien. ▪ Memotivasi PPA agar melaporkan insiden keselamatan pasien dan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan 1x24 jam.
5	Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.	▪ Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan google spreadsheet. ▪ Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, yang belum mencapai target, dan yang sangat sulit tercapai. ▪ Pelaporan data Duta KPRS dilakukan tepat waktu pada tanggal 03 setiap bulannya ke Subkomite KPRS untuk dilaporkan ke Komite Mutu pada tanggal 05 setiap bulannya. ▪ Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dilakukan setiap bulan ▪ RCA telah dilaksanakan pada insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah.
6	Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	▪ Pelaporan internal insiden keselamatan pasien 1x24 jam dilaksanakan melalui online. ▪ Pelaporan IKP internal dari unit kerja maksimal 2x24 jam dan dilakukan rekapitulasi setiap bulan. Grading hijau dan biru dilakukan investigasi sederhana, sedangkan grading kuning dan merah dilakukan RCA. ▪ Pelaporan eksternal insiden keselamatan pasien dan RCA dilaksanakan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan
7	Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.	▪ Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian indikator ke dalam aplikasi Kemkes. ▪ Workshop “Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei–01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta. ▪ Workshop “Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” pada tanggal 27–28 Juni 2024.





No	Program	Realisasi
8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

C. Realisasi program manajemen risiko Tahun 2024 adalah:

Tabel 5.27 Realisasi Program Manajemen Risiko

No	Program	Realisasi
1	Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit.	- Penyusunan program kerja subkomite manajemen risiko tahun 2024. - Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi. - Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS.	Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.
3	Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja.	- Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:5 (1 petugas: 5 area). - Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Selasa bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja. - Melakukan kelas kecil pembuatan risk register dan FMEA unit kerja.
4	Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya.	- Melakukan pendampingan oleh subkomite ke seluruh unit kerja untuk pembuatan profil risiko. - Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan. - Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya.
5	Penyusunan Risk Register Unit Kerja	- Melakukan permohonan pembuatan profil risiko unit kerja berdasarkan Nota Dinas No. YM.01.02/D.XXXV/646/2024. - Melakukan pendampingan ke unit kerja dalam proses penyusunan profil risiko unit kerja. - Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan <i>feedback</i> atas profil risiko yang telah dikumpulkan melalui link https://linktr.ee/marzoekimanris - Telah dilakukan pengelompokan PIC pembuatan Profil Risiko dan FMEA di Instalasi Rawat Inap. - Tahun 2024 telah terkumpul 30 profil risiko unit kerja.
6	Penyusunan Profil Risiko RS	Profil Risiko RS telah ditetapkan melalui SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXXV/1232/2024 tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2024 di RS Marzuki Mahdi.
7	Penyusunan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja	- Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA. - Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan <i>feedback</i> atas FMEA yang telah dikumpulkan. - Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja.
8	Penyusunan <i>Hazard Vulnerability Assessment</i> (HVA) dan <i>Hospital Safety Index</i> (HSI)	- Melakukan pendampingan penyusunan HVA dan HSI berdasarkan standar keselamatan RS - Melakukan evaluasi dan umpan balik.
9	Penilaian Manajemen Risiko	- Penilaian manajemen risiko oleh eksternal: <i>Maturity Rating</i> Kemenkeu. - Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi (SPIP-T) Kemenkes. - Pengendalian Intern atas Pelaporan Keuangan (PIPK). - Penilaian SPI/SKI Mandiri - Menyusun dan mengupload dokumen-dokumen yang diperlukan dalam penilaian manajemen risiko. - Skor penilaian Manajemen Risiko pada <i>Maturity Rating</i> Kemenkeu adalah 5/5
10	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya.	- Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana. - Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik. - Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Subkomite Manajemen Risiko.





No	Program	Realisasi
11	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	- Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal dan cepat berubah di masa pandemik Covid-19 dilakukan rapat segera. - Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Timker, Asisten Timker, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait.
12	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko.	- Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil. - Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. - Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20–22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. - Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei–01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

D. Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun 2024 ada tigabelas indikator sebagai berikut:

Tabel 5.28 Indikator Nasional Mutu (INM)

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
4	Waktu tanggap <i>Sectio Caesaria Emergency</i>	80%
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
6	Penundaan operasi elektif	<5%
7	Kepatuhan waktu visite dokter spesialis	≥80%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%
10	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	>80%
13	Kepuasan pasien dan keluarga	>76.61%

Tabel 5.29 Hasil Capaian Indikator Nasional Mutu (INM)

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	91.66%	89.80%	92.84%	93.19%	91.87%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%	98.73%	98.26%	99.40%	98.41%	98.70%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Waktu tanggap <i>Sectio Caesarea emergency</i>	80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	64.61%	58.17%	50.30%	77.30%	62.59%
6	Penundaan operasi elektif	<5%	0.00%	0.00%	0.60%	0.00%	0.15%
7	Kepatuhan waktu visite dokter spesialis	≥80%	95.28%	91.22%	94.67%	91.10%	93.07%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	97.09%	97.00%	96.98%	97.30%	97.09%
10	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%	90.38%	89.63%	91.03%	85.60%	89.16%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	>80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Kondisi yang dicapai saat ini:





1. Pelaporan INM pada aplikasi Kemkes sudah dilakukan tepat waktu maksimal tanggal 10 setiap bulannya.
2. Dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Waktu tanggap *Sectio Caesarea emergency*
 - Penundaan operasi elektif
 - Kepatuhan waktu visite dokter spesialis
 - Pelaporan hasil kritis laboratorium
 - Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 - Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kecepatan waktu tanggap komplain
 - Kepuasan pasien dan keluarga
3. INM yang tidak tercapai ada 2 indikator yaitu:
 - Indikator “Kepatuhan penggunaan APD” dengan rerata capaian 98,70% (standar 100%).
 - Indikator “Waktu tunggu rawat jalan” dengan rerata capaian 62,59% (standar $\geq 80\%$).
4. Pada indikator yang belum tercapai tersebut sudah dilakukan upaya perbaikan dengan melakukan rapat koordinasi dan monev secara berjenjang untuk masing-masing indikator tersebut.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI.
2. Mesin APM ada 1 dan hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.
3. SIMRS terkendala (error) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan.
4. Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap task pada SIMRS di masing-masing unit.





5. Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran *by system* ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik.
6. *Overlapping* jadwal Poli Eksekutif dengan Poli Reguler untuk beberapa Dokter Spesialis dan atau Dokter Subspesialis.
7. Jadwal HFIS belum sesuai dengan jadwal real di lapangan.
8. Inkonsistensi kepatuhan dokter untuk patuh melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
9. Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.
10. Belum optimalnya *feedback* ketepatan waktu Poliklinik kepada dokter yang bersangkutan *person to person* oleh atasan langsung yang terkait.
11. Program *reward* dan *punishment* yang kurang jelas terkait ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Melakukan monev dan supervisi kepatuhan penggunaan APD secara rutin dan melakukan reedukasi pada petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD.
2. Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang *error*.
3. Melakukan ajuan pengadaan mesin APM oleh Instalasi Rekam Medik.
4. Bridging VClaim sudah selesai dilakukan, namun mesin APM belum dapat mencetak SEP langsung.
5. Menghimbau petugas *security* untuk dapat membantu mendaftarkan pasien yang datang *on site* melalui menu pendaftaran *online* RSJMM Care untuk meningkatkan angka capaian pendaftaran *online*.
6. Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien untuk melakukan pendaftaran *online* melalui m- JKN atau RSJMM Care dan setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju.
7. Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat Poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh *task* yang ada di SIMRS.
8. Melakukan koordinasi dengan para dokter untuk menentukan jadwal praktik masing-masing yang ideal dan berkomitmen untuk mematuhi.
9. Rapat koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik, dan Timker Pelayanan Penunjang untuk pemenuhan *display* jadwal Poli Dokter Spesialis. Saat ini sudah ada jadwal praktik Poliklinik dokter di TPP yang terdisplay dalam TV.
10. Rapat koordinasi Timker Penunjang, Komite Mutu, SPi, Apoteker untuk membahas optimalisasi pelayanan farmasi.





11. Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.
12. Melakukan redesain jadwal pelayanan Dokter di Poliklinik baik psikiatri dan non psikiatri. Formulir sudah dibagikan dan akan dimasukkan ke dalam jadwal HFIS.
13. Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi secara berkala.
14. *Feedback* ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik ke Direktur Medik dan Keperawatan, Timker Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Medik, dan KSM dokter.
15. Monev berkala Komite Mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.

Rekomendasi:

1. Indikator “Kepatuhan penggunaan APD”:
 - Memastikan ketersediaan APD yang memadai
 - Melakukan monev dan supervisi rutin untuk memastikan bahwa petugas menggunakan APD sesuai dengan pedoman PPI
 - Libatkan seluruh tim dalam membangun budaya keselamatan merupakan prioritas utama
 - Reedukasi secara terus menerus tentang pentingnya penggunaan APD sesuai dengan pedoman PPI. Gunakan variasi metode komunikasi agar pesan yang ingin disampaikan efektif
 - Evaluasi teratur tentang tingkat kepatuhan penggunaan APD dan identifikasi faktor yang mungkin menghambat kepatuhan untuk dilakukan upaya perbaikan
 - Meningkatkan Konsistensi Penggunaan APD oleh PPA
 - Pelatihan rutin bagi PPA mengenai pentingnya penggunaan APD yang sesuai pedoman PPI.
 - Berikan penghargaan pada petugas yang patuh dalam penggunaan APD bisa berupa sertifikat atau pengakuan dihadapan rekan kerja.
 - Pengawasan ketat dan penerapan sanksi bagi yang tidak mematuhi penggunaan APD.

5.2 Realisasi Anggaran

Pada tahun 2024 RS Marzoeki Mahdi mengelola anggaran senilai Rp189.621.557.000,- berdasarkan DIPA Nomor SP DIPA – 024.04.2.415505/2024. Alokasi belanja yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar





Rp66.405.020.000,- dan alokasi sumber dana PNB BLU sebesar Rp. 123.216.537.000,-.

Pada Tahun 2024, program yang direncanakan dapat dicapai dengan realisasi anggaran yang menunjukkan efisiensi atas penggunaan anggaran. Hal ini dapat dilihat dalam Laporan Realisasi Anggaran tahun 2024. Laporan realisasi anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 01 Januari 2024 sampai dengan 31 Desember 2024. Realisasi Pendapatan Negara pada 31 Desember 2024 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp99.885.024.114,- atau mencapai 81,06% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp123.216.537.000,-. Realisasi Belanja Negara pada 31 Desember 2024 adalah sebesar Rp178.713.471.635,- atau mencapai 94,25%% dari alokasi anggaran sebesar Rp189.621.557.000,-.

Tabel 5.30
Realisasi Anggaran TA 2024
RS Marzoeeki Mahdi

Uraian	Tahun 2024				Tahun 2023	
	Anggaran	Realisasi	Realisasi di Atas (Bawah) Anggaran	%	Realisasi	%
Pendapatan						
Penerimaan BLU	123.216.537.000	99.722.114.469	(23.494.422.531)	80,93%	95.848.231.067	79,73%
Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya	-	162.909.645	162.909.645		172.147.848	
Jumlah Pendapatan	123.216.537.000	99.885.024.114	(23.331.512.886)	81,06%	96.020.379.015	79,88%
Belanja						
Belanja Pegawai	54.505.020.000	54.360.310.363	(144.709.637)	99,73%	48.346.049.423	97,27%
Belanja Barang	132.063.526.000	121.696.975.308	(10.366.550.692)	92,15%	128.638.640.680	91,61%
Belanja Modal	3.053.011.000	2.656.185.964	(396.825.036)	87,00%	30.845.769.331	61,88%
Jumlah Belanja	189.621.557.000	178.713.471.635	(10.908.085.365)	94,25%	207.830.459.434	86,61%

Realisasi Anggaran Pendapatan per 31 Desember 2024 sebesar 81,06% atau Rp99.885.024.114,- dan Realisasi Anggaran Belanja per 31 Desember 2024 sebesar 94,25% atau Rp178.713.471.635,-.

Pendapatan Tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar 4,02% atau Rp3.864.645.099,- jika dibandingkan dengan pendapatan Tahun 2023.

1. Target dan Realisasi

Target dan Realisasi Penerimaan BLU tahun 2024 disajikan berdasarkan hasil pengesahan terakhir di KPPN Bogor adalah sebagai berikut:





Tabel 5.31
Target dan Realisasi Penerimaan BLU Tahun 2024

Target	Realisasi	Perasentase Capaian
123.216.537.000	99.885.024.114	81,06%

2. Perincian Realisasi

Perincian realisasi anggaran baik dari rupiah murni maupun BLU sebagai berikut:

Tabel 5.32
Realisasi Anggran Tahun 2024

Sumber Dana	Pagu	Realisasi	Persentase Daya Serap
RM	66.405.020.000	65.134.962.931	98,09%
BLU	123.216.537.000	113.578.508.704	92,18%
Total	189.621.557.000	178.713.471.635	94,25%

5.3 Inovasi

1. Selama tahun 2024, Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi telah melaksanakan beberapa inovasi untuk meningkatkan mutu layanan dan efisiensi. Inovasi ini dirancang untuk memperbaiki mutu layanan rumah sakit, mempercepat proses, dan meningkatkan keselamatan pasien melalui berbagai inisiatif strategis dan teknologi. Adapun deskripsi dari masing-masing inovasi adalah sebagai berikut:

Tabel 5.33
Inovasi Komite Mutu

No	Inovasi
1	SIMANDATURI (Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi) ▪ Aplikasi berbasis web untuk pengelolaan indikator mutu, meliputi pengumpulan, pelaporan, dan analisis data. ▪ Manfaat: Mempermudah pengelolaan data, meningkatkan efisiensi, dan mendukung pengambilan keputusan yang tepat waktu.
2	Department of The Month ▪ Penghargaan bulanan untuk unit kerja yang menunjukkan pelaporan indikator mutu secara lengkap dan akurat. ▪ Manfaat: Mendorong unit kerja untuk meningkatkan mutu pelaporan dan memberikan apresiasi atas kinerja yang baik.
3	Quality Improvement (QI) Championship ▪ Inisiatif untuk meningkatkan mutu dengan menerapkan siklus PDSA (Plan-Do-Study-Act). ▪ Tujuan: Mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan, serta merumuskan strategi perbaikan yang berkelanjutan di unit kerja.
4	Duta Mutu RS ▪ Program untuk membantu PIC Data dalam pengukuran dan pelaporan indikator mutu di unit kerja. ▪ Tugas: Melakukan monitoring, pengumpulan data, analisis, pelaporan, serta edukasi dan koordinasi terkait mutu.
5	Duta KPRS ▪ Program untuk memantau dan mengevaluasi upaya keselamatan pasien di berbagai unit layanan rumah sakit. ▪ Tugas: Melakukan edukasi, monitoring, pelaporan insiden keselamatan, serta koordinasi terkait keselamatan pasien.
6	PRISMA (Program Sinergi Mutu Dan ▪ PRISMA adalah sebuah aplikasi berbasis web yang bertujuan untuk mengintegrasikan sistem manajemen mutu dan keselamatan pasien dalam satu pendekatan yang sinergis dan berkelanjutan. Program ini memadukan berbagai elemen penting dalam rumah sakit, mulai dari kebijakan, prosedur, hingga pelaksanaan di lapangan, untuk memastikan bahwa setiap aspek pelayanan





No	Inovasi	
	Keselamatan Pasien)	pasien dapat dijalankan dengan standar mutu yang tinggi dan dengan memperhatikan keselamatan pasien di setiap tahap pelayanan.
7	SiManis (Sistem Manajemen Risiko Terintegrasi)	SiManis merupakan aplikasi atau platform digital yang dirancang untuk membantu organisasi dalam mengelola risiko secara terstruktur, sistematis, dan efisien. Aplikasi ini digunakan untuk mempermudah proses identifikasi, penilaian, mitigasi, dan pemantauan risiko yang dapat mempengaruhi pencapaian tujuan. SiManis membantu rumah sakit menjadi lebih tanggap terhadap risiko yang ada, meningkatkan ketahanan, dan mendukung keberlanjutan operasionalnya.

2. RS Marzoeqi Mahdi juga ada beberapa inovasi berdasarkan desk inovasi implementasi Sakip TA 2024 yaitu:

Tabel 5.34
Inovasi Komite Mutu

No	Nama Inovasi	Kategori Inovasi
1.	Dashboard Pengampuan	Pengukuran & Pelaporan Kinerja
2.	Perinatal Mental Health Care (PMHC)	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja
3.	Sistem Manajemen Risiko (SIMANIS)	Perencanaan Kinerja





BAB VI

PENUTUP

Pencapaian kinerja RS Marzoeqi Mahdi Tahun Anggaran 2024 merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai Rencana Strategis RSMM Tahun 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja. Keberhasilan atas pencapaian kinerja Tahun Anggaran 2024 hendaknya dapat dipertahankan, ditingkatkan serta menjadi parameter untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Hal-hal yang menghambat tercapainya target dan rencana kinerja diharapkan dapat menjadi penyemangat untuk memperbaiki, mencari solusi dan alternatif penyelesaiannya.

a. Kesimpulan

1. Pencapaian kinerja (IKU RSB) selama Tahun Anggaran 2024 belum seluruhnya tercapai, atas hal tersebut memerlukan upaya perbaikan dari semua pihak yang terkait agar tercapai sesuai target (100%);
2. Adanya program inovasi dari semua unit kerja khususnya terkait layanan terhadap pasien diharapkan dapat mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu;
3. Untuk mencapai layanan yang bermutu dan terukur maka selama Tahun Anggaran 2024 telah merangkum kegiatan yang dilakukan di semua Direktorat.

b. Rekomendasi

1. Penguatan program untuk seluruh IKU;
2. Percepatan pencapaian target melalui program inovasi yang dilaksanakan di seluruh unit kerja;
3. Penguatan monitoring dan evaluasi secara intensif dan berkesinambungan;
4. Penguatan Pengembangan sistem informasi memperkuat pola kemitraan dengan pemangku kepentingan.

