



Kemenkes
RS Marzoeeki Mahdi

LAPORAN TAHUNAN

TA 2025



**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN TAHUNAN
RS MARZOEKI MAHDI
TAHUN ANGGARAN 2025**

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. Direktur Utama

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


.....

2. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

Fauzi Alvaro Hertianto, SE., M.Ak., CIAP., QIA
NIP 198812042010121004


.....

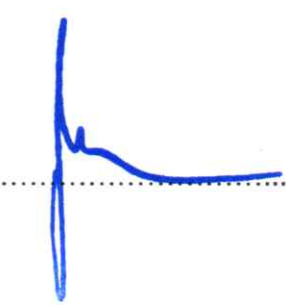
3. Plt. Direktur Medik dan Keperawatan

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


.....

4. Plt. 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) 2025 Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi (RSMM) Bogor ini dapat terselesaikan.

Laporan Tahunan TA 2025 RS Marzoeeki Mahdi ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja RS Marzoeeki Mahdi dan merupakan pertanggungjawaban mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan di RS Marzoeeki Mahdi. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RS Marzoeeki Mahdi mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Tahun Anggaran 2025.

Laporan Tahunan TA 2025 RS Marzoeeki 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 2025 ini, RS Marzoeeki Mahdi mendapatkan umpan balik (*feedback*) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi yang obyektif dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS. Marzoeeki Mahdi. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk perbaikan kinerja RS. Marzoeeki Mahdi yang akan datang.

Bogor, 25 Januari 2026

Direktor 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
2.2.1 Struktur Organisasi.....	7
2.2.2 Tugas dan Fungsi.....	10
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	17
3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis	17
3.2.2 Sasaran dan Indikator	18
BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN	21
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	21
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi Pelaksanaan	21
4.3 Upaya Tindak Lanjut	25
BAB V. HASIL KERJA	28
5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit	28
5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB TA 2025.....	28
5.1.2 Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih TA 2025.....	30
5.1.3 Pencapaian Indikator Kinerja Individu TA 2025	31
5.1.4 Pencapaian Kinerja Direktorat dan Komite	32
5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan	32
5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional.....	55
5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian	70

5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite	78
5.1.5.5 Pencapaian Kinerja Instalasi	87
5.1.5.6 Pencapaian Kinerja SPI	96
5.1.5.7 Pencapaian Kinerja Unit Layanan Pengadaan	99
5.2 Realisasi Anggaran	101
5.3 Inovasi	101
BAB VI. PENUTUP	103

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya, sesuai dengan Permenkes Nomor 20 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Permenkes Nomor 26 Tahun 2022, Rumah Sakit Marzoeki Mahdi (RSMM) melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa secara paripurna yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, serta mendukung fungsi pendidikan, pelatihan, dan penelitian secara terintegrasi dan berkelanjutan. Sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional dan Badan Layanan Umum (BLU), RSMM dituntut untuk menjaga keseimbangan antara mutu layanan, keberlanjutan organisasi, dan akuntabilitas pengelolaan keuangan.

Laporan Tahunan Tahun Anggaran 2025 menyajikan gambaran umum capaian kinerja RS Marzoeki Mahdi berdasarkan pengukuran terhadap 14 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang telah diperjanjikan. Secara umum, kinerja rumah sakit menunjukkan hasil yang cukup baik, dengan sebagian besar indikator mencapai target, khususnya pada aspek mutu layanan, keselamatan pasien, kepuasan pelanggan, penguatan tata kelola, serta pengembangan sumber daya manusia.

Namun demikian, masih terdapat beberapa indikator strategis yang belum mencapai target, yaitu persentase pendapatan yang diperoleh dari kegiatan penelitian, Bed Occupancy Rate (BOR), persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit, EBITDA margin, serta realisasi anggaran. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain belum optimalnya pemanfaatan layanan dan aset, keterbatasan sarana dan prasarana pendukung, serta tantangan dalam efisiensi anggaran dan penguatan digitalisasi sistem.

Dari sisi pengelolaan keuangan, realisasi anggaran tahun 2025 menunjukkan kinerja yang relatif baik, dengan realisasi pendapatan sebesar 93,00% dan realisasi belanja sebesar 94,28%. Capaian ini mencerminkan upaya rumah sakit dalam menjaga efektivitas pelaksanaan anggaran, meskipun masih diperlukan penguatan strategi untuk meningkatkan kinerja keuangan secara berkelanjutan.

Laporan Tahunan ini tidak hanya menyajikan capaian kinerja, tetapi juga memuat identifikasi kendala serta upaya tindak lanjut yang telah dan akan dilakukan sebagai bagian dari proses perbaikan berkelanjutan.

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 2005-2029, pemerintah berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan daya saing sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025 – 2029 telah ditetapkan oleh Presiden Republik Indonesia melalui Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025. RPJMN merupakan penjabaran dari visi, misi dan program pasangan Presiden dan Wakil Presiden hasil Pemilihan Umum Tahun 2024 yang disusun berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN). Visi Indonesia Emas dalam RPJMN 2025-2029 yaitu "Negara Nusantara yang Berdaulat, Maju, dan Berkelanjutan". Visi tersebut mengandung arti bahwa pembangunan memerlukan kerja sama seluruh putra-putri terbaik bangsa yang memiliki kesamaan tekad, dengan dasar fondasi kuat yang telah dibangun pada masa kepemimpinan presiden sebelumnya, sehingga berhasil mewujudkan Indonesia setara negara maju ditahun 2045 dan mencapai cita-cita Indonesia Emas 2045.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025 – 2029 telah ditetapkan oleh Presiden Republik Indonesia melalui Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025. RPJMN merupakan penjabaran dari visi, misi dan program pasangan Presiden dan Wakil Presiden hasil Pemilihan Umum Tahun 2024 yang disusun berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN). Visi Indonesia Emas dalam RPJMN 2025-2029 yaitu "Negara Nusantara yang Berdaulat, Maju, dan Berkelanjutan". Visi tersebut mengandung arti bahwa pembangunan memerlukan kerja sama seluruh putra-putri terbaik bangsa yang memiliki kesamaan tekad, dengan dasar fondasi kuat yang telah dibangun pada masa kepemimpinan presiden sebelumnya, sehingga berhasil mewujudkan Indonesia setara negara maju ditahun 2045 dan mencapai cita-cita Indonesia Emas 2045.. 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. Marzoeki 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 subspesialis 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 Marzoeki 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 Marzoeki 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 Kesehatan Lanjutan 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 Marzoeki Mahdi TA 2025.

Laporan ini merupakan bentuk pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2025 – 2029, Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2025 serta Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2025 yang merupakan gambaran kualitas kinerja RSMM.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Tahunan TA 2025 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 2025 RS Marzoeki Mahdi TA 2025 yang meliputi :

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menjelaskan tentang gambaran secara umum RS Marzoeki 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 Marzoeki 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 Marzoeki 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 2025. Hambatan pada tahun 2024 mengakibatkan beberapa capaian kinerja tidak tercapai dari target yang telah ditetapkan, yaitu:

A. 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.

B. 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.

C. 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.

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

- 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;

- Kurangnya koordinasi lintas program dengan mitra;
- Kurang luasnya kerjasama pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa di komunitas.

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 Marzoeki 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.

2.2 Kelembagaan

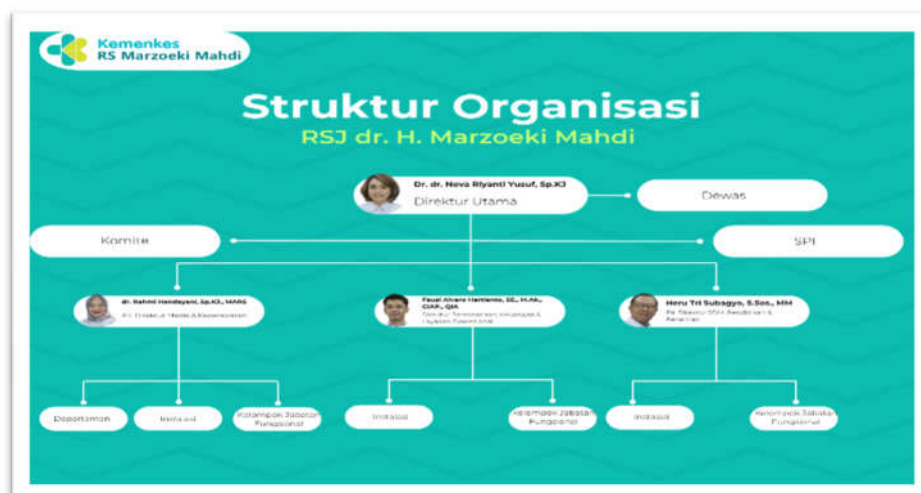
2.2.1 Struktur Organisasi

Dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya, sesuai dengan Permenkes No. 20 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Permenkes No. 26 tahun 2022 bahwa RS Marzoeki 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 Marzoeki 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. Marzoeki Mahdi



Penjelasan dari bagan diatas adalah sebagai berikut :

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

Adapun susunan Direksi RS Marzoeeki Mahdi sebagai berikut:

1. Direktur Utama:

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

2. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional:

Fauzi Alvaro Hertianto, SE., M.Ak., CIAP., QIA.

3. Plt. Direktur Medik dan Keperawatan:

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

4. Plt. 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/1135/2025 terdiri dari:

Ketua : Dita Novianti Sugandi Argadiredja, S.Si., Apt., M.Si.

Anggota :

1. Harditya Suryawanto, S.H., LLM.
2. Isaac Shahrir Djauhari Jenie
3. Peter Umar, S.E., Ak., M.Si.
4. Sigit Danang Joyo, S.H., DESS.AF.

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 Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Nomor OT.01.01/D/5106/2025 tanggal 21 Oktober 2025 tentang Persetujuan Organisasi RS Jiwa Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor, 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.

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 Marzoeki Mahdi yang terdiri atas:

a. Komite:

1. Komite Medik;
2. Komite Keperawatan dan Tenaga Kesehatan Lain;
3. Komite Mutu Rumah Sakit;
4. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit;
5. Komite Etik Penelitian Kesehatan;
6. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba.

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 Radiagnostik dan Imaging;
8. Instalasi Laboratorium;
9. Instalasi Promosi Kesehatan dan Tatalaksana Gizi RS;
10. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
11. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu;
12. Instalasi Verifikasi dan Penjaminan;

13. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (Kesling & K3RS);
 14. Instalasi Rekam Medik dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.
- d. Departemen:
1. Departemen Psikiatri (*Department of Psychiatry*);
 2. Departemen Medik (*Department of Medicine*);
 3. Departemen Bedah (*Department of Surgery*).
- e. Unit:
1. Unit Fungsional Pendidikan;
 2. *Clinical Research Unit* (CRU);
 3. Unit Layanan Pengadaan;
 4. Unit Pengembangan Bisnis (PERINTIS APEL)

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

RS Marzoeki 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 2025 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 TA 2025
RS. Marzoeki Mahdi

NO	URAIAN	ASN		NON ASN			JUMLAH	%
		PNS	PPPK	BLU	PKWT	DOKTER TAMU		
1	Medis							
	Dokter Spesialis	26	0	1	0	9	36	4,68%
	Dokter Sub Spesialis	6	0	0	0	0	6	0,78%
	Dokter Umum/Dokter Gigi Umum	17	7	0	1	1	26	3,38%
2	Keperawatan, Bidan dan Tenaga Kesehatan Lainnya							
	Keperawatan	301	71	0	0	0	372	48,31%
	Bidan	14	0	0	0	0	14	1,82%
	Tenaga Kesehatan Lainnya	116	25	0	0	0	142	18,44%
3	Non Medis	103	31	9	31	0	172	22,60%

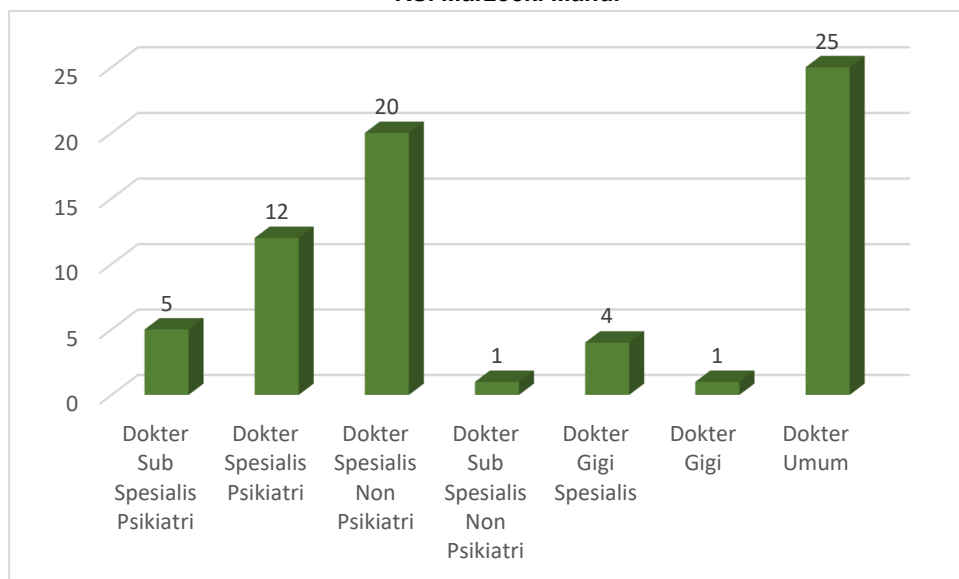
TOTAL TENAGA	583	134	10	33	10	770	100%
--------------	-----	-----	----	----	----	-----	------

Gambaran ketenagaan berdasarkan tabel 2.1 prosentase ketenagaan di RSMM yaitu **Tenaga Medis** terdiri dari tenaga dokter spesialis/dokter gigi spesialis sebesar 4,68%, dokter sub spesialis sebesar 0,78%, dokter umum/dokter gigi umum sebesar 3,38%. **Tenaga keperawatan** sebesar 43,31%, Bidan sebesar 1,82% dan **Tenaga Kesehatan Lainnya** sebesar 18,44%. Selain itu **Tenaga Non Medis** sebesar 22,60%.

Data pegawai RS Marzoeki Mahdi Tahun 2025 sesuai tabel 2.1 berjumlah 717 orang yang terdiri dari tenaga Aparatur Sipil Negara (ASN), (a) Pegawai Negeri Sipil (PNS) 583 orang dan (b) Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) 134 orang dan tenaga Non ASN baik (a) Pegawai Tetap BLU 10 orang, (b) Pegawai Tidak Tetap (Perjanjian Kontrak Waktu Tertentu/PKWT) 33 orang dan (c) Dokter Tamu 10 orang.

Komposisi tenaga medis pada tahun 2025 pada grafik 2.1 memperlihatkan bahwa jumlah dokter sub spesialis kedokteran jiwa 5 orang, dokter spesialis kedokteran jiwa 12 orang, dokter spesialis non psikiatri 20 orang, dokter sub spesialis non psikiatri 1 orang, dokter gigi spesialis 4 orang, dokter gigi 1 orang dan dokter umum 25 orang. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.1 sebagai berikut.

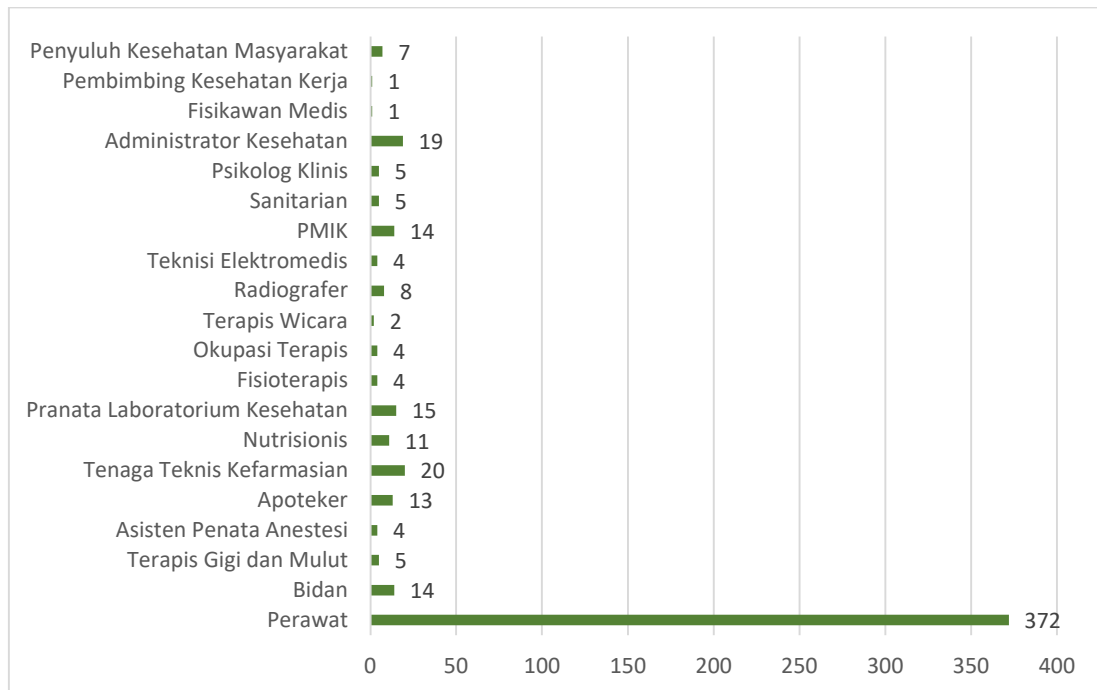
Grafik 2.1
Ketenagaan Medis Tahun 2025
RS. Marzoeki Mahdi



Komposisi ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya pada tahun

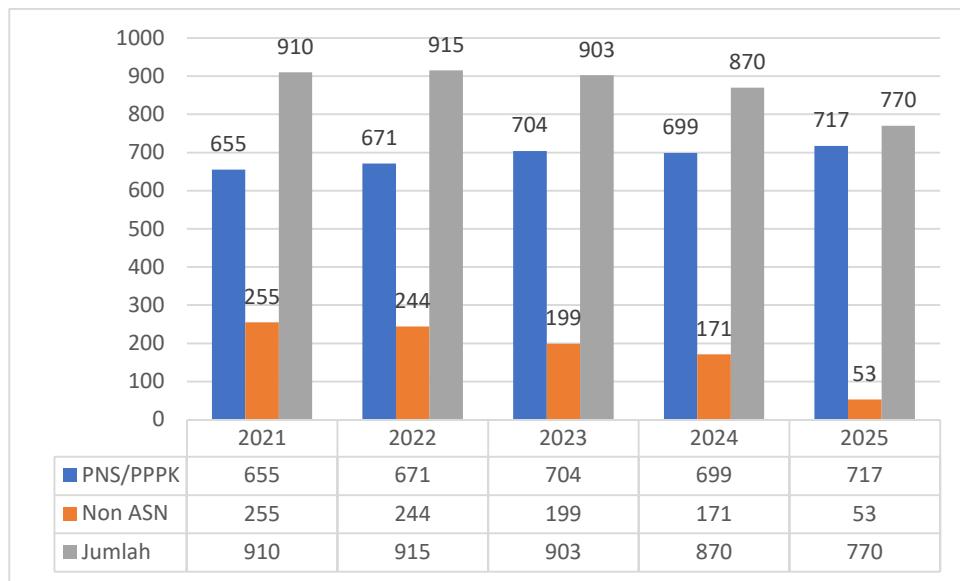
2025 menunjukkan bahwa jumlah Perawat (372 orang) merupakan jumlah terbanyak, diikuti oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (20 orang), Bidan (14 orang) dan Administrator Kesehatan serta Pranata Laboratorium Kesehatan (masing-masing 19 orang), dan tenaga kesehatan lainnya yang mendukung dalam pelayanan kesehatan jiwa maupun layanan lainnya. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.2 sebagai berikut.

Grafik 2.2
Ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya Tahun 2025
RS. Marzoeki Mahdi



RS Marzoeki 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 2021 sampai dengan Tahun 2025.

**Grafik 2.3 Ketenagaan RS Selama 5 Tahun Terakhir
RS Marzoeki 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 2025
RS. Marzoeki Mahdi

NO	AKUN NERACA	TAHUN 2024		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	POSISI BMN DI NERACA	4.549.112.970.252	(10.719.948.914)	4.538.393.021.338
A	ASET LANCAR	16.346.863.994	(3.782.958.456)	12.563.905.488
1	Persediaan	16.346.863.994	(3.782.958.456)	12.563.905.488
B	ASET TETAP	4.532.641.662.027	(6.813.722.777)	4.525.827.939.250
1	Tanah	4.393.036.800.000	0	4.393.036.800.00
2	Peralatan Dan Mesin	193.085.224.537	1.912.799.030	194.998.023.567
3	Gedung Dan Bangunan	156.025.212.876	0	156.025.212.876

4	Jalan, Irigasi, Dan Jaringan	3.313.300.291	0	3.313.300.291
5	Aset Tetap Lainnya	553.568.450	0	553.568.450
6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	255.090.442	(255.090.442)	0
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(213.627.534.569)	(8.471.431.365)	(222.098.965.934)
C	ASET LAINNYA	124.444.281	(123.267.681)	1.176.600
1	Kerjasama dengan Pihak Ketiga	0	0	0
2	Aset Tak Berwujud	3.474.636.239	0	3.474.636.239
3	Akumulasi Amortisasi	(3.350.191.957)	(123.267.681)	(3.473.459.638)
4	Aset Lain-Lain (Aset Yang Tidak Digunakan)	1.646.783.071	0	1.646.783.071
5	Akumulasi Penyusutan Aset Yang Tidak Digunakan	(1.646.783.071)	0	(1.646.783.071)
II	BMN NON NERACA	4.054.622	(3.507.322)	547.300
A	EKSTRAKOMPTABEL	4.054.622	(3.507.322)	547.300
1	BMN Ekstrakomptabel	631.676.501	0	631.676.501
2	Akumulasi Penyusutan Ekstrakomptabel	(627.621.879)	(3.507.322)	(631.129.201)
TOTAL GABUNGAN (I + II)		4.549.117.024.874	(10.723.456.236)	4.538.393.568.638

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. Marzoeki 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. Marzoeki Mahdi Bogar sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional;
13. Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogar 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. Marzoeki Mahdi Tahun 2025 - 2029;
15. Perjanjian Kinerja antara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2025;
16. Kontrak Kinerja antara Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Kementerian Keuangan dengan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2025.

3.2 Tujuan Strategis, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis

Visi dan misi yang hendak dicapai oleh RS. Marzoeki Mahdi yang tertuang dalam Rencana Startegis Tahun 2025 - 2029 adalah :

Visi:

“Rumah Sakit unggulan di level Asia / Asia Pasifik dengan pertumbuhan berkelanjutan”

Misi:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pendukung;
2. Memberikan/Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi;
3. Meningkatkan Tata Kelola Rumah Sakit melalui digitalisasi layanan;
4. Meningkatkan penelitian yang inovatif dan implikatif;
5. Mengembangkan potensi dan kompetensi SDM yang profesional;
6. Memperluas jejaring pelayanan baik nasional maupun internasional;
7. Meningkatkan kualitas layanan unggulan yang terintegrasi dan koordinatif;
8. Menjadi Rumah Sakit Penyelenggara Pendidikan Utama.

Adapun upaya yang dilakukan untuk mencapai visi dan misi RS Marzoeki Mahdi dijabarkan melalui Sasaran Strategis dan dilaksanakan melalui Inisiatif Strategis. Adapun Sasaran strategis terdiri dari:

1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia;
2. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas;
3. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan;
4. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal;
5. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel;
6. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien;
7. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten;
8. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan;
9. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK;

10. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal;
11. Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran dan Indikator di Lingkungan RSMM Tahun 2025 - 2029 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1
Sasaran Strategis Tahun 2025-2029
RS. Marzoeqi Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2025	2026	2027	2028	2029
PERSPEKTIF PELANGGAN								
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1	Costumer Satisfaction Score / Skor Kepuasan Pelanggan	Baik (76.6 1 - 88.3)	Baik (76.6 1 - 88.3)	Baik (76.6 1 - 88.3)	Sangat Baik (88.31 - 100)	Sangat Baik (88.31 - 100)
2	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas	2	% Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu Sesuai Target	50%	57.50 %	65%	72,50%	80%
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3	% Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4	% Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	50%	75%	90%	100%
5	Terwujudnya Tata Kelola yang bersih dan Akuntabel	5	Skor BLU Maturity Rating	Lev. 3	Lev.3	Lev. 3	Lev.3	Lev.4
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6	Bed Occupany Rate (BOR)	70%	70%	70%	70%	70%
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	< 1% (for all infec tion)	< 1% (for all infection)	< 1% (for all infection)	< 1% (for all infectio n)	< 1% (for all infectio n)
		8	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	80%	80%	80%	80%	80%
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9	% Pendapatan No-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	20%	30%	50%	50%
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
9	Terwujud SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.6 1 - 88.3)	Puas (76.6 1 - 88.3)	Puas (76.6 1 - 88.3)	Sangat Puas (88.31 - 100)	Sangat Puas (88.31 - 100)
		11	Training Effectiveness Index (TEI)	70%	73,75 %	77,5 0%	81,25%	85%
PERSPEKTIF KEUANGAN								
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	10%	10%	15%	15%	15%
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	92.35				
		14	Realisasi Anggaran	96%				

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
RS 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>)/UPIP	≤1,5%	0,05
	5	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</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 UPIP	≥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 PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1

2. Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

Tabel 3.3
Indikator Kinerja Terpilih
RS. Marzoeki Mahdi

NO	INDIKATOR	TARGET KINERJA 2025
		Januari s.d Desember
Aspek Keuangan		
1	Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan	≥90%
2	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	≤50%
3	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) Margin	≥10%
4	Akurasi Proyeksi Pendapatan dan Belanja BLU	Indeks 3,5
5	Rasio beban persediaan farmasi terhadap pendapatan operasional	≤25%
6	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang	≤40 hari
7	Porsi pendapatan non JKN terhadap pendapatan operasional	≥15%
8	Implementasi pola remunerasi	100%
9	Implementasi pola tarif	100%
10	Kelengkapan pengisian aplikasi BIOS	100%
Aspek Layanan		
11	Indeks pertumbuhan layanan BLU	Indeks 3
12	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
13	Persentase pengguna pendaftaran online pasien rawat jalan	≥70%
14	Integrasi Rekam Medis Elektronik dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT	100%
15	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	≥70%
16	Pasien Adiksi NAPZA yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%

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 kebijakan dan program upaya pencapaian target (sasaran kerja) RSMM adalah sebagai berikut :

A. Perspektif Keuangan

1. Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang andal:
 - Meningkatkan efisiensi keuangan Rumah Sakit
 - Memperkuat cadangan modal strategis
 - Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan Keuangan

B. Perspektif Pelanggan

1. Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia:
 - Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung
 - Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
 - Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
2. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas:
 - Memperkuat kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring
3. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang

berkesinambungan:

- Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
- Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional
- Mengembangkan program BGSi

C. Perspektif Proses Bisnis Internal

1. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal:
 - Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record yang terintegrasi
 - Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
 - Memperkuat fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue
2. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel:
 - Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)
3. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien:
 - Meningkatkan utilisasi bed rawat inap
 - Meningkatkan produktivitas rawat jalan Rumah Sakit
 - Meningkatkan produktivitas ruang OK Rumah Sakit
 - Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya
4. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten:
 - Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
 - Meningkatkan mutu layanan unggulan
5. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan:
 - Meningkatkan pendapatan layanan non -JKN

D. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran:

1. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK:
 - Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
 - Meningkatkan KUALITAS Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi.

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 aset 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 pembedaan 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 Marzoeki 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 efisiensi, efektivitas 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 TA 2025

Dalam rangka mewujudkan RS Marzoeki Mahdi sebagai Manajemen Pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada hasil maka diperlukan Perjanjian Kinerja antara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan RS Marzoeki Mahdi. Di dalam Perjanjian Kinerja terdapat 11 sasaran strategis dan 14 Indikator Kinerja Utama RSB yang digunakan untuk mengukur kinerja RS Marzoeki Mahdi. Hasil capaian dan analisis Indikator Kinerja Utama dijabarkan secara rinci pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1. Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama RSB TA 2025

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET TAHUN 2025	2025	KET*
PERSPEKTIF PELANGGAN					
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1 Customer Satisfaction Score / Skor Kepuasan Pelanggan	Baik (76.61 - 88.3)	90.98 (Baik)	1
2	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas	2 % Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu Sesuai Target	50%	50,20%	1
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan	3 % Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	1%	0.03%	0

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2025	2025	KET*
	Penelitian yang Berkesinambungan					
PERSPEKTIF BISNIS						
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4	% Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	25%	1
5	Terwujudnya Tata Kelola yang bersih dan Akuntabel	5	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3	1
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6	Bed Occupany Rate (BOR)	70%	56,67%	0
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	< 1% (for all infection)	0%	1
		8	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	80%	100%	1
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9	% Pendapatan No-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%	19%	0
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
9	Terwujud SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61 - 88.3	85,5 (Puas)	1
		11	Training Effectiveness Index (TEI)	70%	76%	1
PERSPEKTIF KEUANGAN						
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	10%	-54%	0

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2025	2025	KET*
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran`	92.35	95.77	1
		14	Realisasi Anggaran	96%	94.27%	0

* Tercapai (1) / Tidak tercapai (0)

5.1.2 Capaian Indikator Kinerja Terpilih TA 2025

Tabel 5.2 Capaian IKT TA 2025

NO	INDIKATOR	TARGET KINERJA JANUARI s.d DESEMBER TAHUN 2025	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOP	DES
Aspek Keuangan														
1	Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan	≥90%	84%	85%	88%	89%	86%	90%	75%	75%	86%	61%	86%	93%
2	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	≤50%	96%	119%	119%	112%	98%	98%	93%	106%	89%	77%	95%	90%
3	Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) Margin	≥10%	-44%	-82%	-66%	-70%	-53%	-46%	-32%	-62%	-30%	-21%	-35%	-69%
4	Akurasi Proyeksi Pendapatan dan Belanja BLU	Indeks 3,5	2,6	3,8	3,8	3,8	3,7	4,7	4,7	5	4	4,4	2,6	3,4
5	Rasio beban persediaan farmasi terhadap pendapatan operasional	≤25%	19%	19%	20%	16%	20%	17%	15%	16%	16%	16%	16%	19%
6	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang	≤40 hari	59,3 hr	40,3 hr	41,38 hr	43,83 hr	47,41 hr	48,32 hr	49,43 hr	50,38 hr	51,6 hr	54,3 hr	53 hr	45,41 hr
7	Porsi pendapatan non JKN terhadap pendapatan operasional	≥15%	19%	18%	18%	19%	17%	18%	21%	19%	18%	18%	19%	20%
8	Implementasi pola remunerasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Implementasi pola tarif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kelengkapan pengisian aplikasi BIOS	100%	72%	80%	88%	93%	95%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	93%
Aspek Layanan														
11	Indeks pertumbuhan layanan BLU	Indeks 3	5	5	4	4,5	3,5	4,5	4,5	3,5	4	4,5	3,5	3,5
12	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%	81%	81%	82%	84%	82%	82%	82%	82%	80%	81%	80%	80%

13	Persentase pengguna pendaftaran online pasien rawat jalan	≥70%	37%	75%	79%	80%	75%	80%	84%	86%	85%	88%	88%	86%
14	Integrasi Rekam Medis Elektronik dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT	100%	100%	97%	99%	98%	98%	98%	97%	97%	97%	97%	97%	96,73 %
15	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	≥70%	88%	100%	99%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	99%	100%
16	Pasien Adiksi NAPZA yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian Indikator Kinerja			93%	102%	100%	104%	99%	105%	106%	103%	97%	104%	100%	101%
Kelebihan Capaian Kinerja			0%	2%	0%	4%	0%	5%	6%	3%	0%	4%	0%	1%

5.1.3 Capaian Indikator Kinerja Individu Tahun 2025

Tabel 5.3 Capaian IKI TA 2025

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	TA 2025		
					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 Teraphy</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 Komplain (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

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	TA 2025		
					HAPER	SKOR	TOTAL
	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 PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1	53,55%	100	10
JUMLAH TS							99
NILAI IKI							2

5.1.4 Pencapaian Kinerja Direktorat dan Komite

5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan

5.1.5.1.1 Tim kerja Pelayanan Penunjang

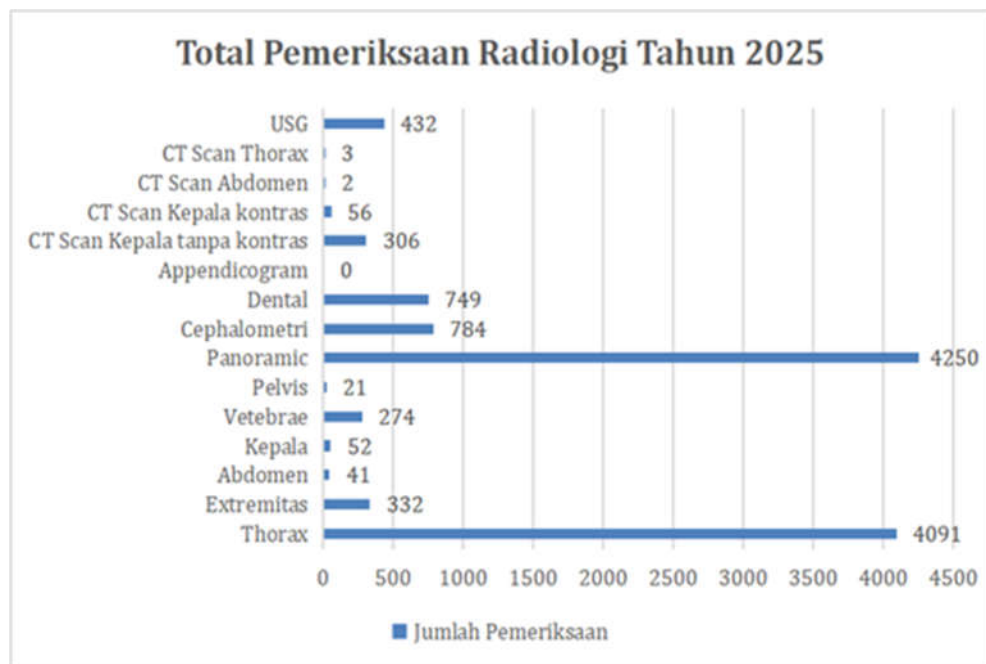
A. Capaian Indikator Korporasi Terukur (IKI)

NO	INDIKATOR	STANDAR	Nilai Rerata				
I	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU 2025		TW I	TW II	TW III	TW IV	TAHUNAN
1	<u>Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)</u>	≥80%	97.39%	97.40%	97.84%	97.32%	97.49%
2	<u>Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)</u>	≤3 Jam	2 jam:19 menit	2 jam:07 menit	1 jam:52 menit	2 jam:05 menit	2 jam:06 menit
3	<u>Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)</u>	≤2 Jam	0 jam:35 menit	0 jam:34 menit	0 jam:36 menit	0 jam:31 menit	0 jam:34 menit
4	<u>Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)</u>	≤30 Menit	0 jam:27 menit	0 jam:28 menit	0 jam:27 menit	0 jam:28 menit	0 jam:27 menit

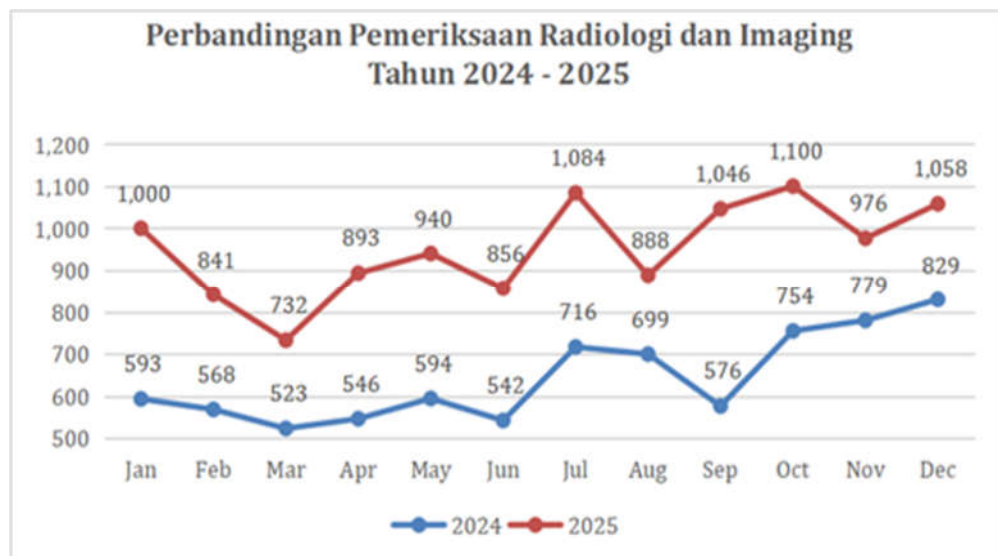
Dapat terlihat dari tabel diatas, bahwa terjadi peningkatan dan penurunan pada setiap triwulan. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh keadaan layanan yang berubah – ubah. Selain itu, faktor internal seperti SDM, sarana prasarana dan ketepatan waktu yang diukur end to end. Dibandingkan tahun 2024, ada peningkatan pada nilai capaian WTPL dan WTOJ pada tahun 2025.

B. Capaian Instalasi

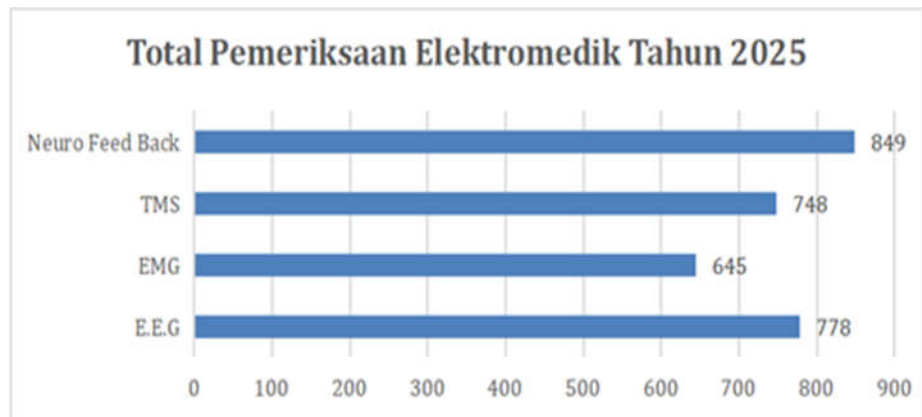
1. Capaian Layanan Radiologi dan Imaging



Perbandingan Pemeriksaan Radiologi dan Imaging Tahun 2025 dan 2024



Jumlah Pemeriksaan Elektromedik Tahun 2025



Perbandingan jumlah pemeriksaan tahun 2025 dan 2024



a. Hasil Yang Dicapai

Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi pada tahun 2025 adalah 11.396 pemeriksaan mengalami kenaikan sebesar 47,7 % jika dibandingkan dengan tahun 2024 yaitu sebanyak 7.717 pemeriksaan. Kenaikan jumlah pemeriksaan berdampak pada peningkatan jumlah pendapatan pada tahun 2025. Total pendapatan pada tahun 2025 adalah Rp. 2.345.760.000, terjadi peningkatan sebesar 32 % jika dibandingkan dengan total pendapatan tahun 2024 sebesar Rp 1.776.518.000.

Peningkatan total pendapatan radiologi disebabkan oleh adanya kenaikan jumlah pemeriksaan dan bertambahnya pemasukan dari pasien mandiri dengan kontribusi terhadap pendapatan total tahun 2025 sebesar 30.00 % dan pasien jaminan dengan kontribusi sebesar 6.48 %.

Jenis pemeriksaan terbanyak adalah pemeriksaan Panoramic, yaitu sebanyak 4.250 pemeriksaan.

Jumlah pemeriksaan yang mengalami peningkatan signifikan tahun 2025 adalah pemeriksaan Panoramic yaitu meningkat sebesar 113 % dan pemeriksaan Cephalometri yang mengalami peningkatan sebesar 708 % jika dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan pada tahun 2024.

Hal ini di mungkin kan karena beberapa rumah sakit merujuk pemeriksaan panoramic ke kita seperti RSUD Kota Bogor dan RS. Ummi Bogor. Selain itu juga rujukan dari klinik - klinik gigi di sekitaran Bogor meningkat cukup banyak. RS. Marzoeqi mahdi menjadi tujuan pemeriksaan gigi geligi disebabkan hasil yang diberikan masih mempergunakan film (di tempat lain sudah jarang memberikan hasil film digital) selain itu juga harga pemeriksaan nya cukup ekonomis.

Hampir semua Jenis pemeriksaan yang mengalami penambahan jumlah pemeriksaan dibandingkan tahun 2024 lalu, namun ada beberapa pemeriksaan yang mengalami penurunan signifikan pada tahun 2025 yaitu pemeriksaan kepala mengalami penurunan sebesar 34,72 % dan pemeriksaan vertebrae yang mengalami penurunan sebesar 9,97 % jika dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan pada tahun 2024.

Jumlah seluruh pemeriksaan elektromedik pada tahun 2025 adalah 1.176 pemeriksaan. Dengan jenis pemeriksaan terbanyak adalah pemeriksaan Neurofeedback sebanyak 383 pemeriksaan. Sedangkan pemeriksaan terkecil adalah pemeriksaan EMG sebanyak 204 pemeriksaan.

Jumlah pemeriksaan Elektromedik terbanyak yaitu pada bulan Desember 2025 sebanyak 342 pemeriksaan. Sementara jumlah pemeriksaan terkecil pada bulan Maret 2025 sebanyak 141 pemeriksaan.

b. Kendala/Permasalahan

Peningkatan kunjungan pasien radiologi cukup mengalami peningkatan yang berarti secara keseluruhan dikarenakan lonjakan permintaan pemeriksaaan gigi geligi (panoramic, cephalometri dan dental intra oral) dari rujukan eksternal luar rumah sakit (rumah sakit lain dan klinik gigi) bukan penambahan yang berasal dari internal rumah sakit (rawat jalan ataupun rawat inap) mungkin hal ini disebabkan kurangnya pasien pengguna jaminan BPJS yang dikirim langsung ke radiologi dari poliklinik internal RS Marzuki Mahdi.

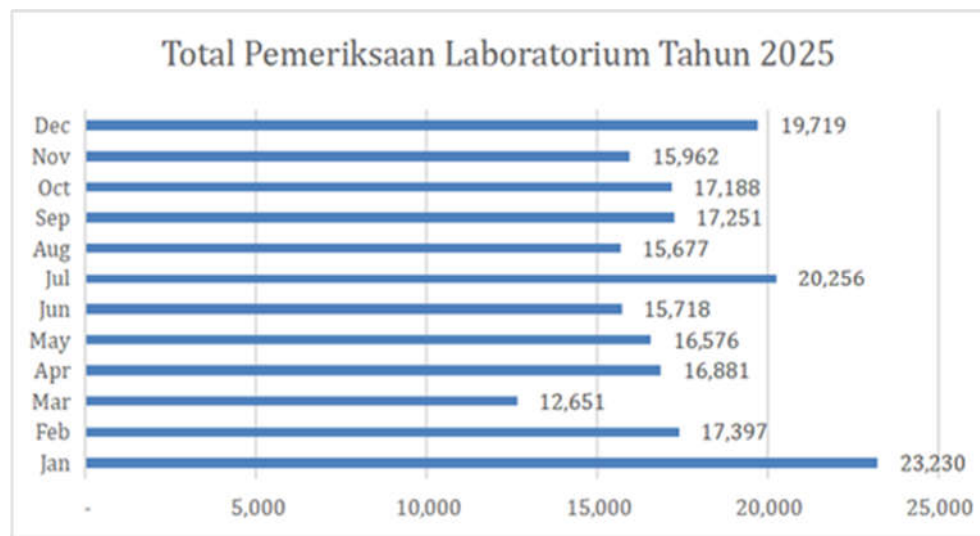
Beberapa Modalitas utama kita yaitu berupa alat X-Ray (Konvensional, DR dan Panoramic) serta CT Scan beberapa kali mengalami kerusakan / error yang cukup mengganggu pelayanan.

BMHP radiologi berupa Film digital sering mengalami kekosongan stok sehingga beberapa kesempatan kita harus melakukan peminjaman kepada penyedia untuk memastikan pelayanan bisa optimal, terkhusus untuk pasien rujukan eksternal kita.

c. Rencana Tindak Lanjut.

- Mengusulkan untuk meningkatkan kerjasama rujukan pemeriksaan radiologi dengan faskes di wilayah Kota Bogor dan sekitarnya.
- Mengajukan untuk dilakukan perawatan berkala (Preventif Maintenance) untuk semua modalitas utama X-Ray.
- Mendorong agar Realisasi pengadaan BMHP bisa segera di awal tahun dengan jumlah yang memadai / tidak dikurangi.
- Peningkatan kemampuan dan ketrampilan SDM radiologi melalui keikutsertaan dalam seminar atau workshop radiodiagnostik dan imaging.

2. Capaian Layanan Laboratorium



Perbandingan Pemeriksaan Tahun 2024 - 2025



Berdasarkan grafik kegiatan pemeriksaan laboratorium secara keseluruhan capaian jumlah pemeriksaan pada tahun 2025 mencapai 207.427 pemeriksaan, memenuhi target yang telah ditetapkan tahun 2025 sebanyak 158.572 pemeriksaan. Adapun pemeriksaan yang tidak mencapai target yaitu pemeriksaan analisa gas darah dan elektrolit. Capaian tertinggi tahun 2025 adalah pemeriksaan hematologi dan Drugs Abuse Test.

a. Hasil yang dicapai

- Jumlah pemeriksaan laboratorium selama periode Januari s/d Desember 2025 sebanyak 207.427 pemeriksaan.
- Jenis pemeriksaan terbanyak adalah pemeriksaan hematologi, yaitu sebanyak 126.660 dan yang terkecil adalah pemeriksaan analisa gas darah sebanyak 209 pemeriksaan.
- Capaian jumlah pemeriksaan laboratorium pada tahun 2025 mencapai lebih dari 100% dari target yang ditetapkan. Hal ini dapat disimpulkan bahwa capaian pemeriksaan laboratorium memenuhi target.
- Jumlah rata-rata pemeriksaan perbulannya mencapai 17.285 pemeriksaan dan jumlah kunjungan rata-rata perbulan adalah 2.241 pasien.
- Total jumlah pendapatan laboratorium berdasarkan tarif pemeriksaan bulan Januari s/d Desember 2025 sebanyak Rp. 5.425.442.000

b. Kendala/Permasalahan

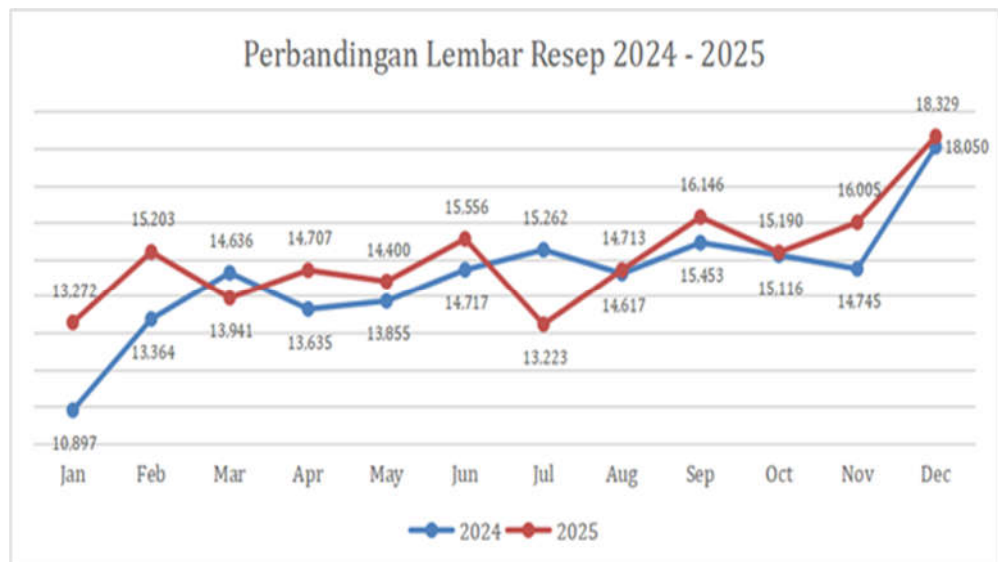
- Fasilitas sarana dan prasarana kurang memadai, seperti : meja pemeriksaan dan lantai laboratorium yang belum memenuhi standar.

- Suhu ruangan yang tidak stabil, kadang juga menyebabkan beberapa alat tidak dapat beroperasi. Hal ini disebabkan kapasitas pendingin suhu ruangan masih kurang dengan kondisi ruangan cukup luas.
 - Ada penundaan atau layanan yang tidak dapat dilakukan dikarenakan alat analisa yang sudah selesai masa KSO dan tidak diperpanjang, adanya kekosongan reagen, dan penggantian sparepart yang menunggu waktu lama pada proses pengadaannya.
 - Untuk kegiatan pelayanan darah, sudah dibangun ruangan untuk menunjang pelayanan BDRS. Tapi pelayanan belum bisa dilakukan optimal dikarenakan masih menunggu kelengkapan sarana dan prasarana yang dibutuhkan seperti : alat crossmatch, meja komputer, komputer, loker.
 - Integrasi SIMRS dengan LIS belum optimal, hasil pemeriksaan belum seluruhnya masuk ke SIMRS. Sehingga hasil pemeriksaan belum 100% paperless, masih diperlukan hasil berupa hardcopy.
 - Ada beberapa permintaan pemeriksaan yang mengalami peningkatan akan tetapi sering terjadi kekosongan reagen, hal ini dikarenakan adanya keterlambatan pembelian reagen, dan atau terjadi kekosongan dari penyedia reagen.
- c. Rencana Tindak Lanjut
- Melengkapi sarana dan prasarana, seperti untuk ruangan BDRS.
 - Optimalisasi penggunaan alat-alat laboratorium, dengan update pemeriksaan terbaru.
 - Meminimalisir kenaikan suhu ruangan dengan melakukan maintenance rutin pendingin ruangan agar alat-alat penunjang pemeriksaan berfungsi dengan baik, sehingga tidak menghambat pemeriksaan dan waktu tunggu layanan. Dan pengajuan pembuatan AC sentral.
 - Pengembangan SIMRS untuk hasil laboratorium secara online (paperless), hasil bisa terlihat secara real time.
 - Tahun 2025 sudah membuat promosi tentang layanan laboratorium.

3. Capaian Pelayanan Farmasi



Perbandingan Lembar Resep 2024 - 2025



a. Hasil yang dicapai

- Pada tahun 2025 ini, pelayanan resep cenderung meningkat dari setiap bulannya.
- Resep yang dilayani pada Tahun 2025 sebanyak 180.685 lembar resep dengan layanan tertinggi pada bulan Desember sejumlah 18.329 lembar.
- Jumlah resep rawat jalan yaitu sebanyak 105.231 lembar resep (rawat jalan regular+JKN) dan 3.721 lembar resep (eksekutif), atau naik sebanyak 7.718 lembar resep dan mengalami pertumbuhan sebesar 16.9% dibandingkan tahun 2024.

b. Kendala

- Masih terdapat kendala dalam mencapai mutu pelayanan yaitu waktu tunggu pelayanan dan kekosongan obat.
- Kekurangan tenaga merupakan salah satu faktor yang harus dipertimbangkan untuk diperbaiki mengingat jumlah pelayanan resep cenderung meningkat tetapi jumlah karyawan mengalami penurunan karena mengundurkan diri, mutasi ataupun pensiun.
- Proses pengadaan obat dan BMHP (proses administrasi dan kekosongan di penyedia) yang terkendala sehingga terjadi kekosongan
- Sarana prasarana yang kurang memadai seperti printer, komputer dan sistem yang masih belum efektif dan efisien mempengaruhi kecepatan dalam pelayanan
- Peresep polifarmasi (peningkatan biaya dan kebutuhan obat) dan resep 2 bulan untuk pasien reguler tidak memungkinkan dilayani sekaligus 2 bulan karena keterbatasan stok dan restriksi sesuai regulasi obat psikotropik
- Pasien BPJS tidak bisa dilayani atau tidak bisa diklaim obatnya karena belum waktunya kontrol (terlalu cepat), atau sudah terlayani obatnya di faskes lain. Lolos dari TPP dan bisa konsultasi di poli tapi terkendala di obat. Petugas farmasi tidak memungkinkan melakukan konfirmasi atau cek kunjungan pasien satu per satu karena harus memenuhi target waktu tunggu.
- Belum optimalnya penggunaan display antrian dan QR code untuk cek proses obat

c. Rencana Tindak Lanjut

- Meningkatkan komitmen dan kinerja seluruh petugas Instalasi Farmasi dalam melakukan pelayanan Instalasi Farmasi yang efisien, akurat dan bertanggung jawab dengan menerapkan standar pelayanan dan mutu yang telah ditetapkan secara maksimal.
- Mengubah periode pengadaan dari per tiga bulan menjadi per semester untuk meminimalisir terjadinya kekosongan obat
- Melakukan koordinasi dengan SIRS untuk membuat sistem yang lebih efektif dan efisien
- Pengajuan perbaikan dan pengadaan sarana pra sarana yang menunjang pelayanan

- Pengajuan pengembangan kompetensi untuk petugas instalasi farmasi

5.1.5.1.2 Tim kerja Pelayanan Medik

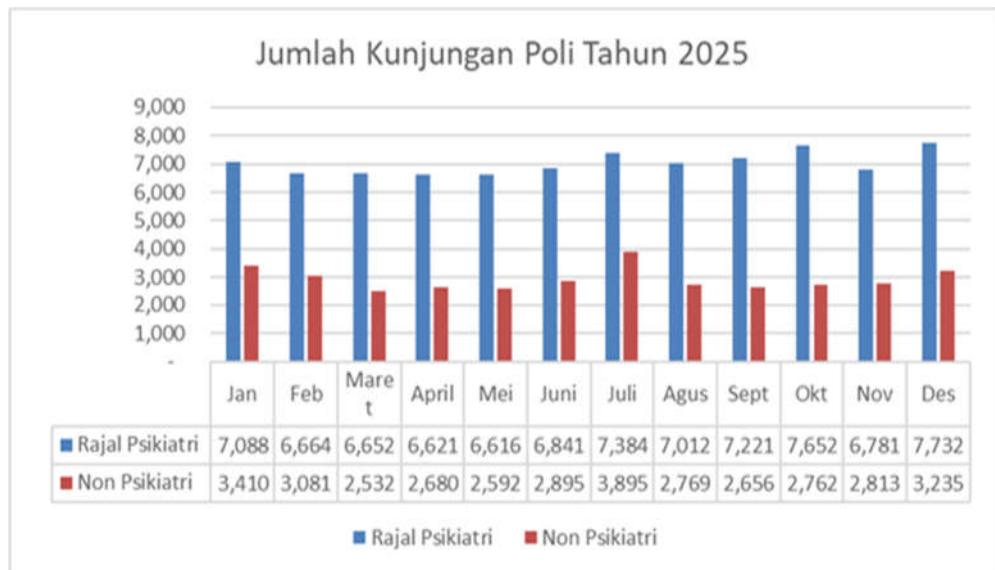
A. Capaian Indikator Korporasi

No	Indikator	Target	Capaian				
			TW1	TW2	TW3	TW4	2025
INDIKATOR KINERJA INDIVIDU 2025							
1	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
INDIKATOR KINERJA UNIT 2025							
1	% Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola / Diampu Sesuai Target	50%	4.63%	6.80%	2.83%	3.47%	4.43%
2	% Standar Klinis yang Tercapai (Sesuai dengan Layanan Unggulan yang dipilih RS)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
INDIKATOR KINERJA PK BLU							
1	Indeks Pertumbuhan Layanan BLU	Indeks 3	Indeks 3	Indeks 3	Indeks 3	Indeks 3	Indeks 3
2	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	>70%	100%	99.6%	99.7%	99.1%	99.59%
3	Pasien Adiksi NAPZA yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	>70%	100%	97%	100%	100%	99.17%

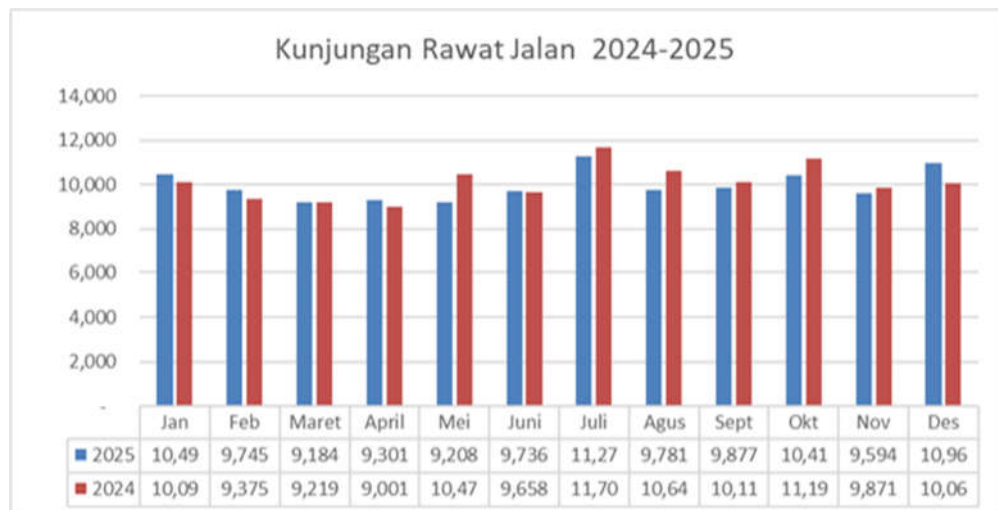
B. Capaian Instalasi

1. Capaian Instalasi Rawat Jalan

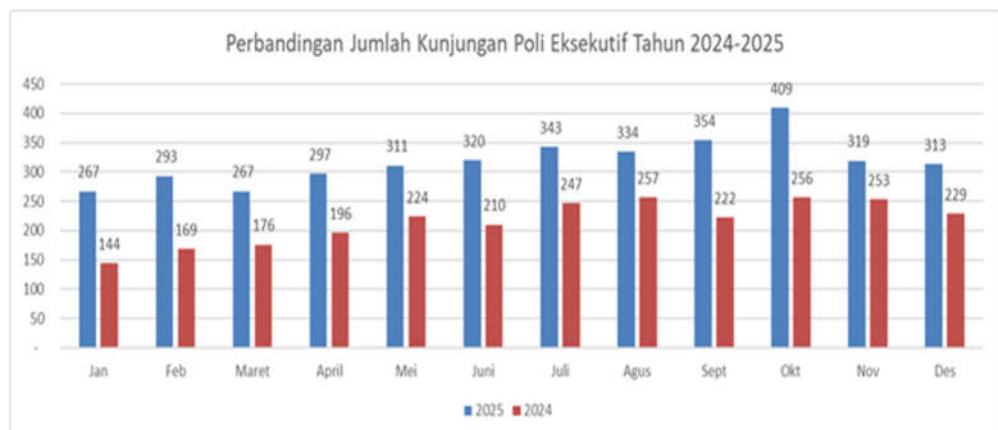
Perbandingan Kunjungan Rawat Jalan Psikiatri dan Non Psikiatri



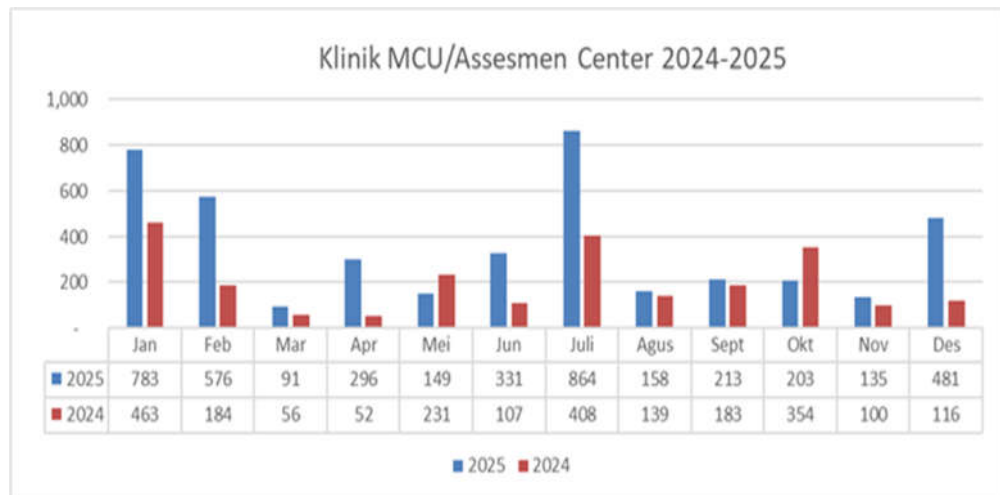
Perbandingan kunjungan rawat jalan tahun 2024-2025



Perbandingan kunjungan Poliklinik Eksekutif 2024-2025



Kunjungan Perbandingan Klinik Assesmen Center Tahun 2024-2025



Jumlah kunjungan poli rawat jalan tahun 2025

• Rawat Jalan Psikiatri

No	Nama Poli	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agus	Sep	Okt	Nov	Des	Jumlah
Rajal Psikiatri														
1	Psikiatri Anak dan Remaja	567	592	545	562	555	522	621	505	603	639	481	589	6,781
2	Psikiatri Dewasa	4,253	4,090	4,222	4,208	4,063	4,219	4,394	4,369	4,411	4,531	4,190	4,886	51,836
3	Cemas dan depresi (dr. pras)	212	298	253	249	271	250	317	267	278	330	285	293	3,303
4	CLP (dr. iwan)	243	238	282	255	266	294	324	312	333	346	273	303	3,469
5	Psikogeriatri	531	591	613	567	565	596	639	567	617	640	541	495	6,962
6	Early Psychotic (dr. rorum)	339	309	313	274	354	348	383	370	339	400	357	433	4,219
7	Rehabilitasi	404	153	79	142	149	181	260	202	212	253	200	189	2,424
8	Geriatri	244	61	47	47	56	53	56	52	44	55	97	145	957
9	Napza Medikolegal	28	37	37	24	35	42	56	39	38	48	25	39	448
10	Psikologi	21	27	20	25	26	45	42	36	43	51	56	47	439
11	Poli Eksekutif	246	268	241	268	276	291	292	293	303	359	276	313	3,426
Jumlah Klinik Psikiatri		7,088	6,664	6,652	6,621	6,616	6,841	7,384	7,012	7,221	7,652	6,781	7,732	84,264

• Rawat Jalan Non Psikiatri

No	Nama Poli	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agus	Sept	Okt	Nov	Des	Jumlah
II Klinik Non Psikiatri														
1	Bedah Umum	153	82	48	51	69	62	97	50	81	85	75	110	963
2	Gigi dan Mulut	447	479	448	429	402	507	539	488	562	360	340	263	5,264
3	Jantung	120	132	133	135	103	109	131	116	117	120	125	133	1,474
4	Kebidanan & Kandungan	25	22	24	37	30	33	32	30	21	-	11	33	298
5	Poli Telemedicine	21	25	26	29	35	29	51	41	51	50	43	52	453
7	Neurologi	570	551	555	589	562	569	666	627	718	779	784	862	7,832
8	Paru	53	42	43	42	42	44	55	60	67	59	63	70	640
9	Penyakit Anak	112	112	111	108	101	96	127	107	147	151	134	134	1,440
10	Pita Aruna/HIV	444	252	235	208	254	232	252	227	238	217	232	239	3,030
11	Penyakit Dalam	202	364	372	367	350	368	398	389	430.00	462	373	312	4,387
13	Okupasi dan Umum	8	4	5	1	1	3	7	10	11	1	4	5	60
14	MCU	783	576	91	296	149	331	864	158	213	203	135	481	4,280
15	Rehabilitasi Medik	472	440	441	388	494	512	676	466	-	275	470	511	5,145
16	Klinik Gizi											24	30	54
Klinik Non Psikiatri		3,410	3,081	2,532	2,680	2,592	2,895	3,895	2,769	2,656	2,762	2,813	3,235	35,320
Total		10,498	9,745	9,184	9,301	9,208	9,736	11,279	9,781	9,877	10,414	9,594	10,967	119,584

a. Hambatan dalam Pelaksanaan Instalasi Rawat Jalan

- Belum terealisasinya sebagian pemenuhan kebutuhan Sarana dan Prasarana di Instalasi Rawat Jalan karena mendahulukan kebutuhan prioritas.
- Belum ada bagian Admisi untuk pelayanan pasien yang akan di rawat inap.
- Terbatasnya ketersediaan obat, bahkan ada kekosongan beberapa jenis obat sejak pertengahan tahun 2025.
- Belum adanya kesempatan yang merata bagi semua SDM di Instalasi Rawat Jalan untuk mendapatkan Pendidikan dan pelatihan, kebutuhan Diklat yang telah direncanakan sebagian besar belum terealisasi karena kendala terbatasnya ketersediaan anggaran.
- Promosi layanan – layanan Rawat Jalan pada masyarakat dan layanan Kesehatan lainnya masih perlu dimaksimalkan.
- Masih terdapat permasalahan dengan SIMRS baik dalam hal sistem input maupun sistem sinyal yang mengakibatkan pelayanan poli terhambat.
- Pelayanan Hemodialisa yang ditutup sementara sejak Juni 2025 karena keterbatasan SDM.
- Belum adanya pola tarif untuk beberapa layanan baru/pemeriksaan di rawat jalan, misalnya Tindakan USG Thorax pada poli Paru.
- CCTV di semua area poli tidak berfungsi sehingga beresiko terhadap keselamatan pasien dan staf di layanan.
- Beberapa dokter spesialis belum konsisten dalam ketepatan waktu poli.
- Kekurangan tenaga administrasi di beberapa poli, misalnya poli Rehabilitasi Medik dan MCU (poli Psikologi), juga menghambat kelancaran pelayanan.
- Alur layanan di beberapa poli belum berjalan optimal.
- Kebijakan – kebijakan baru yang dikeluarkan oleh BPJS (misalnya terkait SKDP dan PRB) menimbulkan potensi pending claim.

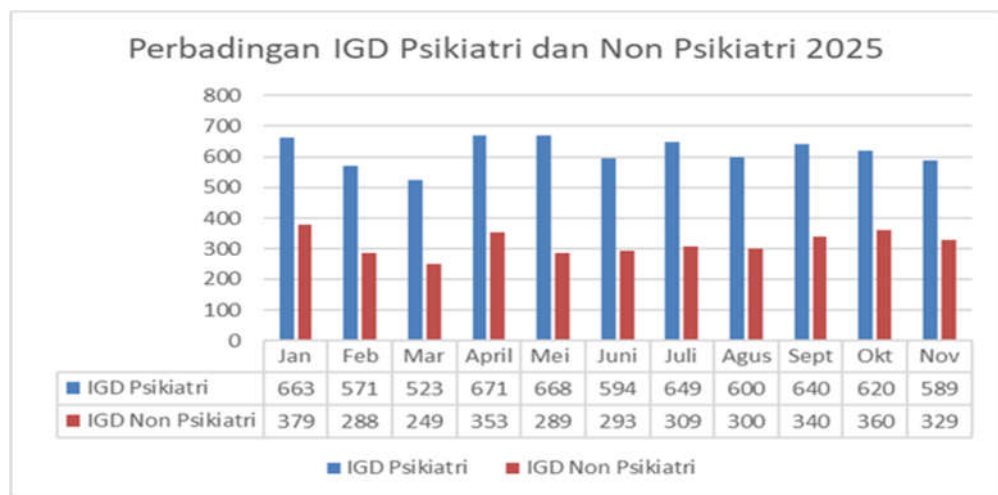
b. Tindak Lanjut

- Meningkatkan koordinasi Instalasi Rawat Jalan dengan unit kerja lain di PKJN RSJ dr H Marzoeeki Mahdi Bogor, seperti bagian pemasaran untuk peningkatan promosi layanan atau Instalasi SIRS dan PSRS, atau Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien terkait update perubahan kebijakan dari BPJS.

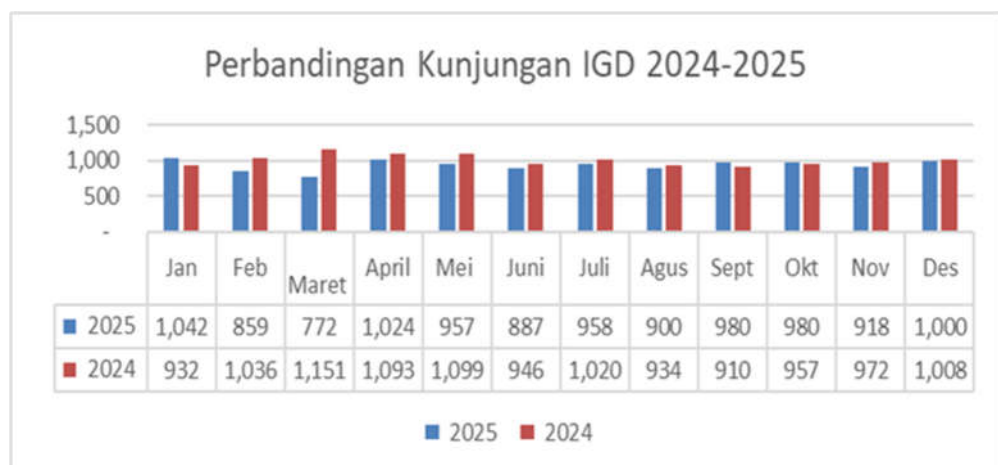
- Mengevaluasi dan mengoptimalkan sosialisasi alur layanan, PPK dan SPO pada unit kerja di Instalasi Rawat Jalan PKJN. RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- Mengoptimalkan fungsi kepala Unit di layanan - layanan khusus.
- Mengajukan pelatihan yang menunjang layanan di Instalasi Rawat Jalan.
- Menyusun pengajuan perbaikan dan penambahan sarana dan prasarana yang belum ada untuk penunjang kelancaran pelayanan di rawat jalan

2. Capaian Instalasi Rawat Jalan

Perbandingan Jumlah Kunjungan IGD Psikiatri dan Non Psikiatri Tahun 2025



Perbandingan jumlah kunjungan IGD



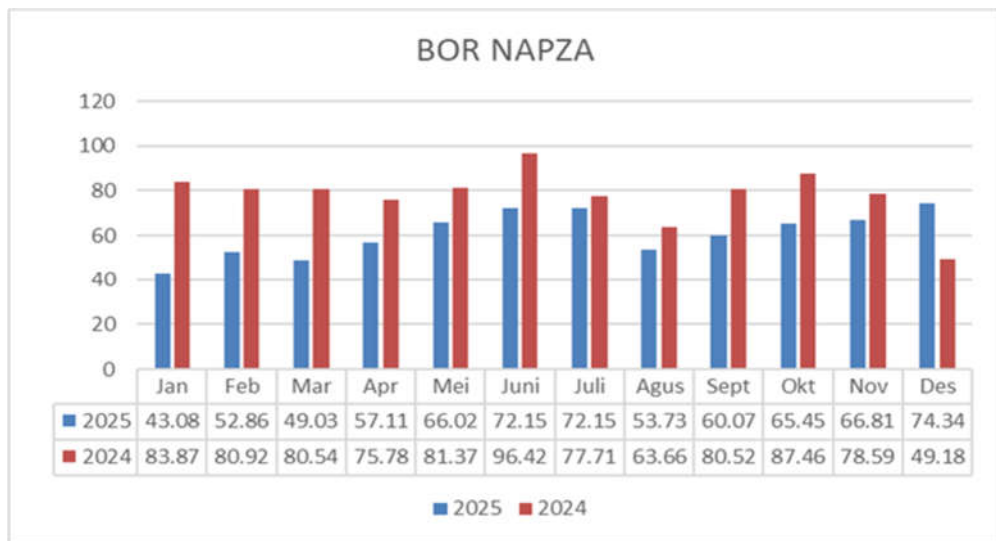
a. Hambatan dalam Pelaksanaan Instalasi IGD

- Dokter, perawat, dan bidan yang berdinasi di IGD sudah pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan, namun belum semua petugas memperbarui sertifikasinya.
 - Belum ada petugas khusus untuk SISRUTE. Saat ini pemantauan SISRUTE dilakukan oleh petugas (dokter & perawat) yang berdinasi saat itu.
 - Masih dijumpai waktu konsultasi kepada DPJP cukup lama.
 - Adanya masalah administrasi terkait penjaminan pasien, seperti BPJS yang tidak aktif atau adanya denda.
 - Pasien datang sendiri ke IGD tanpa didampingi keluarga atau ditinggalkan oleh pendamping/keluarga/pengantarnya atau pasien tidak memiliki keluarga atau penanggungjawab sehingga menghambat dalam proses administrasi.
 - Terjadi penumpukan pasien di IGD Jiwa karena kapasitas ruang seklusi UPIP terbatas.
 - Tidak tersedianya ruang seklusi di IGD.
 - 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.
 - 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.
- b. Upaya Tindak Lanjut Instalasi Gawat Darurat
- Monitoring dan evaluasi rutin terkait indikator-indikator pelayanan di IGD dan sosialisasi hasilnya kepada petugas IGD, beserta tindak lanjut yang perlu dilakukan
 - Mengoptimalkan alur layanan, PPK dan SPO di IGD
 - Meningkatkan koordinasi dengan unit-unit terkait seperti Rawat Inap dan ambulans untuk mempersingkat waktu transfer pasien dari IGD ke rawat inap.
 - Meningkatkan koordinasi antara petugas IGD, petugas rawat inap, Timker pelayanan Keperawatan, MPP dan NOD terkait ketersediaan ruangan

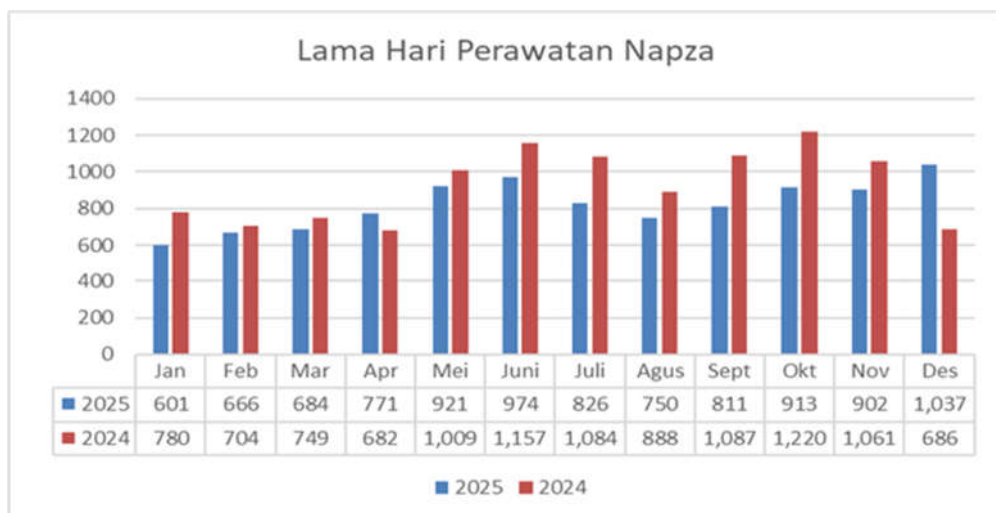
- Meningkatkan kepatuhan petugas dalam pengisian form transfer pasien antar ruangan untuk perawatan dan status keluar pasien untuk dokter jaga pada RME.
- Mengajukan pelatihan yang menunjang layanan di IGD.
- Melengkapi atau merevisi pedoman/panduan/SPO yang berkaitan dengan pelayanan di IGD.
- Mengajukan permohonan perbaikan atau penambahan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di IGD.

3. Capaian Instalasi Napza

Perbandingan BOR Napza Tahun 2024-2025



Perbandingan lama hari perawatan Napza Tahun 2024-2025



c. Hambatan dalam Pelaksanaan Instalasi NAPZA

- Masih adanya beberapa ruangan dalam area NAPZA yang belum memenuhi standar

- Tingkat pengetahuan staf IPK NAPZA mengenai rehabilitasi NAPZA belum 100%
 - Sarana dan prasarana IPK NAPZA belum memenuhi standar yang diharapkan terutama ruang gaduh gelisah
 - Ketersediaan alat terapi vokasional, olahraga dan musik bagi residen kurang memadai (masih alat-alat lama)
 - Tembok keliling ruang NAPZA masih kurang aman sehingga sangat memungkinkan untuk residen MRSTI
 - Program aftercare belum berjalan optimal
 - Terapi vokasional belum berjalan maksimal dikarenakan masih oleh instruktur local (perawat atau konselor yang bekerja di IPK NAPZA)
 - Kegiatan outing (renang) pada triwulan terakhir tidak terlaksana karena keterbatasan dana dari rumah sakit
 - Keterbatasan untuk fasilitas residen adiksi perilaku, Dimana untuk kamar dan kegiatan masih digabung dengan adiksi zat (belum ada kelas khusus untuk adiksi perilaku/ non zat).
- d. Upaya Tindak Lanjut Instalasi Napza
- Perlu dilakukan peninjauan ulang mengenai standar ruangan di IPK NAPZA dan bila perlu dilakukan renovasi
 - Merekomendasikan peningkatan kualitas SDM (pelatihan/workshop/seminar) yang sesuai untuk mempercepat dan meningkatkan layanan yang baik dan optimal
 - Perencanaan pengadaan kebutuhan sarana dan prasarana yang tepat dengan cara merevisi/ pendataan ulang sesuai kebutuhan IPK Napza
 - Meningkatkan koordinasi antar unit kerja, Instalasi dan Direktorat dengan cara menjadwalkan ulang pertemuan rutin dan melaksanakannya tepat waktu sehingga komunikasi akan berjalan lancar
 - Mengoptimalkan sosialisasi pada seluruh jajaran di IPK NAPZA RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor agar hal-hal yang sudah direncanakan dapat diketahui dan dilaksanakan dengan baik
 - Komunikasi yang baik dengan para stakeholder lintas sektoral.

5.1.5.1.2 Tim kerja Pelayanan Keperawatan

A. Capain Indikator Mutu Rawat Inap

NO	Layanan	INDIKATOR RUMAH SAKIT					
		BOR	ALOS	BTO	TOI	GDR	NDR
1	UMUM	32,05	3,91	27,06	9,17	37,99	22,59
2	JIWA	65,07	12,76	19,18	6,65	0,17	0,17
3	NAPZA	60,01	67,45	3,09	47,26	0,00	0,00
	TOTAL RS	56,67	10,68	19,46	8,13	12,73	7,62

Berdasarkan tabel indikator tersebut:

Indikator pelayanan rawat inap RS menunjukkan variasi yang signifikan antar jenis layanan. Layanan umum menghadapi tantangan rendahnya pemanfaatan tempat tidur, sedangkan layanan jiwa dan rehabilitasi NAPZA menunjukkan kinerja yang stabil dan sesuai dengan karakter layanan berbasis perawatan jangka menengah dan program.

Oleh karena itu, interpretasi indikator RS dilakukan secara terpisah per jenis layanan untuk memperoleh gambaran kinerja yang lebih akurat dan proporsional.

1. Perbandingan dan tren Indikator Mutu Rawat Inap Pada Pasien Non Jiwa

NO	Indikator	2024	2025	Tren	Interpretasi
1	BOR (%)	23,81	32,05	↑ naik	Pemanfaatan TT membaik, namun masih sangat rendah
2	ALOS (hari)	3,84	3,91	— stabil	Lama rawat pendek, relatif tidak berubah
3	BTO (kali)	20,52	27,06	↑ naik	Perputaran TT meningkat
4	TOI (hari)	13,55	9,17	↓ turun	Waktu TT kosong berkurang, masih tinggi
5	GDR (‰)	46,17	37,99	↓ turun	Mutu klinis membaik, sudah di bawah batas
6	NDR (‰)	27,79	22,59	↓ turun	Mutu klinis membaik, mendekati standar aman

Dibandingkan tahun 2024, kinerja pelayanan rawat inap tahun 2025 menunjukkan tren perbaikan. Hal ini tercermin dari peningkatan BOR dari 23,81% menjadi 32,05% dan peningkatan BTO dari 20,52 menjadi 27,06 kali. TOI mengalami penurunan dari 13,55 hari menjadi 9,17 hari, menandakan pemanfaatan tempat tidur yang lebih baik. Dari sisi mutu, GDR dan NDR menunjukkan penurunan yang signifikan, mencerminkan peningkatan kualitas dan keselamatan pelayanan, meskipun masih memerlukan penguatan berkelanjutan. Rekomendasi Strategis:

- Targetkan BOR bertahap (misal 40–50% jangka pendek)
- Optimalkan rujukan & layanan unggulan
- Audit klinis kematian & LOS

- Rasionalisasi jumlah TT aktif sesuai demand

2. Perbandingan dan tren Indikator Mutu Rawat Inap Pada Pasien Jiwa

NO	Indikator	2024	2025	Tren	Interpretasi
1	BOR (%)	73,41	65,07	↓ turun	Masih dalam rentang ideal, namun pemanfaatan TT menurun
2	ALOS (hari)	15,02	12,76	↓ turun	Lama rawat menurun, efisiensi meningkat
3	BTO (kali)	18,08	19,18	↑ naik	Perputaran TT sedikit membaik
4	TOI (hari)	5,37	6,65	↑ naik	Waktu TT kosong lebih lama
5	GDR (%)	3,58	0,17	↓ sangat turun	Mutu klinis sangat baik
6	NDR (%)	2,56	0,17	↓ sangat turun	Keselamatan pasien sangat baik

Perbandingan indikator pelayanan rawat inap tahun 2024 dan 2025 menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur masih berada dalam rentang ideal, meskipun terjadi penurunan BOR dari 73,41% menjadi 65,07%. Efisiensi pelayanan mengalami perbaikan yang tercermin dari penurunan ALOS dan peningkatan BTO. Dari sisi mutu dan keselamatan pasien, GDR dan NDR tahun 2025 sangat rendah, menunjukkan kualitas pelayanan yang sangat baik. Namun demikian, peningkatan TOI dan penurunan BOR perlu menjadi perhatian dalam penguatan strategi peningkatan volume layanan. Rekomendasi strategis:

- Jaga BOR di atas 70% : Penguatan rujukan dan layanan unggulan
- Kendalikan TOI : Percepatan admisi dan pengelolaan TT
- Evaluasi ALOS kasus kronis
- Pertahankan mutu klinis : Audit rutin & validasi data kematian

3. Perbandingan dan tren Indikator Mutu Rawat Inap Pada Pasien Rehabilitasi Napza

No	Indikator	2024	2025	Tren	Interpretasi
1	BOR (%)	67,62	60,01	↓ turun	Masih dalam batas ideal, namun pemanfaatan TT menurun
2	ALOS (hari)	72,32	67,45	↓ turun	Lama rawat sangat panjang, sedikit membaik
3	BTO (kali)	3,51	3,09	↓ turun	Perputaran TT sangat rendah
4	TOI (hari)	33,66	47,26	↑ naik	Waktu TT kosong sangat lama
5	GDR (%)	0	0	—tetap	Tidak ada kematian
6	NDR (%)	0	0	—tetap	Tidak ada kematian >48 jam

Layanan rehabilitasi NAPZA merupakan layanan rawat inap terstruktur berbasis program, dengan karakteristik:

- Lama rawat ditentukan oleh paket program, bukan oleh kondisi akut.
- Volume pasien relatif terbatas.
- Tidak dapat dibandingkan dengan standar RS akut.

Oleh karena itu, standar BOR–ALOS RS tidak relevan secara langsung.

Layanan rehabilitasi pasien NAPZA merupakan layanan rawat inap berbasis program dengan durasi tertentu. Oleh karena itu, indikator BOR, ALOS, BTO, dan TOI tidak dibandingkan dengan standar rawat inap akut.

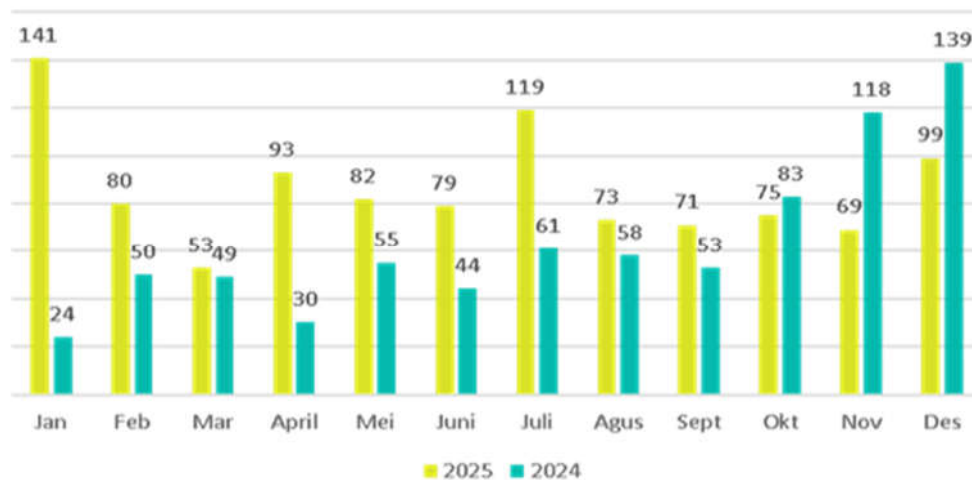
ALOS yang relatif panjang mencerminkan durasi program rehabilitasi yang terstruktur, sedangkan BTO yang rendah merupakan konsekuensi dari karakter layanan berbasis program. Selama tahun 2024–2025 tidak terdapat angka kematian (GDR dan NDR = 0), yang menunjukkan mutu dan keselamatan pelayanan rehabilitasi berjalan dengan sangat baik.

Rekomendasi terkait Program Napza:

- Perlu menetapkan standar internal layanan rehabilitasi
 - Durasi program (30 hari / 60 hari)
 - Target BOR khusus rehabilitasi (misal 60–70%)
- Sistem intake berbasis batch
 - Mengurangi TOI
- Memisahkan laporan indikator dengan layanan jiwa, umum dan adiksi
- Tambahkan indikator spesifik rehabilitasi
 - Completion rate program
 - Drop out rate
 - Relapse follow-up

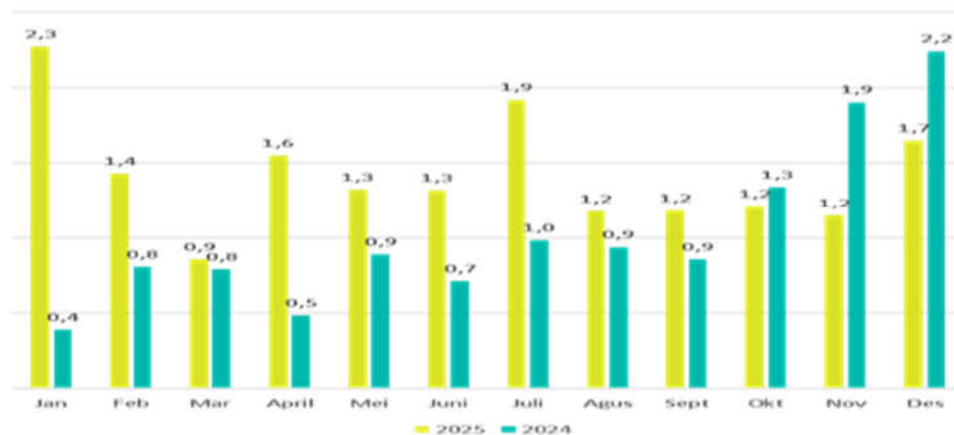
B. Kunjungan Ruang OK

Rekap Kunjungan Ruang OK Tahun 2025 dan 2024



C. Capaian Utilitas Kamar Operasi Tahun 2025 dan 2024

Rekapan Utilitas Tahun 2025 dan 2024



1) Kondisi yang dicapai

- Rata-rata pasien di kamar operasi tahun 2025 adalah 88 pasien perbulan. Belum mencapai target yg ditetapkan yaitu 100 sd 120 pasien perbulan.
- Utilitas kamar operasi rata2 1,4 masih belum produktif. Target utilitas produktif di angka lebih dari 1,7.
- Mayoritas pasien yang dirawat inap adalah pasien JKN.

2) Hambatan di Layanan Rawat Inap

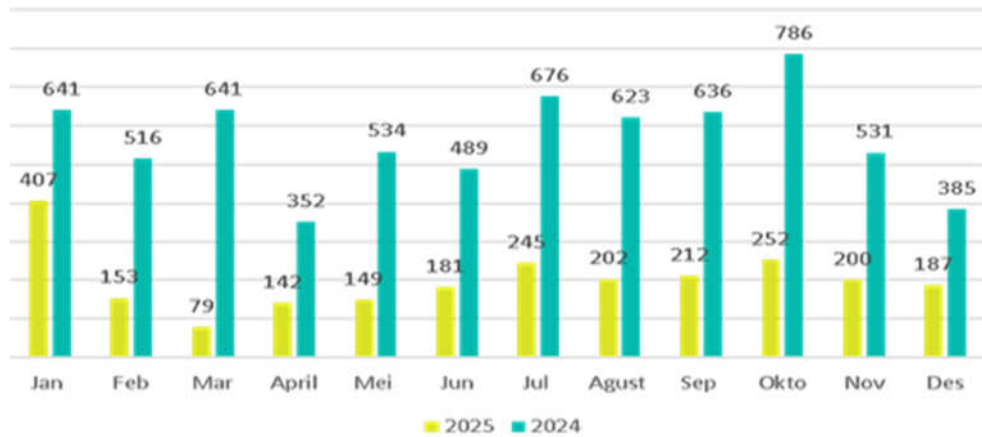
- Image RSMM sebagai RS Jiwa dan masih belum optimalnya info tentang RSMM selain sebagai RS jiwa juga ada layanan non psikiatri.
- RSMM punya 2 kategori jenis RS berdasarkan type rs yaitu tipe A untuk RS yg melayani psikiatri dan tipe B utk layanan non psikiatri. Akibatnya layanan non psikiatri mendapatkan pasien dari puskesmas untuk rawat

jalan berdasarkan rujukan berjenjang. Dan sering dilihat sebagai RS type A utk layanan non psikiatri.

- IGD utk pasien psikiatri yang masih bercampur pintu masuk dengan pasien non psikiatri sehingga membuat tidak nyaman pasien non psikiatri. Usulan pemisahan pintu masuk pasien psikiatri dan non psikiatri sudah di usulkan.
 - Belum optimalnya Sarana dan prasarana sehingga mengurangi kenyamanan pelanggan dan komplain pelanggan
 - Penerangan (Depan RS gelap, sekitar ruang rawat inap juga gelap)
 - Ruangan banyak yang rusak, berjamur dll. Koordinasi direktorat medik keperawatan sudah dilakukan pada direktorat lainnya terutama timker TURUT dan Instalasi IPSRS
 - Belum lengkapnya jenis pelayanan yang ada di RSMM sehingga kebutuhan pelanggan terhadap jenis layanan tdk bs terpenuhi' Seperti belum adanya layanan THT, layanan Mata dll
 - Alat kesehatan sebagai penunjang layanan seperti CT Scan Rusak sehingga bnyk pasien terutama pasien BPJS tdk dapat diterima dan dirujuk ke RS lain.
 - Belum optimalnya branding dokter dan jenis layanan yg ada di MM. Sudah dilakukan koordinasi dengan bag hukmas utk bersama melakukan optimalisasi personal branding dan layanan
- 3) Upaya Tindak Lanjut
- Koordinasi dengan hukmas terkait optimalisasi promosi layanan di RSMM dan branding dokter
 - Koordinasi dengan PKRS terkait program penjemputan pasien kerjasama dengan dinas Kesehatan di luar kota Bogor
 - Mempertahankan dan meningkatkan kerjasama dengan stakeholder yang membutuhkan pelayanan di RSMM
 - Memperluas Kerjasama dengan dengan BKKBN Kabupaten Bogor (BKKBN Kota sudah MOU dengan RSMM) untuk kegiatan MOW
 - Program Home Care dengan sasaran pasien post rawat inap di RSMM ataupun pasien lain yang memerlukan home care.

D. Pencapaian Kinerja Instalasi Rehabilitasi Psikososial

Rekapan Jumlah Kunjungan Rehabilitasi Psikososial Tahun 2024 dan 2025



a. Kondisi Yang dicapai :

- Terjadi penurunan kunjungan rehabilitant pada tahun 2025 hampir 50 %.
- Indikator mutu rehab psikososial tahun 2025 seluruhnya mencapai target sesuai standar yang ditetapkan

b. Hambatan Dalam Pelaksanaan

- Rehabilitan yang mengikuti kegiatan daycare rehabilitasi psikososial adalah pasien mandiri atau non JKN sementara rehabilitan RSMM rata-rata adalah pasien JKN
- 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. Upaya Tindak Lanjut

- Membuat kembali paket layanan rehabilitasi psikososial 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

5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

5.1.5.2.1 Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi

Sepanjang Tahun Anggaran berjalan, Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, dan Evaluasi telah melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal dalam mendukung pencapaian tujuan strategis organisasi. Peran utama tim difokuskan pada penguatan kualitas perencanaan, ketepatan penganggaran, serta peningkatan efektivitas evaluasi kinerja dan anggaran sebagai bagian dari tata kelola organisasi yang akuntabel dan berkelanjutan.

Dalam aspek perencanaan program, timker berperan aktif dalam penyusunan dokumen perencanaan strategis dan operasional, antara lain Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), RKAKL/DIPA, serta dokumen pendukung lainnya. Penyusunan perencanaan dilakukan secara selaras dengan Rencana Strategis Kementerian Kemenkes, Rencana Strategis Rumah Sakit, serta kebijakan nasional di bidang kesehatan. Proses ini dilaksanakan melalui koordinasi intensif dengan seluruh unit kerja guna memastikan keterpaduan antara target kinerja, indikator, dan kebutuhan anggaran.

Pada bidang penganggaran, timker telah melakukan pengawalan proses penyusunan, penelaahan, dan penyesuaian anggaran secara cermat dan tepat waktu. Kegiatan ini mencakup verifikasi usulan anggaran unit kerja, fasilitasi revisi anggaran, serta pendampingan dalam pemenuhan ketentuan regulasi pengelolaan keuangan BLU. Upaya tersebut bertujuan untuk memastikan anggaran yang disusun bersifat realistis, efisien, serta mendukung pencapaian output dan outcome organisasi.

Selanjutnya, dalam fungsi evaluasi, timker melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program dan realisasi anggaran secara berkala. Evaluasi dilakukan melalui analisis capaian kinerja, serapan anggaran, serta identifikasi kendala dan risiko yang berpotensi menghambat pencapaian target. Hasil evaluasi ini menjadi dasar penyusunan rekomendasi tindak lanjut dan perbaikan berkelanjutan bagi manajemen dan unit kerja terkait.

Tabel 5.21 Capaian Kinerja Timker Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi

No	Bidang	Kegiatan	Capaian Kinerja Tahun Berjalan	Keterangan
1	Perencanaan Program	Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB)	Tersusunnya Rencana Strategis	Sesuai Ketentuan BLU dan Renstra

			Bisnis (RSB) TA 2025-2029	Kementerian Kesehatan
		Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran Indikatif (RBA)	Tersusunnya Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Indikatif TA 2027	Telah disampaikan kepada Kementerian Kesehatan
		Penyusunan Target PNB	Tersusunnya Target PNB TA 2027	Berdasarkan Proyeksi layanan
		Revisi RSB	Tersusunnya Revisi 1 RSB TA 2025–2029	Berdasarkan Pedoman Penyusunan RSB dan Renstra Kemenkes
2	Anggaran	Revisi Anggaran	Terlaksananya revisi anggaran sebanyak 10 kali	Mendukung kelancaran operasional
		Pagu Indikatif	Tersusunnya Pagu Indikatif TA 2026	Hasil pembahasan internal dan eksternal
		Pagu Alokasi	Tersusunnya Pagu Alokasi TA 2026	Menjadi dasar penyusunan DIPA
3	Evaluasi	Evaluasi SAKIP	Evaluasi pelaksanaan SAKIP TA 2024	Mendapatkan nilai
		Maturity Rating	Pelaksanaan Penilaian Maturity Rating TH 2024	Indeks Maturity sebesar 3,27
		Evaluasi SAKIP On Going	Evaluasi pelaksanaan SAKIP On Going TA 2025	Mendapatkan nilai

A. Kendala dan Permasalahan

1. Belum optimalnya penyerapan anggaran pada periode pelaporan

Penyerapan anggaran belum berjalan optimal yang disebabkan oleh adanya pemblokiran anggaran berdasarkan Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2025, sehingga sebagian alokasi anggaran tidak dapat digunakan sesuai rencana awal. Kondisi ini membatasi fleksibilitas pelaksanaan kegiatan dan berdampak pada tertundanya realisasi beberapa program prioritas. Selain itu, untuk menyesuaikan kebijakan pemblokiran tersebut, pada Tahun 2025 dilakukan revisi anggaran sebanyak 10 kali, yang memerlukan waktu dan koordinasi intensif lintas unit serta berdampak pada perubahan jadwal pelaksanaan kegiatan. Frekuensi revisi yang cukup tinggi

juga menambah beban administrasi penganggaran dan berpotensi mempengaruhi kesinambungan perencanaan program.

2. Dinamika kebijakan dan regulasi perencanaan serta penganggaran

Perubahan dan penyesuaian kebijakan pusat, baik yang bersumber dari Kementerian Kesehatan maupun Kementerian Keuangan, menuntut penyesuaian dokumen perencanaan dan penganggaran secara cepat dan akurat. Hal ini memerlukan konsistensi koordinasi dengan unit kerja agar tetap selaras dengan Renstra Kementerian Kesehatan, Renstra Rumah Sakit, serta kebijakan nasional di bidang kesehatan.

3. Kualitas dan ketepatan waktu usulan dari unit kerja

Masih terdapat usulan program dan anggaran dari unit kerja yang memerlukan penyempurnaan, baik dari sisi kelengkapan data, kesesuaian indikator kinerja, maupun keterkaitan antara target dan kebutuhan anggaran. Kondisi ini berpengaruh terhadap efektivitas proses verifikasi dan penelaahan anggaran serta berpotensi memperpanjang proses penyusunan dan revisi dokumen perencanaan.

4. Tantangan dalam pelaksanaan evaluasi kinerja dan anggaran

Dalam pelaksanaan evaluasi SAKIP dan maturity rating, tantangan utama terletak pada ketersediaan data dukung yang konsisten dan tepat waktu dari seluruh unit kerja. Selain itu, masih diperlukan peningkatan pemahaman unit kerja terhadap pemanfaatan hasil evaluasi sebagai dasar perbaikan kinerja dan penguatan akuntabilitas.

B. Upaya dan Tindak Lanjut

1. Optimalisasi penyesuaian anggaran melalui revisi berbasis prioritas

Timker melakukan revisi anggaran secara selektif dan terarah dengan mengedepankan program prioritas serta kegiatan yang memiliki dampak langsung terhadap layanan dan kinerja rumah sakit. Revisi anggaran dilakukan dengan tetap menjaga kepatuhan terhadap ketentuan regulasi serta prinsip efisiensi dan efektivitas pengelolaan keuangan BLU.

2. Penguatan koordinasi lintas unit kerja

Dilakukan koordinasi intensif dengan seluruh unit kerja dalam proses penyusunan dan penyesuaian perencanaan serta penganggaran guna memastikan keselarasan antara target kinerja, indikator, dan kebutuhan anggaran. Pendampingan teknis juga diberikan untuk meningkatkan kualitas usulan program dan anggaran dari unit kerja.

3. Peningkatan kualitas perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja

Timker mendorong penerapan perencanaan dan penganggaran yang lebih berbasis pada output dan outcome, termasuk penguatan keterkaitan antara indikator kinerja, target, serta alokasi anggaran. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan efektivitas penggunaan anggaran dan mendukung pencapaian tujuan strategis rumah sakit.

4. Penguatan fungsi monitoring dan evaluasi berkelanjutan

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan anggaran dilakukan secara berkala melalui evaluasi SAKIP on going serta pemantauan maturity rating. Hasil evaluasi dimanfaatkan sebagai dasar penyusunan rekomendasi perbaikan, penguatan manajemen risiko, serta peningkatan akuntabilitas kinerja unit kerja.

5.1.5.2.2 Tim Kerja Hukum dan Humas

Secara keseluruhan, situasi awal Tahun 2025 menunjukkan bahwa Tim Kerja Hukum dan Humas RS dr. H. Marzoeki Mahdi memiliki pondasi kelembagaan yang kuat, namun masih memerlukan penguatan koordinasi, kapasitas SDM, serta sistem pengelolaan data yang lebih terintegrasi untuk menghadapi tantangan pelayanan publik, pengaduan masyarakat, dan dinamika regulasi hukum. Analisis ini menjadi dasar strategis untuk penyusunan tujuan, strategi, dan evaluasi capaian kinerja pada tahun 2025.

Strategi pelaksanaan Tim Kerja Hukum dan Humas RS dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun 2025 disusun untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran sebagaimana telah ditetapkan, dengan menitikberatkan pada penguatan tata kelola, peningkatan mutu pelayanan publik, serta perlindungan hukum institusi. Strategi ini dilaksanakan melalui pendekatan terintegrasi antara fungsi Humas dan Hukum, serta kolaborasi lintas unit kerja.

A. Pencapaian Kinerja Tim Hubungan Masyarakat

1. Pencapaian Sasaran Strategis : Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia

No	Indikator	Target	Capaian
1	<i>Customer Satisfaction Score</i>	Baik (76.61 – 88.3)	TW I = 88.83% TW II = 89.39% TW III = 93.83% TW IV = 92.00% Semester I = 89.06% Semester II = 93.03% Tahunan (2025) = 90.98%

Customer Satisfaction Score (CSS) merupakan salah satu indikator utama kinerja Tim Kerja Humas yang digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan

pelanggan terhadap pelayanan RS dr. H. Marzoeki Mahdi, baik melalui Survei Kepuasan Pasien maupun Survei Kepuasan Masyarakat. Pengukuran ini mengacu pada tabel konversi nilai kepuasan yang mengelompokkan hasil ke dalam kategori mutu pelayanan dari Tidak Baik hingga Sangat Baik.

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja Tahun 2025, indikator Customer Satisfaction Score menunjukkan capaian yang konsisten berada pada kategori mutu pelayanan “Baik” hingga “Sangat Baik”. Target kinerja yang ditetapkan yaitu kategori Baik (nilai interval konversi 76,61–88,30) berhasil dilampaui pada seluruh periode pelaporan.

Pada Triwulan I, capaian CSS sebesar 88,83%, yang berada pada batas atas kategori Baik dan mendekati kategori Sangat Baik. Capaian ini menunjukkan bahwa pada awal tahun, layanan informasi, komunikasi, dan respons terhadap kebutuhan pelanggan telah berjalan dengan baik. Selanjutnya, pada Triwulan II, terjadi peningkatan capaian menjadi 89,39%, yang telah masuk ke kategori Sangat Baik, mencerminkan adanya perbaikan dan penguatan kualitas layanan secara berkelanjutan.

Peningkatan kinerja yang lebih signifikan terlihat pada Triwulan III, dengan capaian sebesar 93,83%, yang merupakan nilai tertinggi sepanjang tahun. Capaian ini mengindikasikan efektivitas strategi komunikasi publik, pengelolaan informasi, serta penanganan umpan balik pelanggan yang semakin optimal. Pada Triwulan IV, capaian CSS tercatat sebesar 92,00%, meskipun sedikit lebih rendah dibandingkan Triwulan III, namun tetap berada dalam kategori Sangat Baik dan menunjukkan stabilitas kinerja hingga akhir tahun.

Jika ditinjau secara semesteran, Semester I mencatat rata-rata capaian sebesar 89,06%, sedangkan Semester II meningkat menjadi 93,03%. Kenaikan capaian pada Semester II menunjukkan adanya dampak positif dari upaya perbaikan layanan, penguatan koordinasi lintas unit, serta optimalisasi peran Humas dalam pelayanan informasi dan komunikasi publik.

Secara keseluruhan, capaian tahunan Customer Satisfaction Score Tahun 2025 sebesar 90,98%, yang berada dalam kategori mutu pelayanan Sangat Baik. Hasil ini menunjukkan bahwa Tim Kerja Humas RS dr. H. Marzoeki Mahdi telah berhasil melampaui target kinerja yang ditetapkan serta berkontribusi signifikan dalam meningkatkan kepuasan pelanggan dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan rumah sakit.

2. Pencapaian Sasaran Strategis : Terwujudnya Kepuasan Pelanggan

No	Indikator	Standar	Capaian
1	Kecapatan Respon Terhadap Komplain	>75%	TW I = 100% TW II = 100% TW III = 100% TW IV = 100% Semester I = 100% Semester II = 100% Tahunan (2025) = 100%

Indikator Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK) digunakan untuk mengukur efektivitas Tim Kerja Humas dalam menindaklanjuti komplain dan laporan pengaduan pelanggan secara tepat waktu dan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan. Standar kinerja untuk indikator ini adalah capaian lebih dari 75%, dengan kategori penilaian tertinggi apabila capaian berada pada rentang $75\% < KRK \leq 100\%$.

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja Tahun 2025, capaian indikator KRK menunjukkan hasil yang optimal dan konsisten, dengan nilai 100% pada setiap triwulan (Triwulan I s.d. Triwulan IV). Capaian ini berlanjut secara konsisten pada perhitungan Semester I, Semester II, hingga capaian tahunan, yang seluruhnya mencapai 100%.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa seluruh komplain dan laporan pengaduan yang diterima selama Tahun 2025 telah ditindaklanjuti secara cepat dan sesuai dengan standar waktu respons yang ditetapkan. Konsistensi capaian ini mencerminkan efektivitas sistem pengelolaan pengaduan, koordinasi lintas unit yang berjalan baik, serta peran aktif Tim Kerja Humas dalam memastikan setiap pengaduan mendapatkan respons yang tepat dan bertanggung jawab.

Secara keseluruhan, capaian indikator KRK Tahun 2025 telah melampaui standar kinerja yang ditetapkan dan berada pada kategori kinerja sangat baik, sehingga mendukung peningkatan kepuasan pelanggan serta penguatan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan RS dr. H. Marzoeeki Mahdi.

B. Pencapaian Kinerja Tim Hukum

1. Pengelolaan dan Penelaahan Perjanjian Kerja Sama

No	Periode	Jumlah Laporan PKS
1	Triwulan I	31
2	Triwulan II	23
3	Triwulan III	23
4	Triwulan IV	25

2. Pelaporan dan Penanganan Kasus Hukum

No	Periode	Jumlah Laporan	Keterangan
1	Triwulan I	-	
2	Triwulan II	-	
3	Triwulan III	-	
4	Triwulan IV	II	Pencurian Hp Mahasiswa dan Kolaborasi Itjen Ke Polres Kota Bogor

3. Penyusunan dan Pengelolaan Surat Keputusan (SK)

No	Periode	Jumlah SK
1	Triwulan I	2
2	Triwulan II	10
3	Triwulan III	28
4	Triwulan IV	30

4. Pengurusan Perpanjangan Izin Operasional Rumah Sakit dan PKS BPJS

No	Tahun Berlaku	Jumlah	Keterangan
1	2025 - 2030	1	OSS RBA
2	2026	1	BPJS Kota Bogor

C. Rekomendasi Perbaikan ke Depan

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan, disusun beberapa rekomendasi perbaikan sebagai berikut:

1. Penguatan koordinasi lintas unit kerja, khususnya dalam penanganan pengaduan, komunikasi publik, dan isu hukum yang melibatkan banyak pihak, agar alur kerja semakin efektif dan efisien.

2. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia, baik Tim Kerja Humas maupun Tim Kerja Hukum, melalui pelatihan berkelanjutan terkait komunikasi publik, manajemen pengaduan, literasi hukum, serta dinamika regulasi pelayanan kesehatan.
3. Optimalisasi pemanfaatan teknologi informasi, terutama dalam sistem pengelolaan pengaduan, pelayanan informasi publik, dokumentasi kegiatan, dan monitoring media, untuk mendukung kecepatan, akurasi, dan keterpaduan data.
4. Penyempurnaan dan pembaruan regulasi internal, termasuk SOP, pedoman kerja, dan Surat Keputusan, agar tetap relevan dengan perkembangan kebijakan, kebutuhan organisasi, serta tuntutan pelayanan publik.
5. Penguatan peran strategis Humas dan Hukum dalam komunikasi risiko dan krisis, sehingga rumah sakit lebih siap menghadapi isu sensitif, baik dari sisi reputasi maupun aspek hukum.

5.1.5.2.2 Tim Kerja TU & RT

Selama Tahun Anggaran 2025, kegiatan Tim Kerja TU & RT dilakukan dengan mengacu pada Indikator Mutu RS dan Anggaran RKA/KL. Adapun capaian selama TA 2025 adalah sebagai berikut:

1. Pengelolaan Surat Masuk dan Surat Keluar

Sepanjang Tahun 2025, pengelolaan surat masuk dan surat keluar telah dilaksanakan secara tertib dan terstruktur. Seluruh surat dicatat, didisposisikan, dan diarsipkan sesuai ketentuan yang berlaku guna menjamin keterlacakan dan akuntabilitas dokumen.

Selama TA 2025 telah dilakukan pengelolaan surat masuk dan surat keluar sebanyak:

No	Jenis/ Penandatanganan Surat	Jumlah Surat
1	Surat masuk	1884
2	Surat ditandatangani Direktur Utama	4015
3	Surat ditandatangani Dir MK	1225
4	Surat ditandatangani Dir SPP	2077
5	Surat ditandatangani Dir PKLO	934

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Jumlah surat masuk yang diterima dan diproses tercatat sebanyak 1.884 surat, menunjukkan tingginya intensitas komunikasi administrasi dan koordinasi dengan unit internal maupun pihak eksternal.

- Jumlah surat yang ditandatangani Direktur Utama mencapai 4.015 surat, mencerminkan peran strategis pimpinan dalam pengambilan keputusan dan pengesahan dokumen resmi.
- Jumlah surat yang ditandatangani DMK sebanyak 1.225 surat, menunjukkan kontribusi aktif dalam mendukung proses manajerial dan operasional sesuai kewenangan.
- Jumlah surat yang ditandatangani DSPP tercatat 2.077 surat, menandakan tingginya aktivitas administrasi pada lingkup tugas dan fungsi bidang terkait.
- Jumlah surat yang ditandatangani DPKLO sebanyak 934 surat, menggambarkan kelancaran proses persuratan pada unit kerja tersebut.

2. Pengelolaan Arsip dan Dokumen

Tim Kerja TURT melaksanakan penataan arsip aktif dan inaktif secara berkala untuk mendukung kemudahan akses informasi serta tertib administrasi.

Laporan kegiatan pengarsipan adalah sebagai berikut:

- Jumlah arsip aktif tahun 2025 di srikandi ada 3467, yang sudah diberkaskan baru 661 arsip (19%)
- Melakukan alih media berupa Arsip Vital Tekstual sebanyak 5 (lima) arsip dan arsip foto berjumlah 10 (sepuluh) foto
- Menyampaikan daftar arsip (skema) yang diusulkan pada portal SIKN/JIKN Kemenkes dalam kegiatan kearsipan sebanyak 15 arsip
- Mengikuti kegiatan Pengawasan Kearsipan oleh Sesditjen Keslan dan Biro Umum melalui verifikasi data dukung Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) kearsipan tingkat digitalisasi arsip. RSJ Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor memperoleh nilai dari Sesditjen Keslan **92,51% (Predikat AA = sangat memuaskan)** dan nilai dari Biro Umum **90,33%(Predikat AA = sangat memuaskan)**.

Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan mengapresiasi Satuan Kerja di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang memperoleh predikat AA (Sangat Memuaskan) pada Penilaian Tingkat Digitalisasi Arsip Tahun 2025 dengan memberi piagam penghargaan.

RSJ Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor memperoleh predikat AA (Sangat Memuaskan) pada Penilaian Tingkat Digitalisasi Arsip Tahun 2025 sehingga memperoleh piagam penghargaan. Piagam penghargaan ditandatangani oleh Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan diserahkan diwakili oleh Direktur Utama RSUP dr. Sardjito Yogyakarta pada tanggal 27 November 2025 di Ruang Arjuna, Nakula, Sadewa Gd. Diklat, RSUP dr. Sardjito Yogyakarta.

3. Dukungan Administrasi Rapat dan Kegiatan

Dukungan administrasi rapat dan kegiatan pada periode pelaporan telah dilaksanakan secara tertib, terencana, dan sesuai dengan ketentuan penggunaan anggaran jamuan. Fasilitas yang diberikan meliputi persiapan administrasi, penyediaan konsumsi rapat, serta pengelolaan kebutuhan pendukung kegiatan lainnya untuk memastikan kelancaran pelaksanaan rapat dan kegiatan internal maupun eksternal.

Penggunaan anggaran jamuan dilaksanakan dengan prinsip efisiensi, efektivitas, dan akuntabilitas, serta didukung oleh kelengkapan administrasi dan dokumentasi yang memadai. Seluruh kegiatan yang difasilitasi telah mendukung proses koordinasi, pengambilan keputusan, dan pelaksanaan tugas organisasi secara optimal.

Laporan Administrasi Rapat dan Kegiatan

Bulan	Jumlah Rapat/Kegiatan
Februari	4 kali
Maret	1 kali
Mei	24 kali
Juli	1 kali
Agustus	4 kali
September	19 kali
Oktober	8 kali
November	21 kali
Desember	22 kali

Berdasarkan data jumlah rapat dan kegiatan yang difasilitasi selama tahun berjalan, terlihat bahwa intensitas pelaksanaan rapat/kegiatan tidak merata di setiap bulan dan cenderung meningkat pada pertengahan hingga akhir tahun.

Pada awal tahun, jumlah rapat relatif rendah, dengan pelaksanaan sebanyak 4 kali pada Februari dan 1 kali pada Maret. Hal ini mengindikasikan bahwa kegiatan masih berada pada tahap perencanaan dan persiapan program kerja. Peningkatan signifikan mulai terlihat pada Mei dengan 24 kali rapat/kegiatan, yang menunjukkan tingginya kebutuhan koordinasi dan pembahasan program. Setelah penurunan pada Juli (1 kali) dan Agustus (4 kali), intensitas kembali meningkat tajam pada September (19 kali).

Puncak aktivitas terjadi pada November (21 kali) dan Desember (22 kali), yang mencerminkan tingginya kebutuhan rapat untuk evaluasi kinerja, penyelesaian program, serta persiapan pelaporan akhir tahun. Oktober (8 kali) menjadi fase transisi menuju periode dengan beban kegiatan tertinggi.

4. Pengelolaan Inventaris

Pengelolaan inventaris pada periode pelaporan telah dilaksanakan secara tertib dan sesuai ketentuan. Adapun kegiatan pengelolaan inventaris gudang barang meliputi penerimaan barang, pencatatan dan registrasi inventaris, penyimpanan dan penataan barang, distribusi dan pengeluaran barang, pemeliharaan dan pengamanan barang, stok opname dan monitoring, dan pelaporan inventaris gudang.

a. Pelaporan Stok Alat Kebersihan (Alkeb)

Total stok awal tercatat sebesar 1.920 unit, dengan barang masuk selama periode berjalan sebanyak 120 unit. Selama bulan Desember, total pengeluaran barang mencapai 388 unit, sehingga stok akhir tercatat sebesar 1.532 unit. Kondisi ini menunjukkan bahwa ketersediaan persediaan masih berada pada tingkat yang aman dan mampu memenuhi kebutuhan operasional.

b. Pelaporan Stok Alat Tulis Kerja (ATK)

Secara keseluruhan, pelaporan stok ATK per 31 Desember 2025 telah memberikan gambaran yang jelas mengenai kondisi persediaan dan pola penggunaan ATK. Meskipun ketersediaan stok masih aman, diperlukan penguatan pada aspek efisiensi pengelolaan, pengendalian jumlah stok, serta penyesuaian pengadaan berbasis kebutuhan aktual agar pengelolaan ATK ke depan lebih optimal, efektif, dan akuntabel.

5. Pengelolaan Rumah Tangga

a. Pengelolaan kebersihan

Pengelolaan kebersihan selama TA 2025 dilakukan dengan bekerjasama dengan pihak outsourcing yaitu PT Adi Dharma Abadi untuk pengelolaan kebersihan gedung sebanyak 128 orang dan PT Cahaya Fajar Mitratama untuk pengelolaan kebersihan halaman sebanyak 80 orang.

b. Pengelolaan keamanan

Pengelolaan keamanan selama TA 2025 dilakukan dengan bekerjasama dengan pihak outsourcing yaitu PT. Kencana Makmur Lestari.

5.1.5.2.3 Tim Kerja Pelaksana Keuangan

Laporan pelaksanaan keuangan di Rumah Sakit (RS) vertikal Kementerian Kesehatan pada tahun 2025 berfokus pada penguatan akuntabilitas pengelolaan dana publik serta dukungan terhadap transformasi sistem kesehatan nasional.

Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan memiliki peran strategis sebagai garda terdepan dalam memastikan setiap rupiah yang dialokasikan dalam DIPA (Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran) dikelola secara efektif dan efisien. Sepanjang tahun 2025, tim telah berupaya mengoptimalkan kinerja melalui penguatan Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) serta integrasi sistem pelaporan berbasis teknologi informasi guna meminimalisir kesalahan administratif.

A. Laporan

1. Realisasi Penerimaan

Penerimaan Tahun 2025 mencapai Rp 117.382.694.364,- atau mencapai 93% dari target Rp 126.296.950.000,- .Penerimaan tahun 2025 naik sebesar 17,79 % dibandingkan tahun 2024 yang sebesar Rp 99.722.114.469,- . Penerimaan RS pada tahun 2025 ini menunjukkan tren meningkat dibandingkan realisasi tahun 2024, hal ini disebabkan oleh dibukanya layanan-layanan baru dan optimalisasi aset BLU. Penerimaan RS Marzoeki Mahdi dari tahun 2021 s.d tahun 2025 adalah sebagai berikut :

Penerimaan RS Marzoeki Mahdi 2021-2025

TAHUN	PENERIMAAN	TARGET	KETERANGAN
2021	122.405.886.114	114.418.804.000	107%
2022	102.918.918.397	117.279.278.000	88%
2023	95.848.231.066	120.211.256.000	80%
2024	99.722.314.469	123.216.537.000	81%
2025	117.382.694.363	126.296.950.000	93%
	538.278.044.411	601.422.825.000	90%

Walaupun realisasi 2025 tidak mencapai target sebesar Rp126.296.950.000,- ,penerimaan tahun 2025 jauh lebih baik dibandingkan tahun 2022 sd 2024.

2. Realisasi Belanja

NO	Sumber Dana	Keterangan	Jenis Belanja			Total
			Pegawai	Barang	Modal	
1	RUPIAH MURNI	PAGU	55,195,140,000	9,209,265,000	184,006,000	64,588,411,000
		REALISASI	53,021,406,813 (96.06%)	7,378,856,156 (80.12%)	184,006,000 (100.00%)	60,584,268,969 (93.80%)
		SISA	2,173,733,187	1,830,408,844	0	4,004,142,031
2	BADAN LAYANAN UMUM	PAGU	0	114,232,369,000	2,605,218,000	116,837,587,000
		REALISASI	0.00%	108,558,806,116 (95.03%)	1,878,793,030 (72.12%)	110,437,599,146 (94.52%)
		SISA	0	5,673,562,884	726,424,970	6,399,987,854
GRAND TOTAL		PAGU	55,195,140,000	123,441,634,000	2,789,224,000	181,425,998,000
		REALISASI	53,021,406,813 (96.06%)	115,937,662,272 (93.92%)	2,062,799,030 (73.96%)	171,021,868,115 (94.27%)
		SISA	2,173,733,187	7,503,971,728	726,424,970	10,404,129,885

Total realisasi belanja tahun 2025 total Rp171.021.868.115,- menunjukkan penurunan dibandingkan belanja pada tahun 2024 sebesar Rp178.713.471.635,-

Hal ini disebabkan tahun 2025 terdapat efisiensi dan pergeseran anggaran yang berfokus pada program dan kegiatan prioritas.

3. Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)

Nilai IKPA tahun 2025 mencapai skor 91.54 dan termasuk Kategori Baik. Keberhasilan ini didorong oleh ketepatan waktu dalam penyampaian data kontrak, penyelesaian dan minimnya retur Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D). Terjadi penurunan nilai IKPA tahun 2025 dibanding tahun 2024 yang mencapai nilai IKPA 94,65

B. Kendala

Berdasarkan tinjauan kinerja pelaksanaan anggaran tahun 2025, tim pelaksanaan keuangan menghadapi kendala-kendala berikut:

1. Adanya kebijakan efisiensi anggaran
2. Kendala manjerial dan perencanaan
 - Perubahan Rencana Kerja: Efisiensi anggaran diumumkan di bulan februari, sehingga tim keuangan dan tim perencanaan harus melakukan revisi Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DIPA) dan menyesuaikan kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya sehingga fokus perhatian dari eksekusi program ke proses administrasi revisi.
 - Kesulitan Menjaga Kualitas Output: Tim pelaksana keuangan harus memastikan program prioritas tetap berjalan dengan anggaran yang lebih

minim, yang berisiko menurunkan kualitas capaian atau output kegiatan yang telah dijanjikan di awal tahun.

3. Kendala Operasional dan Likuiditas

- Kekurangan Dana Operasional Esensial: Pemotongan anggaran yang terkait dengan pos-pos penting seperti biaya pemeliharaan rutin, perjalanan dinas esensial, atau pelatihan SDM, yang sedikit banyak mengganggu operasional harian instansi.
- Risiko Penunggakan Pembayaran: Ketika pagu anggaran dipangkas setelah komitmen kontrak dibuat, tim keuangan menghadapi dilema dalam melakukan pembayaran kepada pihak ketiga atau penyedia barang/jasa, yang berisiko menimbulkan masalah hukum atau denda keterlambatan.
- Pengetatan Arus Kas (Cash Flow): Efisiensi seringkali disertai dengan penahanan pencairan dana (blokir anggaran sementara). Hal ini menyebabkan arus kas menjadi kurang lancar

4. Sumber Daya Manusia

Demotivasi Karyawan: Pemotongan anggaran, terutama jika berdampak pada tunjangan kinerja atau bonus, dapat menurunkan semangat kerja tim pelaksana keuangan dan unit kerja lainnya. Beban Kerja Berlebih: Tim keuangan harus bekerja ekstra keras untuk melakukan rasionalisasi anggaran, mengurus administrasi revisi, dan mencari cara agar target tetap tercapai dengan sumber daya yang terbatas.

5. Keterlambatan penagihan dari pihak ketiga

6. Restrukturisasi Organisasi: Pergantian pimpinan tim kerja baru menuntut penataan ulang administrasi terkait aplikasi sistem yang digunakan yang berkaitan dengan otorisasi sehingga agak sedikit menghambat proses pembayaran.

7. Sinkronisasi Data: Masalah integrasi data antara Pemerintah Pusat dan Daerah (TKD) masih sering terjadi, yang mengakibatkan laporan posisi kas sering tidak sinkron pada periode pelaporan bulanan.

8. Penyerapan Anggaran yang Tidak Merata

- Penumpukan Belanja di Akhir Tahun: Masih terdapat pola klasik di mana penyerapan anggaran sangat rendah di awal tahun dan menumpuk di akhir tahun. Hal ini menciptakan beban kerja ekstrem bagi tim keuangan di akhir tahun.

- Hambatan Pengadaan Barang/Jasa: Proses lelang yang gagal atau sanggahan dari pihak ketiga seringkali menunda eksekusi belanja modal, yang pada akhirnya mempengaruhi laporan.

C. Rekomendasi

1. Untuk tahun 2026, tim merekomendasikan penguatan kapasitas sumber daya manusia sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sehingga lebih fokus pada output yang optimal.
2. Terkait regulasi keuangan terbaru dan peningkatan frekuensi monitoring evaluasi per bulan untuk mempertahankan tren positif penyerapan anggaran sejak awal tahun.
3. Penarikan anggaran tahun 2026 agar lebih terdistribusi merata secara periodic tiap bulan dan tidak menumpuk di akhir tahun.
4. Rencana digitalisasi dan perbaikan alur birokrasi keuangan sehingga memudahkan penyampaian laporan, dan laporan yang disajikan dapat lebih tepat, akurat dan akuntabel.

5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

5.1.5.3.1 Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

A. Capaian Kinerja

Dari 15 indikator kinerja Direktur Utama RS Jiwa Dr. H Marzoeki Mahdi untuk tahun 2025 terdapat 2 indikator yang diturunkan dan menjadi tanggungjawab Tim Kerja OSDM untuk mengkoordinir pencapaiannya yaitu:

- 1) Implementasi Pola Remunerasi; dan
- 2) Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan RS.

Dalam hal pencapaian atas 2 indikator yang telah ditetapkan dapat digambarkan sebagai berikut:

No	KPI	Target	Capaian											
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sept	Okt	Nop	Des
1	Implementasi Pola Remunerasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	50%	96%	114%	119%	112%	98%	98%	93%	106%	89%	77%	95%	

- 1) Sistem informasi remunerasi sebagai salah satu komponen dalam implementasi pola remunerasi telah dibuat dan pengembangan aplikasinya mendekati 100% kesesuaian yang meliputi informasi penerima remunerasi, validasi besaran dan capaian kinerja, rekapitulasi pembayaran.
- 2) Rasio beban pegawai terhadap pendapatan operasional diukur untuk mendorong produktivitas dari pegawai dalam memberikan layanan dan melakukan inovasi dan bekerja secara profesional, saat ini capaian rasio ini masih belum mencapai target karena berbagai hal, seperti: jumlah pegawai yang dirasa masih banyak, produktivitas yang belum optimal sehingga pendapatan rumah sakit juga tidak mencapai target, masih ada kegiatan yang belum efisien.

Selain 2 indikator tersebut, OSDM juga mendapat tanggung jawab atas indikator mutu lainnya yang digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan/capaian program organisasi. Indikator-indikator ini ditetapkan pada awal tahun yang dikoordinasikan oleh Komite Mutu RS, yang meliputi:

- 1) Jumlah Tenaga Kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis;
- 2) Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja;
- 3) Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar;
- 4) Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan;
- 5) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat;
- 6) Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala;

- 7) Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu;
- 8) Tingkat Kepuasan Karyawan;
- 9) Pemenuhan Kebutuhan SDM Sesuai dengan Standar;
- 10) Penerapan Sistem Penilaian Kinerja SDM;
- 11) Persentase Retensi SDM;
- 12) Pemantauan Kinerja SDM secara Berkala; dan
- 13) Umpan Balik SDM untuk Peningkatan Kinerja.

Pencapaian atas 13 indikator yang telah ditetapkan dapat digambarkan sebagai berikut:

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	FORMULA	Tahun 2025	
				Hasil	Capaian
1	Jumlah Tenaga Kesehatan yang memiliki surat penugasan klinik	100%	N Jumlah Nakes yang memiliki SPK BKK	99,83%	tidak tercapai
			D Jumlah Nakes Yang Harus ditetapkan SPK BKK		
2	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja Target Kehadiran kumulatif (>150 jam=100%, 140-150 jam=90%, <140 jam=80%)	90%	N/D Jumlah pegawai yang disiplin hadir sesuai jam kerja (dalam Jam) dibagi Jumlah seluruh pegawai	100,00%	tercapai
			D Jumlah pegawai patuh peraturan RS dibagi jumlah seluruh pegawai		
3	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	85%	N Jumlah pegawai tetap (PNS dan BLU) yang memiliki kinerja >= 80	91,06%	tercapai
			D Jumlah seluruh pegawai tetap (PNS + BLU)		
4	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan	80%	N Indikator PIP	98,97%	tercapai
			D Jumlah seluruh Pegawai		
5	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	N Jumlah Pegawai diikutkan kenaikan pangkat	100,00%	tercapai
			D Jumlah Pegawai Terjadwal Kenaikan Pangkat		
6	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	100%	N Realisasi Pengusulan Gaji Berkala	100,00%	tercapai
			D Jumlah Pegawai terjadwal mendapat SK kenaikan Gaji Berkala		
7	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	setiap tanggal 15-20 bulan berikutnya	pemberian imbalan (insentif) setiap tanggal 15 - 20 bulan berikutnya	tepat waktu	tercapai
8	Tingkat Kepuasan Karyawan	x 80%	N Jumlah karyawan yang menyatakan puas atau sangat puas (skor 4 dan 5) dalam survei kepuasan karyawan	85,19%	tercapai
			D Jumlah total karyawan yang mengisi survei kepuasan karyawan		
9	Pemenuhan Kebutuhan SDM Sesuai dengan Standar	x 90%	N Jumlah SDM yang memenuhi standar kebutuhan yang ditetapkan	99,01%	tercapai
			D Jumlah total SDM yang dibutuhkan sesuai dengan standar kebutuhan tenaga kerja di rumah sakit atau fasilitas kesehatan		
10	Penerapan Sistem Penilaian Kinerja SDM	100%	N Jumlah SDM yang telah menjalani dan menyelesaikan penilaian kinerja sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan	100%	tercapai
			D Jumlah total SDM yang terlibat dalam penilaian kinerja		
11	Persentase Retensi SDM	x 95%	N Jumlah SDM yang tetap bekerja dalam periode tertentu	98,91%	tercapai
			D Jumlah total SDM yang ada pada awal periode tertentu		
12	Pemantauan Kinerja SDM secara Berkala	100%	N Jumlah SDM yang telah melalui proses pemantauan kinerja	100%	tercapai
			D Jumlah total SDM yang seharusnya menjalani pemantauan kinerja pada periode yang bersangkutan		
13	Umpan Balik SDM untuk Peningkatan Kinerja	100%	N Jumlah SDM yang menerima umpan balik dalam periode yang ditentukan	100%	tercapai
			D Jumlah total SDM yang berhak menerima umpan balik berdasarkan evaluasi kinerja dalam periode yang bersangkutan		

Dari 13 (tiga belas) indikator kinerja mutu di Tim Kerja OSDM ada 1 (satu) indikator yang belum mencapai target, yaitu jumlah tenaga kesehatan yang

memiliki surat penugasan klinis. Pada tahun 2025 ada satu tenaga kesehatan yang tidak memiliki surat penugasan klinis karena pegawai yang bersangkutan Surat Tanda Registrasi-nya (STR) tidak aktif sehingga tidak dapat dilakukan kredensial sebagai syarat diterbitkannya penugasan klinis

B. Kendala dan Hambatan

Hambatan/kendala dalam pencapaian indikator kinerja Direktur Utama dalam rangka pemberian insentif kinerja, adalah:

1) Implementasi Pola Remunerasi

- a) Sistem informasi remunerasi belum memenuhi seluruh kebutuhan, seperti pajak dan perluasan pengguna (saat ini baru untuk tenaga medis spesialis/sub spesialis).
- b) Belum semua tenaga medis memahami operasional sistem informasi remunerasi sehingga saat dilakukan uji petik oleh Kementerian Kesehatan dapat memberikan pernyataan yang menambah capaian nilai indikator.

2) Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional.

- a) Produktivitas pegawai belum optimal.
- b) Pendapatan rumah sakit tidak mencapai target.
- c) Ada kegiatan yang belum efisien.

3) Indikator Mutu Lainnya

a) *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.

b) *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.

c) *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.

C. Rencana tindak lanjut

1) Implementasi Remunerasi

- a) Penyempurnaan sistem informasi remunerasi secara berkesinambungan sehingga aplikasi dapat diakses dan digunakan dengan baik oleh seluruh Pegawai penerima remunerasi.
 - b) Sosialisasi penggunaan sistem informasi remunerasi khususnya kepada tenaga medis yang menjadi responden uji petik dapat memberikan jawaban/pernyataan yang akan menambah nilai indikator kinerja.
- 2) Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional
- a) Melakukan konsolidasi dan membuat komitmen dalam bentuk kontrak kinerja dengan seluruh pegawai untuk berkinerja lebih optimal.
 - b) Meningkatkan pendapatan, baik dari layanan utama maupun dari pemanfaatan aset lainnya.
 - c) Melakukan efisiensi terhadap kegiatan-kegiatan yang dapat dioptimalkan dengan bekerja lebih optimal dan pemanfaatan digitalisasi.
- 3) Indikator Mutu Lainnya
- a) Melakukan perubahan kebijakan dalam manajemen SDM rumah sakit.
 - b) Menyempurnakan sarana kerja baik untuk SDM maupun untuk sistem manajemen secara umum.
 - c) Menyempurnakan sistem-sistem (SDM, layanan, keuangan) di rumah sakit.
 - d) Melakukan pengembangan kompetensi melalui inhouse training maupun outhouse training.
 - e) Membangun komunikasi antar pegawai dengan manajemen, pegawai dengan pegawai, maupun antar unit kerja.
 - f) Melakukan kegiatan untuk meningkatkan budaya kerja dan jiwa corsa terhadap institusi.

5.1.5.3.2 Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan

A. Capaian Kinerja

PKJN RS Marzoeeki Mahdi Bogor memiliki target kinerja dalam memfasilitasi program pembelajaran bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang diharapkan mendapatkan 40 JPL per tahun. Indikator *Training Effectiveness Indeks* (TEI) yang diukur pada tahun 2025 dilakukan dengan menilai keberhasilan program pelatihan, mencakup kualitas tujuan dan materi, kualifikasi pelatih, kesesuaian metode dengan peserta, serta mengukur hasil

kegiatan berupa peningkatan keterampilan, kepuasan peserta, dan penerapan di tempat kerja. Implementasi yang dilakukan oleh PKJN RS Marzoeki Mahdi Bogor untuk indikator ini adalah dengan memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, melalui pemberian fasilitas penyelenggaraan dan pembiayaan kegiatan yang efektif dan efisien. Selama tahun 2025 telah dilakukan berbagai kegiatan peningkatan kompetensi pegawai, baik yang dilaksanakan melalui mekanisme in house training ataupun yang dilaksanakan dengan mengikuti kegiatan pada lembaga eksternal lainnya. Berikut adalah capaian pengukuran indikator *Training Effectiveness Indeks* (TEI) TA 2025:

Tabel Capaian Indikator Training Effectiveness Indeks (TEI) PKJN RS Marzoeki Mahdi Bogor TA 2025

	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	SMT I	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES	TAHUNAN
I	INDIKATOR KINERJA UNIT 2025																
1	<u>Training Effectiveness Indeks</u> (TEI)		70%	0%	0%	1%	1%	22,5%	35%	35%	46,6%	54,52%	56,32%	62%	74%	76%	76%

Capaian indikator *Training Effectiveness Indeks* (TEI) pada PKJN RS Marzoeki Mahdi Bogor TA 2025 mencapai 76% dari target tahun pertama yang ditentukan sebesar 70%. Hal ini menunjukkan bahwa sebanyak 462 dari 609 tenaga medis dan tenaga kesehatan telah menerima program pembelajaran sebanyak minimal 40 JPL.

B. Kendala dan Hambatan

Dalam rangka pelaksanaan kinerja Direktorat pada Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan selama periode TA 2025, ditemukan beberapa kendala dan hambatan sebagai berikut:

- 1) Masih perlunya dorongan untuk kepatuhan pegawai dalam melakukan pelaporan pasca mengikuti kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi baik yang diselenggarakan secara mandiri oleh PKJN RS Marzoeki Mahdi ataupun yang mengikuti kegiatan eksternal di lembaga diklat lainnya.
- 2) Terdapat beberapa kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi yang tidak dapat diikuti sesuai rencana akibat adanya perubahan jadwal dari penyelenggara kegiatan.

- 3) Sempat terdapat efisiensi anggaran dan blokir pada awal tahun terkait anggaran kegiatan performa pegawai yang berdampak kepada proses implementasi program pelatihan dan peningkatan kompetensi yang telah disusun.
- 4) Terdapat beberapa ajuan susulan terkait pelatihan dan peningkatan kompetensi yang menyebabkan diperlukannya proses revisi anggaran pada DIPA BLU.

C. Rencana Tindak Lanjut

Mencermati capaian kinerja dan strategi penyelesaian masalah terkait kendala dan hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan kinerja pada TA 2025, ditetapkan beberapa rencana tindak lanjut sebagai berikut:

- 1) Melakukan sosialisasi ulang terkait pelaporan pasca mengikuti kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi dengan mengupload data pada link pengisian JPL Pengembangan Kompetensi Pegawai atau PDM bagi ASN.
- 2) Meningkatkan pemantauan terkait jadwal pelaksanaan pelatihan dan peningkatan kompetensi khususnya yang harus diikuti melalui lembaga eksternal PKJN.
- 3) Menyiapkan beberapa skema penyelenggaraan kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi dalam rangka mengantisipasi keterbatasan anggaran akibat efisiensi dan blokir.
- 4) Susun rencana kegiatan diklat secara komprehensif dengan melibatkan unsur-unsur penting pada unit kerja masing-masing dengan memperhatikan arah layanan pada RSB, program inovasi, kebutuhan akreditasi dan kebutuhan peningkatan kompetensi lainnya.

5.1.5.3.3 Tim Kerja Penelitian

A. Capaian Kinerja

1) KPI

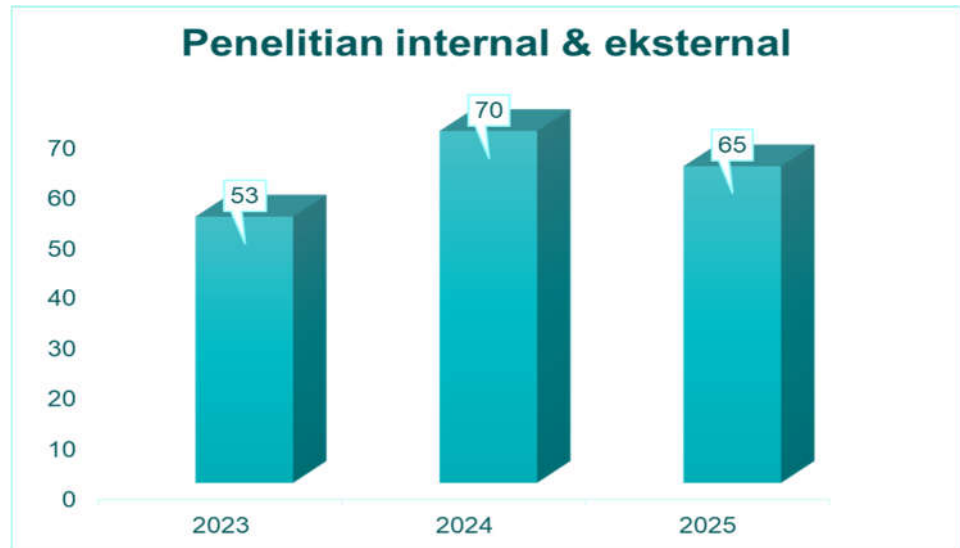
Prosentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian *Clinical Research Unit* (CRU) sebesar 1% dari pendapatan operasional, pendapatan dari penelitian Tahun 2025 masih belum mencapai target baru mencapai 0,01%.

2) Jumlah Penelitian

Penelitian yang dilakukan di RS Marzoeki Mahdi Bogor selama tahun 2025 baik penelitian internal (yang dilakukan peneliti internal RSMM)

ataupun yang dilakukan oleh peneliti eksternal (peneliti mitra RSMM) sebanyak 65 Penelitian dengan rincian

56 penelitian klinis dengan melibatkan manusia sebagai subjek penelitian dan 9 penelitian non klinis. Ada sedikit penurunan dibanding dengan jumlah Penelitian Tahun 2024, akan tetapi Tahun 2025 sudah terselenggara penelitian berbasis genomik sebanyak 2 Penelitian. Penelitian yang dilakukan berbentuk penelitian observasional belum terdapat uji klinis.



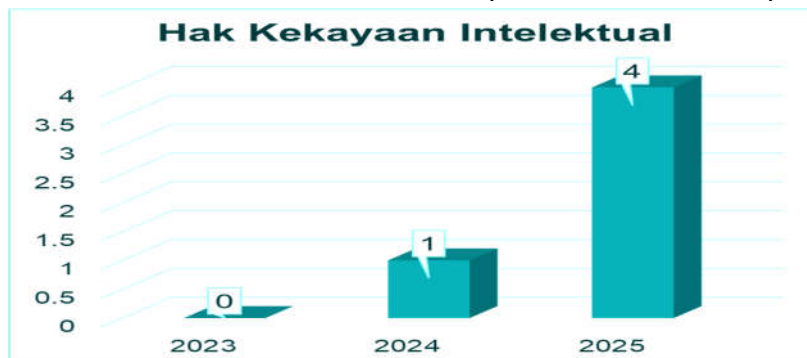
Gambar 1

3) Publikasi Jurnal

Publikasi Jurnal pada Tahun 2025 berjumlah 2 Publikasi pada jurnal nasional, sedang berproses penulisan sebanyak 6 artikel hasil penelitian untuk dapat dipublikasikan Tahun 2026.

4) Hak Kekayaan Intelektual (HAKI)

Tahun 2025 terdapat 4 karya ilmiah yang terdapat sebagai Hak kekayaan Intelektual RSMM, terdiri dari hasil penelitian dan modul pelatihan.



Gambar 2



Gambar 3

B. Hambatan dan Kendala

- 1) SDM yang memiliki kapasitas sebagai peneliti klinis masih terbatas.
- 2) Motivasi civitas hospitalia dalam penelitian masih perlu ditingkatkan.
- 3) Keterbatasan fasilitas penelitian.
- 4) Belum ada kerjasama penyelenggaraan uji klinis

C. Rencana tindak lanjut

- 1) Menyelenggarakan penelitian:
 - Menjalani kerjasama penyelenggaraan Clinical trials
 - Meningkatkan Publikasi ilmiah
 - Membuat jurnal publisher kesehatan jiwa
 - Kontrak penelitian dengan industri farmasi atau lainnya
 - Proyek penelitian yang menghasilkan royalti atau lisensi teknologi
 - Peningkatan layanan penelitian untuk pihak eksternal
- 2) Peningkatan Kapasitas SDM Penelitian
- 3) Penguatan sarana prasarana Penelitian
- 4) Pemasaran sebagai penyelenggara Penelitian/ uji klinis
- 5) Membuat program paket pembiayaan penelitian internal

5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite

5.1.5.4.1 Komite Mutu Rumah Sakit

Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Tahun 2025 ini disusun sebagai bentuk evaluasi terhadap implementasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dilaksanakan di RS Marzoeeki Mahdi. Evaluasi ini mencakup capaian indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas, keselamatan pasien, insiden keselamatan, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta manajemen risiko rumah sakit.

Melalui pelaksanaan program yang berbasis data, inovasi, dan evaluasi berkelanjutan, Komite Mutu berupaya menjamin bahwa setiap kegiatan pelayanan di rumah sakit berjalan sesuai standar dan prinsip tata kelola mutu yang baik. Meskipun telah banyak pencapaian yang diraih, berbagai tantangan masih perlu mendapatkan perhatian serius agar perbaikan mutu dapat berlangsung secara berkesinambungan.

Berikut disampaikan kesimpulan umum berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien selama Tahun 2025:

1. Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi Bogor telah melaksanakan berbagai program kerja strategis selama Tahun 2025, dengan pelibatan aktif tiga Sub Komite utama dan didukung oleh sistem pelaporan berbasis aplikasi SIMANDATURI, yang memungkinkan pencatatan dan evaluasi indikator mutu secara lebih efisien dan terstruktur.
2. Dari 13 Indikator Nasional Mutu (INM), sebanyak 12 indikator tercapai, sementara satu indikator yaitu kepatuhan penggunaan APD (99,39%) belum mencapai standar, namun telah dilakukan upaya perbaikan melalui koordinasi lintas unit dan monitoring berjenjang.
3. Dari 16 Indikator Mutu Prioritas (IMP), sebanyak 13 indikator telah mencapai standar. Satu indikator yang belum tercapai adalah waktu tunggu pelayanan farmasi dengan capaian 66,87% dari standar $\geq 80\%$, yang telah ditindaklanjuti melalui redesign alur pelayanan untuk mengurangi waktu tunggu. Dua indikator diukur per tahun.
4. Indikator mutu yang berfokus pada waktu pelayanan end-to-end menunjukkan bahwa dari 7 indikator, hanya 4 indikator yang mencapai standar. Tiga indikator yang belum tercapai mencakup waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 jam, dan waktu masuk rawat inap, yang masih menjadi fokus peningkatan layanan.
5. Capaian program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) menunjukkan hasil positif dengan tidak adanya kejadian VAP, HAP, IDO, dan infeksi lainnya. Namun,

- 9 dari 22 indikator masih belum mencapai standar 100%, sedang ditingkatkan melalui supervisi rutin dan penguatan koordinasi.
6. Pada aspek keselamatan pasien (KPRS), mayoritas indikator telah mencapai 100%, masih ada satu indikator yang belum tercapai yaitu Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check.
 7. Terkait pelaporan insiden keselamatan pasien, tercatat 61 insiden pada tahun 2025, dengan kejadian terbanyak adalah pasien jatuh sebanyak 26 kasus, disusul oleh kesalahan peresepan obat sebanyak 11 kasus. Tidak ditemukan kejadian sentinel. Jenis insiden lainnya termasuk KTD, KNC, dan KPCS, yang seluruhnya telah dianalisis dan ditindaklanjuti melalui PDSA.
 8. Risk Register rumah sakit mencakup 40 pernyataan risiko dari 9 unit kerja, dan telah dianalisis untuk penyusunan Profil Risiko RS yang disahkan melalui SK Direktur Utama. Risiko prioritas tertinggi adalah keterlambatan pelayanan farmasi akibat keterbatasan SDM dan antrean distribusi, yang dikategorikan sebagai risiko sangat tinggi dengan dampak signifikan terhadap layanan pasien.
 9. Meskipun budaya just culture telah diperkenalkan, masih terdapat hambatan pelaporan insiden dari tenaga kesehatan akibat ketakutan terhadap hukuman. Hal ini menunjukkan perlunya penguatan budaya keselamatan melalui edukasi, perlindungan pelapor, serta sistem pelaporan non-punitif.
 10. Siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) telah diterapkan secara konsisten untuk berbagai program mutu, termasuk optimalisasi clinical pathway, perbaikan waktu tunggu layanan, serta penguatan sistem pelaporan insiden, dengan hasil evaluasi menunjukkan efektivitas dalam perbaikan berkelanjutan.
 11. Inovasi Komite Mutu seperti PRISMA (Program Sinergi Mutu dan Keselamatan Pasien) dan SiManis (Sistem Manajemen Risiko Terintegrasi), memberi dampak positif terhadap peningkatan budaya mutu di seluruh unit kerja.
 12. Proses akreditasi yang mengacu pada KMK No. HK.01.07/Menkes/1596/2024 telah dilalui dengan hasil akreditasi paripurna, menunjukkan peningkatan kepatuhan terhadap standar mutu, keselamatan pasien, serta sistem manajemen risiko. Meskipun demikian, perbaikan berkelanjutan masih dibutuhkan untuk mempertahankan kualitas layanan jangka panjang.
 13. Upaya penguatan Zona Integritas, reformasi birokrasi, dan pencapaian WBK/WBBM didukung melalui pengawasan mutu internal, pengembangan budaya kerja bersih dan melayani, serta peningkatan transparansi pelayanan publik.
 14. Secara keseluruhan, laporan ini memberikan gambaran lengkap mengenai pencapaian, hambatan, dan strategi yang telah serta akan diimplementasikan

dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Komite Mutu diharapkan dapat terus mempertahankan komitmen dan adaptif terhadap tantangan guna mewujudkan pelayanan rumah sakit yang berkualitas, aman, dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

Berdasarkan hasil evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Tahun 2025, serta mengacu pada ketentuan regulasi yang berlaku seperti Permenkes Nomor 44 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Rumah Sakit, Permenkes tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Permenkes tentang Keselamatan Pasien (KPRS), Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 tentang Akreditasi Rumah Sakit, serta prinsip manajemen risiko dan transformasi layanan kesehatan, maka diperlukan sejumlah rekomendasi strategis sebagai arahan perbaikan berkelanjutan.

Rekomendasi ini bertujuan untuk memperkuat sistem mutu dan keselamatan pasien, menutup kesenjangan pencapaian indikator, serta memastikan bahwa seluruh proses pelayanan berjalan sesuai prinsip tata kelola yang baik, berorientasi pada pasien, dan berbasis data. Seluruh rekomendasi diharapkan dapat menjadi acuan bagi manajemen rumah sakit, unit kerja, dan Komite Mutu dalam menyusun rencana tindak lanjut dan strategi penguatan mutu rumah sakit di semester berikutnya.

1. Penguatan Kepatuhan Indikator Nasional Mutu (INM)

Lakukan pembinaan intensif untuk indikator yang belum mencapai target (contohnya: penggunaan APD). Terapkan pengawasan ketat dan audit harian berbasis teknologi (SIMANDATURI) agar pemantauan real-time dan tindak lanjut lebih responsif, sesuai Permenkes No. 30 Tahun 2022.

2. Redesign Alur dan SDM Pelayanan Farmasi

Tingkatkan performa pelayanan farmasi dengan penataan ulang alur pelayanan, optimalisasi antrean, dan penambahan SDM farmasi. Hal ini penting sebagai tindak lanjut atas capaian <70% terhadap waktu tunggu pelayanan farmasi dalam Indikator Mutu Prioritas (IMP-RS).

3. Optimasi Waktu Pelayanan End-to-End

Fokus pada tiga indikator utama yang belum tercapai: waktu pelayanan rawat jalan, waktu tunggu IGD, dan waktu masuk rawat inap. Lakukan integrasi digital antar-unit, peningkatan efisiensi proses administrasi dan klinis, serta evaluasi SOP pelayanan.

4. Pemantapan Program PPI dan Pelaporan Infeksi

Untuk mengatasi 9 dari 22 indikator PPI yang belum mencapai standar, perkuat edukasi, supervisi, dan audit kepatuhan berbasis ICRA dan teknik aseptik. Gunakan pendekatan berbasis risiko sesuai dengan Kepmenkes Manajemen Risiko dan modul PPI akreditasi 2024.

5. Peningkatan Kepatuhan Clinical Pathway dan KPRS

Evaluasi bulanan implementasi CP oleh tim medis dan farmasi, dan integrasikan dalam penilaian kinerja dokter. Tingkatkan kepatuhan dokumentasi High Alert Double Check, serta gunakan pendekatan team-based care yang sesuai Permenkes Clinical Pathway.

6. Budaya Keselamatan dan Non-Punitif Reporting

Mengingat masih adanya ketakutan pelaporan insiden, perkuat penerapan “Just Culture” dengan pelatihan, sosialisasi perlindungan pelapor, dan penyediaan kanal pelaporan anonim. Tindak lanjut setiap insiden dengan PDSA dan dokumentasi eviden perbaikan.

7. Mitigasi Risiko Berdasarkan Profil Risiko RS

Fokus pada risiko prioritas tinggi seperti keterlambatan pelayanan farmasi. Gunakan manajemen risiko proaktif berdasarkan Kepmenkes Manajemen Risiko 2024 dan integrasikan dengan sistem mutu dan PPI. Evaluasi berkala dilakukan melalui dashboard risiko di SiManis.

8. Perluasan Inovasi Berbasis Teknologi

Inovasi seperti PRISMA dan SiManis terbukti efektif. Skalkan penggunaan ke seluruh unit kerja, tambah modul integrasi dengan SIMRS, dan evaluasi keberfungsian teknis secara triwulan. Pastikan keterlibatan pengguna dan feedback dalam proses pengembangan.

9. Pemenuhan Standar Akreditasi dan CQI (Continuous Quality Improvement)

Lakukan CQI untuk setiap standar akreditasi yang masih lemah. Bentuk tim audit internal untuk menilai gap dan follow-up secara sistematis. Gunakan hasil akreditasi paripurna sebagai baseline menuju sustainabilitas mutu dan keselamatan.

10. Penguatan Zona Integritas (ZI), WBK/WBBM dan Transformasi Kesehatan

Gunakan pendekatan berbasis transparansi, pengawasan layanan, dan budaya melayani untuk mendukung pencapaian ZI dan WBK/WBBM. Integrasikan dengan Pilar Transformasi Layanan Rujukan dan SDM Kesehatan dari Transformasi Kesehatan Nasional.

11. Peningkatan Kompetensi SDM Mutu dan Kesehatan

Wajibkan pelatihan regular untuk staf terkait mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Perluas cakupan pelatihan berbasis e-learning dan uji kompetensi berkala. Libatkan Duta Mutu sebagai agen perubahan internal di setiap unit kerja.

5.1.5.4.2 Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Laporan kegiatan program PPI tahun 2025 adanya suatu perubahan kejadian dari tahun sebelumnya. Insiden rate HAIs ada yang mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya dan juga penurunan. Kondisi tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kondisi klinis pasien, kompetensi petugas kesehatan serta dukungan manajerial dari bidang penunjang.

Kegiatan supervisi, audit dan surveilans berjalan sesuai jadwal yang sudah ditetapkan meskipun ada di beberapa tempat yang belum bisa dilaksanakan, karena berkurangnya IPCN yang sebelumnya berjumlah 6 orang, namun saat ini yang purnawaktu hanya 4 orang dan 1 orang merangkap ketua komite.

- A. Proses pemindahan pasien dengan kasus infeksi belum memenuhi standar PPI dari IGD menuju R. Antasena harus melintasi ruang perawatan Bisma.
- B. Belum ditetapkannya ruang isolasi didalam kebijakan rumah sakit.
- C. Alur penempatan pasien di IGD mulai dari triase, sampai penempatan ke ruangan isolasi sementara perlu dipatuhi sehingga program PPI dapat terlaksana dan terpantau, baik pada pelayanan pasien psikiatri dan non psikiatri.
- D. Audit dan surveilans HAIs, secara umum sudah berjalan dan capaian indikator terjadi fluktuatif setiap bulannya. Pencapaian pencegahan HAIs hampir semua 0 % kecuali flebitis, HAP dan Dekubitus (dekubitus termasuk indikator mutu keperawatan), perlu ada evaluasi pada hasil audit dan variabel yang mempengaruhi hasil audit.

Angka kejadian HAIs di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2025 adalah :

- Infeksi Kulit Pedikulosis 0,02%
- Infeksi Kulit Scabies 0%
- Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis) 0,02% dan (0,0001‰)
- Infeksi paru Pneumonia akibat tirah baring (HAP) 1,094‰
- Dekubitus 0,52% dan 1,488‰
- Infeksi Saluran Kencing 0% dan 0‰
- Infeksi Daerah Operasi SC 0%

- E. Program Diklit PPI belum terlaksana sesuai target (dari target 100 peserta terealisasi 60) dan jadwal (rencana pelaksanaan bulan Oktober terealisasi bulan Desember) ini dikarenakan menunggu revisi anggaran, dan akhirnya terlaksana dengan metode daring karena anggaran biaya diklat PPI tidak disetujui.
- F. Program Antimikroba pada tahun 2025 belum optimalnya kepatuhan propilaksis antibiotik pada Tindakan operasi sesuai dengan pedoman PPRA. Pertemuan rutin dengan Tim PPRA dalam membahas audit penggunaan Antimikroba dan penentuan pola kuman di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi belum dapat terlaksana.
- G. Hasil audit pelaksanaan kewaspadaan standar belum seluruhnya tercapai sesuai dengan target, dibutuhkan kerja sama dari seluruh civitas hospitalia di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi untuk mendapatkan hasil akhir kualitas pelayanan dalam menjamin keselamatan pasien dan petugas.
- H. System pelaporan HAls yang belum terintegrasi dengan SIRS agar sesuai dengan standar IT PPI.
- I. Pelaksanaan ICRA renovasi dan pembangunan gedung belum dijalankan secara optimal sesuai standar, kurangnya pelibatan PPI dan Kesling K3RS sejak mulai dari perencanaan.

Rekomendasi atas kegiatan yang dilakukan oleh Komite PPI adalah:

1. Segera dibuatkan jalur transportasi / pemindahan pasien dengan mengedepankan prinsip – prinsip PPI.
2. Mengoptimalkan pertemuan dalam membahas sistem alur dan penataan penempatan pasien di IGD dalam upaya pencegahan, serta meminimalkan penularan infeksi.
3. Melakukan monitoring evaluasi terpadu dengan penunjang dalam melengkapi prasarana yang mendukung untuk keamanan pasien dan petugas, khususnya di area yang berisiko seperti ruang solasi tekanan negatif, penempatan hepafilter di ruang IGD.
4. Melakukan pengkajian epidemiologi dan menentukan pola kuman serta penyusunan pedoman PPRA berdasarkan peta kuman di RSJMM, sehingga dapat ditetapkan kemungkinan pemilihan angka infeksi di luar HAls yang telah standar, sebagai gambaran risiko infeksi yang mungkin terjadi akibat pelayanan di rumah sakit.
5. Melakukan kegiatan monev kewaspadaan standar dan manajemen lingkungan kerja di seluruh unit layanan setiap bulan dilaporkan pertriwulan.
6. Melakukan presentasi hasil capaian program dan kegiatan PPI kepada Direktur Utama RS beserta jajarannya agar ada tindak lanjut penyelesaian masalah lebih terintegrasi.

7. Mendesiminasikan hasil audit PPI kepada instalasi/ unit/ ruangan terkait agar dapat ditemukan solusi bersama.
8. Membuat jadwal pertemuan setiap 3 bulan dengan unit layanan, penunjang, IPCLN dan komite lainnya.
9. Pembudayaan supervisi secara berjenjang oleh IPCN/ Karu/ Katim pada perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
10. Monitoring secara ketat dalam pelaksanaan surveilans dan Bundle HAIs setiap bulan.
11. Monitoring evaluasi kegiatan hasil pertemuan dan pemberian rekomendasi dari komite PPI.
12. Koordinasi dengan SDM dalam pelaksanaan diklat PPI sebagai salah satu kegiatan program Komite PPI, dengan mengadakan pelatihan PPI Dasar yang wajib diikuti oleh seluruh pegawai RSJMM.
13. Koordinasi dengan Instalasi SIMRS dalam pengembangan data PPI berbasis teknologi infomatika dan pelaporan secara online serta terintegrasi.

5.1.5.4.2 Komite Keperawatan

Pencapaian kinerja Komite Keperawatan pada tahun 2025 adalah sebagai berikut :

No	PROGRAM	TARGET	CAPAIAN
1	Kredensial/Rekredensial tenaga keperawatan	100%	100%
2	Peningkatan mutu asuhan keperawatan	95%	90%
3	Pencegahan masalah etik dan disiplin keperawatan	95%	95%
	Capaian Kinerja		95 %

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa dari program kerja komite keperawatan rata-rata capaian kinerja adalah 95%, meliputi 100% staf keperawatan klinis telah dilakukan kredensial/rekredensial, peningkatan mutu asuhan keperawatan 90% dan 95% pencegahan masalah etik dan disiplin keperawatan.

Capaian target program kegiatan staf keperawatan klinis telah dilakukan kredensial/rekredensial 100% dan seluruh staf keperawatan klinis memiliki SPK RKK. Jumlah perawat RSJMM yang sudah dilakukan rekredensial pada tahun 2025 sebanyak 190 orang.

Program kerja peningkatan mutu asuhan keperawatan tercapai 90%. Seluruh staf keperawatan klinis telah dilakukan penilaian OPPE/FPPE sebanyak 355 orang. SIMRS RSMM di rawat inap belum semuanya dokumen rekam medik dalam bentuk elektronik. Fokus pelayanan pada peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan dan pelayanan *Safeward dan WHO QR* di rawat inap psikiatri.

Pencegahan masalah etik dan disiplin keperawatan tercapai 95%. Hal ini dikarenakan adanya 2 laporan masalah etika dan perilaku, namun setelah dianalisa permasalahan tersebut berhubungan dengan masalah komunikasi yang tidak efektif kepada pasien, mahasiswa keperawatan yang praktik di RSMM, dan teman sejawat serta kurangnya pengetahuan tentang penanganan komplain. Permasalahan tersebut telah dilakukan pembinaan langsung oleh komite keperawatan dan berdasarkan hasil evaluasi komunikasi staf keperawatan klinis yang dilaporkan komunikasi telah efektif serta meningkatnya pengetahuan tentang penanganan komplain.

A. Kendala dan permasalahan

Kendala dan masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan program kerja komite keperawatan adalah

1. Belum terlaksananya aplikasi elektronik kredensial.
2. Belum adanya rujukan format elektronik askep.
3. Belum terlaksananya pelatihan keperawatan sesuai kompetensi.

B. Rencana pemecahan masalah

Rencana pemecahan masalah terhadap kendala dan permasalahan diatas adalah:

1. Mengusulkan kembali dan berkoordinasi dengan instalasi SIRS untuk membuat aplikasi e-kredensial perawat
2. Mengusulkan peningkatan kapasitas SDM perawat melalui pendidikan formal keperawatan dan pelatihan keperawatan
3. Melakukan upaya-upaya peningkatan mutu layanan
4. Melakukan monitoring evaluasi pelayanan asuhan keperawatan
5. Meningkatkan koordinasi dengan bidang-bidang terkait (Komite Medik, Komite Mutu Rumah Sakit, Manager pelayanan keperawatan, Diklit, bagian SDM, Komite etik disiplin dan Komite etik penelitian).

5.1.5.4.3 Komite Profesi Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya

A. Capaian Kinerja

- Penguatan Tata Kelola Klinis (Good Clinical Governance)

Komite PPA dan Staf Klinis Lainnya telah menjalankan perannya sebagai bagian dari tata kelola klinis rumah sakit dalam rangka menjamin mutu, keselamatan pasien, serta profesionalisme staf Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan Staf Klinis Lainnya di PKJN RS Marzoeki Mahdi Bogor

- Penyelenggaraan Fungsi Komite
 - Pertemuan komite secara berkala (triwulanan) telah terealisasi, sebagai media koordinasi, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan program kerja komite.
 - Penyusunan Panduan OPPE (Ongoing Professional Practice Evaluation) telah terealisasi dan mulai diterapkan pada sebagian profesi sebagai instrumen pemantauan kinerja berkelanjutan.
- Pelaksanaan Kredensial dan Rekredensial

Proses revisi pedoman kewenangan klinis per profesi telah berjalan dan berada dalam tahap proses, sebagai langkah penting dalam memastikan PPA dan staf klinis lainnya menjalankan praktik sesuai kompetensi dan kewenangan yang ditetapkan.
- Pengelolaan Kelembagaan dan Keanggotaan

Komite PPA dan Staf Klinis Lainnya mengoordinasikan 138 anggota yang terdiri dari 106 Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan 32 Staf Klinis Lainnya lintas profesi, sehingga menjadi wadah strategis dalam pengendalian mutu dan etika praktik klinis non-medis di RSMM.

B. Kendala yang Dihadapi

- Keterbatasan Waktu dan Partisipasi Anggota

Tingginya beban pelayanan di unit kerja menyebabkan partisipasi anggota komite dalam kegiatan sosialisasi, audit kinerja, pertemuan ilmiah, serta pelatihan internal dan eksternal belum optimal.
- Belum Optimalnya Implementasi Program Mutu
 - Sosialisasi audit kinerja PPA dan Staf Klinis Lainnya belum terlaksana secara menyeluruh.
 - Panduan OPPE baru disusun dan diterapkan oleh sebagian profesi.
- Kendala Kredensial dan Kewenangan Klinis

Belum seluruh profesi menyelesaikan revisi pedoman kewenangan klinis, sehingga proses kredensial dan rekredensial belum sepenuhnya tuntas.
- Penegakan Etik dan Disiplin Profesi

Sosialisasi etika dan disiplin profesi serta penyusunan tata laksana alur pelaporan masalah etik dan disiplin masih dalam proses, dipengaruhi keterbatasan koordinasi lintas profesi dan kesulitan menghimpun seluruh anggota secara luring.

- Keterbatasan Sarana Penunjang
Belum tersedianya ruang rapat khusus komite menyebabkan keterbatasan dalam penyelenggaraan rapat dan kegiatan rutin komite.

C. Tindak Lanjut dan Rencana Perbaikan

- Penguatan Koordinasi dan Partisipasi
 - Penjadwalan ulang kegiatan komite secara lebih terstruktur serta optimalisasi metode pertemuan dan sosialisasi secara daring/virtual.
 - Peningkatan koordinasi dengan masing-masing profesi untuk mendorong partisipasi aktif dalam audit kinerja dan kegiatan mutu.
- Percepatan Kredensial dan OPPE
 - Koordinasi dengan rumah sakit rujukan yang telah memiliki pedoman kewenangan klinis dan panduan OPPE sebagai benchmarking.
 - Penyelesaian revisi pedoman kewenangan klinis seluruh profesi secara bertahap.
- Penguatan Mutu dan Etika Profesi
 - Pelaksanaan sosialisasi audit kinerja, etika, dan disiplin profesi secara terjadwal dan berkelanjutan.
 - Penyelesaian dan implementasi alur pelaporan penanganan masalah etik dan disiplin PPA dan Staf Klinis Lainnya.
- Penguatan Dukungan Manajerial
 - Pengajuan kebutuhan ruang rapat khusus komite.
 - Integrasi program kerja Komite PPA dan Staf Klinis Lainnya dengan agenda peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

5.1.5.5 Pencapaian Kinerja Instalasi

5.1.5.5.1 Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS

A. Capaian Kinerja

1. Kesehatan Lingkungan

- Seluruh parameter baku mutu air limbah (pH, BOD, COD, TSS, minyak dan lemak, amonia, total coliform) memenuhi ketentuan Permen LHK Nomor 68 Tahun 2016 pada periode pengujian tahun 2025.
- Ketepatan pengangkutan limbah B3 infeksius mencapai rata-rata 98,37%, mendekati target 100% dan menunjukkan konsistensi pengelolaan limbah medis.

- Implementasi Persetujuan Lingkungan/Dokumen DELH semester I dan II telah dilaksanakan sesuai RKL-RPL dan seluruh parameter pemantauan mayoritas memenuhi baku mutu yang dipersyaratkan.
- Baku mutu pangan olahan siap saji, suhu gudang bahan pangan kering dan basah, serta ketersediaan bank sampel makanan 2×24 jam tercapai dan sesuai regulasi kesehatan lingkungan.
- Pemeliharaan bak kontrol limbah cair mencapai 100%, melampaui target yang ditetapkan.
- Pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan ruang rawat inap rata-rata 71,01%, melampaui target 60%.

2. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3RS)

- Tidak terdapat Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) maupun sentinel yang menyebabkan kematian atau cedera serius pada pegawai.
- Seluruh laporan kecelakaan kerja ditindaklanjuti maksimal 2×24 jam dengan capaian 100%.
- Penyusunan PCRA dan pemantauan kegiatan konstruksi pada 19 kegiatan renovasi/konstruksi terlaksana seluruhnya (100%).
- Pelaksanaan pelatihan/workshop K3 mencapai 89% dari target pegawai dan telah memenuhi standar SPM.

B. Kendala yang Dihadapi

- Keterbatasan SDM teknis, khususnya tidak tersedianya operator IPAL sejak September 2025, berisiko terhadap keberlanjutan operasional pengolahan limbah cair.
- Kondisi sarana dan prasarana pengelolaan limbah cair dan TPS domestik belum sepenuhnya memenuhi standar, antara lain kerusakan pra-treatment IPAL, bak kontrol, serta TPS domestik yang berpotensi meningkatkan vektor penyakit.
- Capaian toilet umum memenuhi syarat baru mencapai 62%, jauh di bawah target 85%, disebabkan kerusakan fisik toilet dan keterbatasan material perbaikan.
- Angka bebas jentik (82,15%) dan indeks populasi lalat (66,7%) belum memenuhi target, dipengaruhi keterlambatan kontrak pest control serta kondisi TPS domestik.
- Suhu dan kelembaban pada beberapa ruang pelayanan dan dapur pengolahan makanan belum memenuhi baku mutu akibat keterbatasan sistem ventilasi dan tingginya kelembaban lingkungan Kota Bogor.

- Kepatuhan penggunaan APD pekerja konstruksi masih rendah pada sebagian besar kegiatan renovasi.
- Tidak terlaksananya vaksinasi Hepatitis B tahun 2025 akibat tidak tersedianya alokasi anggaran.

C. Tindak Lanjut dan Rekomendasi

- Mengusulkan penambahan SDM operator IPAL serta percepatan pemenuhan kebutuhan sarana pendukung pengolahan limbah.
- Mendorong perbaikan bertahap prasarana sanitasi, khususnya toilet umum, bak kontrol, pra-treatment IPAL, dan pembangunan TPS domestik sesuai standar Permenkes.
- Penguatan koordinasi lintas unit (IPSRS, PPK, penyedia jasa) untuk percepatan perbaikan fasilitas dan peningkatan kepatuhan K3.
- Optimalisasi pengendalian vektor melalui kontrak pest control yang berkelanjutan, edukasi petugas, abatisasi, dan fogging terjadwal.
- Rekomendasi peningkatan sistem ventilasi dan pengendalian kelembaban (penambahan exhaust/ventilasi dan dehumidifier) pada dapur dan ruang pelayanan.
- Penegasan klausul kepatuhan APD dalam setiap kontrak pekerjaan konstruksi serta pengawasan lebih ketat.
- Perencanaan ulang alokasi anggaran K3, termasuk vaksinasi pegawai, pada tahun anggaran berikutnya.

5.1.5.5.2 Instalasi Sterilisasi dan Binatu

A. Capaian Kinerja

- Pemenuhan Standar Pelayanan Minimum (SPM)
Seluruh indikator SPM Instalasi Sterilisasi dan Binatu tahun 2025 tercapai 100%, meliputi:
 - Tidak terdapat kejadian kehilangan linen.
 - Ketepatan penyediaan linen ke seluruh unit pelayanan mencapai 100%.
 - Ketepatan waktu penyediaan alat steril, ketersediaan alat steril, ketepatan proses sterilisasi, serta ketersediaan linen steril untuk kamar operasi seluruhnya mencapai target 100%
- Pengelolaan Linen dan Linen Infeksius
Proses pencucian linen, termasuk linen infeksius, telah dilaksanakan sesuai standar (alur satu arah, pemisahan infeksius dan non-infeksius,

penggunaan air panas, deterjen ber-MSDS, serta bangunan laundry sesuai ketentuan). Selama tahun 2025 tercatat pencucian 360.525 potong linen dan 61.629 potong linen infeksius, yang seluruhnya dikelola secara terkontrol dan terdokumentasi dengan baik

- **Pelayanan Sterilisasi Alat Kesehatan (CSSD)**
Kegiatan sterilisasi instrumen medis (OK, gigi, dan umum) berjalan optimal dan fluktuasi volume layanan mengikuti dinamika jumlah pasien. Hasil uji swab linen dan alat kesehatan yang dilakukan 2 kali setahun oleh laboratorium terakreditasi menunjukkan hasil negatif bakteri dan spora, menegaskan mutu proses sterilisasi.
- **Dukungan terhadap Operasional dan Pendapatan BLU**
Instalasi Sterilisasi dan Binatu telah berkontribusi sebagai revenue center, dengan total pendapatan tahun 2025 sebesar Rp34,28 juta, seluruhnya disetorkan langsung ke rekening BLU RSMM.

B. Kendala yang Dihadapi

- **Keterbatasan SDM**
Jumlah tenaga menurun signifikan dari 30 orang menjadi 12 orang akibat pensiun dan berakhirnya kontrak, sehingga beban kerja meningkat dan berpotensi memengaruhi keberlanjutan layanan.
- **.Kondisi Sarana dan Prasarana**
Sejumlah mesin utama binatu dan CSSD mengalami kerusakan ringan hingga berat (mesin cuci kapasitas besar, mesin pengering, mesin sealing, washer alkes, dan steril steam), dengan sebagian belum tertangani optimal karena keterbatasan anggaran dan pengadaan sparepart.
- **Keterbatasan Pengembangan SDM**
Sepanjang tahun 2025 belum terlaksana pelatihan teknis manajemen binatu maupun CSSD bagi petugas, sehingga peningkatan kompetensi belum berjalan optimal.
- **Kondisi Linen dan Alkes**
Ditemukan linen dan alat kesehatan yang rusak, usang, atau berkarat, yang memerlukan proses sortir, penghapusan BMN, serta pengadaan pengganti.
- **Dukungan Operasional**
Pemeliharaan kendaraan pengangkut linen kotor dan bersih belum dilakukan secara rutin, berpotensi memengaruhi aspek higienitas.

C. Tindak Lanjut dan Rencana Perbaikan

- Penguatan SDM
 - Optimalisasi tenaga yang tersedia disertai usulan penambahan SDM untuk menggantikan pegawai pensiun/purnabakti.
 - Perencanaan pelatihan dan seminar teknis CSSD dan Binatu pada tahun berikutnya.
- Perbaikan dan Pengadaan Sarana
 - Pengusulan pengadaan sparepart dan perbaikan mesin binatu dan CSSD secara bertahap.
 - Penambahan mesin baru serta perbaikan gedung binatu dan perluasan ruang CSSD.
- Peningkatan Mutu Layanan
 - Penyempurnaan sentralisasi linen dan alat kesehatan hingga 100%.
 - Penguatan sistem monitoring linen dan alkes secara rutin ke seluruh ruangan.
 - Penyempurnaan aplikasi pencatatan dan pelaporan linen dan alat kesehatan.
- Penguatan Tata Kelola
 - Penyortiran dan penghapusan linen/alkes rusak sesuai ketentuan BMN serta pengusulan pengadaan baru.
 - Pengkajian opsi Kerja Sama Operasional (KSO) dengan pihak ketiga untuk menjaga kesinambungan layanan dan efisiensi biaya.

5.1.5.5.3 Instalasi Rekam Medis dan Sistem Informasi Manajemen

A. Rekam Medis

Capaian kegiatan Bidang Rekam Medis selama Tahun 2025 antara lain:

1. Terlaksananya pengelolaan rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap, dan Instalasi Gawat Darurat secara berkesinambungan.
2. Meningkatnya kelengkapan dan mutu pengisian rekam medis.
3. Terlaksananya pengkodean diagnosis dan tindakan medis sesuai standar yang berlaku.
4. Tersedianya data dan informasi rekam medis untuk mendukung pelayanan, manajemen, dan pelaporan rumah sakit.
5. Dukungan terhadap pelaksanaan Rekam Medis Elektronik dan integrasi data pelayanan.

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Sub Instalasi Rekam Medis selama Tahun 2025, terdapat beberapa aspek yang memerlukan perhatian dan penguatan lebih lanjut, antara lain:

1. Penguatan Dukungan Koding Klaim

Diperlukan penguatan dukungan sumber daya untuk fungsi koding klaim guna menunjang penyelesaian klaim yang tertunda (pending claim), mengingat nilai klaim tertunda pada Tahun 2025 relatif signifikan.

2. Keterbatasan Petugas Pengelolaan Arsip Rekam Medis (Filing)

Pengelolaan arsip rekam medis saat ini masih dilaksanakan oleh petugas terbatas, sehingga kegiatan penilaian arsip, retensi, dan pemusnahan arsip secara periodik belum dapat dilaksanakan secara optimal.

3. Penguatan Apresiasi dan Dukungan Manajemen

Diperlukan penguatan apresiasi dan dukungan manajemen terhadap petugas yang terlibat dalam kegiatan koding dan pengelolaan rekam medis guna menjaga motivasi dan keberlanjutan kinerja.

4. Kejelasan Pembagian Tugas pada Unit TPP

Pada pelaksanaan tugas di unit TPP masih diperlukan kejelasan pembagian tugas dan fungsi, mengingat terdapat irisan peran dengan unit lain seperti penata jasa, administrasi pasien, dan layanan informasi.

B. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Capaian kegiatan Bidang SIMRS selama Tahun 2025 antara lain:

1. Terlaksananya operasional SIMRS dalam mendukung pelayanan dan administrasi rumah sakit.
2. Tersedianya dukungan teknis dan layanan bantuan bagi pengguna sistem.
3. Terpeliharanya stabilitas dan keandalan sistem informasi rumah sakit.
4. Terlaksananya kegiatan pengamanan data, backup, dan pemulihan sistem.
5. Terlaksananya integrasi sistem informasi dengan sistem eksternal sesuai ketentuan.
6. Dukungan terhadap implementasi dan pengembangan Rekam Medis Elektronik.

Adapun beberapa hal yang memerlukan perhatian dalam pelaksanaan kegiatan Sub Instalasi SIMRS selama Tahun 2025 meliputi:

1. Kesesuaian Ketersediaan SDM dengan Beban Layanan

Ketersediaan sumber daya manusia masih perlu disesuaikan dengan kebutuhan dukungan layanan sistem informasi untuk rumah sakit berskala besar agar pelayanan dapat berjalan lebih optimal.

2. Penguatan Dukungan Anggaran Keamanan Data dan Infrastruktur TI
Dukungan anggaran untuk pengamanan data dan informasi, termasuk pengamanan jaringan, serta pemenuhan sarana dan prasarana teknologi informasi masih memerlukan peningkatan.
3. Penyesuaian Skema Remunerasi
Diperlukan penyesuaian skema remunerasi agar selaras dengan beban kerja dan tanggung jawab dalam pengelolaan sistem informasi yang bersifat strategis dan berkelanjutan.
4. Optimalisasi Koordinasi Pembaruan Sistem SIMRS
Proses pembaruan sistem SIMRS masih memerlukan optimalisasi koordinasi dengan pihak penyedia sistem terkait akses dan kredensial, guna mendukung pengembangan dan pemeliharaan sistem secara berkelanjutan.

5.1.5.5.4 Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien (IVPP)

Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien terbagi kepada 3 tugas pokok yaitu verifikasi klaim jaminan, penata jasa pasien pulang dan pengelolaan piutang. Verifikasi klaim jaminan meliputi verifikasi klaim pelayanan pasien JKN/BPJS baik itu rawat jalan maupun rawat inap, verifikasi klaim pasien Jamkesda, verifikasi klaim pasien IPWL, verifikasi klaim pasien jaminan perusahaan, dan verifikasi klaim pasien asuransi swasta. Penata Jasa pasien pulang meliputi penginputan tindakan-tindakan pasien rawat inap yang akan pulang meliputi perhitungan cost sharing pasien jaminan yang naik kelas dan perhitungan pasien perorangan dan proses administrasi untuk pendaftaran pasien UHC Kota dan Kabupaten Bogor serta pengurusan jaminan pasien Anonim (orang terlantar/ODGJ). Petugas Pengelolaan Piutang meliputi pencatatan, pengadministrasian dan pembuatan laporan piutang dengan jaminan.

Selama periode 2025 Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien berkomitmen untuk menyelesaikan dan mengirimkan klaim pelayanan yang dilakukan oleh RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi tepat pada waktunya yaitu maksimal tanggal 5 bulan selanjutnya. Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien juga berupaya untuk menyelesaikan klaim yang berstatus pending klaim agar bisa diselesaikan sebelum memasuki masa kadaluarsa.

Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien (IVPP) memiliki peran strategis dalam mendukung keberlanjutan keuangan RS Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi melalui pengelolaan verifikasi klaim, penatausahaan pasien pulang, serta pengendalian piutang pelayanan. Sepanjang Tahun 2025, IVPP berfokus pada

peningkatan ketepatan waktu pengajuan klaim, optimalisasi klaim layak bayar, serta penurunan risiko klaim kedaluwarsa.

Pada Tahun 2025, IVPP berhasil mengelola pengajuan klaim dari berbagai skema penjaminan meliputi **BPJS Kesehatan, IPWL, Jamkesda, Jaminan Perusahaan, dan Asuransi Swasta**. Total klaim BPJS Kesehatan yang dinyatakan **layak bayar** mencapai **Rp88,73 miliar**, dengan tingkat pengajuan klaim tepat waktu yang konsisten dilakukan maksimal tanggal 5 bulan berikutnya. Pengelolaan klaim IPWL juga menunjukkan kinerja optimal, di mana **seluruh klaim pelayanan Tahun 2025** telah dibayarkan lunas, dengan total nilai mencapai **Rp1,21 miliar**.

Selain itu, IVPP turut mendukung pelayanan kelompok rentan melalui pengelolaan klaim **Jamkesda** yang mencakup pasien tanpa identitas, ODGJ terlantar, serta kasus kegawatdaruratan sosial. Dari total klaim Jamkesda Tahun 2025 sebesar **Rp1,09 miliar**, sebagian besar telah direalisasikan pembayarannya, sementara sisa klaim masih menunggu ketersediaan anggaran dari pemerintah daerah terkait.

Dalam aspek pengendalian piutang, hingga 31 Desember 2025 tercatat **piutang pelayanan sebesar Rp2,85 miliar**, yang sebagian besar berasal dari klaim BPJS dengan status pending verifikasi serta klaim Jamkesda dan jaminan perusahaan yang masih dalam proses pembayaran. IVPP secara aktif melakukan koordinasi dengan unit internal dan mitra penjamin untuk memastikan kelengkapan dokumen serta percepatan penyelesaian piutang.

Adapun kendala utama yang dihadapi antara lain masih terbatasnya sistem klaim yang terintegrasi, proses penginputan dan pemindaian dokumen yang sebagian masih manual, serta keterlambatan kelengkapan berkas pendukung dari unit pelayanan. Untuk menindaklanjuti hal tersebut, IVPP telah menyusun langkah perbaikan berupa penguatan koordinasi lintas unit, penataan ulang pembagian tugas SDM, serta mendorong pengembangan sistem klaim terintegrasi guna meningkatkan efisiensi dan akurasi proses klaim ke depan.

5.1.5.5 Instalasi Pemeliharaan Saranan dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRs)

Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRs) memiliki peran strategis dalam menjamin keberlangsungan operasional RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi melalui penyediaan sarana, prasarana, serta peralatan yang andal, aman, dan sesuai standar pelayanan rumah sakit. Sepanjang Tahun 2025, IPSRS berfokus pada pemeliharaan preventif dan korektif, pengelolaan utilitas rumah sakit, serta dukungan teknis terhadap layanan medis dan nonmedis.

Pada Tahun 2025, IPSRS melaksanakan berbagai kegiatan pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana meliputi **bangunan gedung, instalasi listrik, air bersih, air limbah, AC, genset, lift, serta peralatan pendukung layanan lainnya**. Kegiatan pemeliharaan dilakukan secara rutin dan berkelanjutan guna memastikan seluruh fasilitas rumah sakit dapat berfungsi optimal dan mendukung kenyamanan serta keselamatan pasien, pengunjung, dan pegawai.

Selain pemeliharaan rutin, IPSRS juga melaksanakan **perbaikan kerusakan sarana dan prasarana** sebagai tindak lanjut atas laporan unit kerja dan hasil monitoring lapangan. Penanganan gangguan teknis dilakukan secara responsif untuk meminimalkan dampak terhadap operasional layanan rumah sakit. Dukungan teknis IPSRS turut berperan dalam menjaga keberlangsungan layanan prioritas, khususnya pada area pelayanan rawat inap, instalasi gawat darurat, serta fasilitas penunjang medis.

Dalam pengelolaan utilitas, IPSRS memastikan ketersediaan dan keandalan **sistem kelistrikan, air bersih, dan sistem sanitasi** rumah sakit selama 24 jam. Pengelolaan genset dan panel listrik dilakukan secara berkala guna mengantisipasi gangguan pasokan listrik, sementara pemeliharaan sistem air dan sanitasi mendukung pemenuhan standar kesehatan lingkungan rumah sakit.

Adapun kendala yang dihadapi IPSRS selama Tahun 2025 antara lain **keterbatasan anggaran pemeliharaan untuk peralatan dan bangunan dengan usia pakai lama**, tingginya intensitas penggunaan fasilitas, serta keterbatasan SDM teknis untuk menangani seluruh kebutuhan pemeliharaan secara simultan. Kondisi tersebut berpotensi meningkatkan frekuensi perbaikan korektif apabila tidak diimbangi dengan pemeliharaan preventif yang optimal.

Sebagai tindak lanjut, IPSRS telah melakukan **penyusunan prioritas pemeliharaan berbasis tingkat risiko**, penguatan koordinasi dengan unit pengguna, serta pengusulan kebutuhan anggaran pemeliharaan dan penggantian sarana prasarana secara bertahap dalam dokumen perencanaan dan penganggaran rumah sakit. Ke depan, IPSRS diarahkan untuk memperkuat pemeliharaan preventif, meningkatkan efisiensi pengelolaan utilitas, serta mendukung pengembangan sarana prasarana rumah sakit yang berkelanjutan.

5.1.5.6 Pencapaian Kinerja SPI

A. Capaian Kinerja

Pengukuran kinerja adalah kegiatan membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Proses ini lebih lanjut dimaksudkan untuk menilai pencapaian setiap indikator kinerja guna memberikan gambaran tentang keberhasilan. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing- masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan/program/ kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Adapun capaian kinerja Tahun Anggaran 2025 adalah sebagai berikut:

SASARAN STRATEGIS		KPI	PROGRAM PRIORITAS PROGRAM TAHUN 2025	TARGET	CAPAIAN 2025
1	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	1 EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1 Reviu Laporan Keuangan	100%	100%
			2 Reviu PIPK	100%	100%
			3 Cash Opname	100%	100%
			4 Stock Opname	100%	100%
2	Terlaksananya direktif pimpinan sesuai dengantarget yang telah ditetapkan	2 Nilai Kinerja Penganggaran	5 Reviu RKAKL	100%	100%
		3 Jumlah jam pengembangan kompetensi pegawai	6 Mengikuti pelatihan, seminar dan workshop	100%	100%
3	Mewujudkan Badan Layanan Umum yang Efektif, Transparan, Akuntabel dan Berorientasi pada hasil	4 Implementasi Pola Remunerasi	7 Monev Pembayaran Remunerasi	100%	100%
		5 Akurasi Proyeksi Pendapatan dan Belanja BLU	8 Monev Pendapatan & Biaya Operasional RS	100%	100%
			9 Audit Kinerja/Operasional Pendampingan	100%	100%
10 Pengadaan Barang/ Jasa	50%		50%		
Pendampingan Tindak Lanjut atas Rekomendasi Pengawasan BPK, Itjen, BPKP dan Pelaksanaan WBK/WBBM					
11 WBK/WBBM	95%		95%		
12 Monev Pelaporan LHKPN dan LHKASN	100%		100%		
13 Monev Pelaporan Benturan Kepentingan Monev Pelaporan Whistle Blowing	100%		100%		
14	100%		100%		

4	Terwujudnya Tata Kelola yang bersih dan Akuntabel	6	Skor BLU Maturity Rating	System (WBS)		
				15 Monev Pelaporan	100%	100%
				Gratifikasi		
				16 Reviu LKj dan SAKIP	100%	100%
				17 Monev SPIP-T dan	100%	100%
				Penilaian Mandiri SPI		
				18 Pendampingan Auditor	100%	100%
				Eksternal		

- Pelaksanaan Fungsi Pengawasan Internal yang Komprehensif**
 Sepanjang Tahun Anggaran 2025, SPI telah melaksanakan fungsi pengawasan internal secara menyeluruh melalui kegiatan audit, reviu, monitoring, evaluasi, pendampingan, serta konsultansi. Seluruh indikator kinerja utama (KPI) dan program prioritas SPI mencapai target 100%, termasuk reviu laporan keuangan, reviu PIPK, cash opname, stock opname, reviu RKAKL, serta pendampingan auditor eksternal.
- Penguatan Pengendalian Intern dan Manajemen Risiko**
 Hasil reviu Pengendalian Intern Pelaporan Keuangan (PIPK) menunjukkan tidak terdapat kelemahan material, kelemahan signifikan, maupun kelemahan berdampak rendah. Implementasi pengendalian intern dinilai efektif dan memadai, serta memberikan keyakinan yang memadai (reasonable assurance) atas keandalan pelaporan keuangan. Selain itu, SPI turut mengembangkan CHR (Control Health Report) sebagai instrumen pendukung penilaian PIPK yang lebih terstruktur dan objektif.
- Dukungan terhadap Akuntabilitas Keuangan dan Anggaran**
 SPI melaksanakan reviu laporan keuangan secara paralel dengan proses penyusunan laporan, sehingga mendukung ketepatan waktu penyampaian LK tanpa ditemukan perbedaan material. Reviu RKA-K/L TA 2026 juga telah dilakukan sebagai bentuk pengawalan akuntabilitas perencanaan dan penganggaran.
- Penguatan Tata Kelola BLU dan Reformasi Birokrasi**
 SPI berperan aktif dalam monitoring dan evaluasi implementasi remunerasi, optimalisasi pendapatan rumah sakit (termasuk pendapatan non-operasional), audit kinerja/operasional, serta audit tata kelola pencatatan pendapatan. Nilai Maturitas SPIP-T Tahun 2025 mencapai 3,82, dengan indeks penyelenggaraan SPIP sebesar 4,28 dan Indeks Efektivitas Pengendalian Korupsi (IEPK) sebesar 3,92.

- **Pendampingan dan Pencegahan**
Program Giat SPI dilaksanakan secara intensif melalui cek lapangan, rapat koordinasi, pendampingan pengadaan, pengamanan aset, serta edukasi anti-bullying dan antikorupsi. Seluruh program tambahan mencapai target 100% dan berkontribusi pada peningkatan kepatuhan, pengendalian internal, serta budaya integritas di lingkungan rumah sakit.

B. Kendala dan Permasalahan

- **Belum Tuntasnya Tindak Lanjut Temuan Pengawasan**
Masih terdapat beberapa rekomendasi hasil pemeriksaan Inspektorat Jenderal dan audit dengan tujuan tertentu (ADTT) yang belum sepenuhnya ditindaklanjuti, terutama yang melibatkan pihak ketiga yang tidak kooperatif. Kondisi ini berdampak pada tertundanya pemenuhan prasyarat penilaian WBK/WBBM.
- **Keterbatasan Pengendalian pada Mitra Eksternal**
Dalam beberapa kasus, tindak lanjut temuan audit sangat bergantung pada komitmen dan itikad baik pihak ketiga, sehingga proses penyelesaian membutuhkan waktu yang relatif panjang dan koordinasi lintas pihak.
- **Manajemen Risiko Belum Sepenuhnya Optimal**
Hasil penilaian SPIP-T menunjukkan bahwa aspek Manajemen Risiko (MRI) masih memerlukan penguatan, khususnya pada pemantauan berkala dan perbaikan berkelanjutan atas penanganan risiko di unit kerja.
- **Isu Tata Kelola Aset dan Kerja Sama**
Ditemukan beberapa permasalahan terkait pengamanan aset, pencatatan pendapatan, serta finalisasi perjanjian kerja sama dengan mitra, yang masih memerlukan pengawalan dan pendampingan intensif.

C. Tindak Lanjut dan Upaya Perbaikan

- **Percepatan Tindak Lanjut Rekomendasi Audit**
SPI mendorong percepatan penyelesaian tindak lanjut temuan Inspektorat Jenderal, BPK, dan KAP melalui koordinasi intensif dengan unit terkait serta penanganan lebih tegas terhadap penyedia/mitra yang tidak kooperatif.
- **Penguatan Manajemen Risiko dan SPIP-T**
Dilakukan peningkatan pemantauan risiko secara berkala, penyempurnaan mitigasi risiko, serta penguatan peran unit kerja sebagai lini pertama pengendalian (first line of defense).
- **Penyempurnaan Tata Kelola Kerja Sama dan Aset**

Pengawasan finalisasi perjanjian kerja sama (parkir, ATM, dan pendapatan lainnya), pengamanan aset rumah sakit, serta penertiban pemanfaatan aset oleh pihak yang tidak berhak.

- Optimalisasi Peran Preventif SPI

Penguatan pendekatan preventif melalui Giat SPI, pendampingan, konsultansi, dan edukasi integritas untuk meminimalkan potensi temuan audit di masa mendatang.

5.1.5.7 Pencapaian Kinerja Unit Layanan Pengadaan

Unit Layanan Pengadaan (ULP) RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi berperan strategis dalam memastikan terselenggaranya proses pengadaan barang/jasa yang transparan, akuntabel, efisien, dan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, guna mendukung kelancaran operasional serta pencapaian target kinerja rumah sakit. Sepanjang Tahun 2025, ULP melaksanakan fungsi pengelolaan pengadaan, layanan pengadaan elektronik, pembinaan SDM pengadaan, serta pendampingan kepada unit kerja.

A. Capaian Proses Pengadaan Tahun 2025

Sepanjang Tahun Anggaran 2025, ULP telah memfasilitasi pelaksanaan lebih dari 80 paket pengadaan barang/jasa yang mencakup pengadaan konstruksi, barang, jasa konsultansi, dan jasa lainnya, dengan metode pemilihan yang didominasi oleh Pengadaan Langsung (PL) dan E-Katalog. Dominasi metode tersebut mencerminkan optimalisasi pengadaan bernilai kecil hingga menengah serta pemanfaatan produk standar melalui sistem elektronik guna meningkatkan efisiensi dan percepatan proses pengadaan.

B. Ketepatan Waktu Pelaksanaan

Dari seluruh paket pengadaan yang dilaksanakan pada Tahun 2025, sebagian besar paket dapat diselesaikan sesuai dengan jadwal kontrak. Tercatat hanya 4 paket pekerjaan yang mengalami keterlambatan penyelesaian, yang disebabkan oleh pelaksanaan pekerjaan di akhir tahun anggaran serta keterlambatan pengadaan barang yang memerlukan proses inden. Secara umum, tingkat ketepatan waktu pelaksanaan pengadaan menunjukkan kinerja ULP yang responsif dan terkoordinasi dengan unit pengguna.

C. Efisiensi Anggaran Pengadaan

Dalam aspek efisiensi, ULP berhasil mencatat penghematan anggaran pengadaan yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp271,78 juta atau 10,56% dari total HPS sebesar Rp2,57 miliar. Sementara itu, untuk pengadaan yang bersumber dari dana BLU dengan nilai total Rp47,42 miliar, tidak terdapat

selisih efisiensi karena realisasi kontrak sesuai dengan nilai HPS yang ditetapkan. Capaian ini menunjukkan bahwa ULP telah menjalankan fungsi pengadaan secara optimal dengan tetap menjaga kualitas dan kepatuhan terhadap spesifikasi.

D. Kepatuhan dan Kualitas Pengadaan

Seluruh paket pengadaan barang/jasa Tahun 2025 menunjukkan tingkat kepatuhan 100% terhadap spesifikasi teknis yang dipersyaratkan. Hasil pemeriksaan pekerjaan di lapangan tidak menemukan ketidaksesuaian antara spesifikasi kontrak dan hasil pekerjaan yang diterima, sehingga mutu pengadaan dapat terjaga dengan baik.

E. Kualitas Layanan dan Kepuasan Penyedia

Berdasarkan hasil survei kepuasan penyedia yang melibatkan 12 responden, seluruh responden menyatakan bahwa proses pengadaan barang/jasa di RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi telah dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku. Hasil ini mencerminkan kualitas layanan ULP yang transparan, adil, dan profesional.

F. Pembinaan dan Pengembangan SDM Pengadaan

Dalam rangka penguatan kapasitas kelembagaan, ULP juga melaksanakan pembinaan SDM pengadaan. Sepanjang Tahun 2025, sebanyak 3 orang pegawai telah mengikuti dan lulus sertifikasi kompetensi pengadaan, meliputi sertifikasi PPK Tipe C dan PBJ Level 1, sebagai upaya peningkatan profesionalisme dan kepatuhan proses pengadaan.

G. Kendala dan Tindak Lanjut

Beberapa kendala yang dihadapi ULP antara lain keterlambatan pengajuan usulan pengadaan dari unit kerja, spesifikasi teknis/KAK yang belum optimal, keterbatasan SDM pengadaan yang masih bersifat ad hoc, serta dinamika perubahan regulasi pengadaan. Untuk menindaklanjuti hal tersebut, ULP telah melakukan penyusunan timeline pengadaan, penguatan koordinasi lintas unit, pemberian pendampingan penyusunan spesifikasi, serta pengusulan penambahan dan sertifikasi SDM pengadaan secara berkelanjutan.

5.2 Realisasi Anggaran

Realisasi DIPA RS Marzoeeki Mahdi

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran RS Marzoeeki Mahdi Tahun 2025 digambarkan sebagai berikut:

Tabel 5.30
Realisasi Anggaran TA 2024
RS Marzoeeki Mahdi

Uraian	Tahun 2025				Tahun 2024	
	Anggaran	Realisasi	Realisasi di Atas (Bawah) Anggaran	%	Realisasi	%
Pendapatan						
Penerimaan BLU	126.296.950.000	117.382.694.364	(8.914.255.636))	92.94	99.722.114.469	80.93
Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya		69.465.825	69.465.825		162.909.645	
Jumlah Pendapatan	126.296.950.000	117.452.160.189	(8.844.789.811)	93.00	99.885.024.114	81.06
Belanja						
Belanja Pegawai	55.195.140.000	53.048.041.356	(2.147.098.644)	96.11	54.360.310.363	99.73
Belanja Barang	123.441.634.000	115.937.662.272	(7.503.971.728)	93.92	121.696.975.308	92.15
Belanja Modal	2.789.224.000	2.062.799.030	(726.424.970)	73.96	2.656.185.964	87.00
Jumlah Belanja	181.425.998.000	171.048.502.658	(10.377.495.342)	94.28	178.713.471.635	94.25

Realisasi anggaran pendapatan tahun 2025 sebesar 93.00% atau Rp117.048.502.658,- dan Realisasi Anggaran Belanja tahun 2025 sebesar 94.28% atau Rp171.048.502.658,-

5.3 Inovasi

Sebagai bagian dari upaya penguatan tata kelola, peningkatan mutu layanan, serta pengembangan budaya inovasi berkelanjutan, RS Jiwa Dr. H. Marzoeeki Mahdi secara aktif mendorong lahirnya berbagai inovasi yang berorientasi pada peningkatan kualitas layanan, efisiensi operasional, dan keselamatan pasien. Sepanjang Tahun 2025, sejumlah inovasi RSMM telah berpartisipasi dalam berbagai ajang inovasi tingkat nasional dan sektor kesehatan, antara lain SINOVIK, Indonesia Healthcare Innovation Award (IHIA), dan PERSI Award.

1. Partisipasi dalam SINOVIK

Pada ajang Sistem Informasi Pelayanan Publik Nasional (SINOVIK), RSMM mengikutsertakan beberapa inovasi unggulan yang berfokus pada transformasi layanan kesehatan jiwa dan peningkatan aksesibilitas pelayanan, yaitu:

- SMART, sebagai inovasi yang mendukung peningkatan efektivitas layanan dan tata kelola berbasis sistem.

- b. ECHO, inovasi yang memperkuat koordinasi dan kualitas pelayanan melalui pendekatan kolaboratif dan berbasis teknologi.
- c. Demensia Center, sebagai pusat layanan terpadu bagi pasien demensia yang menekankan pendekatan komprehensif dan berkelanjutan.
- d. PAKE KEMEJA, inovasi yang berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan dan kemudahan akses bagi pasien serta keluarga.

Keikutsertaan dalam SINOVIK mencerminkan komitmen RSMM dalam mendukung agenda reformasi birokrasi dan peningkatan kualitas pelayanan publik di bidang kesehatan.

2. Partisipasi dalam Indonesia Healthcare Innovation Award (IHIA)

Pada ajang Indonesia Healthcare Innovation Award (IHIA), RSMM mendaftarkan inovasi yang berfokus pada penguatan layanan kesehatan jiwa dan kesinambungan pelayanan, yaitu:

- a. YMHC (Youth Mental Health Center), sebagai model layanan kesehatan jiwa remaja yang terintegrasi dan preventif.
- b. D-PATENS 24, inovasi layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan responsif dan ketersediaan layanan yang berkesinambungan.
- c. Partisipasi dalam IHIA menunjukkan upaya RSMM untuk terus mengembangkan model layanan kesehatan jiwa yang adaptif terhadap kebutuhan masyarakat.

3. Partisipasi dalam PERSI Award

Dalam ajang PERSI Award, RSMM mengikutsertakan inovasi yang menitikberatkan pada efisiensi, keselamatan pasien, dan optimalisasi sumber daya, antara lain:

- a. Alternatif Safety Box dari Limbah Jerigen Hemodialisa, sebagai inovasi pemanfaatan limbah medis non-infeksius yang menghasilkan efisiensi biaya hingga jutaan rupiah serta mendukung prinsip ramah lingkungan dan pengelolaan limbah berkelanjutan.
- b. PRISMA, inovasi yang berfokus pada peningkatan keselamatan pasien dan mutu layanan rumah sakit.
- c. YMHC (Youth Mental Health Center), yang kembali diikutsertakan sebagai inovasi unggulan RSMM karena dampaknya yang signifikan terhadap perluasan akses layanan kesehatan jiwa bagi remaja.

BAB VI

PENUTUP

Laporan Tahunan Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Tahun Anggaran 2025 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja kepada para pemangku kepentingan atas pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa yang paripurna, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Laporan ini juga menjadi wujud komitmen RS Marzoeeki Mahdi dalam menerapkan prinsip transparansi dan akuntabilitas, sejalan dengan penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) dan tata kelola pemerintahan yang baik.

Sepanjang Tahun Anggaran 2025, RS Marzoeeki Mahdi telah melaksanakan berbagai program dan kegiatan strategis yang mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025–2029 serta kebijakan Transformasi Sistem Kesehatan Nasional. Capaian kinerja yang diperoleh merupakan hasil kerja bersama seluruh jajaran manajemen dan pegawai, dengan dukungan dari Kementerian Kesehatan, Dewan Pengawas, mitra kerja, serta pemangku kepentingan lainnya. Di sisi lain, manajemen juga menyadari masih terdapat tantangan dan kendala yang perlu menjadi perhatian bersama dalam rangka peningkatan kinerja di masa mendatang.

a. Kesimpulan

Berdasarkan hasil evaluasi terhadap pelaksanaan kinerja RS Marzoeeki Mahdi Tahun Anggaran 2025, dapat disimpulkan bahwa secara umum rumah sakit telah mampu menjalankan tugas dan fungsinya dengan baik, baik dalam aspek pelayanan, pengelolaan organisasi, maupun pengelolaan keuangan. Sebagian besar indikator kinerja utama menunjukkan capaian sesuai target yang ditetapkan, khususnya pada aspek mutu layanan, kepuasan pelanggan, penguatan tata kelola, serta pengembangan sumber daya manusia.

Namun demikian, masih terdapat beberapa indikator strategis yang belum mencapai target, terutama terkait optimalisasi pemanfaatan tempat tidur (BOR), peningkatan pendapatan non-JKN, kontribusi pendapatan dari kegiatan penelitian, kinerja EBITDA margin, serta realisasi anggaran. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain keterbatasan sarana dan prasarana, belum optimalnya pemanfaatan aset dan layanan unggulan, serta perlunya penguatan sistem digitalisasi dan efisiensi pengelolaan sumber daya.

Secara keseluruhan, capaian dan dinamika kinerja tahun 2025 memberikan gambaran yang komprehensif mengenai posisi RS Marzoeeki Mahdi saat ini, sekaligus menjadi dasar yang penting dalam perumusan langkah strategis untuk meningkatkan kinerja rumah sakit secara berkelanjutan.

b. Rekomendasi

Sebagai tindak lanjut atas hasil evaluasi dan kesimpulan tersebut, beberapa rekomendasi yang dapat dijadikan acuan perbaikan dan penguatan kinerja RS Marzoeeki Mahdi ke depan antara lain:

1. Optimalisasi layanan dan pemanfaatan aset

Meningkatkan pemanfaatan sarana, prasarana, dan aset rumah sakit secara produktif dan berkelanjutan, termasuk penguatan layanan unggulan dan pengembangan layanan non-JKN untuk mendukung peningkatan pendapatan rumah sakit.

2. Penguatan kinerja keuangan dan efisiensi anggaran

Melakukan penguatan perencanaan dan pengendalian anggaran, peningkatan efisiensi biaya operasional, serta pengelolaan pendapatan yang lebih optimal guna mendukung perbaikan kinerja EBITDA dan realisasi anggaran.

3. Peningkatan digitalisasi dan integrasi sistem informasi

Mempercepat pengembangan dan integrasi sistem teknologi informasi rumah sakit secara menyeluruh untuk mendukung efektivitas pelayanan, pengambilan keputusan manajerial, serta akurasi pelaporan kinerja dan keuangan.

4. Penguatan SDM dan budaya kinerja organisasi

Melanjutkan upaya peningkatan kompetensi, pemerataan keahlian, serta penguatan budaya kerja ber-AKHLAK melalui pelatihan, pembinaan, dan sistem manajemen kinerja yang lebih terukur dan berkelanjutan.

5. Pengembangan pendidikan, pelatihan, dan penelitian

Mendorong peningkatan peran RS Marzoeeki Mahdi sebagai pusat pendidikan dan penelitian kesehatan jiwa melalui penguatan jejaring, peningkatan kapasitas SDM, serta optimalisasi pemanfaatan hasil penelitian untuk pengembangan layanan.

Dengan pelaksanaan rekomendasi tersebut secara konsisten dan terintegrasi, diharapkan RS Marzoeeki Mahdi dapat meningkatkan kinerja organisasi, memperkuat perannya sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional, serta mendukung pencapaian visi sebagai rumah sakit unggulan di tingkat Asia/Asia Pasifik.

Akhir kata, Laporan Tahunan ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai bahan evaluasi, referensi pengambilan kebijakan, serta sarana komunikasi kinerja RS Marzoeeki Mahdi kepada seluruh pemangku kepentingan. Masukan dan saran yang konstruktif sangat diharapkan demi peningkatan mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit di masa yang akan datang.