



Kemenkes
RS Marzoeqi Mahdi

LAPORAN SEMESTER I

**Rumah Sakit Marzoeqi Mahdi
Tahun 2024**





LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN SEMESTER I RS MARZOEKI MAHDI TAHUN ANGGARAN 2024

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. **Direktur Utama**

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

2. **Direktur Medik dan Keperawatan**

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

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

Evi Nursafinah, SE., MPH.
NIP 197406112000032002

4. **Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian**

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.



KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Semester 1 Tahun Anggaran (TA) 2024 Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi (RSM) Bogor ini dapat terselesaikan.

Laporan Semester 1 Tahun Anggaran 2024 RS. Marzoeeki Mahdi 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 2024.

Laporan Semester 1 Tahun Anggaran 2024 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 Semester 1 Tahun Anggaran 2024 RS. Marzoeeki Mahdi agar 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, 30 Juni 2024
Direktur Utama

Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ

NIP. 9197711272023052001





DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	3
1.3 Ruang Lingkup Laporan	3
BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	5
2.1 Hambatan Semester Lalu	5
2.2 Kelembagaan	8
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	32
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	32
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi Pelaksanaan	35
4.3 Upaya Tindak Lanjut	37
BAB V. HASIL KERJA	40
5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit	40
5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Semester I Tahun Anggaran 2024	40
5.1.2 Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih Tahun Anggaran 2024	85
5.1.3 Pencapaian Indikator Kinerja Individu Semester I Tahun Anggaran 2024	85
5.1.4 Target dan Capaian Indikator Mutu Unit Semester I Tahun Anggaran 2024 ..	86
5.1.5 Pencapaian Kinerja Direktorat, SPI dan Komite	101
5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan	101
5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	127





5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian	129
5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Satuan Pemeriksaan Intern	130
5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite	133
5.2 Realisasi Anggaran	163
5.4 Prestasi dan Inovasi	184
BAB VI. PENUTUP	186





RINGKASAN EKSEKUTIF

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

Laporan Semester 1 Tahun Anggaran 2024 ini merupakan alat untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama RS. Marzoeeki Mahdi beserta jajarannya kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Laporan Semester 1 Tahun Anggaran 2024 ini mengacu kepada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS. Marzoeeki Mahdi Tahun 2020 - 2024.

Kinerja RS. Marzoeeki Mahdi diukur berdasarkan indikator-indikator yang terdiri dari :

1. Indikator Kinerja Utama RSB Tahun 2020-2024
2. Indikator Kinerja Terpilih
3. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama
4. Indikator Mutu Unit atau Standar Pelayanan Minimal

Penilaian capaian indikator kinerja utama RSB Tahun 2020-2024 selama Semester I Tahun Anggaran 2024 dari 37 (Tiga Puluh Tujuh) indikator yaitu sebesar 24 indikator tercapai (64,86%), 11 indikator tidak tercapai (29,73%) dan 2 indikator belum diukur (5,41%). Penilaian capaian indikator kinerja terpilih TW II Tahun Anggaran 2024 sebesar 1,80 dari nilai maksimal 3. Penilaian capaian indikator kinerja individu Direktur Utama bulan Juni Tahun Anggaran 2024 sebesar 2 (Dua) dengan nilai maksimal 2 (Dua).

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasi, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode Semester 1 Tahun Anggaran 2024. Realisasi Pendapatan Negara pada Semester 1 Tahun Anggaran 2024 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp45.598.520.166,- atau mencapai 37,01% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp123.216.537.000,-. Realisasi Belanja Negara pada Semester 1 Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar Rp76.144.223.155,- atau mencapai 41,70% dari alokasi anggaran sebesar Rp182.581.330.000,-.





BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

Dalam RPJMN 2020-2024, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Kondisi pandemi Covid-19 memberikan pengalaman yang berharga, bahwa sistem kesehatan yang telah dibangun membutuhkan transformasi pada sistem kesehatan. Berdasarkan Instruksi Menteri Kesehatan terdapat 6 (enam) pilar transformasi yang harus dilakukan untuk mencapai RPJMN bidang Kesehatan sekaligus dapat mempercepat pencapaian reformasi kesehatan secara menyeluruh. Enam pilar Transformasi untuk mendukung Transformasi Kesehatan di Indonesia antara lain Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, Transformasi Teknologi Kesehatan.

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





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

Rumah Sakit Marzoeeki 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), RSMM Bogor mengupayakan peningkatan pelayanan kepada masyarakat melalui praktek bisnis yang sehat. Dalam rangka memajukan kesejahteraan umum terutama aspek pelayanan kesehatan dengan melakukan pembenahan internal, khususnya aspek manajemen pelayanan kesehatan, manajemen keuangan, pengadaan barang dan jasa sebagai sebagai penunjang pelayanan kesehatan serta pengelolaan aset untuk mendukung pelayanan.

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

Laporan berkala di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan Laporan Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Satuan Kerja yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun. Evaluasi dilakukan terhadap upaya-upaya yang telah dicapai selama kurun waktu satu tahun dalam bentuk Laporan Tahunan pelaksanaan tugas dan fungsi RS Marzoeeki Mahdi Tahun Anggaran 2023.





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

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Semester 1 RSMM Tahun Anggaran 2024 bertujuan untuk mempertanggungjawabkan upaya pengelolaan rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan program dan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi dan hasil pencapaian kinerja dan perkembangannya. Laporan ini memberikan gambaran sejauh mana fleksibilitas pengelolaan keuangan dilaksanakan dengan mengutamakan produktivitas, efisiensi dan efektivitas, merupakan rangkuman proses pencapaian kinerja kegiatan dan anggaran di masing-masing unit kerja Rumah Sakit dan rencana tindak lanjut atau rekomendasi sebagai dasar perbaikan dan perencanaan pada waktu yang akan datang.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan merupakan sistematika penyusunan Laporan Semester 1 Tahun Anggaran 2024 RS. Marzoeeki Mahdi Tahun Anggaran 2024 yang meliputi :

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menjelaskan tentang gambaran secara umum RSMM, 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 RSMM 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 RSMM. 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 Semester Lalu

Secara umum kinerja organisasi RSMM dapat dicapai sesuai target yang ditetapkan, namun masih terdapat hambatan-hambatan yang dialami di semester 1 tahun 2023. Hambatan pada semester 1 tahun 2023 mengakibatkan beberapa capaian kinerja tidak tercapai dari target yang telah ditetapkan, yaitu:

A. Mewujudkan pertumbuhan revenue

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

B. Mewujudkan efisiensi anggaran

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

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

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





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

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

E. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

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

F. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

- Masih diperlukan penyiapan tenaga ahli sesuai 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



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



2.2 Kelembagaan

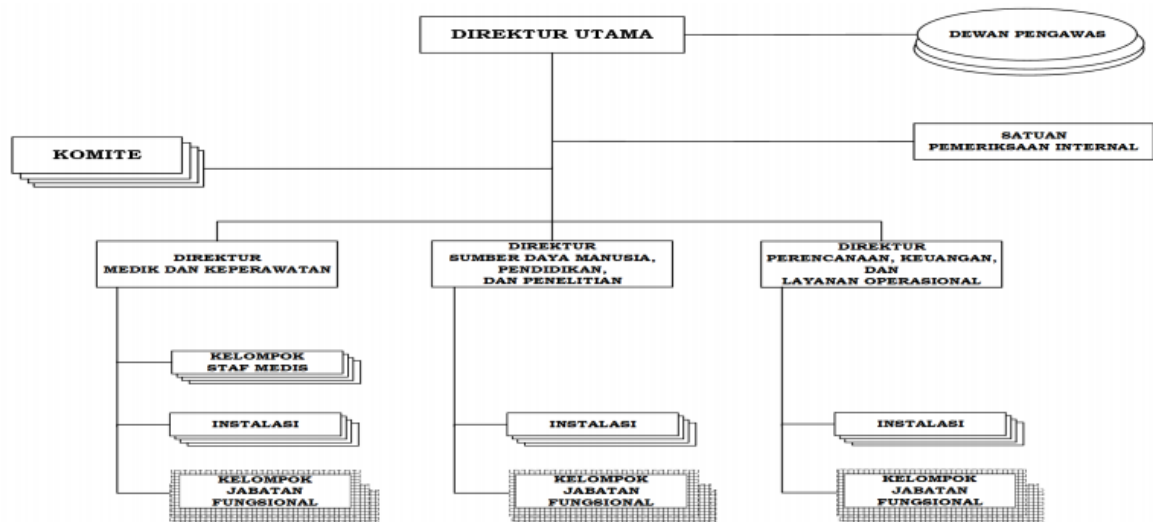
2.2.1 Struktur Organisasi

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



Penjelasan dari bagan diatas adalah sebagai berikut :

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

Pada tanggal 15 mei 2023 Menteri Kesehatan Ir. Budi Gunadi Sadikin, CHFC, CLU melantik pejabat tinggi pratama, pejabat fungsional dan direksi rumah sakit vertikal. Sekaligus juga mengukuhkan dewan pengawas rumah sakit. PKJN RSJMM juga





terjadi pergantian Direksi yaitu Direktur Utama. Adapun susunan Direksi RS Marzoeqi Mahdi sebagai berikut:

1. **Direktur Utama:**

Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ

2. **Direktur Medik dan Keperawatan :**

dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS

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

Evi Nursafinah, SE., MPH

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

Heru Tri Subagyo, S.Sos.,MM.

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

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

Anggota :

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

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

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

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

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

Direktorat Medik dan Keperawatan:

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

Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian:





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

Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional:

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

Selain itu dibantu juga oleh Organisasi Non Struktural di lingkungan RSMM yang terdiri atas:

a. Komite:

1. Komite Medik
2. Komite Etik dan Hukum
3. Komite Keperawatan
4. Komite Mutu Rumah Sakit
5. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
6. Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
7. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

b. Satuan Pemeriksaan Internal

c. Instalasi:

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Instalasi Rawat Jalan
3. Instalasi Rawat Inap
4. Instalasi Rehabilitasi Psikososial
5. Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA
6. Instalasi Farmasi
7. Instalasi Gizi
8. Instalasi Radiagnostik dan Imaging
9. Instalasi Laboratorium
10. Instalasi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian
11. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
12. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
13. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
14. Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien
15. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
16. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit
17. Instalasi Rekam Medik





- d. Kelompok Staf Medik:
 - 1. KSM Umum
 - 2. KSM Psikiatri
 - 3. KSM Non Psikiatri
 - 4. KSM Gigi
- e. Unit Layanan Pengadaan: dan
- f. Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

RSMM 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 nonmedis
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. Marzoeeki Mahdi Semester 1 tahun 2024 terdiri dari tenaga PNS, PPPK, Non PNS serta Dokter Paruh Waktu yang dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1
Ketenagaan Rumah Sakit Semester I TAHUN ANGGARAN 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

NO	URAIAN	ASN		NON ASN			JUMLAH	%
		PNS	PPPK	BLU	PKWT	DOKTER TAMU		
1	Medis							
	Dokter Spesialis	34	0	1	0	10	45	5.04%
	Dokter Sub Spesialis	4	0	0	0	1	5	0.56%
	Dokter Umum/Dokter Gigi Umum	20	2	0	7	0	29	3.25%
2	Keperawatan, Bidan dan Tenaga Kesehatan Lainnya							
	Keperawatan	316	37	16	18	0	387	43.39%
	Bidan	16	0	0	1	0	17	1.91%
	Tenaga Kesehatan Lainnya	121	10	3	8	0	142	15,92%
3	Non Medis	125	7	22	113	0	267	29.93%
	TOTAL TENAGA	636	56	42	147	11	892	100%

Gambaran ketenagaan berdasarkan tabel 2.1 prosentase ketenagaan di RSMM yaitu **Tenaga Medis** terdiri dari tenaga dokter spesialis/dokter gigi spesialis sebesar 5,04%, dokter sub spesialis sebesar 0,56%, dokter umum/dokter gigi umum sebesar 3,25%. **Tenaga keperawatan** sebesar 43,39% , Bidan sebesar 1,91% dan **Tenaga Kesehatan Lainnya** sebesar 15,92%. Selain itu **Tenaga Non Medis** sebesar 29,93%.

Data pegawai RSMM semester I tahun 2024 sesuai tabel 2.1 berjumlah 892 orang yang terdiri dari tenaga Aparatur Sipil Negara (ASN), (a) Pegawai Negeri Sipil (PNS) 636 orang dan (b) Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) 56 orang dan tenaga

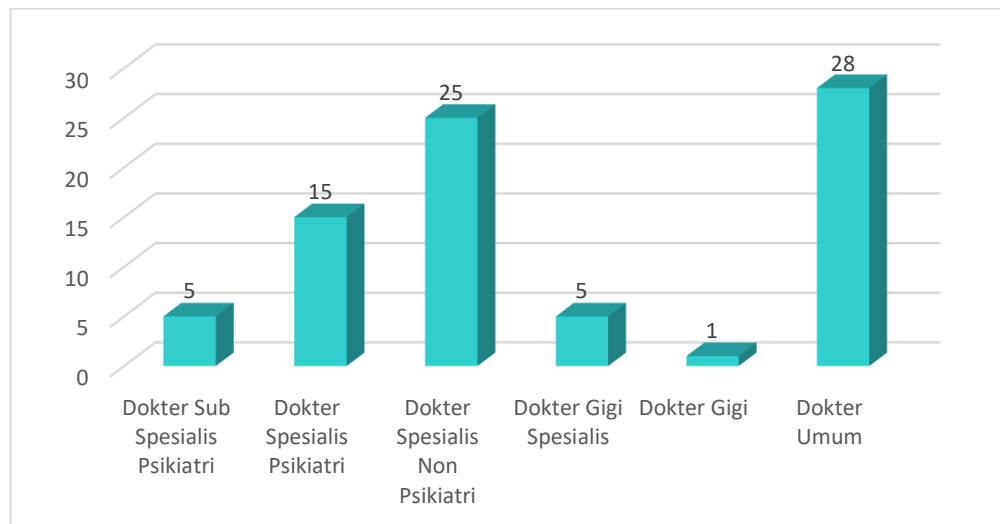




Non ASN baik (a) Pegawai Tetap BLU 42 orang, (b) Pegawai Tidak Tetap (Perjanjian Kontrak Waktu Tertentu/PKWT) 147 orang dan (c) Dokter Tamu 11 orang.

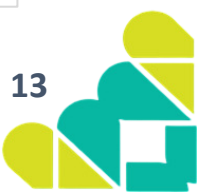
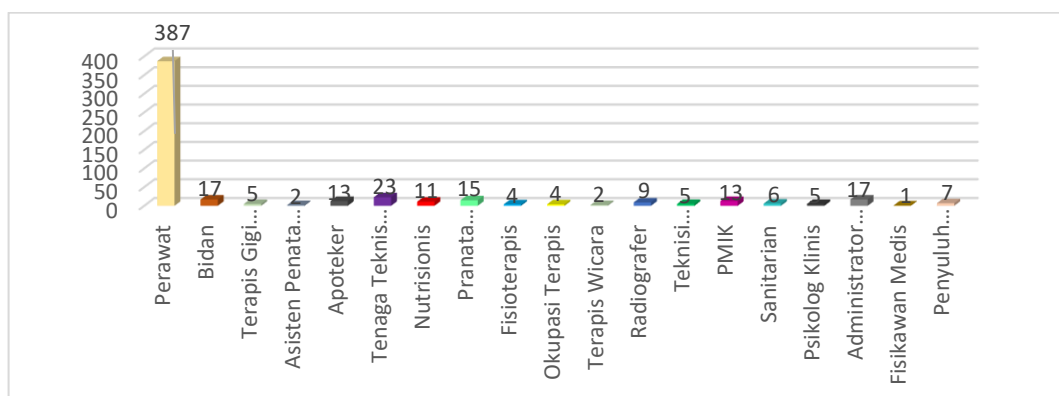
Komposisi tenaga medis pada semester I tahun 2024 pada tabel 2.1 memperlihatkan bahwa jumlah dokter sub spesialis kedokteran jiwa 5 orang, dokter spesialis kedokteran jiwa 15 orang, dokter spesialis non psikiatri 25 orang, dokter gigi spesialis 5 orang, dokter gigi 1 orang dan dokter umum 28 orang. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.1 sebagai berikut.

Grafik 2.1
Ketenagaan Medis Semester 1 Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Komposisi ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya pada semester I tahun 2024 menunjukkan bahwa jumlah Perawat (387 orang) merupakan jumlah terbanyak, diikuti oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (23 orang), Bidan dan Administrator Kesehatan (masing-masing 17 orang), dan tenaga kesehatan lainnya yang mendukung dalam pelayanan kesehatan jiwa maupun layanan lainnya. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.3 sebagai berikut.

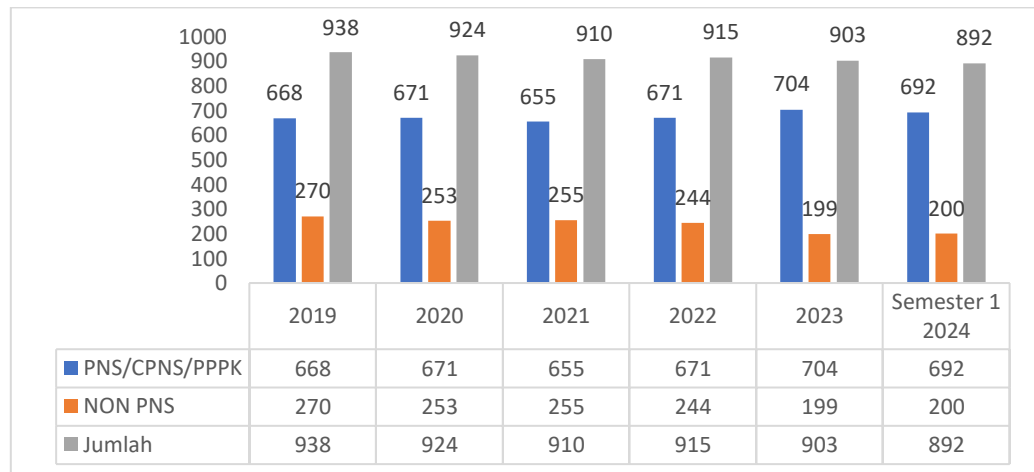
Grafik 2.2
Ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya Semester I Tahun 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



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

Grafik 2.3 Ketenagaan RS Selama 5 Tahun Terakhir

RS. Marzoeeki 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 Semester 1 TAHUN ANGGARAN 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

NO	AKUN NERACA	SEMESTER I TAHUN ANGGARAN 2024		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	POSISI BMN DI NERACA			
A	ASET LANCAR	19.535.493.064	(2.178.608.362)	17.356.884.702
1	Persediaan	19.535.493.064	(2.178.608.362)	17.356.884.702
B	ASET TETAP	4.544.992.106.394	(7.964.279.966)	4.537.027.826.428
1	Tanah	4.393.036.800.000	-	4.393.036.800.000
2	Peralatan Dan Mesin	192.744.230.910	533.888.496	193.278.119.406
3	Gedung Dan Bangunan	152.822.076.876	-	152.822.076.876
4	Jalan, Irigasi, Dan Jaringan	3.313.300.291	-	3.313.300.291
5	Aset Tetap Lainnya	553.568.450	-	553.568.450
6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	255.090.442	-	255.090.442
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(197.732.960.575)	(8.498.168.462)	(206.231.129.037)
C	ASET LAINNYA	370.979.990	(123.268.027)	247.711.963
1	Kerjasama dengan Pihak Ketiga	-	-	-
2	Aset Tak Berwujud	3.474.636.238	-	3.474.636.238
3	Akumulasi Amortisasi	(3.103.656.248)	(123.268.027)	(3.226.924.275)
4	Aset Lain-Lain (Aset Yang Tidak Digunakan)	343.833.298	(187.544.000)	156.289.298
5	Akumulasi Penyusutan Aset Yang Tidak Digunakan	(343.833.298)	187.544.000	(156.289.298)
TOTAL		4.564.898.579.448	(10.266.156.355)	(4.554.632.423.093)





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 Perumahsakit;
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 BLU;
11. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 124/PMK.05/2021 Tentang Tarif Layanan Sadan Layanan Umum Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogar Pada Kementerian Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01 .07/Menkes/741/2022 tentang Penetapan Rumah Sakit Jiwa Dr.H. Marzoeeki Mahdi Bogar sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional;





13. Keputusan Direktur Utama RSJ Dr.H. Marzoeeki Mahdi Bogor No. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan;
14. Rencana Strategis Bisnis RSJ Dr. H. Marzoeeki Mahdi Tahun 2020- 2024;
15. Perjanjian Kinerja antara Dirjen Yankes dengan RSJ Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor Tahun 2024;
16. Kontrak Kinerja antara PPK BLU Kementerian Keuangan dengan RSJ Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor Tahun 2024.

3.2 Tujuan Strategis, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis

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

Visi :

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

Misi :

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

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

1. RS Jiwa menuju National Mental Health Tertiary Center diharapkan dapat memberikan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pemberdayaan dalam kesehatan jiwa;
2. PP nomor 2 tahun 2018 tentang SPM tentang Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di Propinsi menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi penduduk kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana Propinsi dan pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa Propinsi; Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di kabupaten/Kota menyebutkan bahwa Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat dan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus Human Immunodeficiency Virus yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif;





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

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

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

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran dan Indikator di Lingkungan RSMM Semester 1 Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

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

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





2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45	45	45	45	45
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti				92.5	95
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik					100
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				97	96
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU				95	>90
		8	Persentase nilai EBITDA Margin				10	10
PERSPEKTIF PELANGGAN								
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	Tingkat Kepuasan Pelanggan	80	80	85	85	85
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100	100	100	100	100
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan				80	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100	100	100	100	100
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100	100	100	100	100
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Program Inovasi RS	80	80	80	80	85
		14	Capaian Akreditasi RS	100	100	100	100	100
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal				2.5	
		16	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan (untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)				2 Kali	
		17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran				100	
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				10	
		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional				1 Lyn	
		20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				80	
		21	Penundaan waktu operasi Elektif				<3	
		22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik				80	
		23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI				80	
		24	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia				60	
		25	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup				60	
		26	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				12 Lap	
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				12 Lap	
		28	Kepatuhan kebersihan tangan				90	
		29	Kepatuhan penggunaan APD				100	
		30	Kepatuhan identifikasi pasien				100	
		31	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi				80	
		32	Pelaporan hasil kritis laboratorium				100	
		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional				90	
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathwav)				85	





		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh				100	
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain				80	
		37	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal					<2.5
		38	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien					80
		39	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan					100
		40	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis					80
		41	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target					100
		42	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN					10
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	43	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100	100	100	100	100
		44	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100	100	100	100	100
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	45	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	80	80	90	100	100
		46	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususan menjadi utama atau paripurna				1 Drh	
		47	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Paripurna					1 RS
		48	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Utama					1 RS
		49	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Madya					4 RS
		50	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama Internasional					1 Lyn
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	51	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal		60	70	85	85
		52	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna				1	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	53	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100	100	100	100	100
10	Terwujudnya SDM Unggul	54	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	75	75	80	80	80
		55	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	75	80	85	90	90
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	56	Overall Equipment Effectiveness (OEE)	75	80	85	85	85
		57	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80	80	80	80	80
		58	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar				95	90
		59	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi sesuai Standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)					90
		60	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar				70	
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi dan Mandiri	61	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100	100	100	100	100
		62	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi				100	100
		63	Terselenggaranya integrasi system informasi surveillans berbasis digital				1 Sistem	





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

1. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut)

Tabel 3.2
Indikator Kinerja Individu
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 PNBK Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1

2. Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

Tabel 3.3
Indikator Kinerja Terpilih
RS. Marzoeeki Mahdi

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	STANDAR	TARGET TW I	TARGET TW II	TARGET TW III	TARGET TW IV
1	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Max	76,61	N/A	76,61	N/A	80
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Max	TW I 60% TW II 70% TW III 75% TW IV 80%	80%	82%	85%	85%





3	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	Max	70%	70%	70%	75%	80%
4	Pasien Adiksi Napza yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	Max	70%	65%	65%	70%	70%
5	Implementasi WHO QR dan Safewards dalam Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa	Max	80%	75%	75%	80%	80%
6	Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (POBO)	Max	45%	46%	46%	47%	47%
7	Persentase Pencapaian Target PNPB BLU	Max	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 100%	15%	30%	50%	80%
8	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	Max	3,5	3	3,2	3,2	3,5
9	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	Min	93,75%	93,75%	93,75%	95%	95%
10	Persentase SDM pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	Max	TW I 20% TW II 40% TW III 60% TW IV 80%	20%	40%	60%	80%
11	Modernisasi Pengelolaan BLU	Max	100%	100%	100%	100%	110%

3. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

a) Indikator Mutu Direktorat Medik dan Keperawatan

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

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU GAWAT DARURAT				
1	Kemampuan menangani kasus gawat darurat (<i>live saving</i>)	100%	100%	1
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter	100%	100%	1
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	100%	100%	1
4	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	100%	100%	1
5	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	100%	100%	1
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	2.99 Menit	1
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	≤ 2 menit	1.50 Menit	1
8	<i>Emergency psychiatric respon time</i> (EPRT)	≤ 240 menit	62.97 Menit	1
9	Angka kematian pasien di IGD	≤ 2‰	0.32‰	1
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	90%	100%	1
11	Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	90%	74,83%	0
12	Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	≥ 90%	87,77%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT JALAN				
1	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	56.21 Menit	1
	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≥ 80%	61,18%	0
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%	61,76%	0
3	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	85%	74,80%	0
4	Asesmen medis dan keperawatan rawat jalan (awal dan ulang)	100%	100,00%	1
5	Program rujuk balik berkualitas	80%	100,00%	1
6	Waktu tunggu pasien rehabilitasi medik ≤ 60 menit	100%	100,00%	1
7	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100,00%	1
8	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 25 %	2,58%	1
9	Waktu tunggu pelayanan di <i>assessment center</i>	30 menit	1.16 Menit	1
10	Waktu pelaksanaan pelayanan di <i>assessment center</i>	≤ 3 jam	2.07 Jam	1
11	Waktu pengambilan hasil <i>assessment center</i> 2 hari	100%	100,00%	1
12	<i>Drop out Antiretroviral</i> (DO ARV)	12%	0,23%	1
13	<i>Voluntary Counselling and Testing</i> (VCT)	100%	100,00%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
14	<i>Antiretroviral Therapy (ART)</i>	100%	58,66%	0
15	<i>Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)</i>	100%	100,00%	1
16	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	9,15%	0
17	Injection Drug Use (IDU)	0%	N/A	
18	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	Pasien	58	
19	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	1
20	Penemuan dan pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	58	
	Pasien kambuh	Pasien	4	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	0	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	8	
21	Laporan hasil pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	58	
	Pasien kambuh	Pasien	4	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	0	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	28	
	Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe)	Pasien	11	
22	Persentase ibu hamil dengan anemia	28%	0,00%	1
23	Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	95%	89,31%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT INAP				
1	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	93,12%	1
2	Assesment awal medis	100%	100,00%	1
3	Assesment awal keperawatan	100%	100,00%	1
4	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	4,19%	1
	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien umum dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	1,23%	1
5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0,00%	1
6	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	≥90%	97,71%	1
7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari	≥90%	96,52%	1
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	96,31%	1
9	Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	≥ 90%	94,41%	1
10	Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	1
11	Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	1
12	Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU	80%	98,07%	1
13	Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
14	Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
15	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
16	Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
17	Personal hygiene pasien psikiatri akut	85%	100,00%	1
18	Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	1
19	Medication error pada pasien psikiatri akut	0%	0,00%	1
20	Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU	100%	97,76%	0
21	Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut	100%	100,00%	1
22	Waktu tunggu operasi elektif	≤48 jam	14 Jam 29 Menit	1
23	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤6%	0%	1
24	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	1
25	Kepatuhan assesmen pra anestesi	100%	100%	1
26	Kepatuhan assesmen pra sedasi	100%	100%	1
27	Kepatuhan assesmen pra bedah	100%	100%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
28	Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan <i>surgical safety cek list</i>	100%	100%	1
29	Kepatuhan pelaksanaan sign ini, sign out, dan time out	100%	100%	1
30	Penerapan keselamatan ECT	100%	N/A	
31	Waktu tunggu tindakan ECT	≤48 jam	N/A	
32	Discrepansi diagnosa pre dan post operasi	0%	0%	1
33	Pembatalan operasi elektif	≤3%	0%	1
34	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	1
35	Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	100%	97,74%	0
36	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan icu dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0%	1
37	Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	100%	N/A	
38	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100,00%	1
39	Kemampuan menangani BBLSR dan BBLR	100%	100,00%	1
40	Pertolongan persalinan melalui SC	≤20%	82,41%	0
41	Waktu tanggap seksio sesaria emergency	80%	100,00%	1
42	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%	0,00%	1
43	Presentase IMD	≥ 80%	100,00%	1
44	Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	60%	100,00%	1
45	Persentase rawat gabung	80%	84,86%	1
46	Perawatan metode kanguru	80%	100%	1
47	Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 Menit	0%	0,00%	1
48	Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit	0%	0,00%	1
49	Angka kejadian kematian bayi saat persalinan	0%	0,00%	1
50	MOW	Pasien	9	
51	IUD	Pasien	N/A	
52	Persentase bayi dengan BBLR	8%	17,01%	0
53	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI	47%	16,67%	0
54	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100,00%	1
55	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	100%	100,00%	1
56	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri	100%	100,00%	1
57	Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI	100%	100,00%	1
58	Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU REHABILITASI PSIKOSOSIAL				
1	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	>75%	88,41%	1
2	Asesmen rehabilitasi psikososial	≥80%	98,61%	1
3	Rujukan rehab sesuai indikasi	≥80%	100%	1
4	Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	85%	100%	1
5	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa 3 kelompok	100%	100%	1
6	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	<25%	11,59%	1
7	Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial	100%	100%	1
8	Tingkat kemandirian pasien secara finansial	50%	100%	1
9	Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	30 Menit	8.13 Menit	1
10	Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU NAPZA				
1	Asesmen <i>Addiction Severity Index</i> (max 3x24 jam)	100%	100%	1
2	Ketepatan visite dokter spesialis	80%	100%	1
3	Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal	100%	100%	1
4	Konseling selama pasien dirawat	100%	100%	1
5	Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	100%	100%	1
6	Terlaksananya terapi vokasional	100%	100%	1
7	Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100%	1
8	Asesmen awal medis	100%	100%	1
9	Asesmen awal keperawatan	100%	100%	1
10	Penyuluhan keluarga	80%	100%	1
11	Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA	70%	80,64%	1





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU RADIODIAGNOSTIK, IMAGING, DAN ELEKTRONIK				
1	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	1 Jam 21 Menit	1
2	Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	≤ 2%	0,25%	1
3	Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien	80%	93,55%	1
4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100%	1
5	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	14 Menit	1
6	Pelaporan hasil kritis radiologi	100%	100%	1
7	Waktu tunggu pelayanan elektromedis	60 Menit	17.68 Menit	1
8	Waktu tunggu pelayanan USG	≤ 180 menit	42.40 Menit	1
INDIKATOR MUTU LABORATORIUM				
1	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	49.50 Menit	1
2	Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	≤ 30 menit	1.53 Menit	1
3	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	1
4	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
5	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
6	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	<5%	0,01%	1
7	Angka kejadian reaksi transfusi	0%	0,00%	1
8	Efektivitas penggunaan darah	>90%	99,52%	1
9	Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	50 Menit	19.84 Menit	1
10	Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien	80%	99,52%	1
11	PME	90%	N/A	
12	Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	3 Hari	3.95 Hari	0
INDIKATOR MUTU FARMASI				
1	Ketersediaan obat sesuai formularium RS	90%	100%	1
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	27.31 Menit	1
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	≤ 60 menit	58.31 Menit	1
4	Waktu tunggu pelayanan farmasi	60 Menit	58.54 Menit	0
5	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (medication error fase pemberian)	100%	100%	1
6	Kejadian kesalahan persepsian obat (medication error fase persepsian)	0%	0,02%	0
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	97,54%	1
8	Kepatuhan penggunaan formularium RS	100%	100%	1
9	Kepatuhan pelaksanaan UDD	100%	100%	1
10	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	100%	1
11	Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	100%	100%	1
13	Tidak ada obat rusak	100%	100%	1
14	Tidak ada BMHP rusak	100%	100%	1
15	Persediaan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 50%	50,77%	1
16	Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 85%	81,13%	1
17	Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan	100%	100%	1
18	Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan di aplikasi SIMRS	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU GIZI				
1	Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	90%	92,06%	1
2	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	≥ 80 %	86,33%	1
3	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	≤ 20 %	17,51%	1
4	Tidak adanya kerusakan makanan	100%	100%	1
5	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100%	1
6	Pasien Yang Mendapat Makanan Sesuai Kebutuhan Gizi	100%	100%	1
7	Pencatatan Asuhan Gizi Dalam Rekam Medik	100%	100%	1
8	Pasien Berdiet yang Mendapat Konseling	100%	100%	1
9	Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai	≥ 90%	100%	1
10	Persentase pergantian menu dalam 1 bulan	< 5%	0,05%	1
11	Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24	100%	100%	1
12	Persentase balita <i>underweight</i>	17%	24,11%	0
13	Prevalensi balita stunting	28%	27,78%	0
14	Prevalensi balita wasting	9,50%	24,16%	0





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
15	Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapatkan makanan tambahan	80%	100%	1
16	Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	85%	100%	1
17	Persentase kunjungan pasien di poliklinik gizi rawat jalan	85%	100%	1

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

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

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
INDIKATOR MUTU PELAKSANA KEUANGAN				
1	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	100%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100,00%	1
4	Tingkat efisiensi anggaran	90%	N/A	
INDIKATOR MUTU AKUNTANSI DAN BMN				
1	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90%	73,57%	1
2	Rasio kas	240-300%	243,83%	1
3	Rasio lancar	>600%	1801,31%	1
4	Periode penagihan piutang	<30 hari	17.23 Hari	1
5	Perputaran aset tetap	>20%	0,57%	0
6	Imbalan atas aset tetap	>6%	0,09%	0
7	Imbalan ekuitas	>8%	0,06%	0
8	Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	45%	74,29%	1
9	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2,5%	13,07%	0
10	Perputaran persediaan	30-35 Hari	47.79 Hari	0
INDIKATOR MUTU PERENCANAAN PROGRAM, ANGGARAN, DAN EVALUASI				
1	Kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100,00%	1
2	Kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit	100%	100,00%	1
3	Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	60%	N/A	
4	Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan	100%	N/A	
INDIKATOR MUTU HUKUM DAN HUMAS				
1	Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk display, online, real time	100%	100,00%	1
2	Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	100%	N/A	
3	Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis 100%, Poster, leaflet, dan web statis 75%, Poster dan leaflet 50%, Poster 25%)	100%	100,00%	1
4	Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit	75%	N/A	
5	Kecepatan respon terhadap komplain Dokumen pendukung: 1. Form komplain sesuai grading 2. Analisa komplain 3. Hasil tindak lanjut (rapat, dll)	≥80%	100,00%	1
6	Kepuasan pelanggan RS	≥80%	88,50%	1
7	Persentase pelaksanaan perjanjian kerja sama	80%	N/A	
INDIKATOR MUTU TATA USAHA DAN RUMAH TANGGA				
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	100%	100,00%	1
2	Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 Minggu	6.13 Hari	1



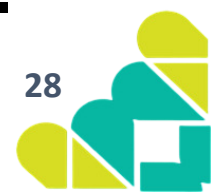


NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
3	Penerapan GNSTA	60%	88,89%	1
4	Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	100%	100,00%	1
5	Terlaksananya program manajemen cleaning service	100%	88,46%	0
6	Ketersediaan mobil ambulan, jenazah dan keswa	100%	100,00%	1
7	Ketersediaan mobil ambulan/jenazah 24 jam	100%	100,00%	1
8	Terlaksananya program pemeliharaan ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa	100%	100,00%	1
9	Waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruangan, Ambulan Jenazah)	100%	100,00%	1
10	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	≥ 90%	95,56%	1
11	Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit	≥ 90%	100,00%	1
12	Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	100%	100,00%	1
13	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	100%	83,73%	0
14	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	100,00%	1
15	Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	100%	100,00%	1
16	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	98,92%	1
17	Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)	80%	N/A	
18	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU CSSD DAN BINATU				
1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100,00%	1
3	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100,00%	1
4	Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	100%	100,00%	1
5	Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	100%	100,00%	1
6	Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius)	100%	100,00%	1
7	Ketepatan waktu penyediaan alat steril	100%	100,00%	1
8	Ketersediaan alat steril	100%	100,00%	1
9	Ketersediaan alkes steril untuk poli gigi	100%	100,00%	1
10	Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi	100%	100,00%	1
11	Ketepatan baku mutu CSSD	100%	100,00%	1
12	Baku mutu Binatu	100%	N/A	
13	Tidak adanya alkes yang expired	100%	99,98%	1
INDIKATOR MUTU PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RUMAH SAKIT				
1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	100%	100,00%	1
2	Tingkat Keandalan Sarpras / Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%	91,42%	1
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80%	100,00%	1
4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan (Radiologi, CT-Scan)	100%	100,00%	1
5	Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset)	100%	N/A	
6	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	100%	100,00%	1
7	Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	100%	N/A	
8	Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS)	60%	100,00%	1
9	Ketersediaan bahan bakar dan genset	100%	100,00%	1
10	Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	100%	N/A	
11	Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)	100%	90,00%	0
INDIKATOR MUTU KESEHATAN LINGKUNGAN				
1	Capaian Baku Mutu Air Limbah	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l	N/A	



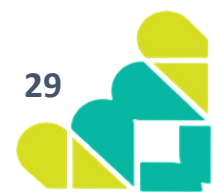


NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
		pH 6-9 100%		
2	Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat	100%	100,00%	1
3	Capaian implementasi DELH	100%	87,88%	0
4	Capaian toilet yang memenuhi syarat	85%	61,70%	0
5	Capaian baku mutu pangan olahan siap saji	100%	86,11%	0
6	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan pangan kering (kurang dari 25°C)	100%	100,00%	1
7	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan makanan basah	100%	66,67%	0
8	Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan	100%	58,33%	1
9	Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam	100%	66,34%	0
10	Capaian angka bebas jentik	95%	59,17%	0
11	Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor/grill	95%	22,22%	0
12	Ketepatan penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya	90%	100,00%	1
13	Capaian sludge volume 30	100%	28,40%	0
14	Capaian pemeliharaan bak kontrol	85%	88,89%	1
15	Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap	60%	52,33%	0
INDIKATOR MUTU KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA				
1	Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai	HepB1 100% HepB2 95% HepB3 90%	77,82%	0
2	Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai	0 Kejadian	2	0
3	Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai	0 Kejadian	4	0
4	Ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan kerja dan/atau penyakit akibat kerja dan investigasi maksimal 2 x 24 jam	100%	N/A	
5	Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit	70%	N/A	
6	Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai	100%	N/A	
7	Pembuatan laporan PCRA konstruksi rumah sakit	100%	100,00%	1
8	Pelaksanaan pemantauan konstruksi di rumah sakit	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU REKAM MEDIK				
1	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	80%	100,00%	1
2	Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap)	100%	100,00%	1
3	Kepatuhan pelaksanaan general consent	100%	100,00%	1
4	Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik	100%	88,84%	0
5	Persentase pelaksanaan retensi	TW 1 30% TW 2 50% TW 3 65% TW 4 80%	100,00%	1
6	Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi	100%	100,00%	1
7	Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol	100%	100,00%	1
8	Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	100%	100,00%	1
9	Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto)	100%	100,00%	1
10	Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah	100%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT				
1	Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware ≤ 30 menit	90%	100,00%	1
2	Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit	90%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu maintenance hardware	100%	100,00%	1
4	Ketepatan waktu maintenance software	100%	100,00%	1
5	Waktu tanggap down time ≤ 5 menit	100%	N/A	





NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET
6	Persentase realisasi program sistem informasi	100%	N/A	
7	Tingkat efektivitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	80%	N/A	
8	Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri	TW I 25% TW II 50% TW III 75% TW IV 100%	N/A	
INDIKATOR MUTU VERIFIKASI ADMINISTRASI DAN PENJAMINAN PASIEN				
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0,11 Hari	1
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 hari kerja	1,44 Hari	1
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	1
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	100%	1
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	100%	1
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT				
1	Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	95%	100,00%	1
2	Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	85%	100,00%	1
3	Tingkat kualitas kemitraan, kerja sama lintas program dan lintas sektor	90%	94,00%	1
4	Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	80%	91,67%	1
5	Promosi kesehatan eksternal:			
	Program kesehatan ibu dan bayi	70%	100,00%	1
	Program kesehatan TB	70%	100,00%	1
	Program kesehatan HIV/AIDS	70%	100,00%	1
	Program kesehatan Stunting dan Wasting	70%	100,00%	1
	Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana	70%	100,00%	1
	Promosi kesehatan geriatri	70%	100,00%	1
	Program kesehatan ke sekolah	70%	100,00%	1
	Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	70%	100,00%	1
6	Promosi kesehatan internal	85%	100,00%	1
7	Tingkat kualitas intervensi krisis	85%	100,00%	1
8	Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management	50%	100,00%	1
9	Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi	80%	100,00%	1
10	Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	70%	100,00%	1
INDIKATOR MUTU UNIT LAYANAN PENGADAAN (ULP)				
1	Kelengkapan dokumen lelang	100%	100,00%	1
2	Persentase gagal lelang	≤ 20%	0,00%	1
3	Kejadian sanggahan pada lelang	≤ 2%	0,00%	1
4	Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	70%	N/A	
5	Ketepatan waktu proses pengadaan langsung	1 Bulan	100,00%	1
6	Ketepatan waktu proses pengadaan tender	100%	100,00%	
7	Ketepatan waktu pelaksanaan kontrak	100%	100,00%	1
8	Proses negosiasi ulang kontrak	<20%	0,00%	1
INDIKATOR MUTU UNIT PENGEMBANGAN BISNIS (PERINTIS APEL)				
1	Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola)	Tahun ke 1 = 30% Tahun ke 2 = 40% Tahun ke 3 = 50% Tahun ke 4 = 60% Tahun ke 5 = 70%	100,00%	1
2	Kepuasan pelanggan	80%	N/A	
3	Ketersediaan sarana dan prasarana	60%	80,00%	1
4	Angka kejadian insiden pada petugas	0	0	1
5	Angka kejadian insiden pada pelanggan	0	100,00%	1





a) Indikator Mutu Unit Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

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

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





NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TAHUN	KET
		1-3 . TW 3 = Poin 1-5 . TW 4 = Poin 1-6		
3	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	N/A	





BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

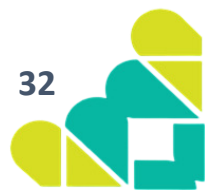
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Dalam RPJMN 2020-2024, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Kondisi pandemi Covid-19 memberikan pengalaman yang berharga, bahwa sistem kesehatan yang telah dibangun membutuhkan transformasi pada sistem kesehatan. Berdasarkan Instruksi Menteri Kesehatan terdapat 6 (enam) pilar transformasi yang harus dilakukan untuk mencapai RPJMN bidang Kesehatan sekaligus dapat mempercepat pencapaian reformasi kesehatan secara menyeluruh. Enam pilar Transformasi untuk mendukung Transformasi Kesehatan di Indonesia antara lain Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, Transformasi Teknologi Kesehatan.

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

A. Perspektif Keuangan

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





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

B. Perspektif Pelanggan

1. Mewujudkan kepuasan pelanggan:

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

C. Perspektif Proses Bisnis Internal

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue dengan strategi :

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





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





4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi

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

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue:

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

2. Mewujudkan efisiensi anggaran:

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

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

- Terbatasnya anggaran pemeliharaan
- Belum terdapat standart 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, rawatinap 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 kunjungan tidak mencapai target dan berdampak pada rata-rata okupasi layanan non psikiatri tidak optimal.

2. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

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

3. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi;

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

C. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

1. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

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

2. Mewujudkan SDM unggul;

Dalam hal pencapaian keunggulan dari SDM RS. Marzoeeki 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 system 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





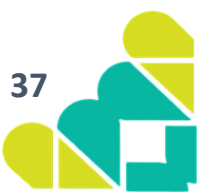
3. Mewujudkan budaya kinerja organisasi yang tinggi;
 - Masih diperlukan peningkatan penanaman jiwa korps
 - Masih diperlukan keakuratan dan intensitas monitoring dan evaluasi terkait budaya organisasi

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 Kesehatan dan 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 Sistem 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

1. Mewujudkan kepuasan pelanggan

- Melakukan survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan sistem 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 Proses 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 substance use disorder, kuruhama 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 pembedaan dalam hal metodologi dan sertifikasi pelatihan
- Koordinasi penyediaan sistem digitalisasi pendokumentasian





- Koordinasi penyiapan sarana dan prasarana penelitian melalui elektronik system
 - 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, efektifitas dan kepentingan layanan terhadap masyarakat
3. Mewujudkan SDM unggul;
- Pemutakhiran pemetaan kompetensi pegawai yang meliputi kemampuan teknis, manajerial, dan sosiokultural
 - Koordinasi dan Evaluasi berkala penerapan manajemen kinerja dari mulai sistem rekrutmen sampai pemenuhan kesejahteraan menjelang purna bhakti
 - Memfasilitasi dan pemenuhan kebutuhan penguatan penelitian berbasis pelayanan
 - Pemberian penghargaan bagi para peneliti





BAB V

HASIL KERJA

5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit

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

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

5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Tahun Anggaran 2024

Dalam rangka mewujudkan RS. Marzoeki Mahdi sebagai Manajemen Pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada hasil maka diperlukan Perjanjian Kinerja antara Dirjen Yankes dengan RS. Marzoeki Mahdi. Di dalam Perjanjian Kinerja terdapat 11 sasaran strategis dan 37 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 Semester 1 Tahun Anggaran 2024

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2024	SEMESTER 1 2024	KET*
PERSPEKTIF KEUANGAN						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2,5%	13,94%	1
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%	19,67%	0
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%	53,02%	1





		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	95%	95%	1
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	100%	140,12	1
		6	Persentase realiasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	56,26%	0
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	(sesuai Target Pendapatan >90%)	34,69%	0
		8	Persentase nilai EBITDA Margin	Tipe Organisasi 3 10%	-11%	0
PERSPEKTIF PELANGGAN						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%	88,47%	1
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	1
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	1
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	1
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	85%	87,92%	1
		14	Capaian Akreditasi	100%	NA	NA
		15	Persentase NDR di Rumah Sakir Vertikal	<2,5%	1%	1
		16	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	65,60%	0
		17	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%	100%	1
		18	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	100%	1





		19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	86,08%	0
		20	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	2,59%	0
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	21	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	NA	NA
		22	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	80%	0
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	23	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	100%	100%	1
		24	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna	1 RS	1 RS	1
		25	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	1 RS	1 RS	1
		26	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	4 RS	4 RS	1
		27	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan	100%	1
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	28	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	79%	0
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	29	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	0%	0
10	Terwujudnya SDM Unggul	30	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%	100%	1
		31	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	90%	100%	1
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal	32	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%	83%	0
		33	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	80%	1
		34	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	100%	1





		35	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi sesuai Standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	90%	100%	1
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	36	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100%	100%	1
		37	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	1

* Tercapai (1) / Tidak tercapai (0)

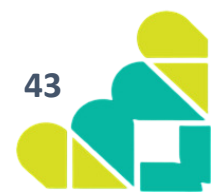
Analisis dan Penjabaran dari masing-masing Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Semester I Tahun Anggaran 2024 adalah sebagai berikut :

1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

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

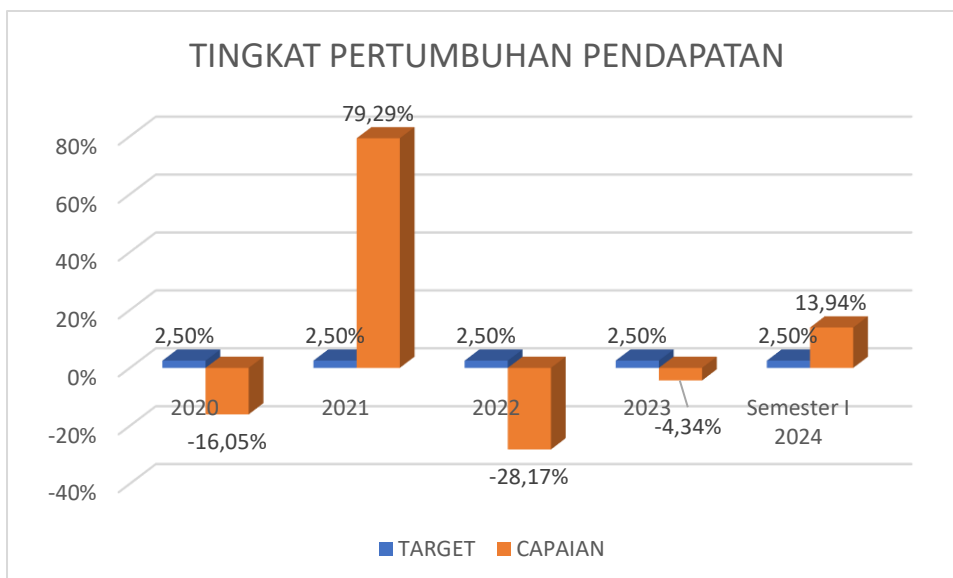
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian tingkat pertumbuhan pendapatan semester 1 tahun 2024 sebesar 13,94 persen, mengalami kenaikan jika dibandingkan semester 1 tahun 2023 sebesar minus 15,24 persen. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





Grafik 5.1
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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

Rencana Tindak Lanjut:





- Pengembangan layanan dengan dibukanya layanan Perinatal Mental Health Center (PMHC), Youth Mental Health (YMH), dan Poli Adiksi
- Peningkatan kemampuan SDM berupa pelatihan *Casemix* sebagai tindak lanjut dari optimasi *Coding* INA-CBGs
- Melakukan kerjasama pengelolaan aset berupa lapangan bola dengan pihak ketiga.
- Meningkatkan kerjasama dengan Institusi Pendidikan
- Optimalisasi Unit Bisnis dalam mengelola pemanfaatan asset rumah sakit
- Meningkatkan kerjasama dengan puskesmas/ dinas kesehatan untuk merujuk pasien

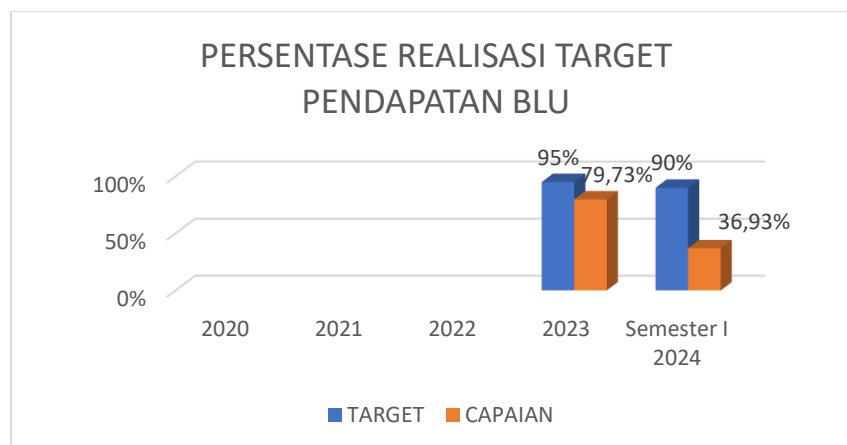
2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU adalah capaian pendapatan yang diperoleh dalam 1 (satu) periode dibandingkan dengan target pendapatan yang direncanakan dalam periode yang sama.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU sampai dengan bulan juni Tahun 2024 sebesar 36,93% dari target Rp123.216.537.000,-. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

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



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan belum maksimal dari target yang ditetapkan,





- Sistem rujukan pelayanan Kesehatan berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kebijakan pemerintah daerah yang berdampak terhadap terbatasnya akses masyarakat pengguna JKN yang berobat ke RSMM.

Rekomendasi:

- Melakukan kerjasama pengelolaan aset berupa lapangan bola dengan pihak ketiga.
- Meningkatkan kerjasama dengan Institusi Pendidikan
- Optimalisasi Unit Bisnis dalam mengelola pemanfaatan asset rumah sakit.
- Meningkatkan kerjasama dengan puskesmas/ dinas kesehatan untuk merujuk pasien

3. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) semester 1 tahun 2024 sebesar 53,02 persen, mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan semester 1 tahun 2023 sebesar 49,33 persen. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

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



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan belum mencapai target



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

Rekomendasi:

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

4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan (HAPSEM) BPK.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

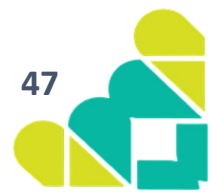
- Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dari target 95%, telah tuntas ditindaklanjuti dengan usulan Temuan Pemeriksaan Tidak Dapat Ditindaklanjuti (TPTD). Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.4
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum ditindaklanjutinya temuan Inspektorat Jenderal berupa penagihan penyetoran pihak ke-3 ke rekening BLU senilai Rp.150.000.000 dikarenakan pihak ke-3 tidak terima





atas rekomendasi tersebut. Sehingga pihak ke-3 lebih memilih untuk menempuh jalur hukum.

Rekomendasi:

- Berkomunikasi dengan Inspektorat Jenderal untuk mencari solusi atas rekomendasi yang diberikan oleh Inspektorat Jenderal;
- Perlunya solusi alternatif penyelesaian penagihan penyetoran ke kas BLU tersebut.

5. Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Persentase Capaian tata Kelola Rumah Sakit vertikal BU yang baik pada bulan mei 2024 sebesar 176,27% dari target sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.5
Persentase Rekomensi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

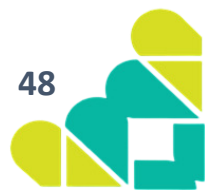


Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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





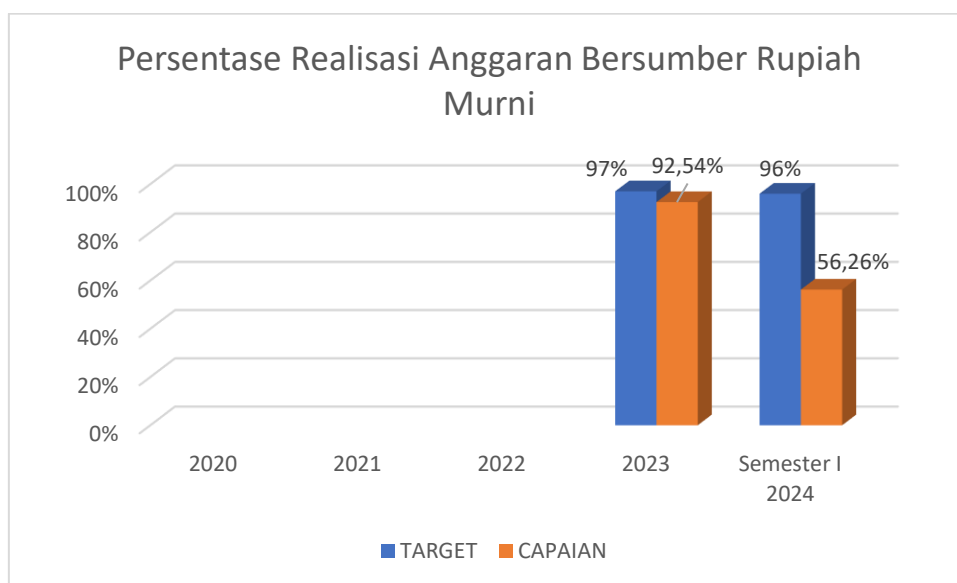
6. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni sampai dengan bulan juni 2024 adalah sebesar 56,26% atau sebesar Rp33.396.229.259 dari pagu rupiah murni sebesar Rp66.405.020.000. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.6
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

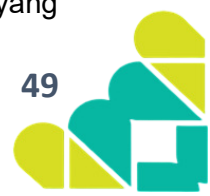
- Kendala dari rendahnya daya serap atau realisasi rupiah murni sampai dengan semester satu dikarenakan sebagian besar dana rupiah murni yaitu 55,50% penggunaannya diperuntukan untuk belanja pegawai yang daya serapnya merupakan rutinitas tiap bulan sehingga puncak capaian maksimal akan terealisasi pada akhir Desember 2024.

7. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

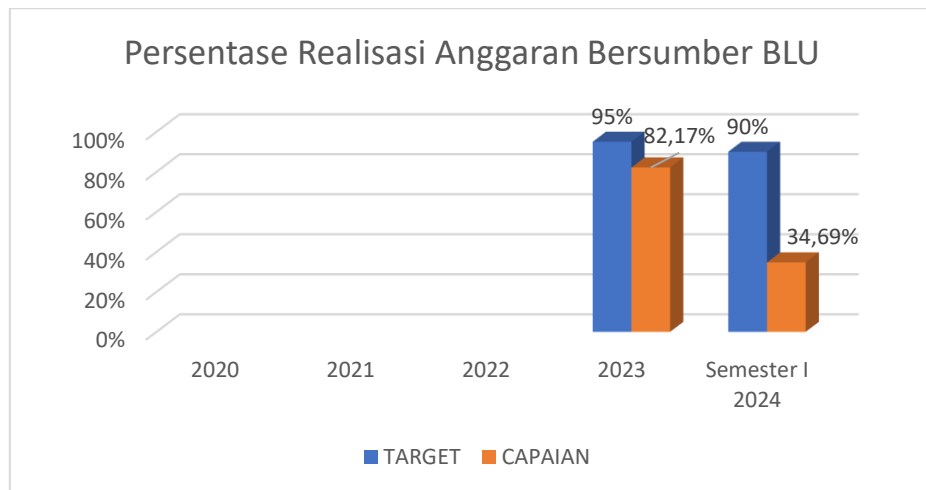
- Capaian persentase realisasi anggaran bersumber BLU sampai dengan bulan Juni Tahun 2024 sebesar 34,69% atau sebesar Rp42.747.993.896 dari target yang





ditetapkan sebesar $\geq 90\%$. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.7
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum tercapainya target pendapatan sehingga berpengaruh terhadap kemampuan belanja rumah sakit.

Rekomendasi:

- Meningkatkan pendapatan rumah sakit baik dari pelayanan dan memaksimalkan pengelolaan aset;
- Mengurangi pengeluaran biaya-biaya operasional yang dianggap kurang efisien.

8. Persentase Nilai EBITDA Margin

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

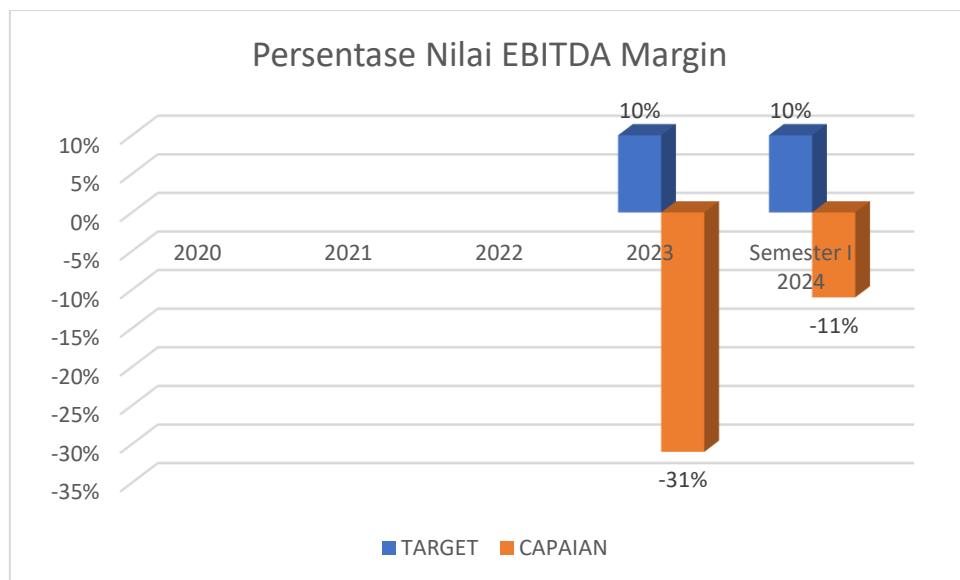
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase nilai EBITDA margin Bulan Juni 2024 sebesar minus 11 persen mengalami penurunan jika dibandingkan dengan capaian semester 1 tahun 2024 sebesar 0,5 persen. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





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



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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





9. Tingkat Kepuasan Pelanggan

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

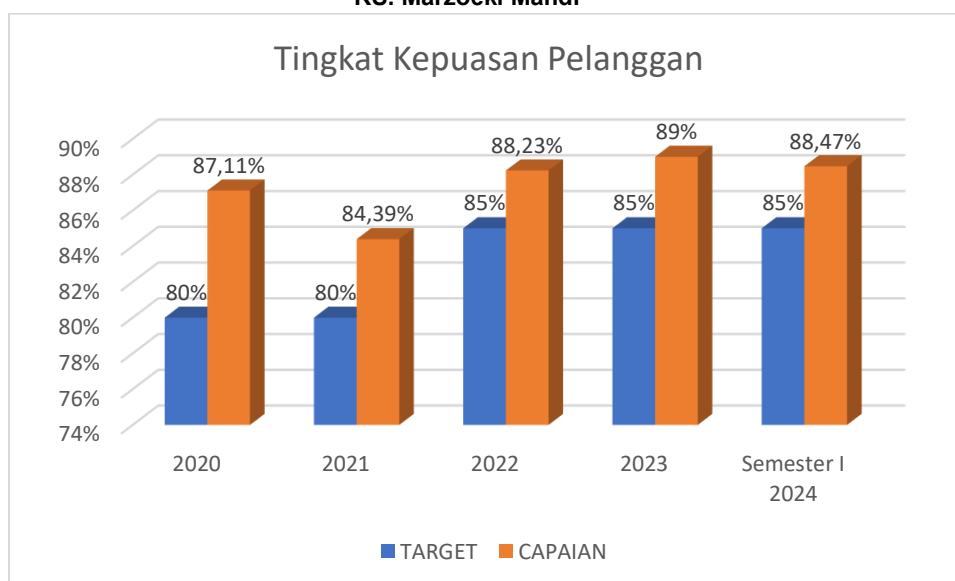
Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melaksanakan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Tingkat Kepuasan Pelanggan Semester I Tahun Anggaran 2024 sudah sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Pengukuran dan penilaian tingkat kepuasan pelanggan dilakukan secara internal;
- Peningkatan kualitas pelayanan publik yang terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien;
- Penilaian kepuasan pelanggan secara internal didapatkan dari penyebaran kuesioner dan scan barcode terhadap pengunjung atau pasien. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.9
Tingkat kepuasan Pelanggan Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Survei masih dilakukan secara manual dan belum terintegrasi;





- Pasien juga sulit dimintai survei karena mayoritas pasien jiwa.

Rekomendasi:

- Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien.

10. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Kecepatan respon terhadap komplain (KRK) TA 2022 dan 2023 sudah sesuai dengan target sebesar 100%. Selama semester I Tahun 2024 sebanyak kurang lebih lima belas komplain yang sudah ditanggapi dalam waktu < 1x24 jam. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

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



Kendala dan Permasalahan:

- Penguatan instrument pemantauan tindak lanjut;
- Penguatan SOP dalam penanganan KRK;
- Pemantapan semua fitur Aplikasi Komplain Via Android.





Rekomendasi:

- Penguatan alur dalam penanganan sampai dengan penyelesaian tindak lanjut terhadap komplain sehingga dapat memberikan kepuasan terhadap pelanggan.

11. Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

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

Tahapan Layanan Unggulan RS. Marzoeeki Mahdi kurun waktu 2020-2014 terdiri dari :

Tahun 2020:

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

Tahun 2021:

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

Tahun 2022:

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

Tahun 2023:

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

Tahun 2024:

- Pertumbuhan dan Evaluasi Layanan Unggulan

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

Pemantapan layanan unggulan adalah adanya pertumbuhan atau peningkatan layanan PDC yang terdiri dari layanan:

1. Assessment Center/ Pusbangkom

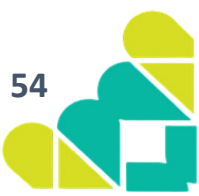
Assessment center pada 2023 berubah menjadi Pusat Pengembangan Kompetensi SDM merupakan layanan terpadu yang terdiri

- a) Layanan MCU , MMPI, pengembangan potensi dan kepribadian ;
- b) Layanan vaksin.

2. Layanan hotline service

Konsultasi 24 jam (D'patens24)

3. Anak dan Remaja terpadu





Adalah layanan untuk usia 10-35 tahun yang terdiri dari

- a) Layanan Psikiatri anak dan Remaja;
- b) Layanan klinik anak;
- c) Layanan klinik Early Psychosis.

4. Geriatri terpadu

Adalah kekhususan untuk pasien rawat jalan diatas 60 tahun. Layanan ini sejak bulan April 2022 diselenggarakan Gedung Ismaya yang diresmikan oleh Dirjen Pelayanan Kesehatan. Layanan geriatric terpadu diberi nama: Layanan Terpadu Ramah Satu Atap yang disingkat menjadi : Lantera Satu.

Layanan Lantera Satu terdiri dari :

- a) layanan Psikogeriatri;
- b) layanan fisik spesialis lainnya;
- c) layanan klinik memori.

5. Napza

Layanan Napza adalah layanan rawat jalan diklinik Napza. Layanan Rawat Inap rehabilitasi pemulihan ketergantungan Napza

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.11
Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



12. Terwujudnya Kemandirian Pasien

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

Kemandirian meliputi kemandirian fisik (bisa melakukan Activity Of Daily Living - ADL) kemandirian sosial (bisa berperan secara sosial dalam lingkungan keluarga dan masyarakat), kemandirian finansial, dan kemandirian ekonomi (mampu bekerja dan mendapatkan penghasilan).





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

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

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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Terwujudnya kemandirian pasien semester I Tahun 2024 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.12
Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Capaian Pogram Inovasi RS

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

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

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

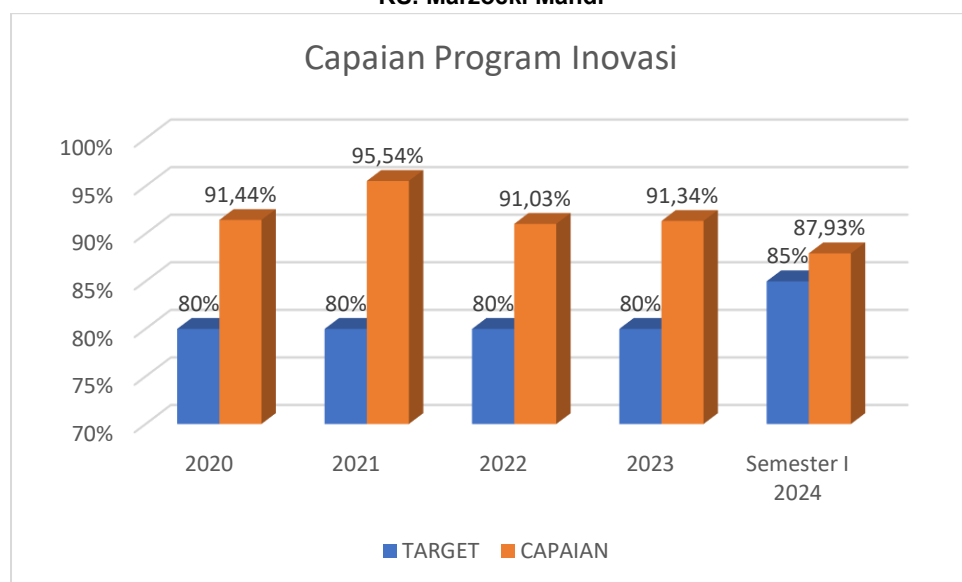




Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Inovasi Safewards – WHO Qr semester I Tahun Anggaran 2024 Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis Safewards dan WHO-Quality Right Standart TW I adalah 80% TW II adalah 80% TW III adalah 80% TW IV adalah 80% , Capaian Hasil Semester I adalah 87,93% . Menunjukkan tercapainya keberhasilan pencapaian hasil sudah sesuai target. Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator sebagai berikut:

Grafik 5.13
Capaian Pogram Inovasi RS Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

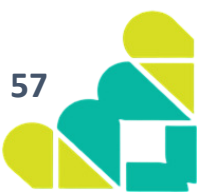
Rekomendasi:

- Sosialisasi Kembali pengisian indikator safeward terutama kepada kepala ruangan psikiatri.

13. Capaian Akreditasi RS

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

Tahapan :





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

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

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

Tahun 2023 : Reakreditasi Internasional

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

Dengan target pertahun 100%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Akreditasi RS Semester I Tahun Anggaran 2024 adalah N/A;
- Saat ini sedang berproses dalam evaluasi tindak lanjut Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS);
- Saat ini sedang berproses dalam evaluasi SOP.

Grafik 5.14
Capaian Akreditasi RS Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



14. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

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

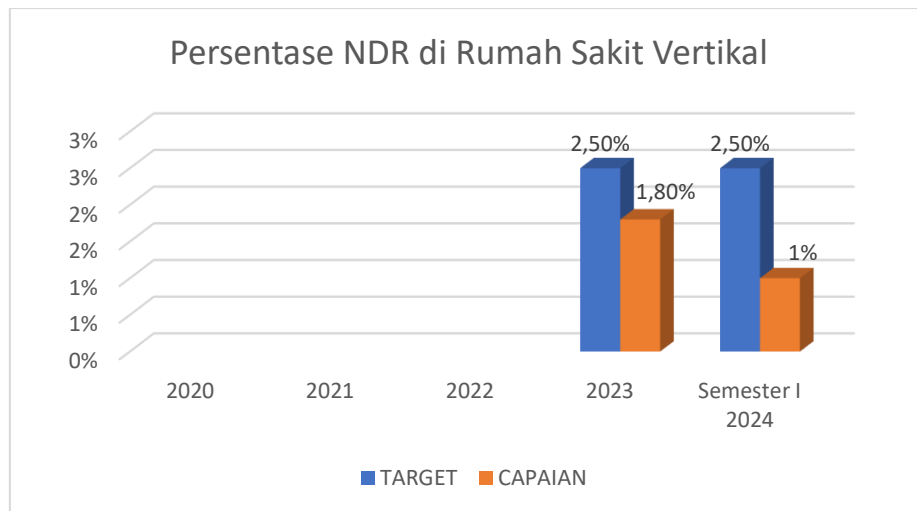
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit vertikal Tahun 2023 sebesar 1,34% dari target yang ditetapkan sebesar <2,5%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:





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



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

- Dilakukan pertemuan pembahasan kasus pasien yang meninggal di RSMM.

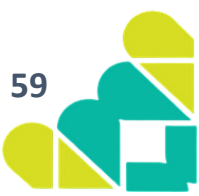
16. Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien

Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien bertujuan terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu terdiri dari:

1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar;
2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.

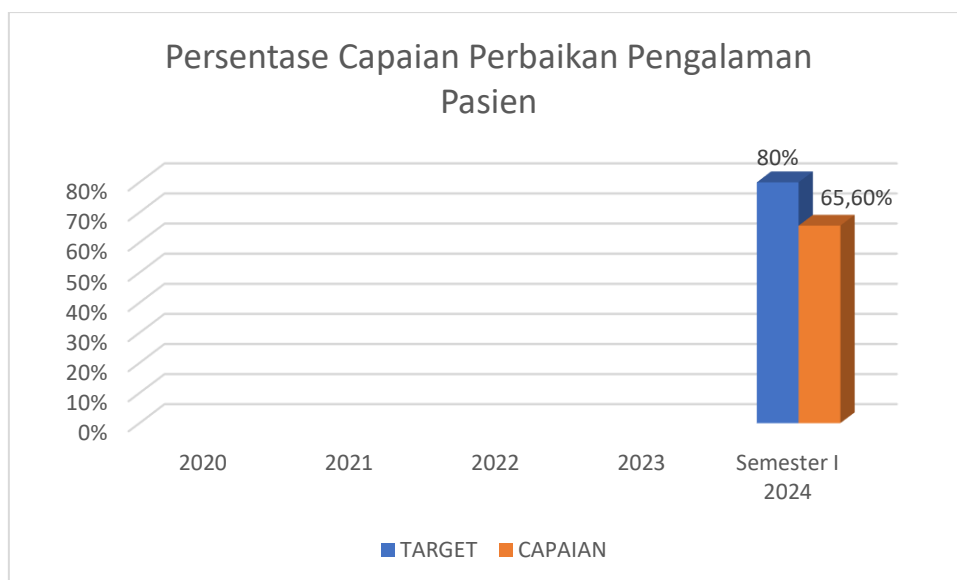
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien pada semester I TAHUN ANGGARAN 2024 sudah mencapai nilai 63%;
- Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada semester I tahun 2024 adalah 61,77% masih belum mencapai standar namun sudah mengalami peningkatan walaupun masih fluktuatif (standar 80%).





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



Kendala dan Permasalahan:

- Gedung TPP, Poliklinik dan farmasi yang letaknya berjauhan;
- Konsistensi petugas untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian masih kurang;
- Komitmen dokter untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang telah disepakati dan ditetapkan belum optimal;
- Pasien yang datang jauh lebih cepat dari jadwal praktik poliklinik walaupun sudah dilakukan edukasi;
- Pengaturan waktu praktik poli reguler dengan eksekutif, visite rawat inap yang belum tepat, masih terdapat overlapping jadwal risiko berpengaruh pada memanjangnya waktu layanan rawat jalan;
- Masih ditemukan pasien dari TPP tidak langsung ke poli yang dituju, begitupun setelah dapat pelayanan dokter pasien tidak langsung menuju farmasi;
- Pendaftaran melalui *RSJMM Care* tidak dapat digunakan untuk mendaftar online karena sedang dalam *maintanance*;
- Penumpukan resep masuk di jam 10.00 – 11.00 WIB masih terjadi sebagai dampak dari ketidaktepatan dokter memulai pelayanan;
- Terdapat beberapa dokter yang menuliskan resep obat rajikan dalam resep manual;
- Tenaga apoteker dan TTK yang tidak sesuai dengan beban kerja;
- SIMRS yang error di beberapa waktu berdampak pada memanjangnya waktu pelayanan farmasi, akibat beberapa resep diproses manual sembari menunggu perbaikan;





- Terdapat jeda waktu layanan yang cukup lama dari pasien dilayani oleh perawat sampai dengan dilayani oleh dokter;
- Penerapan *fingerprint* masih dalam proses uji coba, belum ada SPO terkait penerapan *fingerprint*, penarikan data pada bulan Juni masih terkendala belum dapat ditarik.

17. Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

Grafik 5.17
Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



18. Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

Berdasarkan Hasil yang dicapai pada audit skizofrenia panduan PNPK dan PPK gangguan Skizofrenia di rumah sakit PKJN DR Marzoeeki Mahdi Bogor, simpulan nya adalah:

1. Jenis kelamin penderita skizofrenia yang dirawat untuk Wanita ditemukan peningkatan yang cukup signifikan dimana sudah mendekati 1:1;





2. Kriteria Diagnosa untuk identifikasi adanya tidaknya gejala ditemukan 100% memenuhi kriteria diagnosis yang ditetapkan berdasarkan PPDGJ III, dan untuk kriteria klinis indikasi rawat dilakukan dengan pemeriksaan PANSS EC di IGD dan diikuti dengan pengisian PANSS EC saat keluar dari PHCU ditemukan 100% data pasien terisi lengkap;
3. Kriteria Tatalaksana didapat dari kriteria pemberian obat antipsikotik lebih dari satu jenis disertai obat antikolinergik dan benzodiazepine didapat 100 % diberikan kombinasi ini;
4. Kriteria Outcome klinis dinilai dari kriteria aLOS $\leq$ 18 hari dan perbaikan gejala klinis $>$ dari 20% berdasarkan instrumen PANSS remisi didapat 84,8%.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.18
Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

1. Pemberian terapi non farmakologi saat rawat inap baik psikoedukasi maupun psikoterapi tidak tertulis dengan baik sehingga diperlukan form khusus agar dapat dinilai pemberian secara komprehensif;
2. Penambahan ruang rawat Wanita sudah diperlukan mengingat saat ini perbandingan pasien laki-laki dan perempuan mendekati sama, ini terjadi peningkatan yang signifikan dibanding 6 bulan yang lalu yang masih 1:2
3. Perlu evaluasi yang mendalam mengenai pemilihan dan kombinasi obat psikotropika yang dipakai selama perawatan agar dapat dilakukan penelitian klinis yang mendukung pembelajaran sesuai dengan Evidence Based Medicine.





19. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target

Persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target adalah Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- **Capaian Indikator Nasional Mutu (INM)**

Pada Bulan Juni 2024 dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 indikator, yaitu:

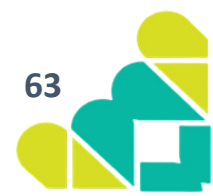
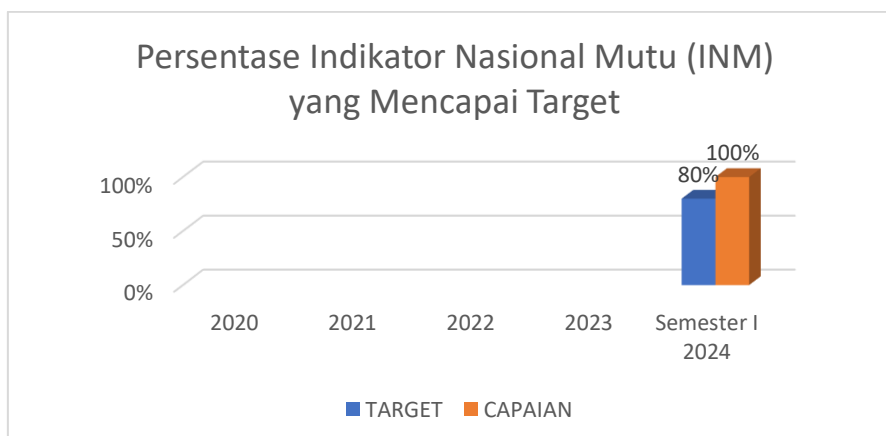
1. Kepatuhan kebersihan tangan;
2. Kepatuhan identifikasi pasien;
3. Waktu tanggap seksio sesaria *emergency*;
4. Penundaan operasi elektif;
5. Kepatuhan waktu visite dokter spesialis;
6. Pelaporan hasil kritis laboratorium;
7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
8. Kepatuhan terhadap *clinical pathway*;
9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
10. Kecepatan waktu tanggap komplain;
11. Kepuasan pasien dan keluarga.

Adapun 2 (dua) indikator yang belum mencapai standar adalah, yaitu:

1. Kepatuhan penggunaan APD pada Semester I Tahun 2024 dengan capaian 98,49%(standar 100%). Capaian selama Semester I Tahun 2024 mengalami tren capaian yang fluktuatif;
2. Waktu tunggu rawat jalan pada Semester I Tahun 2024 dengan capaian 61,39% (standar $\geq 80\%$). Capaian pada Semester I Tahun 2024 mengalami tren capaian yang fluktuatif.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.19
Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



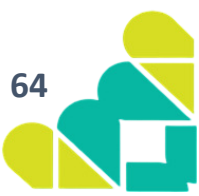


Kendala dan Permasalahan:

- Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI;
- Mesin APM hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP;
- SIMRS terkendala (*error*) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan;
- Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap *task* pada SIMRS di masing-masing unit;
- Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran *by system* ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik;
- Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.

Rekomendasi:

- Melakukan monev dan supervisi kepatuhan penggunaan APD secara rutin dan melakukan reedukasi pada petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD;
- Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang error;
- *Bridging VClaim* sudah selesai dilakukan, namun APM belum dapat mencetak SEP langsung;
- Selalu mengingatkan petugas *security* agar tidak berinisiatif membantu pasien untuk melakukan *entry data* mandiri di mesin APM, karena APM seharusnya dilakukan oleh pasien atau keluarga secara mandiri;
- Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju;
- Optimalisasi Penerapan aplikasi *e-prescribing*;
- Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh *task* yang ada di SIMRS;
- Rapat koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik dan Timker Pelayanan Penunjang untuk pemenuhan *display* jadwal Poli Dokter Spesialis. Display sudah tercetak, namun dari bagian Medik ada perbaikan jam pelayanan Dokter spesialis sehingga belum bisa di display;
- Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian





waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan;

- Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi secara berkala;
- Monev berkala Komite Mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.

20. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN semester I Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar 3%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.20
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Mayoritas kunjungan pasien masih berbasis asuransi JKN.

21. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

Penelitian terpublikasi adalah hasil penelitian staf internal RS. Marzoeeki Mahdi baik sebagai peneliti utama maupun contributor yang dipublikasikan nasional dan atau internasional dalam bentuk abstrak, jurnal, poster atau makalah lengkap.

Sumber pembiayaan internal maupun eksternal.

Target publikasi penelitian adalah:

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





- Tahun 2024 sebanyak 1 penelitian

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

1. Usulan 10%
2. Penilaian Komite Etik Penelitian 10%
3. Lolos dari Uji Etik Penelitian 15%
4. Pelaksanaan penelitian 20%
5. Hasil penelitian 20%
6. Publikasi penelitian 25%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian publikasi penelitian nasional dan/atau internasional semester 1 Tahun Anggaran 2024 adalah N/A. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.21
Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



22. Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi

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

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





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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian peningkatan pelatihan yang tersertifikasi semester 1 Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.22
Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

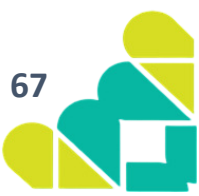


23. Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM Bogor

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

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

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





- Implementasi kemandirian : 20%
- Monitoring dan evaluasi : 20%

Target capaian terhadap tahapan capaian tahun 2023: 100%

Hasil yang dicapai:

- Capaian peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh RSMM semester I Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.23
Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



24. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna

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

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

Target kompetensi mitra yang diampu oleh RSJMM adalah:

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

Tahapan kegiatan peningkatan Kompetensi Mitra yang diampu oleh RSJMM

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





4. Kemandirian layanan (25%).

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

Grafik 5.24
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



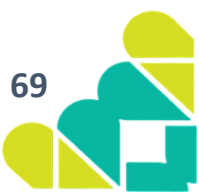
25. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama

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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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





Grafik 5.25
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



26. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya

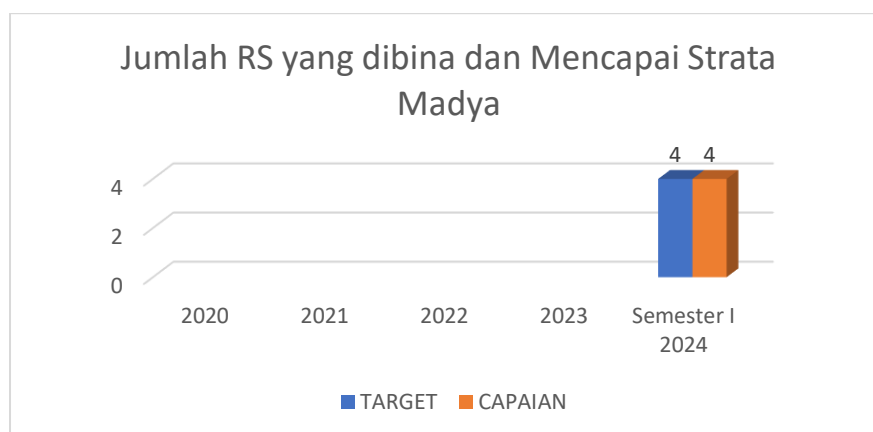
Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata Madya mempunyai tujuan terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan dengan definisi operasional:

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Grafik 5.26
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



27. RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama Internasional

RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama Internasional adalah Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi





kesehatan LN baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Telaksananya kerjasama Internasional

Grafik 5.27
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Rekomendasi:

- Mengembangkan layanan PMHC

28. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi adalah Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki *respon time* kurang dari 1 jam

Target yang ditetapkan :

2021 :60%

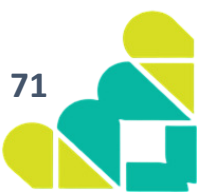
2022: 70%

2023: 85%

2024: 85%

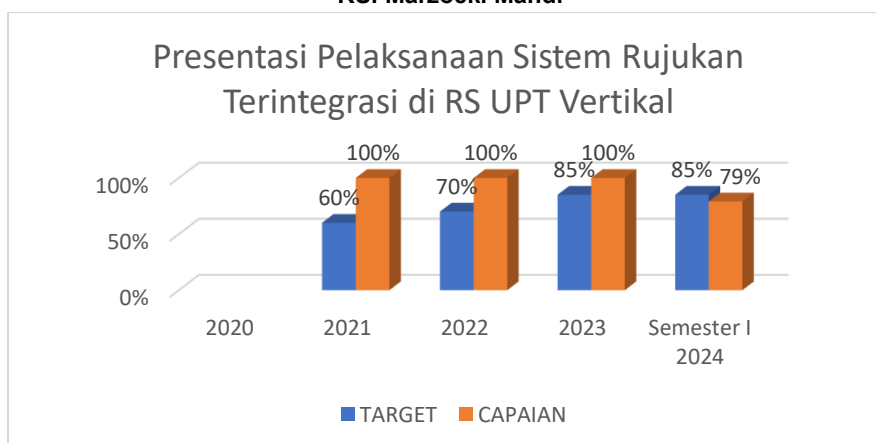
Kondisi yang dicapai saat ini:

- Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RSMM semester I tahun 2024 sudah tercapai sebesar 79% dengan target sebesar 85%. Berikut disampaikan grafik hasil pencapaian indikator Sistrute, yaitu:





Grafik 5.28
Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum ada tim khusus call centre/ admin yang memantau aplikasi rujukan seperti SISROUTE;
- Komputer yang digunakan untuk SISROUTE digunakan pula untuk pengisian elektronik rekam medik (ERM);
- Sistem SISROUTE dapat otomatis terlogout pada waktu tertentu jika tidak di refresh;
- Alur pengaduan SISROUTE belum jelas.

Rekomendasi:

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

29. Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM

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

Targetnya adalah:

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

Tahapannya adalah:





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

a. Manajemen Perubahan

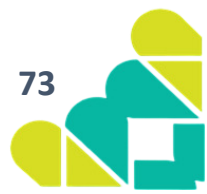
Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Manajemen Perubahan. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) Telah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

b. Penataan Tatalaksana

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penataan Tatalaksana. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) Merubah format Standar Operasional Prosedur (SOP) sesuai dengan SOP- (2). Terdapat e-office; (3). serta sudah menjalankan keterbukaan informasi publik melalui website www.rsmmbogor.com, sehingga masyarakat dapat mengetahui berbagai informasi terkait Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor; (4). memiliki Standar Pelayanan Minimal.

c. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM). Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) merencanakan kebutuhan pegawai yang mengacu





pada kebutuhan; (2) Mengembangkan Pola Mutasi Internal; (3). Melaksanakan Pengembangan pegawai berbasis kompetensi; (4). Melakukan penetapan kinerja individu; (5). Menegakkan aturan disiplin/etika; dan (6). mengembangkan sistem informasi pegawai.

d. Penguatan Akuntabilitas

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

e. Penguatan Pengawasan

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

f. Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah mempunyai Standar Pelayanan Minimal (SPM).

SPM RSMM tahun 2019 telah direview dan sudah disusun draft Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. (3) RSMM Bogor juga sudah mempunyai layanan terpadu yakni sistem informasi integrated. (4) RSMM Bogor





telah melakukan survey layanan kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan yang disediakan oleh RSMM Bogor. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud yaitu:

Grafik 5.29
Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

a. Manajemen Perubahan

- Belum optimalnya proses pendokumentasian kegiatan Manajemen Perubahan di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

b. Penataan Tatalaksana

- Belum Optimalnya review SOP-AP pada unit kerja
- Lemahnya koordinasi pihak-pihak terkait untuk menyelesaikan masalah penyelesaian dan pengajuan SPM RSMM Bogor.

c. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

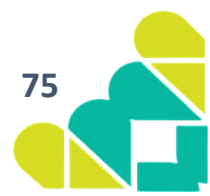
- Kurangnya koordinasi dalam hal monitoring dan evaluasi pemenuhan kebutuhan pegawai, pola mutasi internal. Kurangnya sosialisasi kode etik.

d. Penguatan Akuntabilitas

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

e. Penguatan Pengawasan

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





30. Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi

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

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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

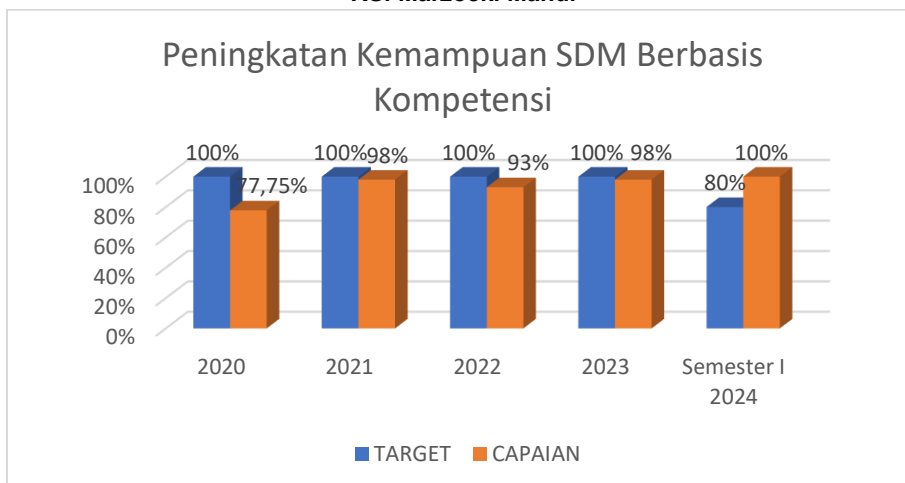
- Peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia berbasis kompetensi, dengan capaian 98% dari target 80%.

Kegiatan yang telah dilakukan:

- a. Mengirimkan pegawai mengikuti Sosialisasi Budaya Kerja Baru Kemenkes
- b. Fasilitasi pengembangan kompetensi baik daring maupun luring
- c. Evaluasi pengukuran nilai indikator kinerja individu
- d. Advokasi rutin dalam apel bulanan
- e. Penataan ruangan kerja untuk peningkatan kinerja
- f. Refreshing SDM dokter dengan manajemen
- g. Reboan Bersama OSDM setiap hari Rabu
- h. Dibuka wadah untuk pengaduan/keluhan pegawai **"The Platter"**

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.30
Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi





Kendala dan Permasalahan:

- Masih diperlukan penguatan bagi pegawai khususnya dalam hal peningkatan kompetensi penelitian;
- Terdapat usulan pengembangan kompetensi oleh Institusi penyelenggara pelatihan yang pendaftarannya bisa diakses secara langsung oleh individual.

Rekomendasi:

- Koordinasi jejaring dalam pelaksanaan pengembangan kompetensi pegawai;
- Melakukan pemetaan kompetensi SDM.

31. Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja

Tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja dinilai dengan Disiplin diukur dengan kehadiran sesuai jam kerja, dengan bobot 70%

Target Kehadiran (Kumulatif) :

>150 jam = 100%

>140-150 jam = 90%

< 140 jam = 80%

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Kegiatan yang telah dilakukan:

- a. Mengirimkan pegawai mengikuti Sosialisasi Budaya Kerja Baru Kemenkes
- b. Fasilitasi pengembangan kompetensi baik daring maupun luring
- c. Evaluasi pengukuran nilai indikator kinerja individu
- d. Advokasi rutin dalam apel bulanan
- e. Penataan ruangan kerja untuk peningkatan kinerja
- f. Refreshing SDM dokter dengan manajemen
- g. Reboan Bersama OSDM setiap hari Rabu
- h. Dibuka wadah untuk pengaduan/keluhan pegawai "**The Platter**"

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud yaitu:





Grafik 5.31
Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- *Staff Shortages*

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

- *Turnover Rates*

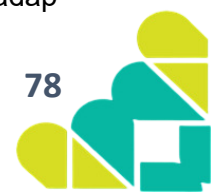
Rasio perputaran SDM yang tinggi dapat menyebabkan kendala kurangnya jumlah staf yang dibutuhkan untuk sebuah Rumah Sakit. Dengan demikian upaya mempertahankan karyawan dengan dedikasi dan kinerja yang baik akan menjadi solusi preventif.

- *Employee Burnout*

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

Rekomendasi:

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





institusi.

32. Overall Equipment Effectiveness (OEE)

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

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

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

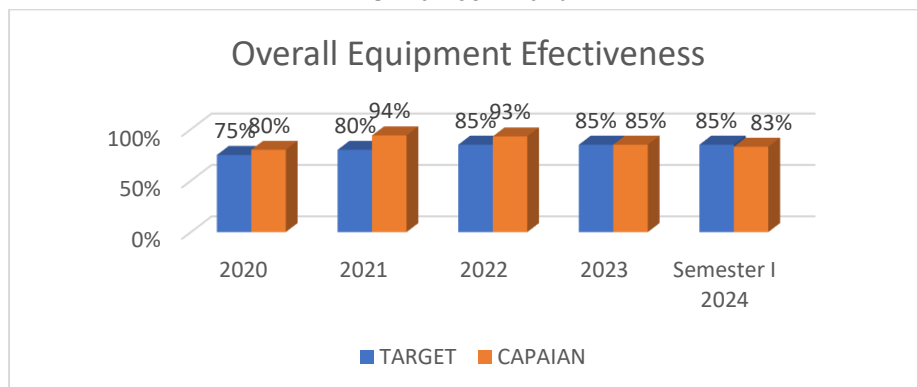
Kualitas (quality) adalah mutu yang dihasilkan oleh suatu alat.

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian indicator OEE pada periode Semester I Tahun Anggaran 2024 mencapai 83,17 % dari target 85%. Jumlah alat yang diukur pada indicator OEE ada 3 macam, yaitu alat ECT, alat TMS (*Transcranial Magnetik Stimulation*) dan alat neurofeedback. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

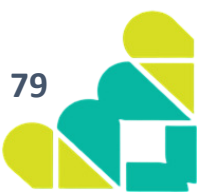
Grafik 5.32
Overall Equipment Effectiveness (OEE) Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

- Penggunaan alat ECT untuk pasien jiwa sampai dengan periode Semester I Tahun Anggaran 2024 masih rendah berkaitan dengan kesediaan dokter spesialis jiwa untuk merujuk pasiennya mendapatkan terapi ini.
- Terdapat kendala berupa ruangan khusus ECT yang baru selesai disiapkan pada sekitar bulan Juni 2024 karena menunggu proses perpindahan ruang ECT ke Ruang Bima yang sempat dipakai untuk relokasi Ruang ICU yang sedang menjalani renovasi.





- Terdapat beberapa sarana dan prasarana ruang pemeriksaan yang kurang layak, seperti bangunan yang kumuh karena menggunakan ruangan pada bangunan lama sehingga terkesan kuno dan kurang representative.

Rekomendasi:

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

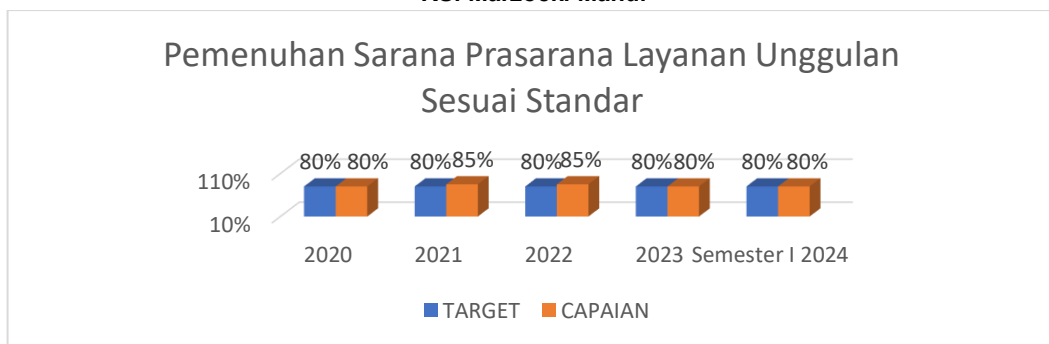
33. Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Grafik 5.33
Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:





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

- Terdapat perubahan pola pemeliharaan bangunan tidak bertingkat Tahun Anggaran 2024, dimana anggaran pemeliharaan yang tersedia hanya difokuskan pada beberapa lokasi bangunan saja dan tidak termasuk untuk bangunan layanan unggulan. Hal ini berpotensi terjadinya kendala dalam upaya pemeliharaan bangunan pada layanan unggulan jika tiba-tiba dibutuhkan,
- Terdapat restriksi (maksimal 85%) pada anggaran belanja barang yang menggunakan anggaran BLU akibat penyesuaian dengan kondisi keuangan RS, hal ini berpotensi menyebabkan beberapa kebutuhan sarana dan prasarana padalayanan unggulan tidak terpenuhi.

Rekomendasi:

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

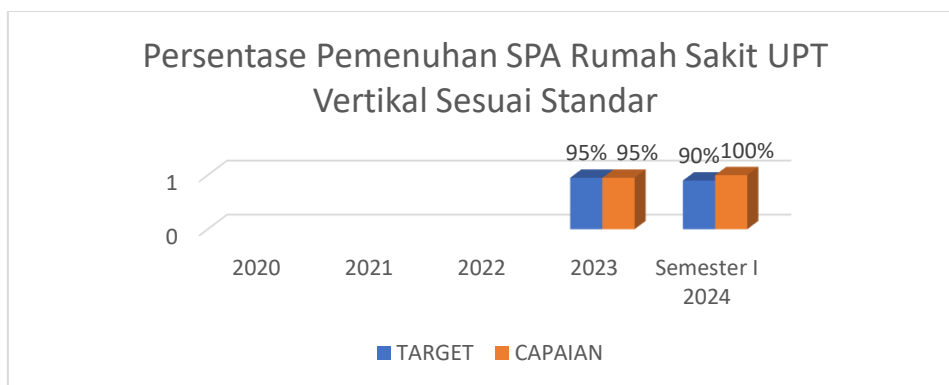
34. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar pada semester I Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 100% dari target 90%. Berikut adalah grafik yang dimaksud.

Grafik 5.34
Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal Sesuai Standar Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:





- Tidak ada kendala

Rekomendasi:

- Belum ada

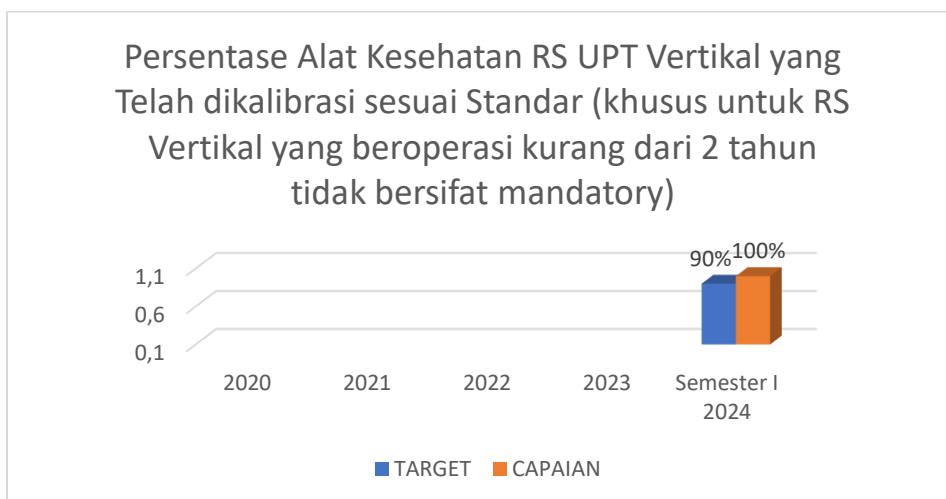
35. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi sesuai Standar (Khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

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



Kendala dan Permasalahan:

- Tidak ada Kendala

Rekomendasi:

- Belum ada





36. Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan

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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 5.36
Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan Semester I Tahun Anggaran 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

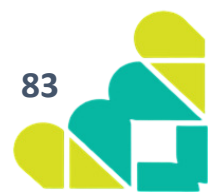


Kendala dan Permasalahan:

- Sistem IT belum terintegrasi secara komprehensif

Rekomendasi:

- Membangun IT terintegrasi secara komprehensif





- Tim SIRS RS terus mengoptimalkan dan rebuild data base

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

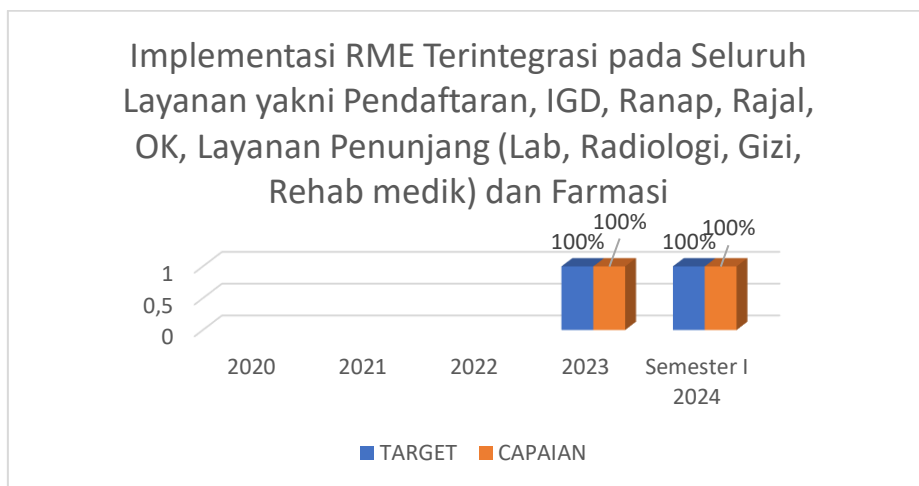
Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

Grafik 5.37

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



Kendala dan Permasalahan:

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





Rekomendasi:

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

5.1.2 Capaian Indikator Kinerja Terpilih Tahun Anggaran 2024

Tabel 5.2
Capaian IKT Tahun Anggaran 2024

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

5.1.3 Capaian Indikator Kinerja Individu Semester I Tahun Anggaran 2024

Tabel 5.3
Capaian IKI TAHUN ANGGARAN 2024

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	SEMESTER I TAHUN ANGGARAN 2024		
					HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)
PELAYANAN MEDIS							
	1	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP)	100%	0,05	84,72%	80	4



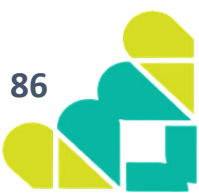


Kepatuhan Terhadap Standar	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0,05	97,06%	100	5
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0,04%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (<i>Psychiatric Intensive Care Unit</i>)/UIP	≤1,5%	0,05	0%	100	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	95,75%	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	60,05 Menit	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0,05	74,2 Menit	75	3,75
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0,05	1.24.00	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0,05	0.47.31	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0,05	0.28.00	100	5
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	80%	0,02	95,26%	100	2
PELAYANAN KEUANGAN							
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1	53,02%	100	10
						JUMLAH TS	97,75
						NILAI IKI	2,00

5.1.4 Target dan Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit Semester I Tahun Anggaran 2024

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

Ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal Di RS Marzoeeki Mahdi diatur juga



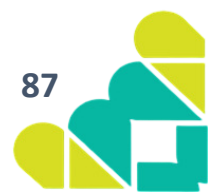


dalam SK Dirut RSM NO. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan.

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

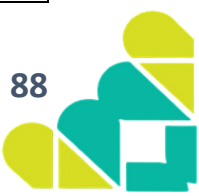
Tabel 5.4
Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat Medik dan Keperawatan

UNIT KERJA	URAIAN
IGD	Dari 12 indikator IGD masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar di Semester I yaitu: 1. Waktu pelayanan pasien di IGD $\leq$ 4 Jam dengan capaian 74,83%, standar 90% 2. Waktu masuk rawat inap $\leq$ 60 Menit dengan capaian 87,77%, standar $\geq$ 90% Kondisi saat ini dan rekomendasi atas indikator waktu pelayanan pasien di IGD $\leq$ 4 Jam dan Waktu masuk rawat inap $\leq$ 60 menit sudah tertuang dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu layanan <i>end to end</i>. Rekomendasi: 1. Berdasarkan hasil evaluasi dengan tim rekam medik, Instalasi Laboratorium, dan Instalasi Gawat Darurat terdapat pengeluaran biaya yang cukup besar untuk pemeriksaan laboratorium pasien di IGD, kiranya dapat dilakukan pemantauan dan pengendalian pemeriksaan laboratorium apa saja yang dapat dilakukan di IGD. 2. Adanya penetapan Clinical Pathway (CP) sejak pasien di IGD.



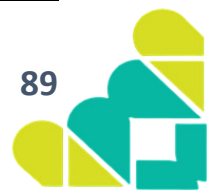


Rawat Jalan	Dari 24 indikator Rawat jalan, masih terdapat 6 indikator yang belum mencapai standarpada Semester I Tahun 2024, yaitu: 1. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) dengan capaian 61,18% standar $\geq 80\%$ 2. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang dengan capaian 61,76%, standar 80% 3. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik dengan capaian 74,80%, standar 90% 4. <i>Antiretroviral Therapy</i> (ART) dengan capaian 58,66%, standar 100% 5. <i>Infeksi Oportunistik</i> (IO) dengan capaian 9,15%, standar 0% 6. Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD) dengan capaian 89,31%, standar 95% Ada 1 indikator yang tidak dapat diukur karena tidak ada pasien, yaitu indikator IDU (<i>Injecting Drug User</i>) Rekomendasi: 1. Rekomendasi atas capaian indikator waktu tunggu rawat jalan, waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, dan ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sudah tercantum dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu layanan <i>end to end</i> dan rekomendasi Indikator Nasional Mutu (INM). 2. Edukasi berobat rutin ke Poli Pita Aruna untuk kontrol sesuai jadwal dan mendapat ART secara rutin 3. Melibatkan pendamping pasien HIV/AIDS untuk program terapi pasien 4. Pentingnya PMO untuk memantau obat pasien dan nutrisi pasien 5. Memastikan bahwa semua ibu hamil mendapat tablet tambah darah (TTD)
Napza	Dari 11 indikator, seluruh indikator sudah mencapai standar Kondisi saat ini: 1. Tingkat pengetahuan pasien di beberapa bulan sebelumnya dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan pasien yang berbeda-beda. Rekomendasi: 1. Pendekatan petugas untuk memberikan pemahaman pada pasien terkait program sesi edukasi Napza untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap program Napza; 2. Melakukan review kembali terhadap pertanyaan untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien agar dapat dipahami oleh seluruh latar belakang pendidikan pasien atau dapat menetapkan kriteria eksklusi untuk pengukuran indikator tersebut; 3. Pertahankan capaian
Rawat Inap	Dari 63 indikator, masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar di Semester I Tahun 2024, yaitu: 1. Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU dengan capaian 58,66%, standar 100% 2. Kriteria pasien masuk dan keluar ICU dengan capaian 97,74%, standar



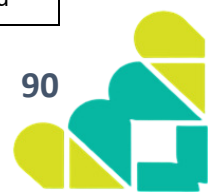


	100% - Pertolongan persalinan melalui SC dengan capaian 58,66%, standar $\leq 20\%$ - Persentase bayi dengan BBLR dengan capaian 17,01%, standar 8% Terdapat 4 indikator yang tidak dapat dilakukan pengukuran karena tidak adanya pasien, yaitu indikator: - Penerapan keselamatan ECT - Waktu tunggu Tindakan ECT - IUD - Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Kondisi saat ini: - Sudah dilakukan upaya komunikasi dengan DPJP terkait terapi yang akan diberikan kepada pasien gaduh gelisah namun respon pasien terhadap program terapi berbeda-beda - Pertolongan persalinan melalui SC tinggi karena RSJMM merupakan rujukan untuk kasus persalinan ibu dengan penyulit - Terdapat ibu yang tidak melakukan IMD karena kondisi ibu yang tidak memungkinkan melakukan IMD (asfixia, HIV+, BBLR, Covid-19) - Terdapat bayi yang tidak mendapatkan asi eksklusif selama perawatan karena ibu dengan kondisi HIV+ - Terdapat pasien yang keluar ICU tidak sesuai kriteria keluar diakibatkan APK Rekomendasi: - Penanganan pasien gaduh gelisah dengan melakukan kolaborasi antara perawat dan DPJP - Optimalisasi medikasi mentosa sesuai dengan rekomendasi DPJP untuk penanganan pasien gaduh gelisah agar mengalami penurunan skor PANSS-EC ≤ 15 dalam waktu ≤ 7 hari dan / atau tidak dirawat kembali di ruang intensif psikiatrisetelah dipindahkan ke ruang stabilisasi - Melakukan review kembali indikator pertolongan persalinan melalui SC, persentase IMD, dan persentase bayi dengan BBLR sesuai dengan kondisi di RSJMM - Melakukan perhitungan sampel sesuai dengan kamus indikator yang telah disepakati - Melakukan pemantauan dan pengendalian biaya pasien yang dirawat inap.
IRP	Seluruh indiakor IRP pada Semester I Tahun 2024 sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan Rekomendasi: - Review indikator Instalasi IRP - Inovasi pelayanan rehabilitasi rehabilitasi psikososial agar ada pembaruan program sesuai dengan minat bakat pasien dan visi misi IRP/PKJN RSMM





	3. Perlu dilakukan validasi data indikator Instalasi IRP sehubungan dengan Kepala Instalasi IRP sebagai PIC Data Instalasi IRP
Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik	Dari 8 Indikator pada Semester I Tahun 2024, seluruhnya sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan. Rekomendasi: 1. Konsistensi dokter spesialis radiologi untuk melakukan pembacaan hasil radiologi sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan; 2. Tindak lanjut realisasi pengadaan PACS; 4. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan radiologi; 5. Pertahankan capaian. 6. Memastikan kepatuhan petugas baik radiographer maupun dokter untuk patuh dalam penggunaan SIMRS secara real time
Laboratorium	Dari 12 indikator pada Semester I Tahun 2024, terdapat 11 indikator sudah tercapai, 1 indikator diukur pertahun yaitu indikator PME. Kondisi saat ini: 1. Sudah dilakukan usulan pemilihan provider agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan secara paperless. Rekomendasi: 1. Memastikan bahwa hasil waktu pelaporan hasil kritis yang terlapor selama ini merupakan waktu yang dibutuhkan sampai hasil lab kritis terinfo pada DPJP; 2. Memastikan tahun 2024 dilakukan PME; 3. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan laboratorium 4. Berkoordinasi dengan Instalasi SIRS terkait proses pengajuan provider untuk hasil pemeriksaan laboratorium paperless;
Farmasi	Dari 18 indikator pada Semester I Tahun 2024, masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar, yaitu: 1. Waktu tunggu pelayanan farmasi dengan capaian 60,34%, standar 80% 2. Kejadian kesalahan persepsan obat (medication error fase persepsan) dengan capaian 0,02%, standar 0% Kondisi saat ini: 1. Standar waktu tunggu pelayanan farmasi 60 menit namun capaian nya masih fluktuatif, capaian waktu tunggu farmasi Semester I Tahun 2024 yaitu 58.54 Menit 2. Sudah dilakukan penyesuaian SDM di Apotek di jam jam puncak resep diterima oleh apotek 3. Sudah dilakukan redesign alur pelayanan farmasi untuk mempercepat waktu layanan namun belum berpengaruh signifikan untuk mempercepat waktu





	layanan 4. Jam masuk resep tidak tersebar merata sejak pagi, ada jam jam tertentu mulai terjadi penumpukan resep (sekitar pukul 11.00 WIB keatas) 5. Beberapa resep terkendala pada proses pengkajian karena perlu berkoordinasi terlebih dahulu dengan instalasi VAPP 6. Terdapat beberapa resep yang masuk terjadi kesalahan dalam proses peresepan obat Rekomendasi: 1. Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task obat serah pada SIMRS 2. Komitmen petugas Instalasi VAPP untuk cepat tanggap merespon jika ada kendala pengkajian obat pasien BPJS, jika memungkinkan ada 1 Instalasi VAPP yang ditempatkan di Farmasi Apotek 3. Penambahan / pemenuhan SDM Apoteker menyesuaikan dengan ABK yang sudah dibuat 4. Meningkatkan kepatuhan petugas untuk melengkapi formulir laporan insiden dan investigasi sederhana untuk kejadian medication error baik fase pemberian maupun fase peresepan 5. Melakukan supervisi terkait pelayanan resep oleh Kepala Unit dan/atau Kepala Instalasi Farmasi 6. Mengoptimalkan peresepan obat melalui e-prescribing dan mensosialisasikan pedoman e-prescribing pada para dokter untuk menghindari kesalahan dalam meresepkan obat
--	---





Gizi	Dari 16 indikator pada Semester I Tahun 2024, terdapat 3 indikator yang belum mencapai standar, yaitu: 1. Persentase balita underweight dengan capaian 24,11%, standar 17% 2. Prevalensi balita stunting dengan capaian 27,78%, standar 28% 3. Prevalensi balita wasting dengan capaian 24,16%, standar 9,5% Rekomendasi: 1. Koordinasi dengan Puskesmas setempat untuk penanganan balita underweight, stunting, dan wasting di komunitas 2. Promosikan dan dukung pemberian asi eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi 3. Memberikan suplementasi gizi pada ibu hamil dan menyusui 4. Pemberian makanan tambahan untuk anak balita dan mengajarkan ibu tentang pemberian makanan pendamping asi (MP-ASI) yang bergizi dan tepat waktu 5. Memastikan bahwa balita dan keluarganya memiliki akses yang memadai untuk mendapat pangan yang bergizi 6. Beri makanan tambahan dengan gizi seimbang / nutrisi terapeutik untuk kasus- kasus yang parah yang dapat mengancam jiwa 7. Edukasi terkait balita wasting, pentingnya gizi seimbang di keluarga dan komunitas 8. Pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan dan penanganan gizi buruk dan penyuluhan praktik pemberian makanan yang tepat untuk balita
-------------	--

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional, Semester I Tahun Anggaran 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5

Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

UNIT KERJA	URAIAN
Keuangan dan BMN	Pada Semester I Tahun 2024 dari 14 indikator keuangan dan BMN, masih terdapat 5 indikator yang belum mencapai standar, yaitu: 1. Perputaran aset tetap dengan capaian 0,57%, standar >20% 2. Imbalan atas aset tetap dengan capaian 0,09%, standar >6% 3. Imbalan ekuitas dengan capaian 0,06%, standar >8% 4. Tingkat pertumbuhan pendapat dengan capaian 13,07%, standar 2,5% 5. Perputaran persediaan dengan capaian 47,79 hari, standar 30 -35 hari Terdapat 1 indikator yang diukur persemester yaitu tingkat efisiensi anggaran. Rekomendasi: 1. Optimalisasi pengelolaan aset untuk meningkatkan pendapatan operasional 2. Meningkatkan pendapatan BLU dari pendapatan pelayanan, kerjasama dengan pihak lain, sewa, dll. 3. Lakukan pengukuran tingkat efisiensi anggaran





Perencanaan Program, Evaluasi dan Anggaran	Pada Semester I Tahun 2024, dari 2 indikator perencanaan sudah mencapai standar, 1 indikator belum mencapai standar yaitu: 1. Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen dengan capaian 58,82%, standar 60% Terdapat 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu: 1. Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan Rekomendasi: 1. Pertahankan capaian yang sudah tercapai 2. Melakukan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen yang belum dilakukanevaluasi 3. Lakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur
Hukum dan Hubungan Masyarakat	Dari 7 indikator pada Semester I Tahun 2024, 4 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu: 1. Persentase pelaksanaan perjanjian Kerjasama 2. Ketersediaan informasi jadwal dokter poliklinik Kondisi saat ini: 1. Sudah silakukan sosialisasi pada indikator mutu Tim kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat yang belum terukur dan akan mulai dilakukan pengukuran bulan selanjutnya; 2. Ketersediaan informasi jadwal dokter di poliklinik terkendala menunggu perubahanjadwal praktik dari Pelayanan Medik saat ini informasi jadwal dokter baru terdisplaypada website rumah sakit dan perlu dipastikan kebaruan informasi jadwal praktik dokter yang terupload 3. Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit akan diukur setiap satutahun sekali Rekomendasi: 1. Menyediakan informasi terkait jadwal praktik dokter di poliklinik yang dapat diaksesoleh pasien 2. Melakukan survei tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit padatahun 2023 yang belum dilakukan dan di tahun 2024 3. Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal 4. Melakukan <i>survei patient experience</i> 5. Melakukan pengukuran terkait kesesuaian PKS dengan realisasinya



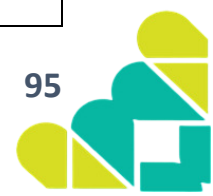


Tata Usaha dan Rumah Tangga	Dari 18 indikator pada Semester I Tahun 2024, 15 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang belum tercapai, yaitu: 1. Terlaksananya program manajemen cleaning service dengan capaian 88,46%, standar 100% 2. Petugas keamanan bersertifikasi pengamanan BHD, PPI Dasar, Kesiapsiagaan Bencana dengan capaian 83,73%, standar 100% Terdapat 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran yaitu pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC). Rekomendasi: 1. Melakukan pelatihan pengamanan BHD, PPI Dasar, dan Kesiapsiagaan Bencana pada seluruh petugas keamanan 2. Memastikan terpenuhinya sarana dan prasarana layanan unggulan yang ada di RSJMM (Layanan Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)
CSSD dan Binatu IPSRs	Dari 13 indikator pada Semester I Tahun 2024, 12 indikaotor sudah tercapai Terdapat 1 indikator yang belum dapat dilakukan pengukuran yaitu Baku Mutu Binatu Rekomendasi : 1. Feedback kepada ruang rawat inap terkait kepatuhan sentralisasi linen 2. Melakukan monev alkes di ruang rawat inap 3. Mengoptimalkan sentralisasi alkes steril di ruang ranap, ICU, kamar operasi, dan Poli gigi untuk mencegah adanya alkes yang expired





Kesling dan K3RS	Dari 11 indikator pada Semester I Tahun 2024, 8 indikator sudah tercapai. Terdapat 2 belum dilakukan pengukuran, yaitu : 1. Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset) 2. Ketepatan waktu pemeliharaan sarana dan prasarana 1 indikator yang diukur persemester yaitu kelas rawat inap sesuai standar dan menunngu ruangan selesai direnovasi Rekomendasi: 1. Lakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur 2. Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kelas rawat inap 3. Dokumentasi pencatatan respon time pelayanan IPSRS (laporan dari ruangan danwaktu tanggapnya realtime) 4. Memantau proses pengajuan ulang perpanjangan surat laik operasiona yang sudahhabis masa berlakunya sejak bulan Agustus 2023 Melakukan inventris sarana dan prasarana yang ada di RS agar dapat diukur apakah sarpras tersebut sudah terpelihara secara rutin atau tidaknya Dari 23 indikator pada Semester I Tahun 2024, 8 yang sudah tercapai Terdapat 12 indikator yang belum tercapai, yaitu: 1. Capaian Implementasi DELH 2. Capaian toilet yang memenuhi standar 3. Capaian baku mutu pangan olahan siap saji 4. Capaian baku mutu suhu udara gedung penyimpanan bahan makanan basah 5. Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam 6. Capaian angka bebas jentik 7. Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor.grill 8. Capaian sludge volume 30 9. Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap 10. Capaian pemberian vaksin hepatitis B bagi pegawai 11. Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai 12. Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai • Terdapat 1 indikator yang belum keluar hasil yaitu : Capaian baku mutu air limbah • Terdapat 1 indikator yang belum dapat terlaksana, yaitu: Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai • Terdapat 1 indikator yang tidak dapat diukur, yaitu: a. Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit (tidak ada pengerjaan proyek) Kondisi saat ini: • Masih terdapat permasalahan pada toilet beberapa diantaranya lantai,
------------------	--





	flusing yang bermasalah, dan aliran air yang tidak lancer • DELH masih terdapat beberapa parameter yang tidak memenuhi syarat • Baku mutu olahan pangan masih ditemukan penjamah makanan (salmonella) dan masih ada yang ditemukan e-coli • Suhu udara gudang terdapat di beberapa tempat yaitu chiller, cooler, dan freezer yang tidak memenuhi syarat suhu gudang • Bank sampel tidak memenuhi standar disebabkan ada yang tidak tersedia sampel makanan dari pagi s.d sore, atau sudah dibuang sebelum 2 x 24 jam baik di diklit maupun di dapur • Masih ditemukan jentik nyamuk ditempat yang diperiksa • Terdapat kebocoran jalur IPAL yang menyebabkan lumpur tidak bagus sehingga SV30 tidak mencapai standar • Kualitas lingkungan tidak memenuhi syarat, Sebagian besar ruang jiwa tidak menggunakan modifikasi udara ruanga dan berpengaruh pada kualitas udara lingkungan • Terdapat 1 kejadian KTD pada pegawai yang diakibatkan kekerasan terhadap pegawai oleh pasien yang terjadi di Bulan Juni • Terdapat 4 kejadian insiden pegawai (Januari 1 kejadian, Maret 2 kejadian, Juni 1 kejadian) Rekomendasi: 1. Optimalisasi pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 2. Standar toilet di RS dengan luas 20 m2, terdiri dari: • Toilet umum • Toilet disabilitas di area public • Toilet ruangan • Toilet pasien • Toilet pegawai 3. Handrail pada toilet disabilitas 4. Hal yang perlu diperhatikan dalam hygiene toilet • Pemisahan toilet (pria dan wanita) • Air bersih • Kloset • Wastafel • Air limbah • Lantai • Letak toilet • Ventilasi • Tempat sampah
--	---





	5. Pengecekan rutin toilet setiap jam (lembar checklist) 6. Monev Instalasi K3KL untuk toilet area publik terutama terkait lantai, flushing, dan aliran air lancar memenuhi syarat toilet yang bersih dan nyaman 7. Memastikan dan menjaga kebersihan dan sanitasi di area produksi pangan mulai dari peralatan, area kerja, kebersihan tangan untuk menghindari kontaminasi silang serta pemilihan bahan baku berkualitas tinggi dan bebas dari kontaminasi 8. Mengontrol dan mengevaluasi suhu dan parameter lain yang relevan untuk memastikan produk baku mutu suhu udara gedung penyimpanan bahan pangan basah 9. Mengingatkan kembali terkait penyimpanan sampel pangan 2 x 24 jam baik di diklit maupun di gizi 10. Pengendalian lingkungan yang berpotensi menjadi tempat perkembangan nyamuk, jika ada genangan air yang sulit dihindari atau dikelola gunakan larvasida, penyemprotan insektisida untuk mengendalikan populasi nyamuk dewasa, dan pemantauan rutin untuk mengidentifikasi area-area dimana nyamuk berkembang biak atau area-area yang menjadi titik fokus penyebaran pemantauan rutin untuk mengidentifikasi area-area dimana nyamuk berkembang biak atau area-area yang menjadi titik fokus penyebaran 11. Kebersihan yang ketat di tempat yang menjadi sarang potensial bagi lalat, tutup makanan yang tidak digunakan, bersihkan sisa-sisa makanan dan minuman yang dapat menarik lalat, pasang perangkap lalat / repelan lalat yang efektif, mengelola sampah dengan baik dan pastikan tersimpan dalam wadah yang tertutup rapat, pemantauan rutin 12. Melakukan pengajuan perbaikan bocoran distribusi IPAL dan pemberian bakteri tambahan 13. Memastikan ventilasi ruangan rawat inap dapat berfungsi dengan baik untuk memastikan sirkulasi udara yang cukup serta memonitor suhu dan kelembaban di ruangan untuk memastikan kenyamanan pasien dan mencegah pertumbuhan jamur dan bakteri yang merugikan 14. Pengukuran dan pelaporan insiden secara elektronik dan lakukan investigasi/RCA 15. Melakukan sosialisasi dan/atau edukasi kepada seluruh pegawai akan kesadaran dan pentingnya untuk melaporkan setiap insiden dan/atau aksiden yang dialami 16. Memastikan ketersediaan APD yang memadai, lakukan pengawasan secara teratur berlakukan sanksi/konsekuensi yang sesuai bagi pekerja yang melanggar aturan penggunaan APD, sampaikan aturan pentingnya penggunaan APD, dan lakukan evaluasi rutin tingkat kepatuhan APD dan identifikasi area-area dimana perbaikan diperlukan 17. Rekomendasi untuk mencegah kekerasan pegawai oleh pasien: • Melakukan penilaian dan mengidentifikasi risiko kekerasan pasien • Memberikan pelatihan pada staf terkait teknik de-eskalasi dan manajemen kekerasan dan cara mengidentifikasi tanda-tanda awal perilaku kekerasan, menggunakan teknik komunikasi yang efektif dan empatik
--	---





Rekam Medik	• Memastikan lingkaran yang aman terpantau, tersedia ruangan yang terpisah untuk pasien risiko tinggi kekerasan • Adanya SPO (ada prosedur keamanan yang ketat misal tombol panik yang dapat digunakan staf disituasi darurat • Menyediakan kegiatan terapi yang dapat menurunkan tingkat stres pasien • Menerapkan komunikasi yang efektif, libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan dorong mereka untuk mengutarakan jika merasa tidak nyaman atau terancam • Intervensi medis sesuai kondisi medis dan psikologis yang mungkin memicu perilaku kekerasan • Kolaborasi antar disiplin untuk menangani pasien dengan risiko kekerasan Dari 10 indikator pada Semester I Tahun 2024, terdapat 1 indikator yang belum mencapai standar yaitu kepatuhan pengisian elektronik rekam medik. Rekomendasi: 1. Revisi pedoman ERM sesuai standar PMK ERM dan KMK standar akreditasi rumah sakit. 2. Melengkapi buku pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan symbol 3. Melakukan sosialisasi pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan symbol pada seluruh PPA 4. Monev dan supervisi kepatuhan pengisian ERM 5. Himbauan kepada seluruh PPA untuk patuh dalam mengisi ERM 6. Feedback kepada seluruh PPA terkait kepatuhan ERM 7. Updating kode diagnosis sesuai dengan ICD X 8. Koordinasi Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk kelengkapan formulir ERM yg di revisi ataupun usulan formulir baru untuk dimasukkan kedalam ERM 9. Memberikan feedback rutin tatalaksana klaim BPJS berdasarkan pada berita acara kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG
SIRS	Dari 8 indikator SIRS pada Semester I Tahun 2024, sudah tercapai 4 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu: 1. Waktu tanggap down time ≤ 5 menit 2. Persentase realisasi program sistem informasi 3. Tingkat efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit 4. Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri Keempat indikator tersebut sudah dilakukan pembahasan dengan Instalasi SIRS dan akan mulai dilakukan pengukuran di tahun 2024 Rekomendasi: 1. Validasi data indikator SIRS





	- Identifikasi kebutuhan terkait IT di RS - Pemetaan prioritas pemenuhan IT di RS - Pemenuhan SDM SIRS sesuai ABK - Melakukan pelatihan SDM SIRS untuk pengetahuan terkait software - Maintenance jaringan dan software secara periodik - Pengadaan server sesuai dengan kapasitas dan spesifikasi yang dibutuhkan - Usulan server eksternal - Usulan door lock ruang server untuk keamanan data - Kerjasama dengan eksternal terkait mirroring data - Optimalisasi aplikasi RSJMM Care - Dukungan manajemen terhadap kebutuhan teknologi informasi di RS - Segara menyelesaikan bridging Vclaim dan penerbitan SEP dari APM - Menjaga kestabilan internet - Pengukuran pada 4 indikator yang belum diukur
VAPP	Seluruh indikator VAPP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan. Rekomendasi: - Koordinasi Tim Casemix terkait penagihan klaim - Pertahankan capaian
PKRS	Seluruh indikator PKRS sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan. Rekomendasi: - Kolaborasi dengan unit terkait tentang masalah pasien di RS dan di komunitas - Koordinasi internal dan eksternal untuk proses pemulangan pasien - Optimalisasi edukasi di masyarakat untuk PROGNAS, Kesehatan Jiwa, dan Program RSJMM lainnya - Koordinasi dengan Timker Pelayanan Keperawatan terkait penjemputan pasien ACT - Penyediaan media edukasi yang bisa diakses secara online melalui barcode
ULP	Dari 8 indikator ULP pada Semester I Tahun 2024, sudah tercapai 6 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang tidak dapat terukur yaitu indikator tingkat komponen dalam negeri (TKDN) karena tidak ada pembelian alkes dan Proses negosiasi ulang kontrak karena tidak ada proses negosiasi
Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)	Dari 5 indikator Perintis APEL pada Semester I Tahun 2024, 1 indikator udah tercapai, 2 indikator tidak ada kejadian insiden, 1 indikator kepuasan pelanggan tidak dapat terukur karena tidak ada pengunjung yang mengisi survei, dan 1 indikator belum mencapai standar yaitu ketersediaan sarana dan prasarana. Rekomendasi: - Pemenuhan sarana dan prasana untuk menunjang pelayanan pengembangan bisnis sesuai dengan kebutuhan. - Memastikan agar pengunjung mengisi survei kepuasan pelanggan





Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian Semester I Tahun Anggaran 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.6
Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

UNIT KERJA	URAIAN
Organisasi dan SDM	Dari 8 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM pada Semester I Tahun 2024, seluruh indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan, yaitu: 1. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis 2. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) 3. Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja 4. Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar 5. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan 6. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 7. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 8. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu Rekomendasi: 1. Perlu dilakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur 2. Pemenuhan kebutuhan ABK rumah sakit (rekrutmen/mutasi internal Kementerian Kesehatan) 3. Feedback presensi kepada seluruh pegawai 4. Aplikasi e-kinerja untuk mengukur kinerja individu pegawai rumah sakit 5. Penerapan <i>reward and punishment</i> untuk pegawai yang melakukan pekerjaannya sesuai dengan tugas dan fungsi, tugas tambahan, dan inovasi 6. Rapat koordinasi direktorat SPU untuk pembagian indikator sesuai SOTK yang baru
Pendidikan dan Pelatihan	Dari 2 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM pada Semester I Tahun 2024, sudah tercapai 1 indikator, perlu dipertahankan. Masih terdapat 1 indikator yang belum tercapai, yaitu: 1. Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal dengan capaian 0,07%, standar 5% Rekomendasi: 1. Pemetaan kebutuhan pelatihan pegawai sesuai dengan standar persyaratan jabatan 2. Pemenuhan usulan kebutuhan peningkatan kompetensi pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya





Diklat	Dari 10 indikator Diklat pada Semester I Tahun 2024, 1 indikator belum tercapai, yaitu: - Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun dengan capaian 5,88%, standar 80% (Target TW 1 = 20%, TW 2 = 40%, TW 3 = 60%, TW 4 = 80%) Rekomendasi: - Mapping pelatihan pegawai - Memfasilitasi kebutuhan pelatihan pegawai agar tercapai pelatihan minimal 20 jam pertahun
Penelitian	Pada Semester I Tahun 2024, dari 3 indikator tim kerja penelitian belum dapat diukur, yaitu: - Penelitian klinis oleh staf internal - Penelitian non klinis oleh staf internal - Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional Rekomendasi: - Lakukan pengukuran pada indikator tim kerja penelitian; - Motivasi pegawai untuk melakukan penelitian di RS - Kerjasama dengan instansi lain untuk pembiayaan penelitian - Reward untuk pegawai yang melakukan penelitian

5.1.5 Pencapaian Kinerja Direktorat, SPI dan Komite

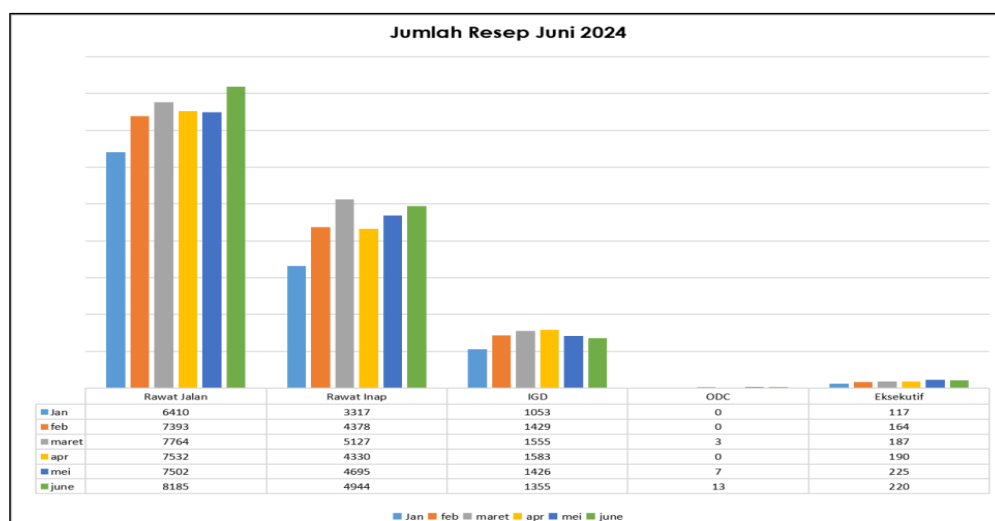
5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan

5.1.5.1.1 Tim kerja Pelayanan Penunjang

1. Pelayanan Farmasi

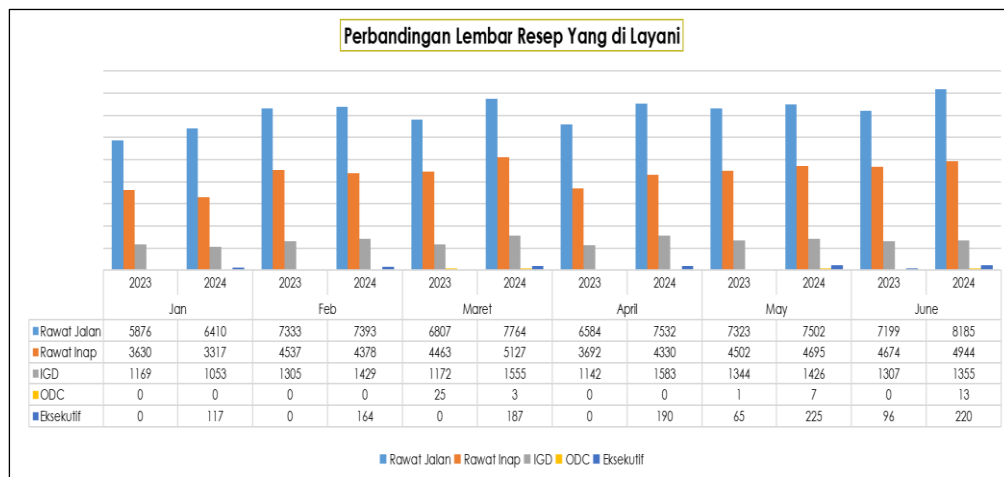
a. Pelayanan Resep

Grafik 5.38 Jumlah Lebar Resep Per Pelayanan Januari - Juni 2024





Grafik 5.39 Perbandingan Jumlah Pelayanan Resep Tahun 2023 dan 2024



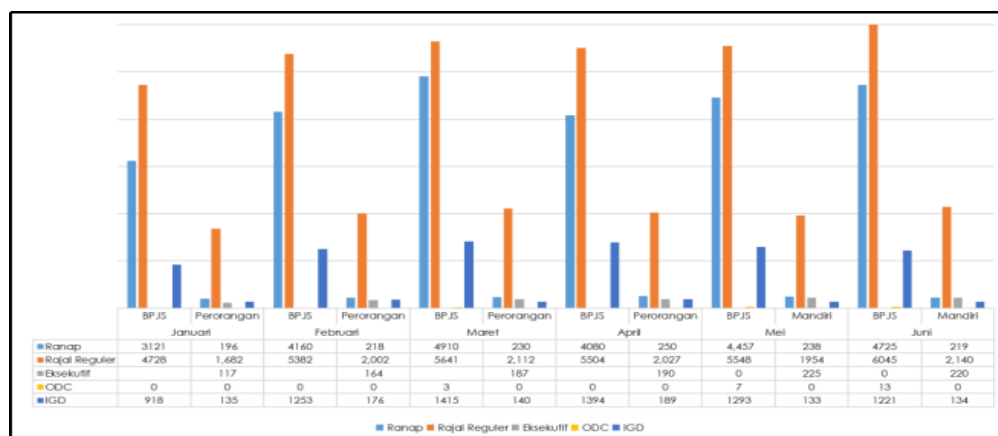
Tabel 5.7 Pertumbuhan Jumlah Pelayanan Resep Tahun 2024

Pelayanan	Januari	Februari	Maret	April	May	June
Rawat Jalan	9%	1%	14%	14%	2%	14%
Rawat Inap	-9%	-4%	15%	17%	4%	6%
IGD	-10%	10%	33%	39%	6%	4%
ODC	0%	0%	-88%	0%	600%	0%
Eksekutif	0%	0%	0%	0%	246%	129%

Jika dibandingkan tahun 2023, tahun 2024 terjadi peningkatan jumlah lembar resep yang dilayani.

b. Pelayanan Resep berdasarkan Jenis Pembayaran

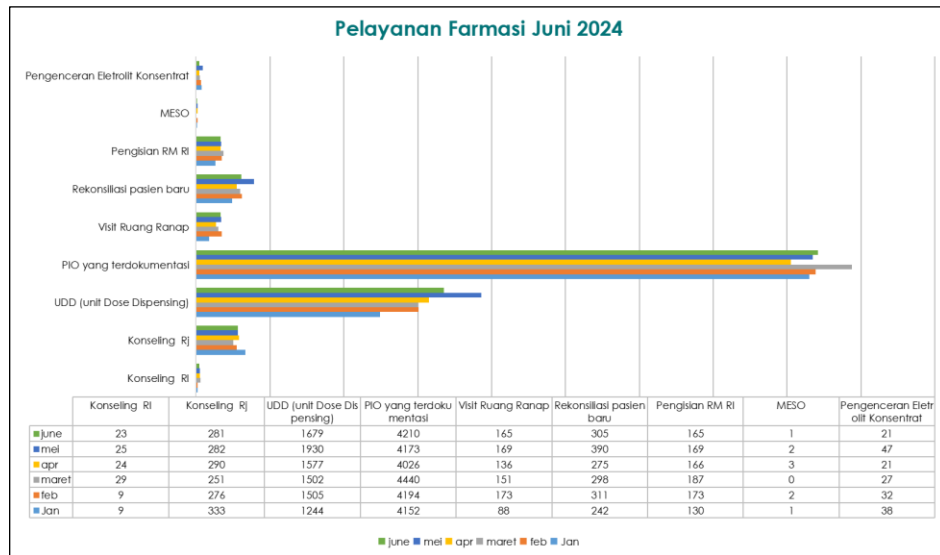
Grafik 5.40 Jumlah Resep Per Rekanan Cara Bayar Tahun 2024





c. Pelayanan Kefarmasian

Grafik 5.41 Jumlah Resep Per Rekanan Cara Bayar Tahun 2024



d. Capaian Indikator Mutu Instalasi Farmasi

Tabel 5.8 Capaian Indikator Mutu Farmasi Januari - Juni 2024

No	Indikator	Standar	Capaian					
			Januari	Februari	Maret	April	Mei	Jun
1	Waktu tunggu obat jadi	< 30 menit	29 menit	27 menit	24 menit	28 menit	27 menit	28 menit
2	Waktu tunggu obat racik	≤ 60 menit	57 menit	57 menit	60 menit	58 menit	58 menit	59 menit
3	Kepatuhan obat sesuai formas	> 80%	97.41%	97.05%	96.82%	96.89%	97.04%	97.06%
4	Kepatuhan obat sesuai formularium RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Tidak ada kesalahan pemberian obat fase peresepan	0%	0.02%	0.01%	0.01%	0.03%	0.04%	0.01%
6	Tidak adanya kesalahan fase pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Kepatuhan Penggunaan APD Dalam melaksanakan Tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Ketersediaan obat sesuai formularium rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Ketersediaan Sarana dan Prasarana Hand Hygiene	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Kepatuhan Menyiapkan Elektrolit konsentrat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Perencanaan Tahunan Obat Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 80%	84%	81%	80%	80%	80%	80%
13	Perencanaan Tahunan BMHP Memenuhi TKDN Minimal 25%	≥ 50%	53%	53%	54.6%	52.17%	50.26%	43%
14	Tidak Ada Reagen yang Expired dalam Tahun Berjalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15	Kepatuhan Petugas Untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan di aplikasi SIMRS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%





e. Kendala, Hambatan dan Tindak Lanjut

Tabel 5.9 Kendala, Hambatan dan Tindak Lanjut Instalasi Farmasi

NO	CAPAIAN	KENDALA DAN HAMBATAN	TINDAK LANJUT
1	<i>Dispensing Sediaan Steril</i> (Pengenceran Elektrolit Pekat) Kcl 7,4%, MgSO ₄ 40% dan Meylon	Kondisi ruangan <i>dispensing sediaan steril</i> masih belum memenuhi syarat: 1) tekanan di ruangan pengenceran tidak memiliki tekanan yang lebih positif dibandingkan ruangan di sekitarnya karena tidak ada pengaturan udara keluar masuk ruang pengenceran. 2) Suhu ruang pencampuran belum memenuhi persyaratan, berdasarkan pengamatan suhu yang dicapai adalah 22.8.3 °C – 25,6 °C sedangkan persyaratan ruangan adalah 18 – 22 °C. Demikian juga dengan kelembaban ruangan mencapai 55 – 63 % sedangkan persyaratannya adalah 35 – 50 %.	Mengajukan pendingin ruangan dan pengatur kelembaban untuk ruangan dispensing sediaan steril.
2	Kegiatan Pelayanan Farmasi Klinis <i>Visite</i> , <i>rekonsiliasi Obat</i> , <i>Monitoring Efek Samping Obat (MESO)</i> dan <i>Pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)</i>	1. Aplikasi rekam medik elektronik pasien rawat inap untuk kegiatan rekonsiliasi obat, pengisian CPPT dan Pelaporan Efek samping Obat (ESO) belum dapat diakses oleh farmasi klinis 2. Keterampilan dan pengetahuan Apoteker klinis masih perlu ditingkatkan, sehubungan	Pencatatan kegiatan rekonsiliasi Obat, Visite, pengisian SOAP apoteker dan Monitoring Efek Samping Obat (MESO) di catat dalam Form manual Mengajukan usulan integrasi form rekonsiliasi obat, CPPT apoteker dan





NO	CAPAIAN	KENDALA DAN HAMBATAN	TINDAK LANJUT
		dengan semakin bertambahnya ruang lingkup pelayanan farmasi klinis untuk pemantauan terapi pasien di ruang rawat inap	MESO dalam SIMRS <i>Inhouse training</i> dan <i>brain storming internal</i> untuk meningkatkan kompetensi Apoteker Klinis
3	Kejadian <i>medication Error</i>	1. Masih terjadi penulisan Identitas pasien yang tidak lengkap pada resep, nomor rekam medis sehingga resiko terjadi KNC, termasuk nama ruangan rawat inap. 2. Resep seringkali tidak disertai dosis, aturan pakai dan cara pakai. Dengan adanya <i>e-prescribing</i> potensi ketidak lengkapan dosis, aturan pakai dan cara pakai berkurang signifikan	Koordinasi dan konfirmasi dengan DPJP penulis resep





NO	CAPAIAN	KENDALA DAN HAMBATAN	TINDAK LANJUT
4	Peresepan Sesuai Formualrium Nasional	1. Penulisan obat di luar formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit resep fornas 97,06 %, Persentase kepatuhan penulisan resep obat fornas untuk pasien rawat inap (96,00 %) relatif lebih rendah dibandingkan dengan peresepan untuk pasien rawat jalan (97,56 %)	1. sosialisasi mengenai regulasi penulisan obat sesuai fornas dan restriksi penulisan resep obat non Fornas dari jumlah dan nilai harga obat perlu ditetapkan 2. Hal ini perlu edukasi ke DPJP untuk menuliskan di resume pulang dan ceklist resep prioritas jika penulisan dilakukan di





NO	CAPAIAN	KENDALA DAN HAMBATAN	TINDAK LANJUT
4	Pelayanan Resep Rawat Inap	Peresepan untuk pasien pulang rawat inap terutama psikiatri masih ada yang belum sesuai dituliskan di resume pulang, sehingga terjadi miskomunikasi dan resep tidak dilayani karena belum waktu peresepan.	menu resep rawat inap bukan resume pulang. 3. Baik rajal dan ranap akan menggunakan salinan resep (tidak ada lagi resep manual dari dokter). 4. Pasien ranap yang obatnya perlu beli keluar, dokter yang meresepkan akan menuliskan di catatan obat atau bagian racikan bahwa obat tersebut untuk diberikan salinan resep dibeli keluar oleh keluarga pasien. Hal ini berlaku untuk pasien perorangan. 5. Untuk pasien ranap BPJS diresepkan obat fornas, bila yang diresepkan obat patennya maka dilayani ganti dengan generiknya (tidak diberi salinan resep untuk beli keluar)





NO	CAPAIAN	KENDALA DAN HAMBATAN	TINDAK LANJUT
5	Pelayanan resep IGD dan paket OK	Belum aturan baku mengenai pelayanan obat non Fornas atau tidak sesuai restriksi Fornas namun sangat diperlukan di IGD, contoh PCT Infus, Albumin Kondisi saat ini 1. Resep IGD dengan obat non Fornas diberikan sebanyak satu kali pemakaian selama memang dibutuhkan untuk kasus emergency, misal SNMC bisa diberikan untuk pasien dengan SGOT dan SGPT tinggi, neurobion inj untuk pasien low intake. 2. Sedangkan untuk obat yang terdapat restriksi bisa diberikan untuk 1x pemakaian sesuai diagnosa, sisanya dilayani di rawat inap	Usulan aturan baku untuk pemberian obat Non Fornas atau obat di luar restriksi Fornas
6	Waktu Tunggu Obat Jadi (WTOJ) dan Waktu Tunggu Obat Racikan (WTOR)	Juni 2024 berkurangnya personil TTK (2 orang resign, 1 orang pensiun, dan 1 orang mutasi, total 4 orang pegawai), sehingga terjadi kekurangan personil di IFRS pada saat <i>Peak hours</i> terjadi penumpukan resep	1. Pengaturan kembali SDM dan alur pelayanan di Instalasi Farmasi 2. Pengaturan ruang tunggu pasien 3. Pengusulan perubahan dalam
7	SIMRS	1. Penulisan resep yang belum muncul di sistem farmasi, penulisan aturan pakai dan diagnose pada	koordinasi dengan SIMRS untuk perbaikan SIMRS





NO	CAPAIAN	KENDALA DAN HAMBATAN	TINDAK LANJUT
		catatan obat. 2. Untuk racikan, penulisan nama racikan oleh dokter penulis resep/farmasi harus dengan penamaan racikan lengkap (isi racikan per sediaan) sehingga memudahkan penulisan dan perhitungan dosis obat ke depannya. 3. Adanya <i>bugs</i> di no antrian pada SIMRS. Selain muncul no antrian yang sama (double), juga ada no antrian kosong. 4. Tidak bisa menghapus penerimaan barang karena kesalahan administrasi, bisa dikerjakan dengan metode retur dan input ulang pemesanan / pembelian. Saat penarikan data pembelian terjadi double data pembelian barang yang sama, sehingga jumlah data pembelian tidak tepat 5. Pada menu penerimaan barang sub menu Daftar Penerimaan tidak muncul daftar nama barang yang telah diterima/diinput, sehingga menyulitkan verifikasi untuk penginputan barang yang pengirimannya beberapa kali dari satu Surat Pesanan.	

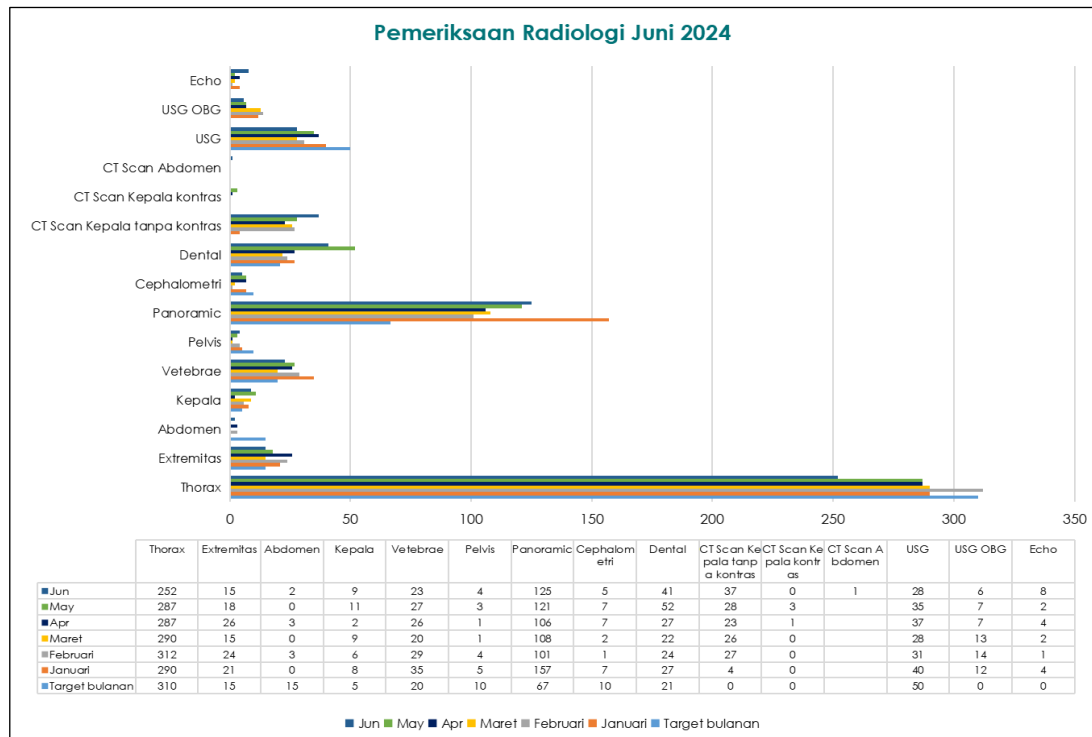




2. Pelayanan Radiodiagnostik, Imaging dan Elektromedik

a. Pemeriksaan Radiologi

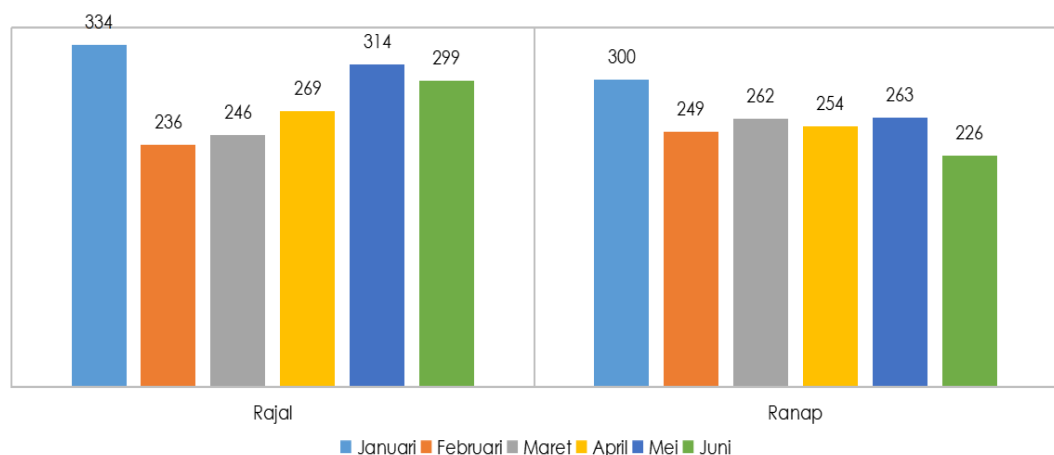
Grafik 5.42 Pelayanan Radiologi dan Imaging Januari - Juni 2024



Grafik 5.43 Pelayanan Radiologi dan Imaging Berdasarkan Asal Layanan

Januari - Juni 2024

Pemeriksaan Radiologi Berdasarkan Asal Pasien



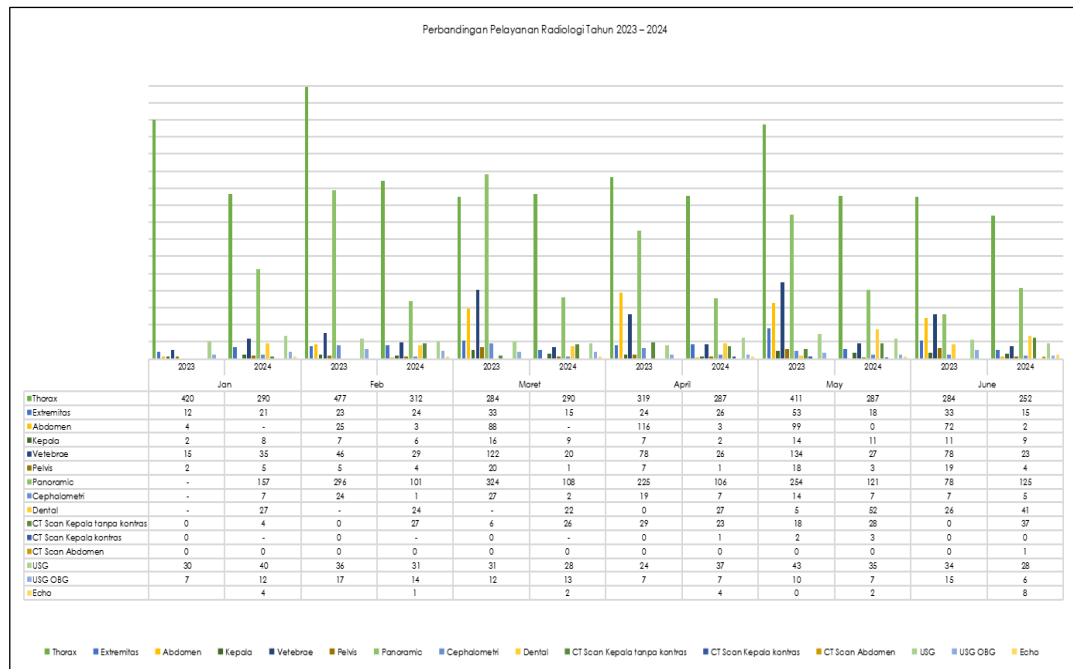
Jumlah pasien pada bulan Juni tanggal 1 sampai dengan tanggal 30 tahun 2024 ini mencapai 525 orang dengan jumlah pemeriksaan sebanyak 542. Jumlah pasien **Berkurang sebanyak 9.01 %** dibandingkan bulan sebelum nya, bulan mei yaitu 577 pasien. Untuk jumlah pemeriksaan nya **Berkurang juga sebanyak 8.75 %** dibandingkan bulan sebelum nya yaitu bulan Mei sebanyak 594 pemeriksaan.





Hampir Seluruh jenis pemeriksaan mengalami penurunan jumlah pemeriksaan nya dibandingkan bulan mei tahun 2024. Pemeriksaan Thorax masih mendominasi jumlah pemeriksaan .paling banyak dibandingkan pemeriksaan yang lain nya, yaitu sebanyak 252. Kemudian pemeriksaan panoramic sebanyak 125. Pemeriksaan CT Scan mengalami **Peningkatan 15%** dari bulan mei yaitu sebanyak 38 pasien, dengan rincian pemeriksaan ct scan kepala polos sebanyak 37 pasien, kemudian pemeriksaan ct scan Abdomen kontras sebanyak 1 pasien.

Grafik 5.44 Perbandingan Jumlah Pelayanan Radiologi Tahun 2023 dan 2024



Tabel 5.10 Pertumbuhan Layanan Radiologi dan Imaging

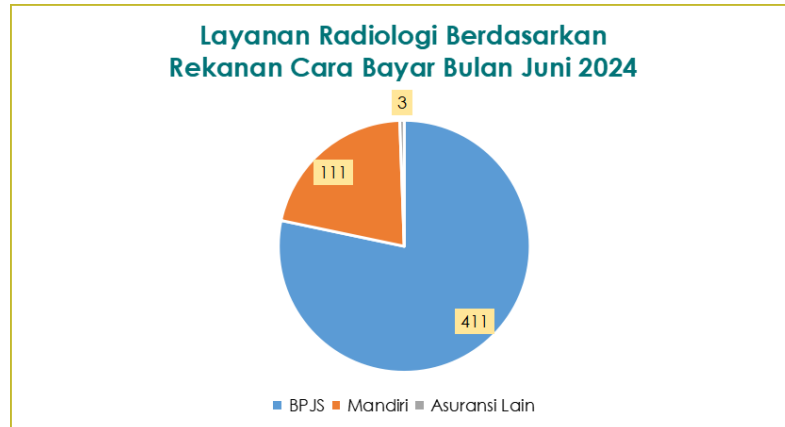
Pertumbuhan	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni
Thorax	-31%	-35%	2%	-10%	-30%	-11%
Extremitas	75%	4%	-55%	8%	-66%	-55%
Abdomen	-100%	-88%	-100%	-97%	-100%	-97%
Kepala	300%	-14%	-44%	-71%	-21%	-18%
Vetebrae	133%	-37%	-84%	-67%	-80%	-71%
Pelvis	150%	-20%	-95%	-86%	-83%	-79%
Panoramic	0%	-66%	-67%	-53%	-52%	60%
Cephalometri	0%	-96%	-93%	-63%	-50%	-29%
Dental	0%	0%	0%	0%	940%	58%
CT Scan Kepala tanpa kontras	0%	0%	333%	-21%	56%	37%
CT Scan Kepala kontras	0%	0%	0%	0%	50%	0%
CT Scan Abdomen	0%	0%	0%	0%	0%	1%





Pertumbuhan	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni
USG	33%	-14%	-10%	54%	-19%	-18%
Echo	4%	1%	2%	4%	2%	8%

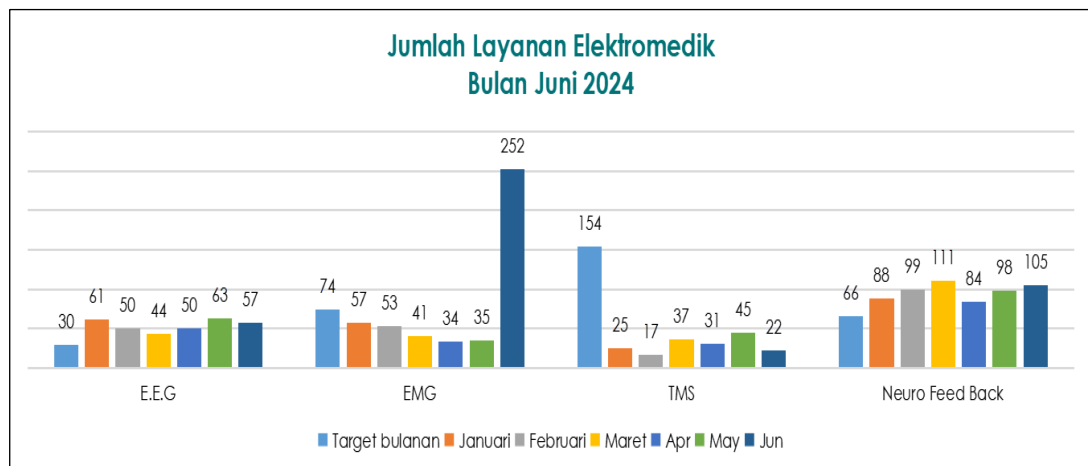
Grafik 5.45 Jumlah Pemeriksaan Per Rekanan Cara Bayar Tahun 2024



Pembayaran jaminan (BPJS) cukup mendominasi dibandingkan dengan pembayaran tunai.

b. Pemeriksaan Elektromedik

Grafik 5.46 Pemeriksaan Elektromedik Januari - Juni 2024

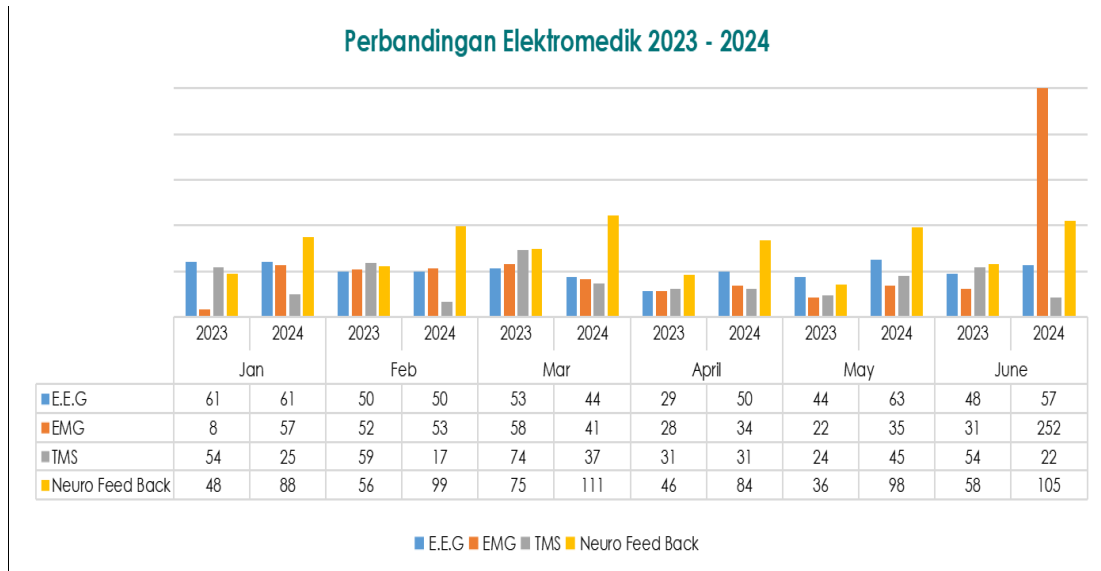


Pelayanan Elektromedik ada peningkatan pada pelayanan EMG dan Neurofeedback, sedangkan untuk EEG masih rata-rata dan untuk TMS tidak ada peningkatan pelayanan.





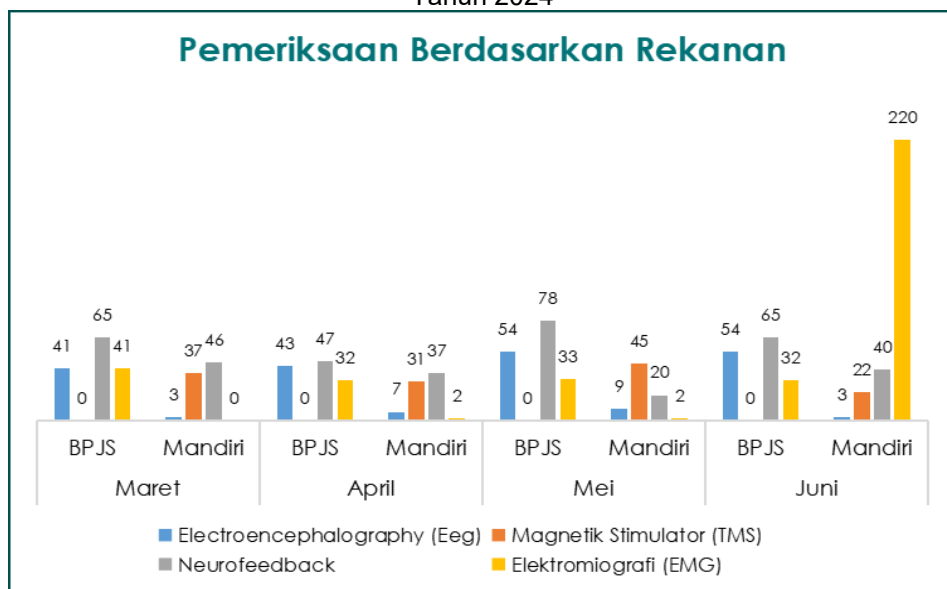
Grafik 5.47 Perbandingan Layanan Elektromedik Tahun 2023 dan 2024



Tabel 5.11 Pertumbuhan Layanan Elektromedik Tahun 2024

Layanan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
E.E.G	0%	0%	-17%	72%	43%	19%
EMG	613%	2%	-29%	21%	59%	713%
TMS	-54%	-71%	-50%	0%	88%	-59%
Neuro Feed Back	83%	77%	48%	83%	172%	81%

Grafik 5.48 Jumlah Pemeriksaan Elektromedik Per Rekanan Cara Bayar Tahun 2024



Terkait cara bayar pasien pada layanan Elektromedik, untuk layanan yang sudah dapat di cover BPJS maka lebih banyak penggunaanya dibanding dengan yang non BPJS, namun pada bulan Juni terlihat pengguna EMG yang biasa didominasi oleh cara bayar BPJS, sebanyak 220 pasien menggunakan cara bayar perorangan.





c. Capaian Mutu Instalasi Radiologi, Imaging dan Elektromedik

Tabel 5.12 Capaian Mutu Pelayanan Radiologi, Imaging dan Elektromedik
Januari - Juni 2024

Indikator	Standar	Capaian					
		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	1:25:00	1:13:00	1:26:00	1:13:00	1:22:00	1:24:00
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi RJ (WTPR Rawat Jalan ≤ 60 menit)	80%	92,53% (99/107)	93,04% (107/125)	95,18% (79/83)	93,18% (82/88)	89,6% (78/87)	96,59% (83/88)
Waktu tunggu Pemeriksaan Thorax	≤30 menit	00:06:53	00:06:20	00:06:28	00:05:57	00:06:36	00:06:18
Waktu Tunggu Pelayanan Ultrasonografi (USG)	≤ 180 menit	00:42:54	00:43:46	00:39:32	00:45:55	00:47:10	00:36:42
Waktu Tunggu Elektromedik	≤60 menit	00:19:02	00:18:26	00:20:01	00:16:56	00:11:06	00:20:06
Persentase Kerusakan Foto	≤2%	0,17%	0,35% (2/569)	0,19% (1/518)	0,55% (3/518)	100%	0,19% (1/524)
Tidak Ada Kesalahan Pemberian Label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pelaporan Nilai Kritis	≤30 menit	00:08:00	00:20:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00

Dari seluruh indikator yang ditargetkan sudah terpenuhi sesuai standar yang telah ditetapkan.

d. Kendala Dan Rencana Tindak Lanjut

1) Kendala :

- Belum tersedianya alat yang dapat mengirimkan gambar seperti CT Scan ke DPJP untuk Pembacaan hasil di luar RS dan pengiriman hasil radiologi ke pasien
- Pengiriman gambar hasil menggunakan Whatsaap pribadi dengan spesifikasi terbatas dalam pengiriman gambar dan kualitas gambar
- DPJP Radiologi kesulitan dalam melakukan ekspertise gambar CT scan yang dikirim melalui WA mesangger karena kurang jelas, sedangkan SIMRS belum support
- Pelayanan Radiologi bergantung pada permintaan dari poliklinik, namun karena jumlah kasus di poliklinik tidak banyak yang membutuhkan radiologi, berpengaruh pada jumlah kunjungan di radiologi

2) Rencana Tindak Lanjut

- Mengoptimalkan kualitas gadget untuk mengirim file gambaran radiograf.
- Mengajukan usulan penggunaan PACS

3) Rekomendasi

- Segera realisasi penggunaan PACS
- Memfasilitasi alat telekomunikasi yang memiliki spesifikasi yang sesuai dengan kebutuhan



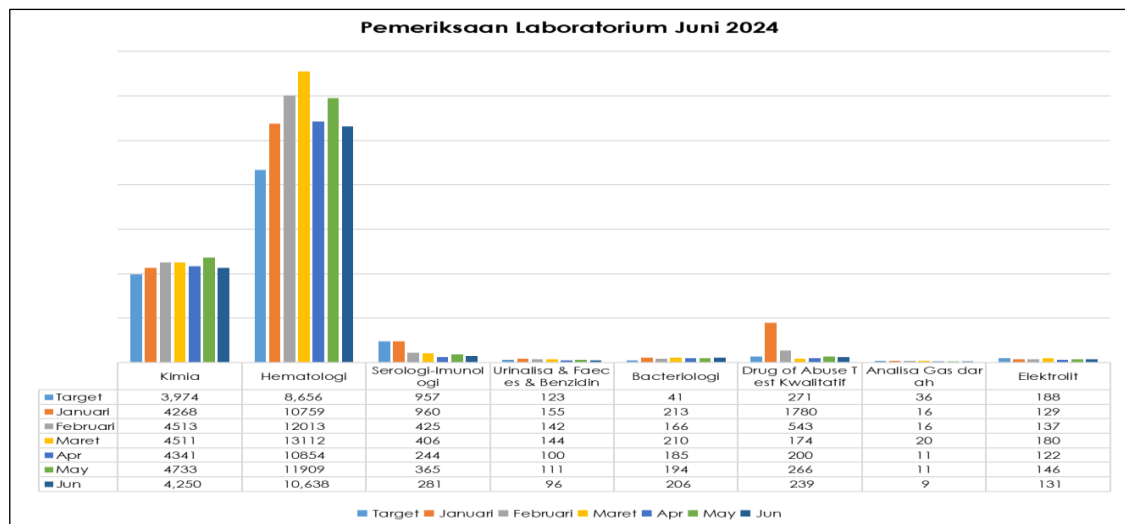


- c) Otomatisasi sistem informasi hasil ke dokter dan pasien melalui SIMRS,
- d) Kerja sama dengan pihak luar terkait pemeriksaan MCU untuk meningkatkan kunjungan dan pendapatan radiologi.

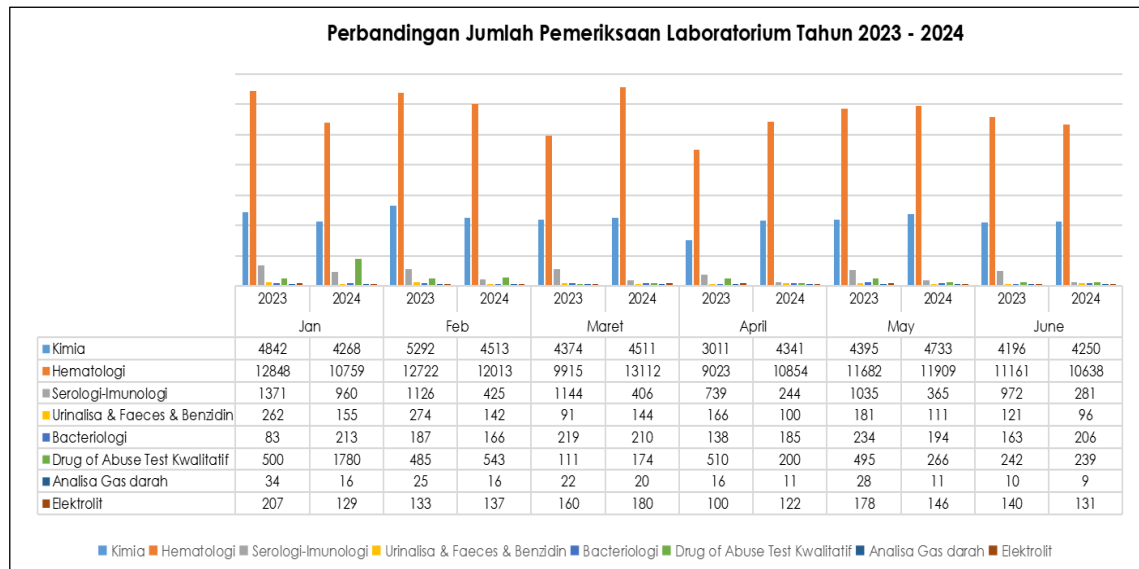
3. Pelayanan Laboratorium

a. Pemeriksaan Laboratorium

Grafik 5.49 Pemeriksaan Laboratorium Januari - Juni 2024



Grafik 5.50 Perbandingan Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2023 dan 2024





Tabel 5.13 Pertumbuhan Layanan Laboratorium

Pemeriksaan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
Kimia	-12%	-15%	3%	44%	8%	1%
Hematologi	-16%	-6%	32%	20%	2%	-5%
Serologi-Imunologi	-30%	-62%	-65%	-67%	-65%	-71%
Urinalisa & Faeces & Benzidin	-41%	-48%	58%	-40%	-39%	-21%
Bakteriologi	157%	-11%	-4%	34%	-17%	26%
Drug of Abuse Test Kwalitatif	256%	12%	57%	-61%	-46%	-1%
Analisa Gas darah	-53%	-36%	-9%	-31%	-61%	-10%
Elektrolit	-38%	3%	13%	22%	-18%	-6%

Jumlah pemeriksaan laboratorium pada bulan Juni 2024 mengalami penurunan dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan pada akhir bulan Mei 2024. Hal ini dipengaruhi oleh permintaan pemeriksaan dokter dan kunjungan pasien ke RS. Jika dievaluasi dari bulan Januari sampai dengan Juni jumlah kunjungan maupun jumlah specimen masih menunjukkan grafik fluktuatif naik turun. Kunjungan pasien untuk pemeriksaan laboratorium belum meningkat begitu pesat. Maka masih harus terus dilakukan promosi dan kerjasama ke layanan faskes lain, agar dapat meningkatkan jumlah kunjungan.

b. Capaian Indikator Mutu Instalasi Laboratorium

Tabel 5.14 Capaian Indikator Mutu Laboratorium Januari - Juni 2024

No	Indikator	Standar	Capaian					
			Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Waktu Tunggu Pelayanan Lab (WTPL)	< 120 menit	0:43:22	0:50:46	00:46:29	01:01:10	00:47:56	00:47:31
2	Tidak Adanya Kejadian Tertukarnya Specimen Pemeriksaan Lab	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Efektifitas Penggunaan Labu Darah	> 90%	100%	100%	97,10%	100%	100%	100%
5	Angka Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Lab	5%	0.00%	0.00%	0.03%	0.03%	0.00%	0.00%
7	Pelaporan Nilai Kritis	< 5 menit	0:01:02	0:01:24	0:02:42	0:01:23	0:01:02	0:01:59
8	Waktu Tunggu Pelayanan Cito	< 50 menit	0:20:50	0:18:50	0:19:08	0:20:57	0:19:26	0:19:41

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa :

a) Capaian Indikator SPM Laboratorium pada bulan Juni 2024, secara keseluruhan





tercapai sesuai dengan standar yang ditetapkan.

- b) Pada bulan Juni 2024 data WTPL pasien mencapai target >120 menit, yaitu 0 jam 47 menit 31 detik. Capaian WTPL pada bulan Juni 2024 mengalami penurunan ,jika dibandingkan dengan capaian WTPL pada bulan Mei 2024.
- c) Capaian Angka pengulangan specimen pada bulan Juni 2024 yaitu 0,0 % , tidak adanya pengulangan pengambilan .
- d) Pada bulan Juni 2024 tidak ditemukan insiden berupa kesalahan penyerahan hasil maupun tertukarnya specimen laboratorium.
- e) Untuk Efektifitas penggunaan labu darah pada bulan Juni 2024 mencapai 100%.

c. Kendala Dan Rencana Tindak Lanjut

- 1) Kendala
 - a) Untuk kegiatan pelayanan darah: pelayanannya masih terbatas. Unit belum mampu untuk menyediakan labu darah yang pengelolaannya secara mandiri. Hal ini karena ruangan pelayanan untuk BDRS masih dalam tahap renovasi, sedangkan peralatan penunjang BDRS sudah ada.
 - b) Hasil laboratorium paperless belum sepenuhnya berjalan, karena masih ada beberapa kendala seperti ruangan rawat inap hasil laboratorium kadang tidak dapat diakses.
 - c) Pengembangan kompetensi Tenaga Laboratorium masih kurang, misal untuk petugas BDRS.
 - d) Belum tersedianya tenaga kesehatan D3 Tranfusi Darah, guna menunjang pelayanan bank darah.
 - e) Integrasi hasil laboratorium belum optimal, masih ditemukan data hasil laboratorium tidak bisa terlihat saat pasien control ke Poli Rajal maupun hasil pasien IGD yang akan masuk ke Ranap.
 - f) Alat centrifuge yang belum bisa beroperasi karena masih menunggu penggantian sparepart. Dan juga alat pemeriksaan dilab cito tidak bisa mengirimkan hasil secara otomatis, dikarenakan alat terkena petir kembali dan belum ada perbaikan.
 - g) Dengan adanya kondisi alam yang tidak terduga seperti petir dan sering terjadinya mati lampu, serta listrik yang tidak stabil, ini sangat mempengaruhi kinerja alat. Karena sudah ada beberapa alat yang tidak bisa beroperasi dikarenakan masalah tersebut.
 - h) Penginputan hasil pemeriksaan tidak lagi otomatis, dikarenakan alat penunjang pengirim hasil rusak akibat petir dan lonjakan listrik. Sehingga penginputan dilakukan manual, hal ini dapat mempengaruhi waktu tunggu hasil pemeriksaan menjadi lama.



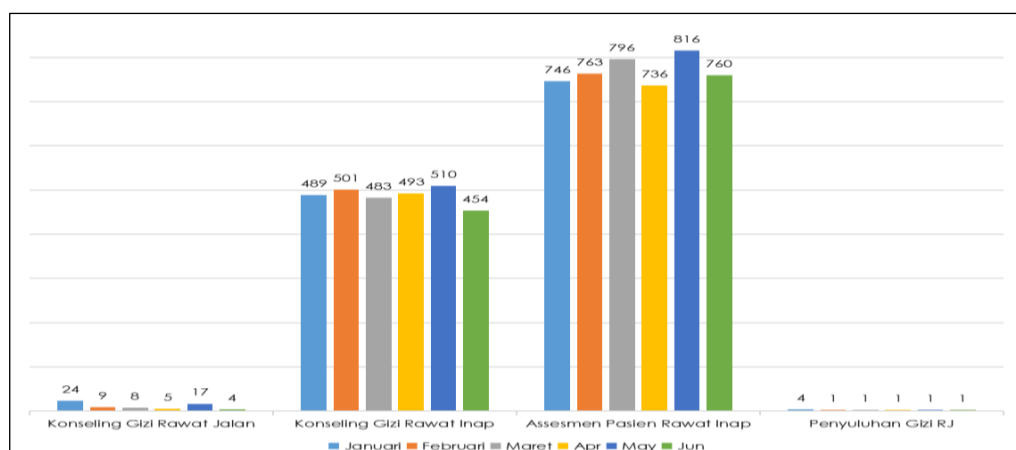


- 2) Rencana Tindak Lanjut
 - a) Melengkapi sarana dan prasarana, khususnya untuk ruangan BDRS.
 - b) Optimalisasi penggunaan alat- alat Laboratorium, terutama alat-alat penunjang pemeriksaan BDRS yang sampai saat ini belum beroperasi karena gedung BDRS belum tersedia.
 - c) Pengajuan untuk pembuatan instalasi Grounding untuk menghindari terjadinya lonjakan arus listrik serta untuk keamanan alat-alat penunjang.
 - d) Pengembangan Sumber daya manusia dengan mengirimkan petugas Laboratorium untuk mengikuti pelatihan – pelatihan.
 - e) Memaksimalkan integrasi LIS dengan SIMRS untuk mempermudah dalam proses pelayanan pelanggan dan pengolahan data.
 - f) Mempertahankan capaian indikator mutu yang sudah tercapai dan selalu melakukan evaluasi terhadap indikator mutu yang belum tercapai.
 - g) Pengajuan penggantian sparepart pada alat-alat yang rusak.
 - h) Pengembangan SIMRS untuk hasil laboratorium secara online (paperless)
 - i) Mengajukan penambahan tenaga kesehatan D3 Transfusi Darah, untuk menunjang pelayanan bank darah.
- 3) Rekomendasi
 - 1 Perlu diupayakan untuk peningkatan mutu pelayanan Laboratorium dengan melaksanakan pelatihan bagi semua petugas laboratorium.
 - 2 Dilakukan monitoring terus menerus terhadap mutu layanan laboratorium, terutama untuk peningkatan kinerja laboratorium.
 - 3 Perlu diupayakan khusus untuk peningkatan kunjungan pasien ke laboratorium dengan melaksanakan promosi tentang layanan pemeriksaan laboratorium

4. Pelayanan Gizi

a. Pelayanan Ahli Gizi

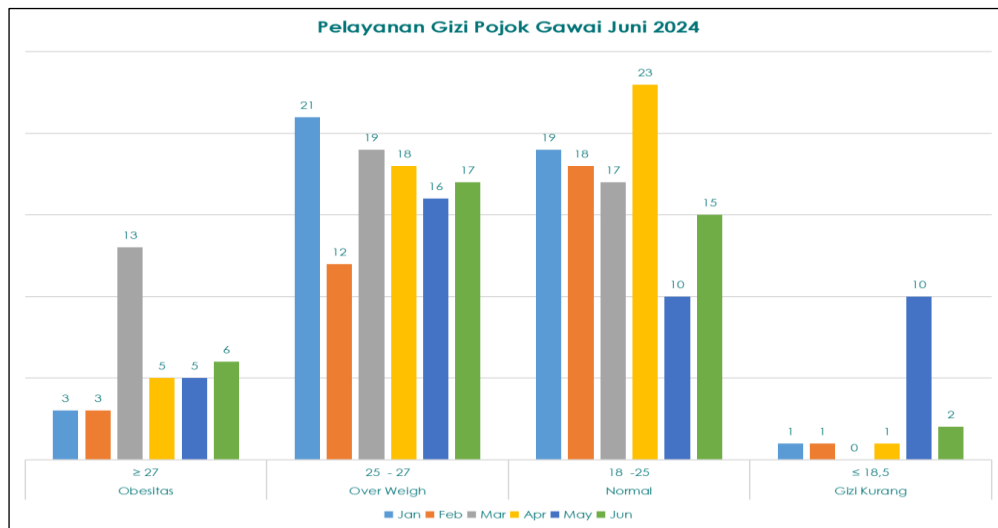
Grafik 5.51 Pelayanan Instalasi Gizi Januari - Juni 2024





b. Pelayanan Inovasi

Grafik 5.52 Pelayanan Gizi Pegawai Januari - Juni 2024



c. Capaian Indikator Mutu

Tabel 5.15 Capaian Indikator Mutu Gizi Januari - Juni 2024

No	Indikator	Target	Capaian					
			Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Ketepatan waktu pemberian diet/makanan kepada pasien	≥ 90%	94.6%	91.9%	93.5%	90.3%	90.7%	91.5%
2	Kepuasan Pelanggan terhadap pelayanan gizi di ruang rawat inap	85%	85.5%	86.3%	86.9%	85.7%	86.7%	86.9%
3	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	≤ 20%						
	Makanan pokok		18.8%	17.7%	18.7%	19.8%	18.7%	19.8%
	Lauk hewani		11.5%	16.7%	16.5%	15.4%	18.7%	16.5%
	Lauk nabati		13.5%	17.7%	18.7%	17.6%	19.8%	15.4%
	Sayur		15.6%	18.8%	19.8%	18.7%	17.6%	18.7%
4	Tidak ada Kerusakan Makanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Pasien yang mendapat makan sesuai kebutuhan Gizi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Pencatatan Asuhan Gizi dalam Rekam Medik (ERM)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Pasien berdiet yang mendapat konseling	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator	Target	Capaian					
			Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
9	Persentase Faktor Resiko Gizi yang Teridentifikasi dengan memadai	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Persentase Pergantian Menu dalam waktu 1 Bulan	< 5 %	0.09%	0.00%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
11	Persentase Skrining pasien baru dalam waktu 2 X 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Persentase Balita Underweight	17%	27.3% (6/22)	17.8% (5/28)	9.7% (3/31)	22% (6/27)	31.2%	36.3% (4/11)
13	Persentase Balita Stunting	28%	13.6% (3/22)	32.1% (9/28)	9.7% (3/31)	40.7% (11/27)	25%	45.4% (5/11)
14	Persentase Balita Wasting	10%	27.3% (6/22)	10.7% (3/28)	12.9% (4/31)	11% (3/27)	37.5%	45.4% (11/5)
15	Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis(KEK) mendapat makanan tambahan.	80%	100% (1/1)	0%	100% (1/1)	0%	0%	0%
16	Persentase Balita Kurus mendapat Makanan Tambahan	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Persentase kunjungan pasien ke poli klinik gizi rawat jalan	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%





a. Kendala Dan Rencana Tindak Lanjut

1) Kendala/Permasalahan

Sebagian besar kendala yang ada berkaitan dengan ketersediaan sarana dan prasarana di Instalasi Gizi. Saat ini kendala yang ada di Instalasi Gizi sebagian sudah bisa teratasi secara bertahap, hal ini dikarenakan telah dilakukan renovasi di dapur instalasi Gizi.

- a) Masih ada pegawai yang belum memakai APD lengkap
- b) Suhu udara di ruangan penyelenggaraan makanan sangat panas
- c) Masih ditemukan tikus got, walaupun Sudah dilakukan penanganan pest control 3 kali seminggu sejak tgl 22 Mei 2023.
- d) Kondisi bangunan di kantor Instalasi gizi perlu di renovasi karena bocor dan cat dinding sudah kusam, kamar mandi pintu dan baknya rusak.

2) Rencana Tindak Lanjut

- a) Sudah dilakukan pemantauan rutin dan akan tetap dilakukan
- b) Mengusulkan pemasangan AC atau memasang exhaust fan lebih banyak kepada pihak outsourcing
- c) Meningkatkan frekwensi pest control dan meningkatkan budaya bersih dalam setiap kegiatan kepada semua petugas
- d) Mengusulkan kembali perbaikan ruangan





5. Utiliti Alat Kesehatan

Tabel 5.16 Utiliti Alat Kesehatan Januari - Juni 2024

Nama Alat	Jumlah Alat	Januari		Februari		Maret		April		Mei		Juni	
		Jumlah Penggunaan	Utility alat	Jumlah Penggunaan	Utility alat	Jumlah Penggunaan	Utility alat	Jumlah Penggunaan	Utility alat	Jumlah Penggunaan	Utility alat	Jumlah Penggunaan	Utility alat
ECHO	1			1	0,03	2	0,07	4	0,13	2	0,06	8	0,26
Ventilator	5			0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0
Audiometri	2			2	0,03	8	0,13	7	0,12	5	0,08	20	0,32
CT Scan	1			33	1,06	28	0,9	24	0,8	33	1,06	38	1,23
Electroencephalography (Eeg)	2			55	0,89	44	0,71	50	0,83	63	1,02	57	0,92
Elektromiografi (EMG)	1			53	1,71	41	1,32	34	1,13	35	1,13	34	1,1
Magnetik Stimulator (TMS)	2			17	0,27	36	0,58	31	0,52	45	0,73	22	0,35
Neurofeedback	1			99	3,19	112	3,61	84	2,8	98	3,16	105	3,39
Treadmill	2			0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0
CR Dental	1			24	0,77	22	0,71	19	0,63	52	1,68	41	1,32
USG 4D Obgyn	2			2	0,03	14	0,23	11	0,18	3	0,05	12	0,19
USG	1			31	1	28	0,9	37	1,23	35	1,13	28	0,9
X-ray Dental	1			27	0,87	22	0,71	22	0,73	52	1,68	41	1,32
X-ray Dental Panoramic	1			102	3,29	110	3,55	113	3,77	128	4,13	130	4,19
X-ray DR	1			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
X-ray Fluoroscopy	1			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
X-ray General Purpose	1			365	11,77	330	10,65	335	11,17	344	11,1	303	9,77
X-ray Mobile	3			13	0,14	3	0,03	11	0,12	1	0,01	2	0,02
CR	1			378	12,19	337	10,87	371	12,37	347	11,19	305	9,84
HFNC	7			4	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0
Mesin Anaestesi	2			49	0,79	46	0,74	31	0,52	31	0,5	41	0,66
ECT	1			0	0	0	0	0	0	1	0,03	0	0
TENS	5			193	1,25	163	1,05	163	1,09	184	1,19	174	1,12
Laparoscopy	1			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MWD	1			81	2,61	96	3,1	84	2,8	89	2,87	74	2,39
SWD	1			4	0,13	1	0,03	9	0,3	2	0,06	0	0
Infra Red Therapy	3			112	1,2	99	1,06	109	1,21	128	1,38	186	2
Ultrasound Therapy	2			46	0,74	46	0,74	36	0,6	26	0,42	26	0,42
Autoclave	2			6	0,1	6	0,1	6	0,1	6	0,1	6	0,1
Automated Blood Coagulation Analyzer	1			2	0,03	2	0,06	2	0,07	2	0,06	2	0,06
HBA 1C Analyzer	1			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hot Plate Stirrer	1			1	0,03	3	0,1	3	0,1	3	0,1	3	0,1
Imunoserologi	1			7	0,23	7	0,23	7	0,23	7	0,23	7	0,23
Timbangan Analitik	1			3	0,1	3	0,1	3	0,1	0	0	0	0
					44,5		42,28		43,65		45,15		42,2

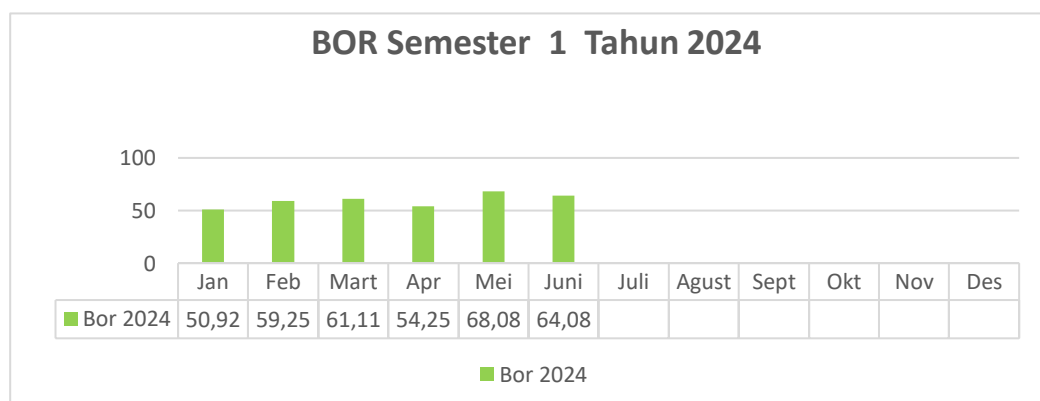
Utilitas alat sangat bergantung kepada kebutuhan pelayanan. Semakin tinggi permintaan/ penggunaan pemeriksaan maka semakin tinggi pula utilitas alat. Utilitas alat rata-rata dalam 6 bulan adalah 43.55%.

5.1.5.1.2 Tim Kerja Pelayanan Keperawatan

1. Kinerja Instalasi Rawat Inap

a) Kondisi yang dicapai saat ini:

Grafik 5.53 BOR Semester 1 Tahun 2024





Tabel 5.17 BOR Semester 1 Tahun 2024

BOR (%)	Psikiatri	Non Psikiatri	Napza	Covid	PKJN RSJMM
Januari	55,88	25,72	83,87	6,60	50,95
Februari	65,60	30,04	80,92	13,79	59,25
Maret	67,12	30,17	80,54	1,61	61,11
April	60,68	20,64	75,78	1,67	54,25
Mei	77,65	22,31	81,37	0	68,08
Juni	71,64	18,58	96,42	0	64,08

Tabel 5.18 AVLOS Semester 1 Tahun 2024

AVLOS	Psikiatri	Non Psikiatri	Napza	Covid	PKJN RSJMM
Januari	14,41	3,55	73,00	7,00	13,29
Februari	14,45	3,69	50,45	5,00	12,11
Maret	15,01	3,63	72,50	72,50	12,58
April	14,25	3,72	76,67	0	12,22
Mei	14,93	3,83	71,87	0	13,76
Juni	15,02	3,73	73,67	0	12,89

Tabel 5.19 TOI Semester 1 Tahun 2024

TOI (hari)	Psikiatri	Non Psikiatri	Napza	Covid	PKJN RSJMM
Januari	11,48	11,85	10,00	127,40	12,52
Februari	8,29	9,72	15,09	37,50	9,25
Maret	7,03	8,39	15,08	61,00	7,62
April	9,99	13,87	36,33	0	11,33
Mei	4,07	14,24	0	15,40	6,70
Juni	5,85	14,89	14,33	0	7,83

Tabel 5.20 BTO Semester 1 Tahun 2024

BTO (Kali)	Psikiatri	Non Psikiatri	Napza	Covid	PKJN RSJMM
Januari	1,19	1,94	0,50	0,23	1,21
Februari	1,20	2,09	0,37	0,67	1,29
Maret	1,45	2,58	0,40	0,50	1,58
April	1,18	1,72	0,20	0	1,21
Mei	1,70	1,83	0,38	0	1,62
Juni	1,46	1,64	0,08	0	1,38

Tabel 5.21 GDR Semester 1 Tahun 2024





GDR (permil)	Psikiatri	Non Psikiatri	Napza	Covid	PKJN RSJMM
Januari	9,30	21,74	0	600,00	17,01
Februari	9,24	41,92	0	250,00	19,51
Maret	3,67	57,27	0	1000,00	20,38
April	6,76	119,21	0	0	34,94
Mei	4,72	49,08	0	0	13,53
Juni	9,21	82,19	0	0	24,57

Tabel 5.22 NDR Semester 1 Tahun 2024

NDR (permil)	Psikiatri	Non Psikiatri	Napza	Covid	PKJN RSJMM
Januari	4,65	21,74	0	400,00	11,90
Februari	6,93	29,94	0	250,00	14,63
Maret	1,83	39,65	0	0	12,74
April	6,76	39,74	0	0	14,98
Mei	3,15	24,54	0	0	7,38
Juni	7,37	61,64	0	0	18,79

b) Kendala dan Permasalahan

- Persiapan untuk Kelas rawat inap standar (KRIS) yang mempunyai dampak terhadap penyesuaian jumlah kapasitas tempat tidur, membuat ketenagaan SDM di ruang rawat inap tidak optimal,
- Kompetensi SDM masih belum standar pada level tertentu,
- BOR di ranap umum yang masih kecil.

c) Rencana Tindaklanjut

- Perlu dibuat standar jumlah kapasitas tempat tidur di rawat inap stabil psikiatri,
- Mengusulkan pelatihan sesuai kebutuhan untuk pengembangan kompetensi SDM,
- Sosialisasi marketing tentang layanan umum di PKJN RSMM harus terus ditingkatkan.





2. Instalasi Rehab Psikososial

a) Kondisi yang dicapai saat ini:

Tabel 5.23

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

Tabel 5.24

Jumlah Kunjungan Daycare Rehab Psikososial					
Semester 1 Tahun 2024					
Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni
641	516	641	352	534	489

b) Kendala dan Permasalahan

- Kompetensi SDM yang masih belum standar,
- Pemeliharaan/peningkatan sarana prasarana yang masih perlu perbaikan.

c) Rencana Tindaklanjut

- Mengusulkan untuk pelatihan SDM tentang rehabilitasi psikososial,
- Koordinasi untuk perbaikan sarana prasarana.

3. Anggaran Kegiatan

a. Kondisi Saat Ini

- Untuk Kegiatan Pemeriksaan Keluar TAHUN ANGGARAN 2024 Realisasi sebesar Rp. 88.229.800 melebihi Pagu 85 % Sebesar Rp. 66.000.000
- Kegiatan Kerja Sama Transfusi Labu Darah TAHUN ANGGARAN 2024 Sebesar Rp. 129.750.000 dari 85% Pagu 159.111.50





- Realisasi Anggaran untuk Kegiatan dan Bahan Terapi Kerja Pasien TAHUN ANGGARAN 2024 adalah Rp 157.508.720 ,- (41,4%) dari PAGU 85 % MA BLU 5251 19 senilai Rp 380,470,200,-

b. Kendala dan Permasalahan

- Untuk Ajuan Permohonan Pembayaran Pemeriksaan Keluar Realisasi lebih lama dikarenakan untuk Telaahan Membutuhkan 5 Persetujuan itu akan memakan waktu pada proses ttd dan saat srikandi eror proses Manual akan membutuhkan waktu yg Panjang dan belum teralisasi nya pembayaran sejak bulan Mei 2024
- Sistem Aplikasi Srikandi Eror ,Sementara ini Proses Manual dan Berdampak pada Ajuan Permohonan Pembayaran Kerjasama Transfusi Labu Darah TAHUN ANGGARAN 2024
- KegiatanTerapi Terapi Kerja Pasien umumnya bersifat rutin, sehingga dengan adanya proses pengajuan yang cukup lama maka kegiatan yang terlewat waktunya tidak bisa diajukan. Sementara yang sudah bisa diajukan dana nya tidak langsung cair sehingga harus ditalangi dari sumber lain dulu, agar kegiatan bisa terlaksanan sesuai waktunya. Tambah lagi saat ini adanya keterbatasan pengajuan dana BLU sehingga ada beberapa kegiatan yang belum bisa diajukan atau ditunda hingga waktu yang belum ditentukan.

c. Rencana Tindak lanjut

- KegiatanTerapi Terapi Kerja Pasien yang bersifat rutin akan diajukan dalam beberapa bulan sekaligus.

5.1.5.1.3 Tim Kerja Pelayanan Medik

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Terjadi peningkatan kunjungan pada rawat jalan
- BOR pada Rehabilitasi Napza meningkat dengan capaian BOR diatas 85%
- Layanan ECT Rawat jalan sudah siap dan masuk dalam rekredensial
- Peresmian layanan PMHC sudah dilaksanakan dan optimalisasi pelayanan di tingkatkan

Kendala dan Permasalahan:

- Kompetensi tenaga dokter kurang merata di beberapa layanan terutama layanan infeksi sehingga memerlukan pelatihan dan percepatan kompetensi.
- Belum adanya dokter mata dan dokter kulit sehingga layanan tertentu tidak dapat difasilitasi





- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (Youth Mental Health, Layanan Psikiatri Anak Remaja Terpadu)
- Layanan khusus seperti telemedicine belum optimal, khusus untuk pasien lama dengan obat-obatan terbatas khusus psikiatri tidak dapat diberikan melalui layanan pengiriman online
- Layanan Poli Eksekutif sudah dibuka namun spesialis yang berpraktik hanya neurology dan psikiatri
- Sistem rujukan pasien JKN masih berjenjang (belum berbasis kompetensi) sehingga masih terbatas terutama pasien non psikiatri
- Beberapa layanan belum mencapai target, sehingga penerimaan pendapatan belum mencapai target

Rencana Tindaklanjut:

- Meningkatkan kompetensi tenaga Kesehatan dengan memberi kesempatan mengikuti Pendidikan ke jenjang spesialis dan pelatihan
- Memberi kesempatan mengikuti pelatihan merata bagi tenaga Kesehatan pelaksana agar dapat diandalkan
- Merekrut tenaga medis yang dibutuhkan untuk kelancaran layanan
- Penetapan kondisi tempat tidur bila terjadi kejadian luar biasa (capacity charge)
- Pemanfaatan gedung dan lahan yang ada untuk pemenuhan program dengan menunggu kesiapan fasilitas gedung dan sarana prasarana lainnya
- Memperluas promosi layanan terutama kekhususan seperti telemedicine, poli eksekutif, hemodialisa
- Melakukan tindaklanjut berupa pertemuan dengan Dinas Kesehata, Pemda Kota Bogor dan BPJS Kesehatan terkait sistem rujukan dan layanan
- Pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana, alat, SDM guna pemenuhan syarat perizinan dan layanan
- Melakukan inovasi dari segala aspek untuk efisiensi, efektifitas dan kepentingan layanan terhadap masyarakat.
- Meningkatkan kualitas dan kuantitas layanan serta jejaring kemitraan untuk menjadi rumah sakit jiwa yang handal dan layak menjadi Pusat Kesehatan Jiwa Nasional.





5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

5.1.5.2.1 Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi

1. Kondisi yang dicapai:

- a. Selama periode berjalan, RS. Marzoeeki Mahdi telah melakukan revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sebanyak Satu kali dari DIPA awal, pagu awal sebesar Rp182.581.330.000,- . Revisi atas DIPA yang telah dilakukan tersebut antara lain:
 - Revisi kesatu
Pada tanggal 08 Maret 2024 dilakukan revisi Pencantuman Saldo awal berdasarkan surat keterangan saldo awal kas BLU Tahun Anggaran 2024 yang dikeluarkan oleh kantor wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan Povinsi Jawa Barat tanggal 16 Januari 2024
- b. Penilaian capaian indikator kinerja utama RSB Tahun 2020-2024 selama semester I Tahun Anggaran 2024 dari 37 (tiga puluh tujuh) indikator yaitu sebesar 24 indikator tercapai (82,69%), 11 indikator tidak tercapai (17,30%) dan 2 indikator belum dapat diukur. Penilaian capaian indikator kinerja terpilih TW II Tahun Anggaran 2024 sebesar 1,80 dari nilai maksimal 3. Penilaian capaian indikator kinerja individu Direktur Utama bulan Juni Tahun Anggaran 2024 sebesar 2 (Dua) dengan nilai maksimal 2 (Dua).
- c. Sudah dilakukan penilaian atas SAKIP TA 2023 oleh Inspektorat Jenderal Kemenkes RI dengan nilai akuntabilitas kinerja **86,70** dengan kategori predikat **A**.
- d. Sudah dilakukan monitoring dan evaluasi atas PKS sebanyak 10 perjanjian kerjasama.
- e. Sudah dilakukan **Self Assesment Maturity Rating** untuk tahun penilaian Tahun Anggaran 2023 dengan nilai tingkat Maturitas BLU sebesar **3,93**.

5.1.5.2.2 Tim Kerja Akuntansi dan BMN

1. Kondisi yang dicapai:

- terselesaikannya Laporan Keuangan Semester I Tahun 2024,
- terselesaikannya Laporan BMN Semester I Tahun 2024,
- terlaksananya kegiatan Audit atas LK TA 2023,
- terselesaikannya pelaksanaan lelang atas sisa bongkaran sisa Gedung Basudewa, Antasena dan Selasar, Lelang atas peralatan dan mesin yang rusak beras seperti tempat tidur pasien, lemari, kursi dan lain-lain,
- Atas 22 RN yang bermasalah, 1 RN telah dikembalikan ke RS,
- telah dilaksanakan pemasangan plang terhadap RN sebanyak ,
- Koordinasi dengan KPKNL mengenai permohonan penilaian atas 9 Rumah Negara yang telah dibatalkan SK Golongan III oleh Dirjen Cipta Karya Kementerian PUPR.





2. Kendala dan Permasalahan

- Belum optimalnya pemahaman SDM terhadap Akuntansi berbasis SAK,
- Belum optimalnya koordinasi antara unit terkait,
- Terbatasnya anggaran pengamanan BMN,
- Sistem pencatatan belum sepenuhnya berbasis IT,
- Pencatatan pengeluaran belum berdasarkan unit kerja,
- SIMRS belum mengakomodir kebutuhan data sesuai LK berbasis SAK.

3. Rekomendasi

- Peningkatan kompetensi SDM,
- Peningkatan koordinasi antara unit terkait,
- Terpenuhnya ketersediaan anggaran pengamanan BMN,
- Sistem pencatatan berbasis IT,
- Perbaiki sistem pencatatan berdasarkan unit kerja dan berbasis IT,
- Pengembangan aplikasi SIMRS yang mengakomodir kebutuhan LK berbasis SAK.

5.1.5.2.3 Tim Kerja Hukum dan Humas

1. Kondisi yang dicapai:

- Setiap pekerjaan terkait hukum dapat terselesaikan dengan maksimal dan dapat melayani konsumen dengan layanan yang baik,
- Proses pembuatan dan perpanjangan perjanjian kerja sama berjalan dengan baik, sebagian besar berada dalam proses telaah internal,
- Tren dari kinerja di media sosial secara keseluruhan meningkat jika dibandingkan bulan sebelumnya,
- Kegiatan pemasaran yang berjalan berfokus pada mempromosikan layanan tes kesiapan sekolah karena berbarengan dengan tahun ajaran baru,
- Dari hasil survei kepuasan, nilai terendah didapatkan pada unsur kewajaran tarif layanan dan kebersihan sarana pendukung seperti toilet.

2. Rekomendasi

- Proses telaah draft perjanjian kerja sama bisa lebih dipercepat,
- Untuk memproduksi konten mengenai layanan perlu berkoordinasi lebih intens dengan tim kerja terkait,
- Terkait aduan masyarakat, diharapkan respons dari tim kerja terkait dilakukan dengan segera, setidaknya merespons dalam tautan yang sudah dikirimkan pada nota dinas.





5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

5.1.5.3.1 Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

Pencapaian Kinerja Tim Kerja OSDM

1. Pencapaian Sasaran Strategis: Terwujudnya SDM Unggul

Indikator:

- a. Peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia berbasis kompetensi, dengan capaian 98% dari target 80%
- b. Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja, dengan capaian 100% dari target 100%

2. Kegiatan yang telah dilakukan:

- a. Mengirimkan pegawai mengikuti Sosialisasi Budaya Kerja Baru Kemenkes
- b. Fasilitasi pengembangan kompetensi baik daring maupun luring
- c. Evaluasi pengukuran nilai indikator kinerja individu
- d. Advokasi rutin dalam apel bulanan
- e. Penataan ruangan kerja untuk peningkatan kinerja
- f. Refreshing SDM dokter dengan manajemen
- g. Reboan Bersama OSDM setiap hari Rabu
- h. Dibuka wadah untuk pengaduan/keluhan pegawai "**The Platter**"

Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi Pelaksanaan:

a. *Staff Shortages*

Mulai berkurangnya SDM dari generasi *Baby Boomers* akibat pensiun, menjadi masalah dalam perekrutan 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.





Upaya Tindak Lanjut:

- a. Melakukan perubahan kebijakan dalam manajemen SDM rumah sakit.
- b. Menyempurnakan sarana kerja baik untuk SDM maupun untuk sistem.
- 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.

5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Satuan Pemeriksaan Intern

a) Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Reviu piutang macet

Dilakukan reviu piutang macet yaitu tahun 2009 s.d 2017 untuk sisa kewajiban paling banyak Rp. 8.000.000,- (delapan juta rupiah) sesuai dengan Surat Tugas Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional Nomor PS.02.03/D.XXXV.3/043/2024 tanggal 02 Januari 2024. Reviu dilaksanakan tgl 02 – 08 Januari 2024. Adapun jumlah penanggung hutang (PH) adalah sebanyak 163 orang dengan total nilai sebesar Rp. 334.982.256,00. Hasil reviu telah diserahkan kepada Direktur Utama.

- Monitoring dan evaluasi pendapatan RS TW I 2024

Monev dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.02.03/D.XXXV/903/2024 tanggal 27 Maret 2024 tentang Melakukan Monitoring dan Evaluasi Pendapatan Triwulan I Tahun Anggaran 2024 yang dilaksanakan pada tanggal 1 – 5 April 2024. Hasil monev atas pendapatan RS Triwulan I tahun 2024 telah diserahkan kepada Direktur Utama.

- Tindak lanjut LHP Inspektorat Jenderal

Tindak lanjut LHP Inspektorat Jenderal dilakukan berdasarkan surat Direktur Utama Nomor: PS.07.01/D.XXXV/382/2024 tanggal 30 Januari 2024 kepada Inspektur I tentang Tindak Lanjut LHP. Hasil dari tindak lanjut LHP Inspektorat Jenderal masih menunggu Berita Acara dari Inspektorat Jenderal mengenai status rekomendasi yang ditindaklanjuti.

- Reviu Laporan Keuangan Tahun Anggaran 2023

Reviu dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.02.01/D.XXXV/110/2024 tanggal 11 Januari 2024 tentang Reviu Laporan





Keuangan Tahun 2023 tingkat satker yang dilaksanakan pada tanggal 12 – 19 Januari 2024. Hasil dari reviu laporan keuangan Tahun Anggaran 2023 dapat disimpulkan tidak ada rekomendasi.

- *Cash opname* bulanan
Cash opname rutin dilakukan satuan pemeriksaan internal (SPI) bersama dengan bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran setiap bulannya. Hasil dari *cash opname* dapat disimpulkan tidak ada selisih yang material.
- *Stock opname*
Stock opname dilakukan pada berdasarkan Surat Tugas Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian Nomor KN.01.04/D.XXXV.2/1417/2024 tanggal 01 Juli 2024 tentang Stockopname Barang Persediaan Semester I TAHUN ANGGARAN 2024. Stockopname dilakukan untuk melihat barang persediaan yang terdapat pada gudang barang dan gudang farmasi.
- Audit operasional layanan rawat jalan
Audit dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.01.01/D.XXXV/1321/2024 tanggal 21 Mei 2024 tentang Audit operasional layanan rawat jalan yang dilaksanakan pada tanggal 27 Mei – 14 Juni 2024. Laporan hasil audit yang berisi tentang rekomendasi yang perlu dilakukan manajemen telah diserahkan kepada Direktur Utama dan tembusan Dewan Pengawas.
- Pendampingan PBJ
Pendampingan dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.09.01/D.XXXV/1220/2024 tanggal 30 April 2024 tentang Pendampingan Pengadaan Barang/Jasa TAHUN ANGGARAN 2024 berupa pemeliharaan aset tetap.
- Monev benturan kepentingan, pelaporan gratifikasi, dan *whistle blowing system*
Kegiatan Monev tersebut rutin dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) PKJN RS dr. H. Marzoeeki Mahdi setiap bulan. Sampai dengan akhir semester I 2024, hasil monev tidak ada laporan atau “nihil” terkait benturan kepentingan, gratifikasi, dan *whistle blowing system*.
- Reviu Pengendalian Intern Pelaporan Keuangan (PIPK)
Reviu dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.02.03/D.XXXV/144/2024 tanggal 15 Januari 2024 tentang Reviu Pengendalian Intern Pelaporan Keuangan (PIPK) yang dilaksanakan pada tanggal 17 – 19 Januari 2024. Hasil dari reviu PIPK dapat disimpulkan tidak ada rekomendasi.





- **Reviu Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)**
Reviu dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.03.01/D.XXXV/1092/2024 tanggal 05 April 2024 tentang Reviu SAKIP 2023 yang dilaksanakan pada tanggal 16 – 17 April 2024. Nilai SAKIP yang dicapai adalah 86,70 (A).
- **Reviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah**
Reviu dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.02.03/D.XXXV/387/2024 tanggal 2 Februari 2024 tentang Reviu Laporan Kinerja Tahun 2023 tingkat satker yang dilaksanakan pada tanggal 1 – 2 Februari 2024. Hasil dari reviu PIPK dapat disimpulkan masih terdapat yang harus dilengkapi seperti:
 1. Menetapkan SK tim penyusunan laporan kinerja instansi pemerintah.
 2. Menetapkan SK tim pengumpulan data kinerja tahunan.
 3. Menampilkan perbandingan data kinerja dengan standar nasional.
- **Pendampingan auditor eksternal (Kantor Akuntan Publik dan BPK)**
Pendampingan dilakukan berdasarkan surat tugas Direktur Utama Nomor: PS.02.01/D.XXXV/606/2024 tanggal 22 Februari 2024 tentang Pendampingan Pemeriksaan Laporan Keuangan Tahun Anggaran 2023 oleh BPK yang dilaksanakan pada tanggal 23 Februari – 4 Maret 2024.

b) **Kendala dan Permasalahan**

- Terbatasnya jumlah SDM
- Minimnya kesempatan untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan bagi anggota SPI
- Belum adanya anggaran tersendiri bagi SPI.

c) **Rencana Tindaklanjut**

- Mengusulkan anggaran sesuai dengan amanah Kepdirjen Nomor: HK.02.02/ D/ 19857 / 2023 tentang Pedoman penyelenggaraan satuan pemeriksaan internal rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- Mengajukan pelatihan dan pendidikan bagi anggota SPI.
- Mengajukan tambahan SDM untuk ditempatkan pada SPI.





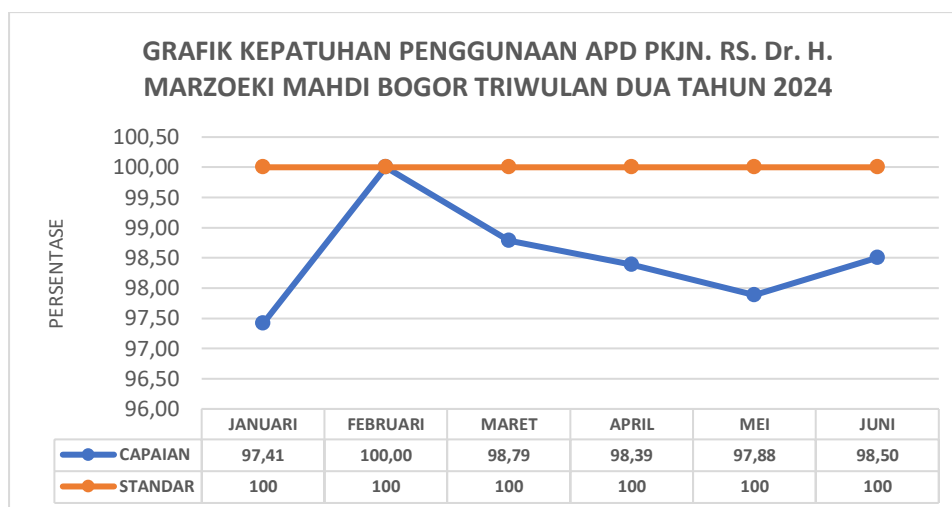
5.1.5.5 Pencapaian Kinerja Komite

5.1.5.5.1 Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Kepatuhan Menggunakan APD

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.54 Kepatuhan Penggunaan APD



Grafik di atas menggambarkan kepatuhan penggunaan APD di PKJN RSJ. dr. H. Marzoeeki Mahdi triwulan dua mengalami fluktuasi di setiap bulan dan tergambar adanya penurunan pada Bulan Mei 97,88% dan kembali naik pada Bulan Juni 98,50% dari standar 100%. Ketidakpatuhan ini disebabkan masih ada petugas menggunakan APD yang belum tepat dalam kegiatannya, indikasi dan jenis paparan yang terjadi.

Rekomendasi

- Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin terkait kepatuhan pemakaian APD sesuai dengan indikasi.
- Tingkatkan edukasi dan sosialisasi SPO pemakaian APD yang tepat sesuai dengan indikasi.
- Tingkatkan support system untuk pegawai yang sudah patuh dalam penggunaan APD.

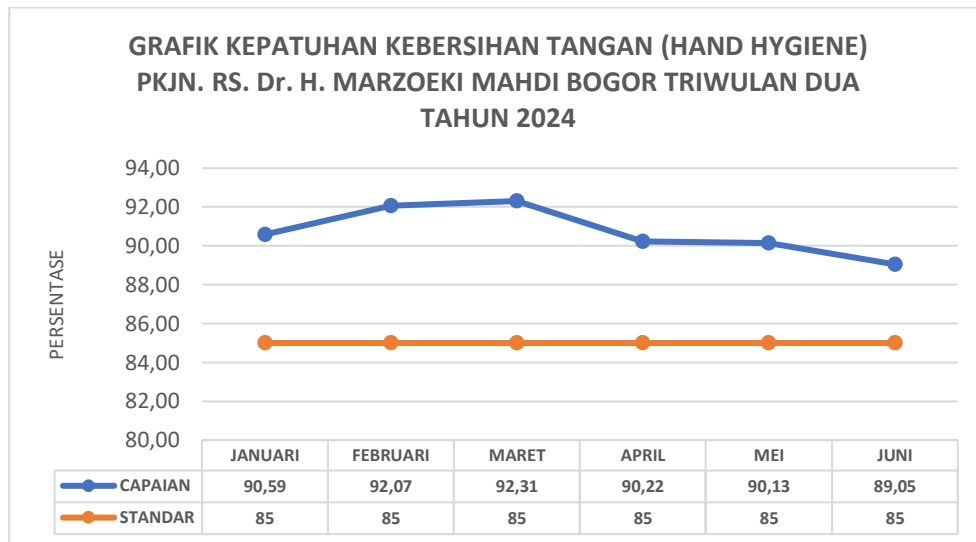




2. Ketersediaan APD

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.55 Kepatuhan Kebersihan Tangan



Grafik di atas menggambarkan angka kepatuhan kebersihan tangan triwulan dua mengalami penurunan dari April 90,22%, Mei 90,13% dan Juni 89,05%, namun angka kepatuhan sudah melampaui target yang ditetapkan secara Nasional (INM) 85%. Penurunan kepatuhan kebersihan tangan tersebut disebabkan, motivasi pegawai yang perlu ditingkatkan secara berkelanjutan, minimnya media edukasi di setiap layanan yang berfungsi sebagai pengingat dan belum optimalnya pelaksanaan supervisi klinik secara berkelanjutan.

Rekomendasi

- ◆ Intensifkan monitoring dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan di setiap unit kerja.
- ◆ Modifikasi metode audit dari audit langsung menjadi audit melalui CCTV. Pelaksanaan audit dilakukan selain pada petugas shift pagi, juga dilakukan pada shift sore dan malam.
- ◆ Optimalkan pelaksanaan audit dan auditornya dalam kegiatan monitoring, dengan melibatkan peran Karu, IPCD, ataupun didelegasikan pada petugas NOD untuk mendapat gambaran kepatuhan diluar jam kerja.
- ◆ Tingkatkan koordinasi dengan unit terkait dalam pengadaan media edukasi kebersihan tangan di setiap pelayanan.
- ◆ Tingkatkan peran supervisi klinik di setiap ruangan dalam memonitor kepatuhan kebersihan tangan.

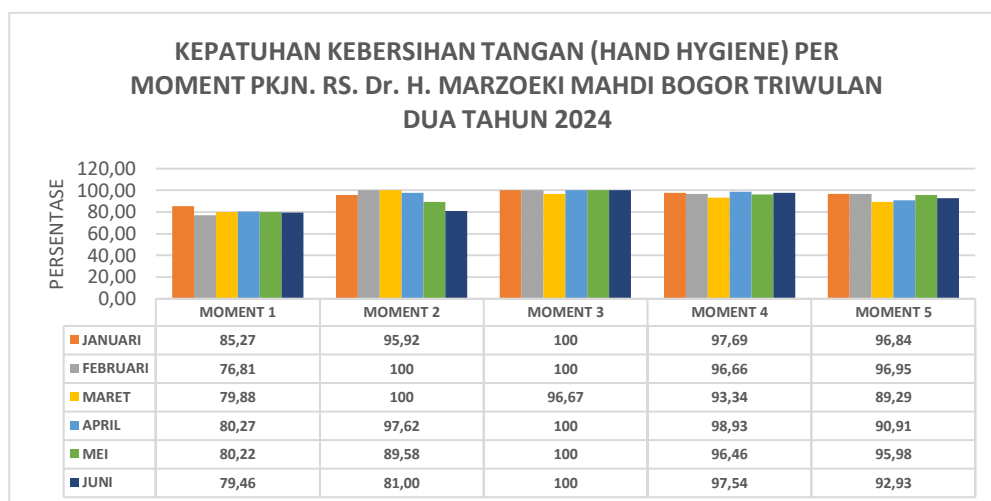




3. Ketersediaan Sarana Kebersihan Tangan

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.56 Kepatuhan Kebersihan Tangan



Grafik di atas menggambarkan kepatuhan kebersihan tangan para nakes berdasarkan moment yang target pencapaiannya ditetapkan 100%, kondisi tersebut mengalami penurunan pada Moment 1 (sebelum kontak dengan pasien) di April 85,27%; Mei 80,22%; Juni 79,46%. Pada grafik Moment 2 (sebelum Tindakan aseptik) mengalami penurunan juga, dimana April 97,62%; Mei 89,58%; Juni 81%. Pada Moment 3 (setelah terkena cairan tubuh infeksius) April – Juni 100%, sedangkan Moment 4 dan 5 (setelah kontak dan lingkungan pasien) mengalami fluktuatif, Moment 4 di April 98,93%; Mei 96,46%; Juni 97,54%, kemudian Moment 5 di April 90,91%; Mei 95,98%; Juni 92,93%. Penurunan kepatuhan five moment belum sesuai standar yang ditetapkan secara teori para nakes sudah memahami dari setiap Moment tersebut, kondisi ini dapat disebabkan kesadaran diri dalam mempraktekan lima Moment perlu diingatkan setiap saat dengan diadakan media edukasi di setiap bagian layanan (ranap, rajal, administrasi dan penunjang), serta masih ditemukan kondisi sarpras yang masih jauh (sulit di jangkau) oleh nakes.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan Five momen agar tercapai sesuai standar setiap momennya.
- ◆ Reeducasi pentingnya melakukan five moment kebersihan tangan sebagai upaya untuk mencegah risiko infeksi silang dari petugas kepada pasien ataupun sebaliknya.
- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi fasilitas Kebersihan tangan (hand rubs) saat akan melakukan Tindakan pada pasien agar mudah dijangkau pada saat akan melakukan five moment kebersihan tangan.

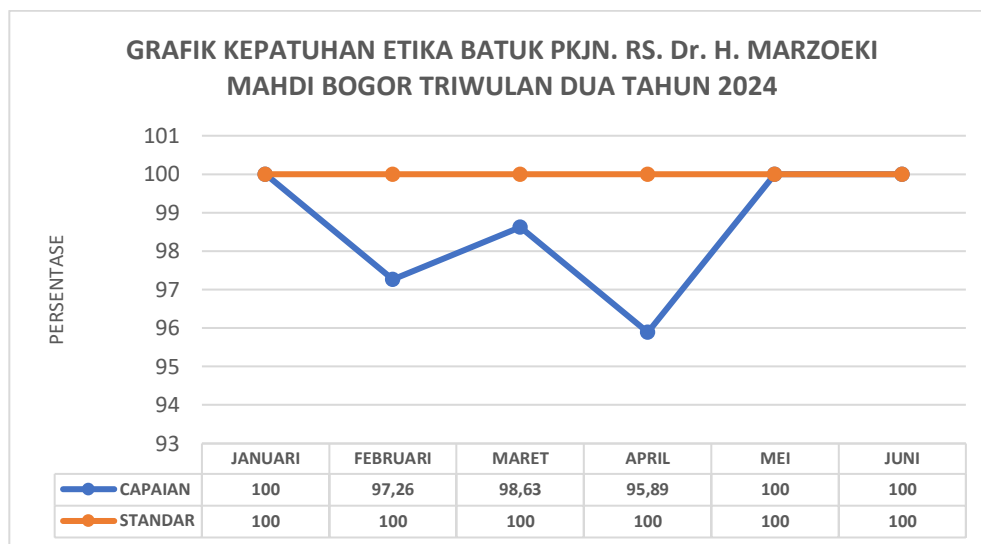
4. Kepatuhan Etika Batuk





- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.57 Kepatuhan Etika Batuk



Grafik di atas menggambarkan kepatuhan etika batuk mengalami trend peningkatan pada triwulan dua dibandingkan dengan triwulan satu, dari April 95,89%; Mei dan Juni 100% sesuai target yang ditetapkan 100%. Peningkatan kepatuhan Etika Batuk disebabkan seluruh petugas dapat mempraktekannya sesuai standar yang ada, dan selama memberikan layanan petugas nakes menggunakan masker.

Rekomendasi

- ♦ Pertahankan dan optimalkan setiap audit dan monitoring secara berkala oleh IPCD, IPCN, IPCLN
- ♦ Mengingatkan kembali / re-edukasi tentang Etika Batuk oleh IPCD, IPCN.
- ♦ Tingkatkan koordinasi dengan PKRS dan HUKORMAS dalam menyediakan media edukasi di setiap pojok layanan (ranap, rajal dan penunjang).
- ♦ Optimalkan peran supevisi klinik pelaksanaan etika batuk di setiap layanan (ranap, rajal dan penunjang).
- ♦ Optimalkan peran nakes di setiap layanan untuk memberikan edukasi Etika Batuk kepada pasien, keluarga dan pelanggan.

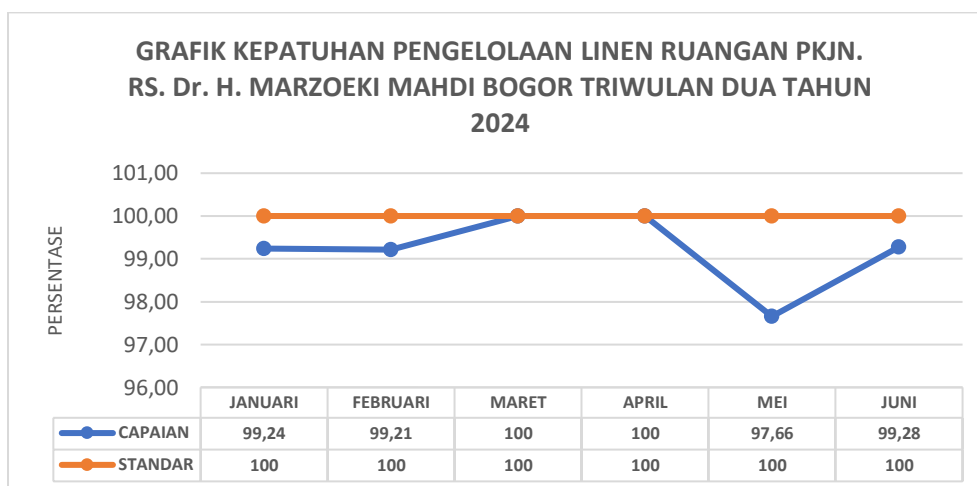




5. Manajemen Linen

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.58 Kepatuhan Pengelolaan Linen Ruang



Grafik di atas menggambarkan kepatuhan manajemen linen di ruang perawatan mengalami fluktuasi pada triwulan kedua. Hasil audit pada Bulan April mampu mencapai angka 100%; Bulan Mei 97,66% dan Bulan Juni 99,28%, secara keseluruhan belum tercapai sesuai dengan target 100%. Kondisi ini disebabkan masih ditemukan beberapa ruangan yang masih menyimpan (stok opname) yang berlebih, sehingga ada ruangan yang tidak mendapatkan. Penyimpanan linen bersih di ruangan masih ditemukan dalam penataannya kurang rapi, bahkan ada yang tersimpan dalam kardus alkes.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin terkait pengelolaan linen di unit kerja oleh IPCN, IPCLN, Karu dan Laundry.
- ◆ Mengusulkan untuk kegiatan diklit bagi tenaga pengelolaan linen secara berkala atau yang belum mendapatkan sesuai dengan tuntutan akreditasi dan kebijakan terbaru secara nasional.
- ◆ Tingkatkan koordinasi secara intens dengan unit layanan pengadaan, untuk di fasilitasi pengadaan mesin baru oleh kepala instalasi laundry.
- ◆ Optimalkan peran koordinasi dengan IPSRS untuk perbaikan instalasi pembuangan uap mesin cuci di Unit Binatu yang sudah bocor dan membutuhkan perbaikan.

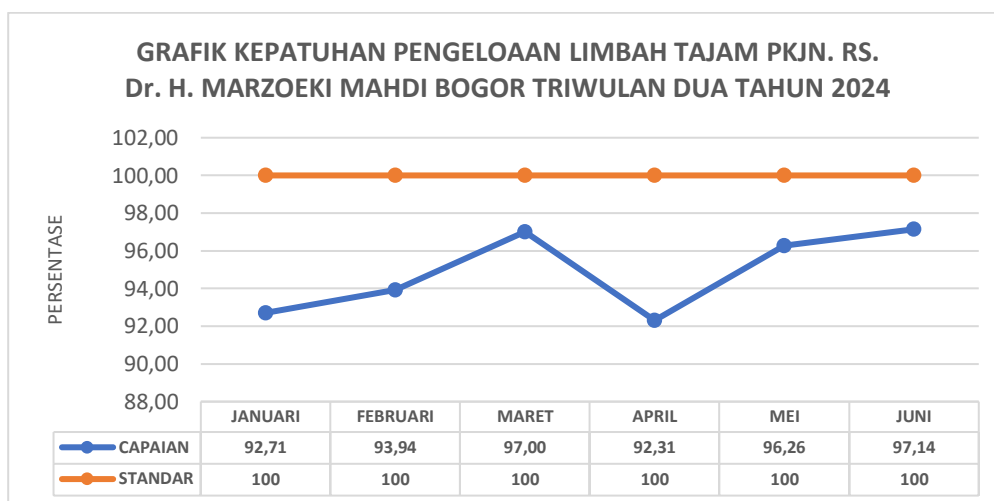




6. Manajemen Limbah Tajam

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.59 Kepatuhan Pengelolaan Limbah Tajam



Grafik diatas menggambarkan terjadi trend peningkatan angka kepatuhan manajemen limbah tajam pada triwulan dua, dimana pencapaian di April 92,31%; Mei 96,26%; Juni 97,14% dari target yang ditetapkan 100%. Kondisi ini terjadi disebabkan masifnya monev yang dilakukan oleh IPCN, sehingga mulai adanya suatu perubahan perilaku petugas di ruangan dalam penanganan limbah tajam dan edukasi yang berkala pada kegiatan rutin pertemuan di setiap ruangan.

Rekomendasi

- ◆ Perthankan dan optimalkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kepatuhan manajemen limbah tajam pada setiap unit/ ruangan penghasil limbah.
- ◆ Pertahankan kegiatan edukasi secara berkala kepada petugas yang menghasilkan limbah tajam agar tepat dalam mengelola limbah tajam yang dihasilkan.
- ◆ Optimalkan peran koordinasi bersama petugas pengangkut limbah terkait dengan waktu pengangkutan limbah sesuai dengan pedoman.
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan PKRS dalam menyediakan media edukasi untuk penanganan limbah tajam.

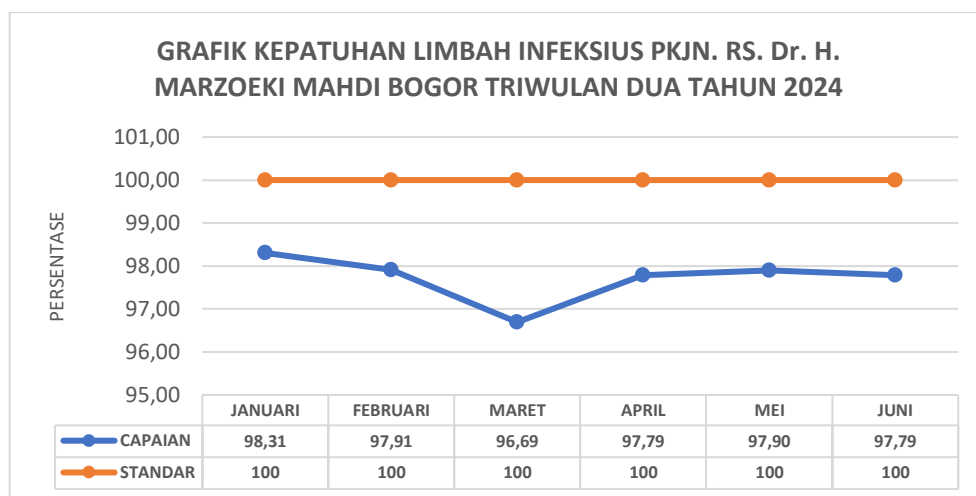




7. Manajemen Limbah Infeksius

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.60 Kepatuhan Limbah Infeksius



Grafik diatas menggambarkan kepatuhan pengelolaan limbah infeksius pada triwulan dua ada mengalami peningkatan dibandingkan dengan triwulan satu, bahkan terggambarkan pada April 97,79% dan Bulan Mei 97,90%, kemudian terjadi penurunan kembali pada Juni 97,79% dan secara keseluruhan belum mencapai target yang di ditetapkan (100%). Kondisi tersebut disebabkan masih ada temuan di ruang penghasil limbah dalam pemilahan belum dipatuhi dengan baik, dimana limbah non infeksius dibuang ke tempat limbah infeksius. Peran pimpinan di setiap unit / ruangan dalam pengawasan dan edukator yang belum optimal, sehingga berdampak juga pada keesadaran staff.

Rekomendasi

- ♦ Tingkatkan monitoring dan evaluasi lebih intensif pada petugas di unit penghasil limbah infeksius agar lebih selektif untuk memilih dan memilah limbah yang dihasilkan dari tindakan yang dilakukan.
- ♦ Tingkatkan edukasi dan resosialisasi secara berjenjang atau langsung pada petugas saat ditemukan melakukan ketidak patuhan dalam manajemen limbah infeksius.
- ♦ Koordinasi Bersama Kesling dan tim pengadaan untuk penyediaan tempat limbah berwarna sesuai dengan jenis limbah dan dilengkapi dengan stiker yang jelas (stiker limbah infeksius, limbah non infeksius dan limbah tajam).



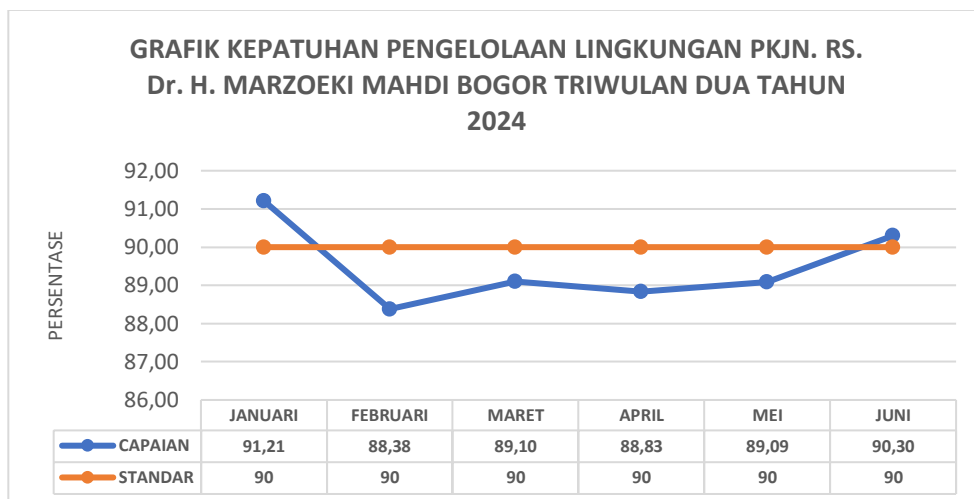


- ♦ Review kembali pedoman, kebijakan penanganan limbah sesuai standar terbaru secara nasional.

8. Manajemen Lingkungan Kerja

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.61 Kepatuhan Pengelolaan Lingkungan



Grafik diatas menggambarkan capaian manajemen lingkungan kerja pada triwulan dua mengalami trend peningkatan dibandingkan dengan triwulan satu, dengan pencapaian pada Bulan April 88,83%; Mei 89,09% dan Juni 90,30%, rata-rata hasil ini belum sesuai dengan target yang ditetapkan 90%. Kondisi ini dipengaruhi fungsi – fungsi pengawasan mulai intensif oleh kepala ruangan, pengawas CS, kesling dan IPCN. Pelaksanaan 5R untuk penataan area kerja belum optimal, karena kondisi ruangan yang luas gedung dan prasarana yang belum memenuhi standar. Selain kondisi tersebut, kondisi lembab berpengaruh juga terhadap kondisi tembok yang mudah ditumbuhi oleh lumut dan jamur.

Rekomendasi

- ♦ Pertahankan dan optimalisasi monitoring dan evaluasi pelaksanaan manajemen lingkungan kerja lebih intensif di masing-masing unit kerja oleh IPCN, Kesling.
- ♦ Optimalkan tugas dan fungsi supervisor cleaning service untuk lebih intensif memantau kualitas pekerjaan kebersihan di unit kerja.
- ♦ Tingkatkan keterlibatan petugas di ruangan dalam penerapan 5R.
- ♦ Lengkapi media informasi dan edukasi (poster) 5R di setiap unit / ruang kerja.
- ♦ Koordinasi dengan pengelola CS agar melakukan rotasi untuk CS yang belum memenuhi standar kinerja yang diharapkan sebagai refreasing dan pembinaan secara berkala.

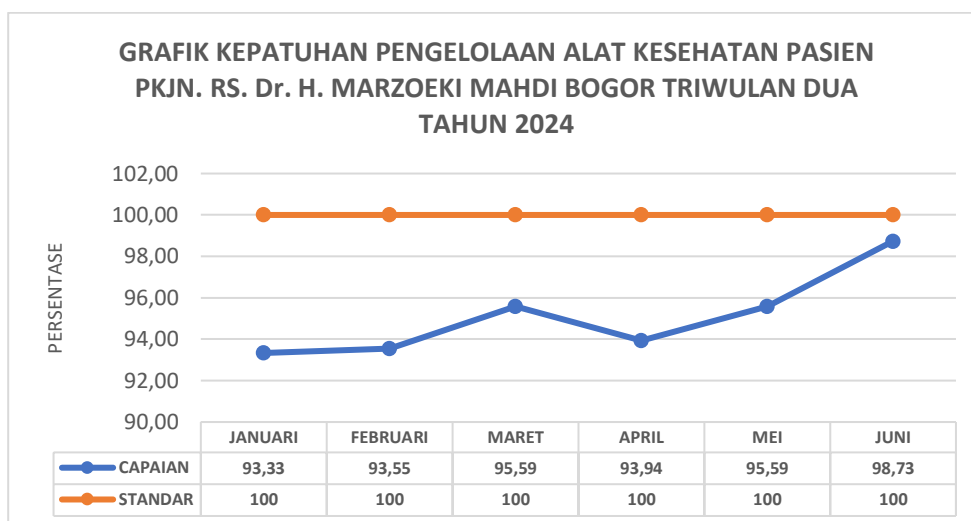




9. Manajemen Alkes

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.62 Kepatuhan Alkes Pasien



Grafik diatas menggambarkan angka kepatuhan manajemen peralatan Kesehatan pasien; kritikal dan non kritikal pada triwulan dua terjadi peningkatan secara bertahap, dibandingkan dengan triwulan satu dan belum mencapai target yang ditargetkan 100%. Pencapaian hasil pada Bulan April 93,94%; Mei 95,59% dan Juni 98,73%, kondisi ini disebabkan perlakuan pada alkes yang tidak dilakukan desinfeksi sebelum dan sesudah Tindakan pada alkes non kritikal. Perlakuan pada alkes kritikal untuk beberapa ruangan tidak dilakukan pembersihan awal (pre cleaning) seperti instrument perawatan luka, karena tidak semua ruangan memiliki spool hock dan SPO tidak ada di area pembersihan.

Rekomendasi

- ◆ Pertahankan dan optimalkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan manajemen peralatan kesehatan (kritikal, semi dan non kritikal).
- ◆ Pertahankan re-edukasi dan re-sosialisasi pada petugas di unit/ ruang kerja, terkait dengan manajemen alat kesehatan (pre-cleaning).
- ◆ Koordinasi dengan CSSD untuk pengadaan alat untuk melakukan pre cleaning/ perendaman awal di unit kerja masing-masing.
- ◆ Rivew kembali SPO sesuai dengan ilmu terbaru dan standar nasional

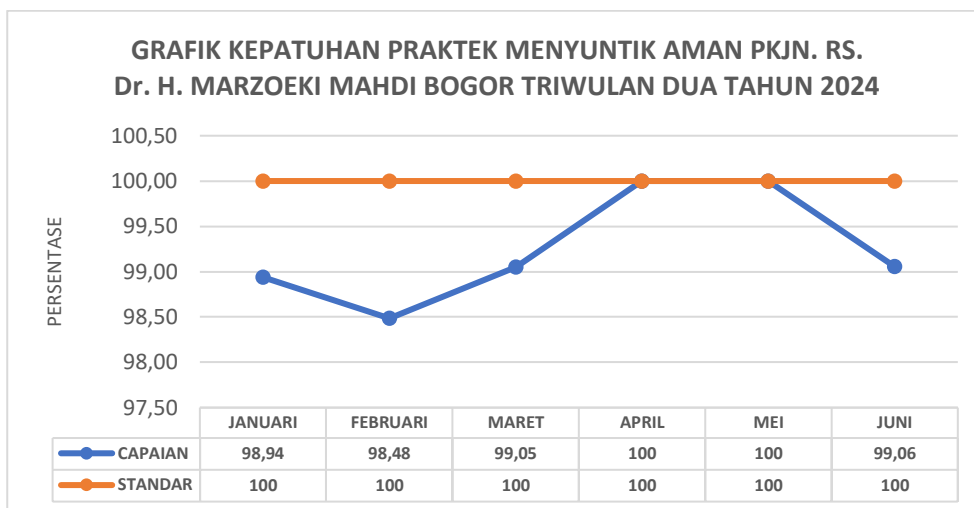




10. Kepatuhan Praktek Menyuntik Aman

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.63 Kepatuhan Praktek Menyuntik Aman



Grafik diatas menggambarkan kepatuhan menyuntik aman pada triwulan dua mengalami penurunan dibandingkan dengan triwulan satu. Pencapaian April dan Mei 100%, kemudian di Juni menurun 99,06%, kondisi ini terjadi disebabkan masih ada petugas di ruangan setelah selesai Tindakan menyuntik tidak langsung di buang ke dalam safety box karena tidak didekatkan/ dibawa saat pelaksanaan tindakan menyuntik.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan menyuntik aman terkait dengan kebersihan troli tempat untuk mempersiapkan obat.
- ◆ Tingkatkan kembali edukasi kepada petugas terkait pengendalian lingkungan termasuk troli persiapan obat. Harus dalam kondisi bersih dan siap pakai.
- ◆ Mengikutsertakan petugas dalam pelatihan dan kegiatan program PPI pada karyawan baru atau yang sudah lama.
- ◆ Review kembali SPO untuk penanganan benda tajam sesuai dengan ilmu terbaru dan standar nasional.

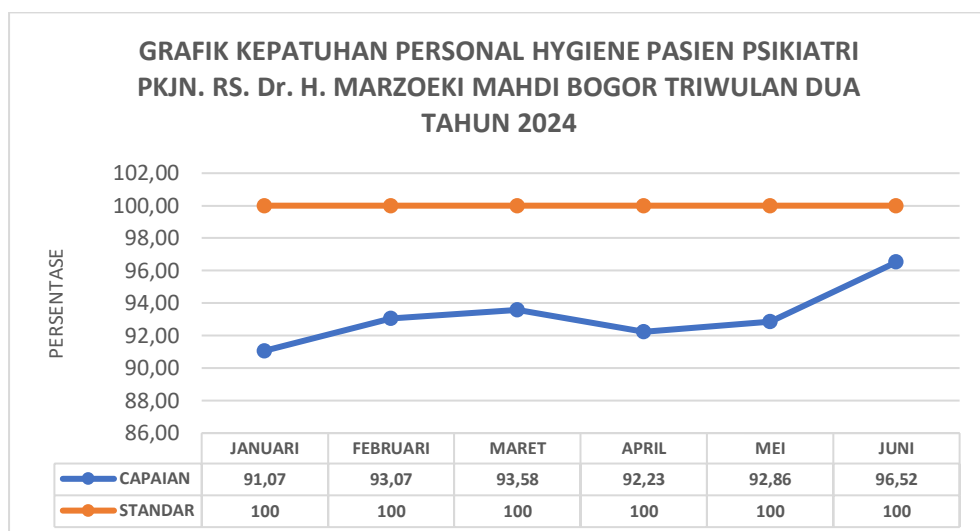




11. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene) Pasien Psikiatri

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.64 Kepatuhan Personal Hygiene Psikiatri



Grafik diatas menggambarkan bahwa kepatuhan Personal Hygiene pasien psikiatri di PKJN RSJ. dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor triwulan dua terjadi peningkatan setiap bulannya, jika dibandingkan dengan triwulan satu. Pencapaian di April 92,23%; Mei 92,86% dan Juni 96,52%, hasil ini masih belum sesuai target dari 100%. Peningkatan ini disebabkan kebersihan diri pasien dari penampilan kerapihan pasien, kebiasaan mandi, kuku pendek dan bersih, penggunaan alas kaki dan ketersediaan alat kebersihannya tercukupi serta disimpan dengan rapi.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara berkala oleh Link Nurse, Kepala Ruangan dan IPCN dalam pengelolaan peralatan kebersihan diri pasien (sabun mandi, sikat gigi, odol dan shampoo).
- ◆ Lakukan re-edukasi berkelanjutan kepatuhan personal hygiene pasien oleh IPCN dan Keperawatan
- ◆ Optimalkan kegiatan rounde ruangan dan jadwalkan secara berkelanjutan
- ◆ Pertahankan koordinasi dengan Kepala Instalasi Rawat Inap, Manajer Pelayanan Keperawatan, Manajer Tata Usaha dan RT untuk pengadaan kebutuhan prasarana (tempat penyimpanan alat-alat kebersihan).

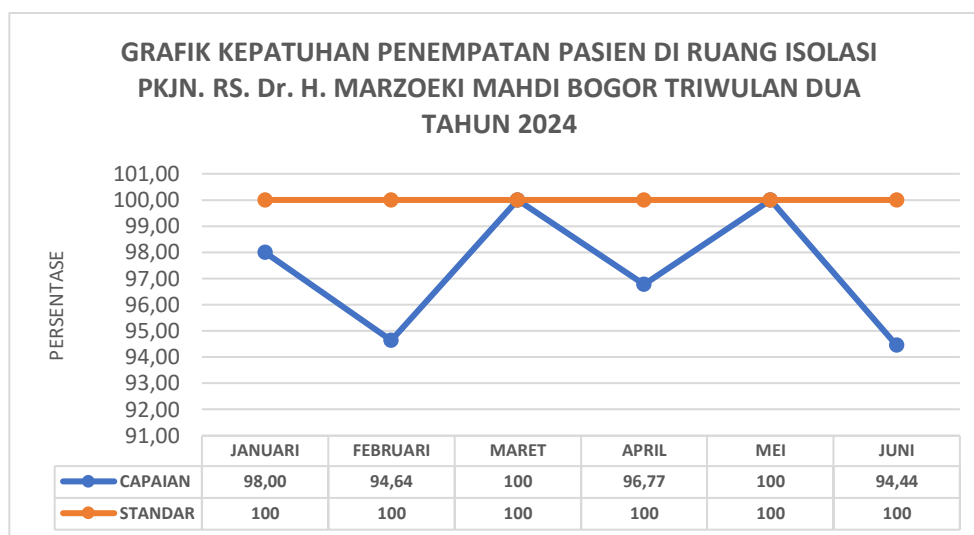




12. Kepatuhan Penempatan Pasien Isolasi (Risiko Infeksi)

- **Kondisi yang Dicapai**

Grafik 5.65 Kepatuhan Penempatan Pasien Di Ruang Isolasi



Grafik diatas menggambarkan kepatuhan penempatan pasien isolasi triwulan kedua mengalami fluktuasi, dan masih sama dengan triwulan satu. Pencapaian di April 96,77%; Mei 100% dan Juni 94,44%, dan capaian ini belum sesuai dengan yang ditargetkan 100%. Permasalahan ini disebabkan masih ada dalam mentransfer pasien tidak menggunakan alur tersendiri, dan melewati ruang atau pasien lainnya. Pada penempatan pasien yang dicurigai terjadi transmisi airborne belum dikelola sesuai dengan pedoman; pasien ditempatkan bergabung dengan pasien lain dan ada beberapa jarak tempat tidur kurang dari 1m.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan kepatuhan penempatan pasien risiko infeksi di ruang isolasi untuk meminimalkan risiko penularan pada petugas ataupun pasien lain.
- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi agar angka kepatuhan tetap terjaga sesuai standar / pedoman yang ditetapkan.
- ◆ Tingkatkan edukasi dan penyediaan media edukasi informasi di setiap layanan (ranap, rajal, penunjang) dalam pencegahan penyakit infeksi melalui udara (airborne).
- ◆ Tingkatkan prosedur skrining pasien yang dicurigai dengan infeksi yang dapat menularkan melalui udara (airborne).
- ◆ Review prosedur/ SPO layanan untuk pasien dengan infeksi yang dapat menularkan melalui udara (airborne).

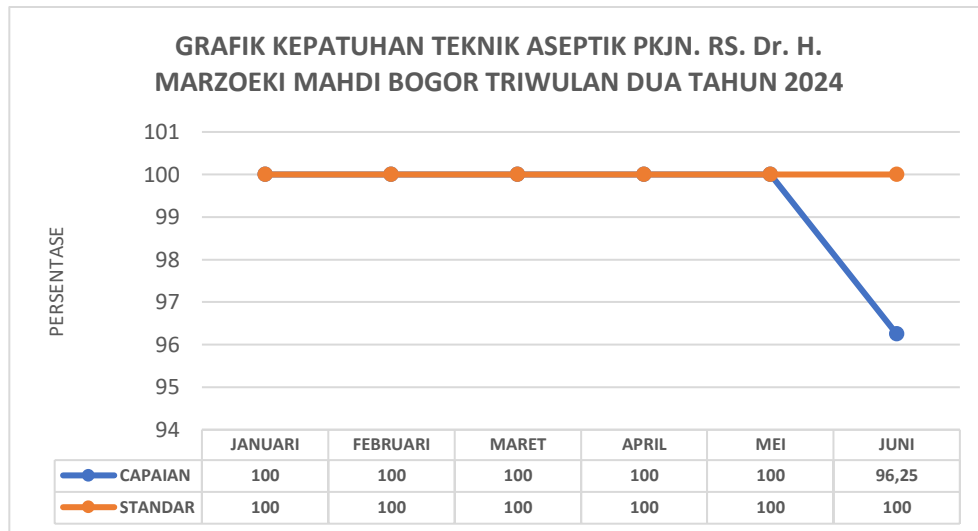




12. Ketepatan Teknik Aseptik

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.66 Kepatuhan Teknik Aseptik



Grafik diatas menggambarkan bahwa ketepatan Teknik aseptik (preparasi kulit) pada triwulan dua mengalami penurunan dibandingkan dengan triwulan satu, dari standar yang ditetapkan 100%. Pencapaian di April dan Mei sudah bagus 100%, namun pada bulan Juni 96,25. Penurunan ini disebabkan karena petugas belum tepat melakukan teknik aseptik dan kebersihan tangan sebelum atau sesudah tindakan. Sebagai contoh kulit yang sudah dipreparasi namun disentuh kembali oleh perawat.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan ketepatan Teknik aseptik secara konsisten dengan tetap melakukan movev secara terus menerus.
- ◆ Tingkatkan edukasi dan pelaksanaan supervise klinik dalam melakukan Teknik aseptik pada saat akan tindakan.
- ◆ Optimalkan koordinasi bersama keperawatan dalam pengembangan SDM dengan mengadakan workshop/ pelatihan PPI bagi pegawai yang belum terlatih, termasuk pegawai yang baru masuk.
- ◆ Review prosedur / SPO pelaksanaan Teknik aseptik yang tepat pada setiap prosedur tindakan.

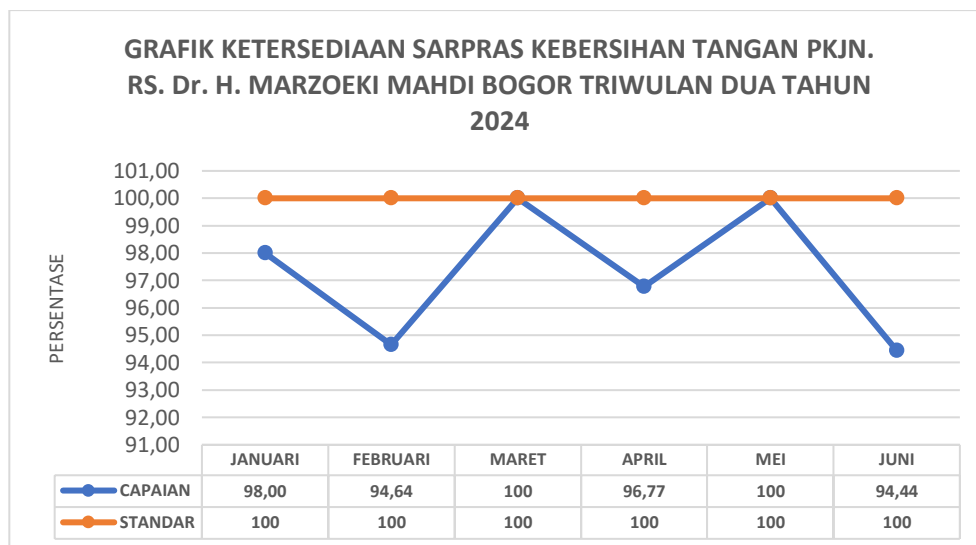




13. Ketersediaan Sarpras Kebersihan Tangan

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.67 Ketersediaan Sarpras Kebersihan Tangan



Grafik di atas menggambarkan ketersediaan sarpras kebersihan tangan belum konsisten dan mengalami fluktuasi di triwulan dua maupun satu, standar yang ditetapkan 100% sesuai dengan pedoman. Pencapaian di April 96,77%; Mei 100%; 94,44%, kondisi di lapangan disebabkan masih kurangnya ketersediaan tisu tangan dan wastafel yang rusak belum diperbaiki.

Rekomendasi

- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi terkait dengan ketersediaan sarpras (tisu tangan dan sabun) agar mudah dijangkau.
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan bagian Gudang barang terkait persediaan sarana kebersihan tangan mencukupi kebutuhan unit kerja.
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan manajemen / bagian perencanaan untuk mengalokasikan biaya ketersediaan sarpras kebersihan tangan dalam 1 tahun.

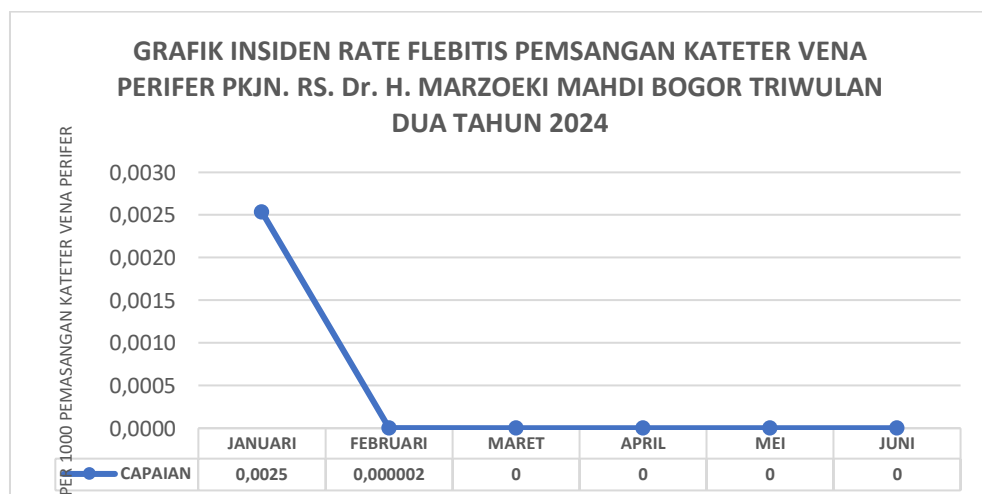
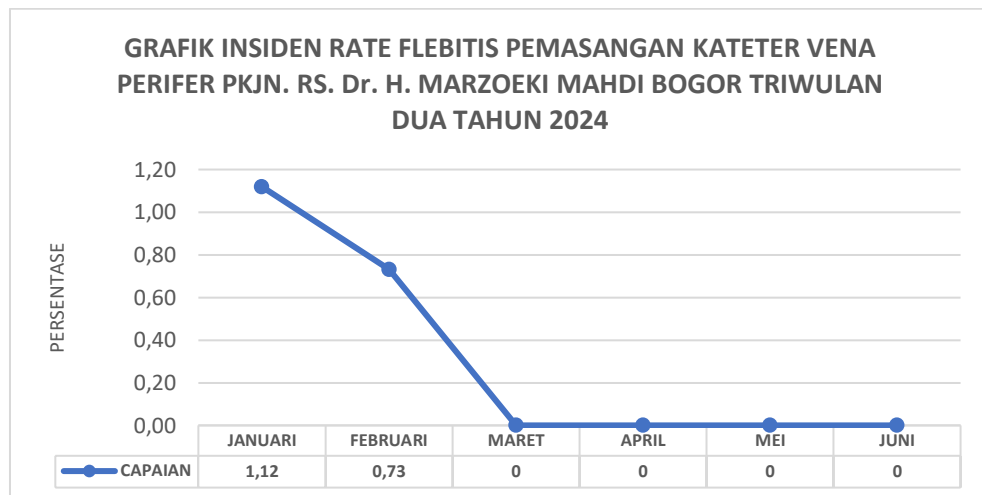




14. Angka Insiden Rate Flebitis Akibat Pemasangan Infus

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.68 Insiden Rate Flebitis Pemasangan Kateter Veba Perifer



Grafik di atas menggambarkan insiden rate Flebitis (phlebitis) tidak ditemukan pada triwulan dua jika dibandingkan triwulan satu. Kondisi ini disebabkan nakes sudah patuh dalam pencegahan Flebitis dengan menerapkan Bundle Flebitis dan mendapatkan edukasi secara berkala dari komite PPI (IPCN).

Rekomendasi :

- ♦ Pertahankan pemantauan area insersi kateter vena perifer (infus) secara terus menerus.
- ♦ Pertahankan kegiatan supervise klinik dalam pencegahan Flebitis oleh Karu dan IPCN.
- ♦ Pertahankan kegiatan edukasi pada nakes yang memberikan asuhan, pasien dan keluarga terkait pemasangan infus.

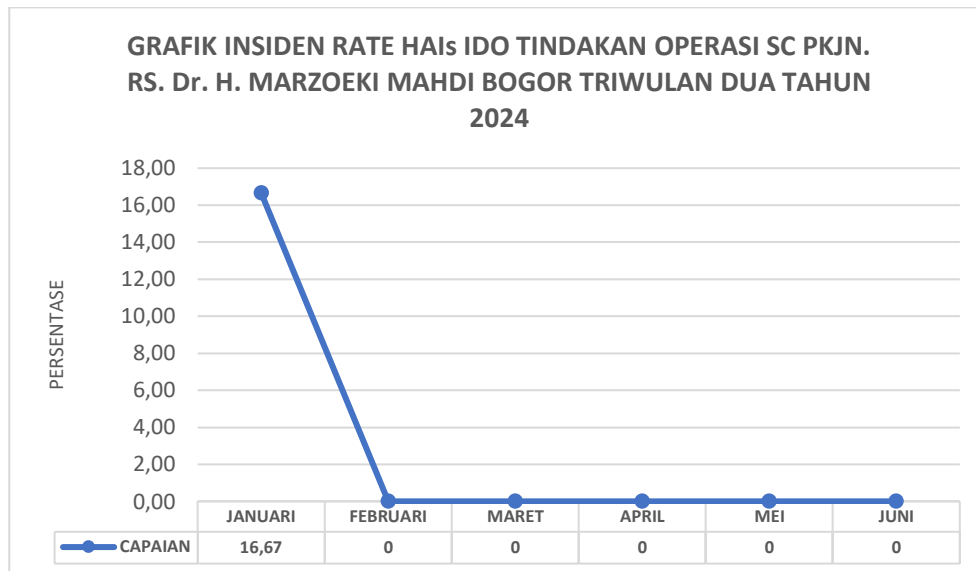




14. Angka Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) Sectio Caesarea

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.69 Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) Sectio Caesarea



Grafik di atas menggambarkan angka kejadian IDO pada Tindakan Sectio Caesarea triwulan dua tidak terjadi insiden rate HAIs, jika dibandingkan triwulan satu. Pencapaian ini disebabkan petugas sangat menjaga factor - faktor risiko IDO, di mulai dari menerapkan bundles pre, intra dan paska operasi. Paska operasi pasien tetap dipantau selama di rumah, baik kondisi luka, gizi dan aktivitasnya.

Rekomendasi :

- Pertahankan edukasi selama pasien dan keluarga berada dalam dan atau setelah perawatan dengan dibekali media informasai (leaflet, brosur perawatan paska operasi SC).
- Pertahankan komunikasi Bersama pasien, keluarga setelah perawatan paska operasi.
- Melakukan peran koordinasi dengan instasi/ fasyankes terdekat dalam pemantauan paska operasi dan perawatan.
- Tingkatkan pengetahuan Petugas dalam pencegahan IDO.

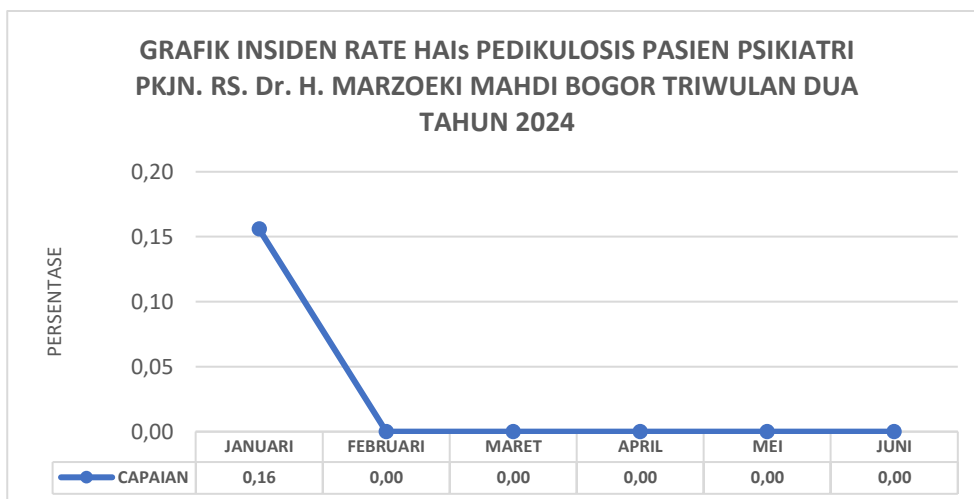




15. Angka Insiden Rate Infeksi Kulit Pedikulosis

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.70 Insiden Rate Infeksi Kulit Pedikulosis



Grafik di atas menggambarkan angka kejadian pedikulosis pada triwulan dua tidak ditemukan insiden rate, jika dibandingkan dengan triwulan satu. Pencapaian ini terjadi disebabkan kepatuhan pelaksanaan bundles pediculosis dengan tepat, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya HAIs pedikulosis.

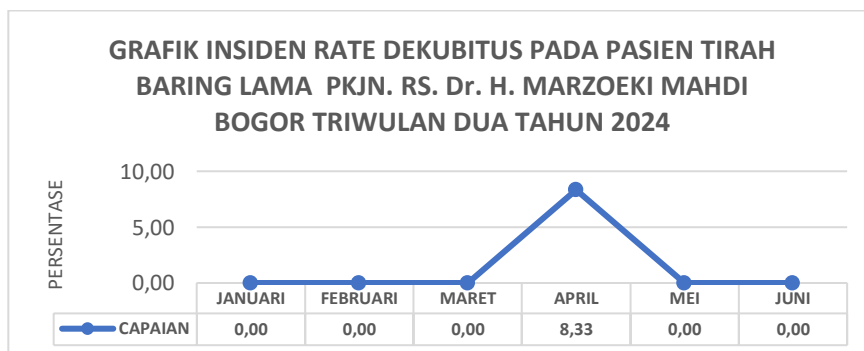
Rekomendasi :

- ◆ Pertahankan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan bundles pediculosis jika ditemukan ada pasien yang menderita pediculosis yang dibawa dari rumah.
- ◆ Pertahankan asesmen dan re-asesmen kondisi pasien dari kepala hingga kaki dengan teliti.
- ◆ Pertahankan kegiatan edukasi pada nakes yang memberikan asuhan, pasien dan keluarga terkait pencegahan pediculosis.

16. Angka Insiden Rate Dekubitus Tirah Baring

- Kondisi yang Dicapai

Grafik 5.71 Insiden Rate Dekubitus Tirah Baring





Grafik di atas menggambarkan terjadi insiden rate dekubitus di triwulan dua, jika dibandingkan dengan triwulan satu. Insiden rate dekubitus terjadi di April 8,33%, 1 kasus dari 36 pasien yang tirah baring lama. Insiden rate ini terjadi disebabkan kondisi pasien yang sulit diperbaiki secara metabolik, mengalami penurunan kesadaran dan beban kerja nakes dengan proporsi ketenagaan yang kurang, sehingga pasien sulit ditangani.

Rekomendasi :

- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan bundles dekubitus jika ditemukan kondisi pasien yang mengalami tirah baring lama.
- ◆ Tingkatkan asesmen dan re-asesmen kondisi pasien dari kepala hingga kaki dengan teliti.
- ◆ Pertahankan kegiatan edukasi pada nakes yang memberikan asuhan, pasien dan keluarga terkait pencegahan dekubitus.

17. Kepatuhan Pelaksanaan Pencegahan Infeksi dengan Bundles HAIs

Kondisi yang Dicapai:

Hasil audit pada triwulan dua tahun 2024 terhadap kepatuhan pelaksanaan bundle mulai berjalan dengan baik, dimana semua petugas di unit kerja sudah melakukan bundles dengan baik dalam memberikan asuhan pada pasien.

Rekomendasi:

- ◆ Pertahankan kebiasaan baik dalam pelaksanaan pencegahan HAIs dengan melaksanakan bundles PPI.

18. Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan PPI

Pelaksanaan kegiatan diklat PPI pada triwulan dua tahun 2024 belum dilaksanakan workshop PPI dasar untuk pegawai baru dan pindahan, sesuai dengan program kerja diklat akan dilaksanakan pada triwulan kedua. Kegiatan diklat yang sudah berjalan secara regular adalah kegiatan sosialisasi pada mahasiswa praktik yang meliputi mahasiswa keperawatan, kedokteran, farmasi, gizi dan vokasi okupasi.

Kegiatan edukasi PPI untuk pengunjung dilaksanakan secara regular, Kerjasama antara Komite PPI dan PKRS dengan sasaran pengunjung poliklinik. Selain di poliklinik, edukasi juga dilakukan di instalasi rawat inap oleh perawat sasaran pasien dan keluarga serta pengunjung. Pelaksanaan edukasi rutin juga dilakukan di unit – unit kerja sesuai dengan keprofesiaannya. Kegiatan seminar PPI secara online tetap diikuti oleh pegawai sesuai dengan unit kerja masing-masing.





Rekomendasi:

1. Pertahankan kegiatan edukasi bagi pasien dan pengunjung.
2. Pertahankan kegiatan sosialisasi bagi mahasiswa praktik dan juga pada tenan yang beraktivitas di PKJN Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
3. Update ilmu terkait PPI baik secara online maupun offline.
4. Lakukan program diklat PPI yang sudah direncanakan bulan Mei atau Juni 2024.

19. Pemantauan Penggunaan Antibiotik Rasional

Kegiatan pemantauan penggunaan antibiotik Prophylaksis pada pasien bedah sudah terlaksana dan bekerjasama dengan yang dimotori oleh Tim PPRA, jumlah pemakaian antibiotik tercatat secara digital dalam rekapitulasi HAIs. Pemberian Prophylaksis belum semua DPJP memberikan sesuai dengan pedoman Pemberian Antibiotik, seperti pemberian AB Cefazolin hanya beberapa DPJP yang memberikan dan selebihnya menggunakan AB Ceftriaxone.

Laporan tim PPRA pada triwulan satu dan dua belum ditembuskan ke Komite PPI yang merupakan bagian laporan Komite.

Rekomendasi:

Tingkatkan monitoring penggunaan antimikroba secara terus menerus, dan lengkapi laporan per triwulan agar mendapat laporan terupdate dalam penggunaan antimikroba bijak.

20. Kepatuhan Pelaksanaan ICRA Renovasi

Kepatuhan pelaksanaan ICRA renovasi sudah berjalan dengan baik, setiap renovasi gedung sudah dilengkapi dengan dokumen ICRA mulai dari ICRA pre konstruksi/ PCRA, ICRA selama pelaksanaan pembangunan, dan ICRA pasca renovasi. Untuk laporan lengkap ICRA renovasi akan dibuat pada akhir tahun, setelah semua proyek renovasi terlaksana.

Rekomendasi:

1. Tetap pantau kepatuhan pelaksanaan ICRA renovasi Gedung untuk meminimalkan risiko infeksi dampak dari renovasi yang dilakukan.
2. Lakukan pengawasan pengelolaan limbah renovasi baik selama pekerjaan maupun setelah pekerjaan dengan lebih intensif agar tidak ada limbah yang tersisa manakala proyek sudah diserahkan oleh pekerja ke rumah sakit.





21. Evaluasi

a. Program Kewaspadaan Isolasi:

- Kepatuhan penggunaan APD di triwulan dua belum tercapai sesuai standar 100%, angka pencapaiannya 98,50% dan menurun dibandingkan triwulan satu.
- Kepatuhan kebersihan tangan di triwulan dua sudah tercapai melampaui target INM 85% dan target RS Dr. H. Marzoeki Mahdi 90%, yaitu pencapaiannya 90,73%. Hasil ini mengalami penurunan dibandingkan dengan triwulan satu.
- Kepatuhan Etika Batuk di triwulan dua belum mencapai target yang ditentukan 100%, yaitu dengan capaian 98,63%. Kondisi ini memiliki hasil yang sama dengan triwulan satu.
- Kepatuhan Manajemen Linen di Ruang Perawatan di triwulan dua dengan hasil 98,98%, capaian ini belum sesuai dengan standar yang ditetapkan 100%. Pencapaiannya mengalami penurunan jika dibandingkan dengan triwulan satu.
- Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam di triwulan dua 95,24% belum sesuai dengan target 100%, tetapi jika dibandingkan dengan pencapaian triwulan satu mengalami peningkatan kepatuhan.
- Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius di triwulan dua 97,79% belum mencapai standar yang ditetapkan 100%, tetapi dibandingkan dengan pencapaian triwulan satu mengalami trend peningkatan.
- Manajemen Lingkungan Kerja di triwulan dua 89,41% belum tercapai sesuai dengan standar yang ditetapkan 90%, tetapi jika dibandingkan dengan pencapaian triwulan satu mengalami penurunan.
- Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan Pasien di triwulan dua dengan capaian 95,12% belum sesuai dengan standar yang ditetapkan 100%, tetapi dibandingkan dengan pencapaian triwulan satu mengalami peningkatan.
- Kepatuhan Menyuntik Aman di triwulan dua mencapai 99,69% belum sesuai dengan standar yang ditetapkan 100%, tetapi mengalami peningkatan dibandingkan dengan pencapaian triwulan satu.
- Kepatuhan personal Hygiene Pasien Psikiatri triwulan dua dengan capaian 93,22%, pencapaian belum sesuai dengan standar yang ditetapkan 100%. Peningkatan terjadi dibandingkan dengan triwulan satu.
- Kepatuhan Penempatan Pasien Isolasi (risiko infeksi) di triwulan satu 96,97% dan belum tercapai sesuai dengan standar yang ditetapkan 100%, pencapaian ini mengalami penurunan dibandingkan dengan triwulan satu.
- Ketepatan pelaksanaan Teknik Aseptik triwulan dua mencapai 98,81% dan belum tercapai sesuai dengan standar 100%. Pencapaian ini mengalami penurunan dibandingkan triwulan satu.





- Ketersediaan Sarana dan prasarana Kebersihan Tangan triwulan dua mencapai 97,07% dan belum tercapai sesuai dengan standar yang ditetapkan 100%. Pencapaian ini mengalami penurunan sedikit di jika dibandingkan dengan triwulan satu.

b. Surveilans Health Associated Infections (HAIs)

- Angka Insiden Rate Flebitis pada triwulan dua tidak terjadi, jika dibandingkan dengan triwulan satu.
- Angka Insiden Rate HAIs IDO di triwulan dua tidak terjadi, jika dibandingkan dengan triwulan satu.
- Angka Insiden Rate Infeksi Pedikulosis di triwulan dua tidak terjadi, jika dibandingkan dengan triwulan satu.
- Insiden rate VAP, CLABSI, ISK, HAP, Scabies, tidak ada temuan, baik periode triwulan dua tahun 2024.
- Insiden rate dekubitus di triwulan dua terjadi 1 kasus (8,33%) dari 36 pasien tirah baring lama.

c. Kepatuhan Pelaksanaan Pencegahan Infeksi dengan Bundles HAIs

Angka kepatuhan pelaksanaan bundles infeksi pada triwulan dua tahun 2024 ada peningkatan dalam pencegahan HAIs, Adapun insiden rate dekubitus terjadi ini bukan bagian dari HAIs.

a. Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan PPI

Pelaksanaan program diklat pada periode triwulan dua tahun 2024 dan tahun 2023 relatif sama, kegiatan edukasi dan sosialisasi sudah dikerjakan sesuai dengan program kerja. Kegiatan Diklat lebih menekankan pada pertemuan rutin unit / ruangan setiap bulannya.

b. Pemantauan Penggunaan Antibiotik Rasional

Pemantauan penggunaan antibiotic pada triwulan dua tahun 2024 masih pemantuan tatalaksana antibiotic prophylaxis, dan belum ada kajian lebih spesifik terkait kualitas dan ketepatan penggunaan sesuai ERASPRO.

c. Kepatuhan Pelaksanaan ICRA Renovasi

Kepatuhan pelaksanaan ICRA renovasi pada triwulan dua tahun 2024 sudah cukup baik, setiap renovasi sudah dilengkapi dengan dokumen ICRA renovasi pencapaian 100%, dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2023 tidak ada dokumen ICRA renovasi. Terjadi peningkatan kepatuhan 100%.





5.1.5.5.2 Komite Mutu Rumah Sakit

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Tabel 5.23

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan RS.	- Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS. - Telah disusun program mutu tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	Memberi masukan dan pertimbangan dalam bentuk laporan Komite Mutu RS yang dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas.
3	Pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS dan pengukuran indikator tingkat RS serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut.	- Sudah dilakukan pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS menyesuaikan dengan standar Akreditasi RS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan meliputi indikator sasaran keselamatan pasien, pelayanan klinis prioritas, tujuan strategis RS, perbaikan sistem, manajemen risiko, dan penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran. - Prioritas perbaikan tingkat RS adalah layanan PDC dengan 16 Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS. - Pengukuran indikator mutu prioritas RS setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas beserta rekomendasinya.
4	Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja.	- Penerapan program mutu dipandu oleh Subkomite Mutu dengan pembagian area 1:5 (1 petugas : 5 area). - Dilakukan movev unit kerja untuk memantau penerapan mutu unit kerja. - Dilakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6 bulan. - Dilakukan Ronde Komite Mutu yang melibatkan 3 (tiga) Subkomite yakni Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, dan Subkomite Manajemen Risiko agar upaya perbaikan yang dilakukan lebih komprehensif.
5	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	- Pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas RS sesuai dengan STARKES pada layanan prioritas PDC. - Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar. - Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan setiap bulan. - Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. - Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. - Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.	- Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) Semester I Tahun 2024 pada bulan Oktober-Desember 2022 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja, baik melalui rapat koordinasi maupun rapat per masing-masing bagian. - Sudah ada penetapan profil indikator mutu unit (IMP-Unit) Semester I Tahun 2024 untuk upaya perbaikan mutu berkesinambungan di unit tersebut.
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	- Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan aplikasi SIMANDATURI. Implementasi aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya. - Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 10 setiap bulannya. - Validasi data indikator mutu dilakukan untuk PIC PMKP baru.





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

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





Tabel 5.24

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS.	- Regulasi mengacu pada STARKES. - Disusun program kerja keselamatan pasien RS tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.	- Laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap tanggal 10 setiap bulannya. - Insiden keselamatan pasien dengan grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana dan membuat rekomendasi berdasar analisis setiap insiden keselamatan pasien yang terjadi maksimal pada hari ke 7 sejak insiden. - Insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah, dilakukan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden keselamatan pasien tersebut untuk dilakukan perbaikan-perbaikan maksimal 45 hari sejak insiden. - Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan.
3	Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja.	- Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Subkomite KPRS dan Duta KPRS melalui monev langsung ke unit kerja. - Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Subkomite KPRS dengan pembagian 1:5 (1 petugas : 5 area). - Meningkatkan peran Duta KPRS yang telah berperan dalam penerapan keselamatan pasien di unit kerja. - Dilakukan Ronde Komite Mutu untuk melakukan pemantauan dan memandu penerapan program keselamatan pasien di unit kerja. - Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. - Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. - Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
4	Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.	- Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan monev dan supervisi yang dilaksanakan oleh Subkomite KPRS. - Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon. - Membuat sarana edukasi seperti leaflet dan spanduk sasaran keselamatan pasien. - Memotivasi PPA agar melaporkan insiden keselamatan pasien dan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan 1x24 jam.
5	Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.	- Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan google spreadsheet. - Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, yang belum mencapai target, dan yang sangat sulit tercapai. - Pelaporan data Duta KPRS dilakukan tepat waktu pada tanggal 03 setiap bulannya ke Subkomite KPRS untuk dilaporkan ke Komite Mutu pada tanggal 05 setiap bulannya. - Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dilakukan setiap bulan. - RCA telah dilaksanakan pada insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah.
6	Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	- Pelaporan internal insiden keselamatan pasien 1x24 jam dilaksanakan melalui http://bit.ly/LAPOR_KPRS. - Pelaporan IKP internal dari unit kerja maksimal 2x24 jam dan dilakukan rekapitulasi setiap bulan. Grading hijau dan biru dilakukan investigasi sederhana, sedangkan grading kuning dan merah dilakukan RCA.





NO	PROGRAM	REALISASI
		Pelaporan eksternal insiden keselamatan pasien dan RCA dilaksanakan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian indikator ke dalam aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/.
7	Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.	- Pelatihan keselamatan pasien RS dan budaya keselamatan RS sebagai berikut: - Workshop “Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei – 01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta. - Workshop “Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” pada tanggal 27 – 28 Juni 2024.
8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

C. Realisasi program manajemen risiko Semester I Tahun 2024 adalah:

Tabel 5.25

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit.	- Penyusunan program kerja subkomite manajemen risiko tahun 2024. - Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi. - Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS.	Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.
3	Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja.	- Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:5 (1 petugas : 5 area). - Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Selasa bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja. - Melakukan kelas kecil pembuatan risk register dan FMEA unit kerja.
4	Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya.	- Melakukan pendampingan oleh subkomite ke seluruh unit kerja untuk pembuatan profil risiko. - Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan. - Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya.
5	Penyusunan Risk Register Unit Kerja	- Melakukan permohonan pembuatan profil risiko unit kerja berdasarkan Nota Dinas No. YM.01.02/D.XXXV/646/2024. - Melakukan pendampingan ke unit kerja dalam proses penyusunan profil risiko unit kerja. - Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas profil risiko yang telah dikumpulkan melalui link https://linktr.ee/marzoekimanris - Telah dilakukan pengelompokan PIC pembuatan Profil Risiko dan FMEA di Instalasi Rawat Inap. - Semester I TAHUN ANGGARAN 2024 telah terkumpul 30 profil risiko unit kerja.
6	Penyusunan Profil Risiko RS	Profil Risiko RS telah ditetapkan melalui SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXXV/1232/2024 tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2024 di RSJMM Bogor.
7	Penyusunan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja	- Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA. - Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas FMEA yang telah dikumpulkan. - Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja.





NO	PROGRAM	REALISASI
8	Penyusunan <i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA) RS	Menyusun Hazard Vulnerability Analysis (HVA) RS.
9	Penyusunan <i>Hospital Safety Index</i> (HSI) RS	Menyusun Hospital Safety Index (HSI) RS.
10	Penilaian Manajemen Risiko - Maturity Rating Kemenkeu. - Sistem Pengendalian Intern Pemerintah Terintegrasi (SPIP-T) Kemenkes. - Pengendalian Intern atas Pelaporan Keuangan (PIPK). - Penilaian SPI/SKI Mandiri	Menyusun dan mengupload dokumen-dokumen yang diperlukan dalam penilaian manajemen risiko. Skor penilaian Manajemen Risiko pada Maturity Rating Kemenkeu adalah 5/5
11	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya.	Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana. Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik. Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Subkomite Manajemen Risiko.
12	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal dan cepat berubah di masa pandemik Covid-19 dilakukan rapat segera. Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Timker, Asisten Timker, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait.
13	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko.	Pelatihan Manajemen Risiko sebagai berikut: o Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil. o Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. o Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20 – 22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. o Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS-PERSI pada tanggal 31 Mei – 01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta
14	Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

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

Tabel 5.26

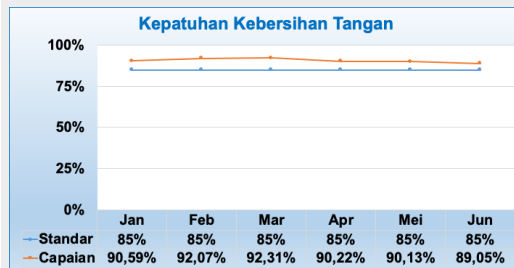
NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
4	Waktu tanggap <i>Sectio Caesaria Emergency</i>	80%
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
6	Penundaan operasi elektif	<5%
7	Kepatuhan waktu visite dokter spesialis	≥80%
8	Pelaporan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

Hasil pengukuran INM semester I tahun 2024 adalah sebagai berikut:



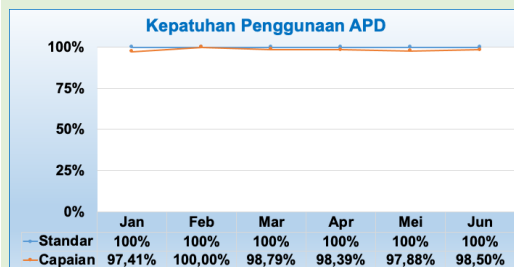


Grafik 5.71
INM: Kepatuhan Kebersihan Tangan



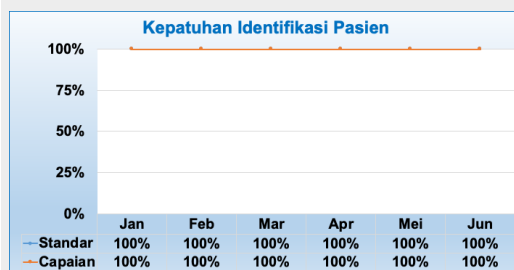
Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 90,73%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.

Grafik 5.72
INM: Kepatuhan Penggunaan APD



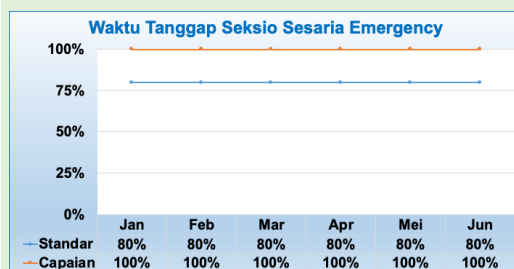
Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2024 adalah 98,49%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan penggunaan APD yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan penggunaan APD sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian penggunaan APD yang lebih baik lagi.

Grafik 5.73
INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien



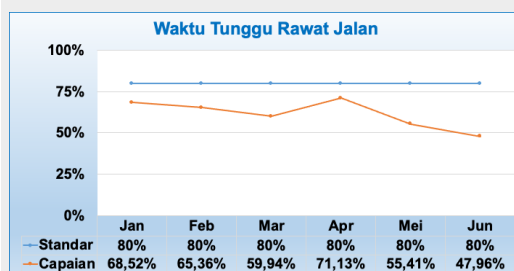
Rerata capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.74
INM: Waktu Tanggap Sectio Caesaria Emergency



Rerata capaian indikator waktu tanggap SC emergency selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Seluruh ibu yang melahirkan dengan SC ditangani ≤ 30 menit. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.75
INM: Waktu Tunggu Rawat Jalan

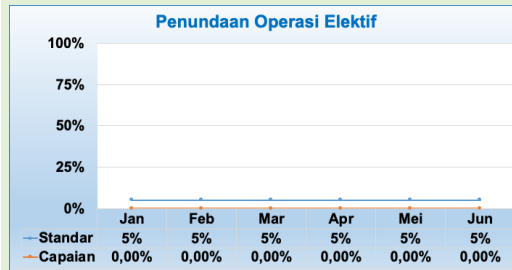


Rerata capaian waktu tunggu rawat jalan selama semester I tahun 2024 adalah 61,39%. Hasil capaian belum menunjukkan perbaikan yang berarti. Perbaikan dilakukan pada unit TPP, pelayanan perawat, dan pelayanan dokter. Bridging SIMRS dengan V-Claim sudah selesai dilaksanakan sehingga dapat menerbitkan SEP secara elektronik di mesin APM pada pasien BPJS. Sudah dilakukan pengaturan jadwal dokter berdasarkan hasil evaluasi (redesign ke III). Sosialisasi jadwal praktik dokter kepada pasien sudah diupayakan untuk mengurangi waktu tunggu rawat jalan.

Grafik 5.76
INM: Penundaan Operasi Elektif

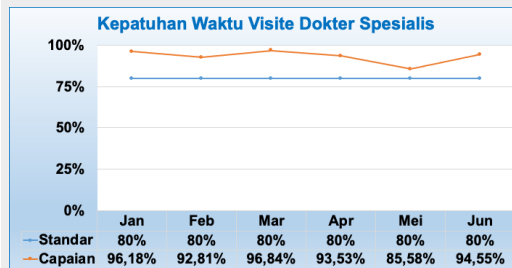
Rerata capaian penundaan operasi elektif selama semester I tahun 2024 adalah 0%.





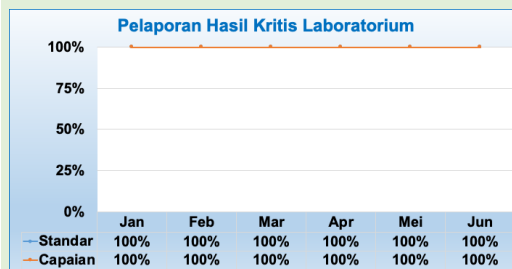
Operasi elektif selalu dilaksanakan tepat waktu dengan mengutamakan keselamatan pasien RS.

Grafik 5.7
INM: Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis



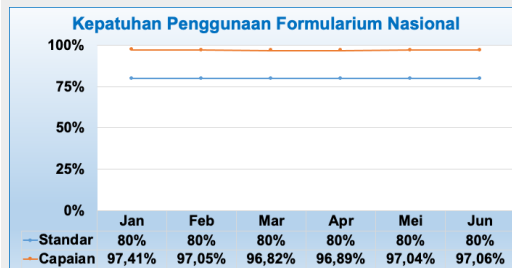
Rerata capaian kepatuhan visite Dokter Spesialis selama semester I tahun 2024 adalah 93,25%. Capaian ini sangat baik di atas standar. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.78
INM: Pelaporan hasil Kritis Laboratorium



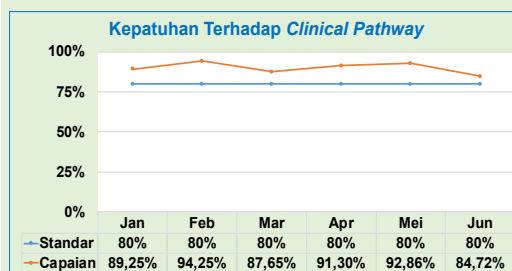
Rerata capaian pelaporan hasil kritis laboratorium selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.79
INM: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Rerata capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional selama semester I tahun 2024 adalah 97,04%. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional ini sudah melebihi standar yang telah ditetapkan dan harus dipertahankan.

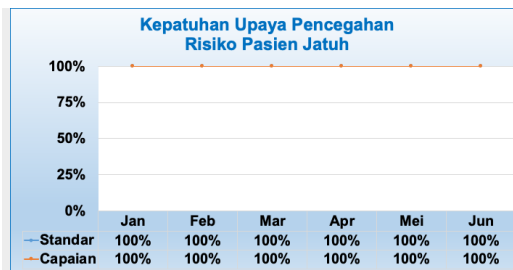
Grafik 5.80
INM: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* (CP) selama semester I tahun 2024 adalah 90,01%. Capaian CP sudah di atas standar dan meningkat dari waktu ke waktu. Ketidakepatuhan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan dan juga LoS yang masih >18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.

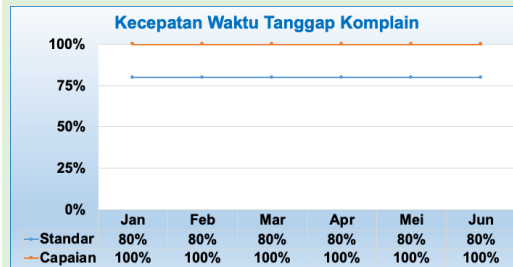
Grafik 5.81
INM: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Rerata capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.



Grafik 5.82

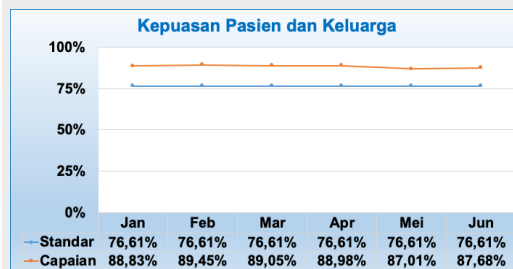
INM: Kecepatan Waktu Tanggap komplain



Rerata capaian indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada selama semester I tahun 2024 adalah 100%. Seluruh komplain sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh RS.

Grafik 5.83

INM: Kepuasan Pasien dan Keluarga



Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama semester I tahun 2024 adalah sebesar 88,50%. Survei kepuasan pelanggan dilakukan pada seluruh unit layanan dengan cara mengakses barcode melalui handphone. Survei kepuasan ini mengacu pada PermenPAN&RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang meliputi 9 (sembilan) unsur, yaitu: Persyaratan. Sistem, mekanisme, dan prosedur. Waktu penyelesaian. Biaya/tarif. Produk spesifikasi jenis pelayanan. Kompetensi pelaksana. Perilaku pelaksana. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan. dan Sarana dan prasarana.

5.1.5.5.3 Komite Keperawatan

Tabel 5.27

No.	Kegiatan	Realisasi	Kendala	Tindak Lanjut
Sub Komite Kredensial				
1	Menyusun daftar rincian kewenangan klinis	Terlaksana	Tidak ada kendala	Koordinasi lebih lanjut dengan mitra bestari
2	Updating data SPK-RKK dalam bentuk <i>Soft File</i>	Terlaksana	Tidak ada kendala	Lakukan updating secara berkala
3	Mapping kredensial/ rekredensial perawat	Terlaksana	Tidak ada kendala	Koordinasi lebih lanjut dengan manajer keperawatan
4	Melakukan persiapan kredensial dan rekredensial perawat	Terlaksana	Tidak ada kendala	Sosialisasi kepada perawat yang habis masa berlaku SPK RKK





5	Menyusun format dan <i>Google Form</i> kredensial/ rekredensial perawat	Terlaksana	Tidak ada kendala	Mengusulkan dan bekerjasama dengan instalasi SIRS untuk membuat aplikasi e-kredensial
Sub Komite Mutu Profesi				
1	Melakukan review dan revisi SPO keperawatan	Terlaksana	Rasio jumlah pasien dan perawat belum sesuai	SPO Observasi lingkungan di ruangan rawat inap belum mampu laksana di ruangan dengan kapasitas 40 TT
2	Melakukan audit klinis asuhan keperawatan	Terlaksana	Tidak ada kendala	Sosialisasi lebih lanjut tatalaksana Diagnosa keperawatan RBD
3	Membuat rekomendasi perencanaan PKB perawat	Terlaksana	Tidak ada kendala	Koordinasi lebih lanjut dengan bagian SDM
4	Menyelenggarakan pelatihan/seminar keperawatan	Terlaksana	Tidak ada kendala	Koordinasi lebih lanjut dengan bagian diklat
5	Melakukan ronde keperawatan	Terlaksana	Tidak ada kendala	Lakukan ronde keperawatan secara berkala
6	Memfasilitasi proses pendampingan staf keperawatan sesuai kebutuhan	Terlaksana	Staf remedial saat kredensialing	Koordinasikan dengan bagian SDM
7	Melakukan penilaian OPPE/FPPE perawat	Terlaksana	Tidak ada kendala	Lakukan penilaian OPPE/FPPE setiap tahun
Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi				
1	Sosialisasi disiplin, etika dan perilaku profesi keperawatan	Terlaksana	Tidak ada kendala	Lakukan sosialisasi disiplin, etika profesi secara terus-menerus
2	Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan	Terlaksana	Staf yang melanggar etika belum optimal	Lakukan pembinaan berjenjang





			dalam melakukan perubahan etika	
--	--	--	---------------------------------	--

5.2 Realisasi Anggaran

Pada tahun 2023 RS. Marzoeeki Mahdi mengelola anggaran senilai Rp239.967.234.000,- berdasarkan DIPA Nomor SP DIPA – 024.04.2.415505/2023. Alokasi belanja yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp91.097.094.000,- dan alokasi sumber dana PNPB BLU sebesar Rp.148.870.140.000,-.

5.2.1 Kinerja Anggaran

DIPA RS. Marzoeeki Mahdi Tahun Anggaran 2024 sesuai dengan pagu yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebesar Rp182.581.330.000,- , yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) sebesar Rp59.364.793.000,- dan anggaran BLU sebesar Rp123.216.537.000,-.

Selama periode berjalan, RS. Marzoeeki Mahdi telah melakukan revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sebanyak Satu kali dari DIPA awal, pagu awal sebesar Rp182.581.330.000,- setelah revisi terakhir menjadi sebesar Rp182.581.330.000,-. Revisi atas DIPA yang telah dilakukan tersebut antara lain:

a. Revisi kesatu

Revisi Ke – 1 DIPA untuk pencantuman saldo awal dan pergeseran antar akun. Revisi DIPA tersebut berdasarkan sumber dana dan jenis belanja dapat dilihat pada tabel berikut:





Tabel 5.28 Rincian Akun Revisi DIPA Kesatu Tahun 2024

(dalam rupiah)

Kode	Semula	Semula	Revisi	Menjadi
01	Rupiah Murni	59.364.793.000	-	59.364.793.000
51	Belanja Pegawai	47.464.793.000	-	47.464.793.000
52	Belanja Barang	11.900.000.000	-	11.900.000.000
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	729.763.000	-	729.763.000
521114	Belanja Pengiriman Surat Dinas Pos Pusat	12.000.000	-	12.000.000
521115	Belanja Honor Operasional Satuan Kerja	266.712.000	-	266.712.000
521811	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	244.637.000	-	244.637.000
522111	Belanja Langganan Listrik	2.267.408.000	-	2.267.408.000
522112	Belanja Langganan Telepon	68.354.000	-	68.354.000
522113	Belanja Langganan Air	1.478.578.000	-	1.478.578.000
522131	Belanja Jasa Konsultan	99.989.000	45.982.000	145.971.000
522191	Belanja Jasa Lainnya	165.834.000	-	165.834.000
523111	Belanja Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.052.272.000	-	2.052.272.000
523121	Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	743.530.000	-	743.530.000
523129	Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	2.560.473.000	(45.982.000)	2.514.491.000
523199	Belanja Pemeliharaan lainnya	310.450.000	-	310.450.000
524111	Belanja Perjalanan Biasa	316.473.000	67.265.000	383.738.000
524114	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting dalam Kota	268.150.000	(25.115.000)	243.035.000
524211	Belanja Perjalanan Biasa Luar Negeri	315.377.000	(42.150.000)	273.227.000
06	Badan Layanan Umum	123.216.537.000	-	123.216.537.000
52	Belanja Barang	120.329.496.000	-	120.329.496.000
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	49.286.615.000	-	49.286.615.000
525112	Belanja Barang	171.350.000	-	171.350.000
525113	Belanja Jasa	15.236.297.000	402.491.000	15.638.788.000
525114	Belanja Pemeliharaan	1.050.522.000	-	1.050.522.000
525115	Belanja Perjalanan	383.930.000	-	383.930.000
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	30.403.820.000	2.219.528.000	32.623.348.000
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	23.796.962.000	(2.622.019.000)	21.174.943.000
		120.329.496.000	-	120.329.496.000
53	Belanja Modal	2.887.041.000	-	2.887.041.000
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	2.887.041.000	-	2.887.041.000
			-	
	Jumlah	182.581.330.000	-	182.581.330.000

Sumber: DIPA Revisi Kesatu Tahun 2024

a. Pendapatan

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir per 30 Juni 2024 adalah sebesar Rp45.598.520.166,- atau mencapai 37,01 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp123.216.537.000,-. Pendapatan RSJ. dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor terdiri dari Pendapatan Badan Layanan Umum diantaranya Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit, Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga, Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU, Pendapatan Lain-lain BLU, Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Tanah, Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung, Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya, Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah, Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu, Penerimaan Kembali Belanja Barang Tahun Anggaran Yang Lalu, Pendapatan Sewa Tanah, Gedung, dan Bangunan. Rincian estimasi pendapatan dan realisasinya adalah sebagai berikut:





Tabel 5.29
Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan Semester I TAHUN ANGGARAN 2024
RS. Marzoeeki Mahdi

(dalam rupiah)

Kode	Uraian	Semester I TA 2024		
		Anggaran	Realisasi	% Real Angg.
	Pendapatan			
	Pendapatan BLU			
	Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit (Akun 424111)	123.216.537.000	43.773.432.548	35,53%
1	Pendapatan Jasa Layanan Umum	123.216.537.000	43.773.432.548	35,53%
	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga (Akun 424421)	-	411.894.750	100,00%
2	Pendapatan Dari Alokasi APBN		411.894.750	
	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU (Akun 424911)		460.598.884	
	Pendapatan Lain-lain BLU (Akun 424919)		704.879.019	
	Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah (Akun 424921)		87.629.000	
	Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung (Akun 424922)		64.251.750	
3	Pendapatan BLU Lainnya	-	1.317.358.653	
	Pendapatan BLU	123.216.537.000	45.502.685.951	36,93%
	Pendapatan Negara Bukan Pajak Lainnya			
	Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya (Akun 425129)	-	68.322.100	
	Pendapatan Sewa tanah, Gedung, dan Bangunan (Akun 425131)	-	10.562.120	
1	Pendapatan Dari Penjualan, Pengelolaan BMN		78.884.220	
	Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah (Akun 415811)		1.329.545	
2	Pendapatan Denda	-	1.329.545	
	Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu (Akun 425911)	-	14.212.234	
	Penerimaan Kembali Belanja Barang Tahun Anggaran Yang Lalu		1.408.216	
3	Pendapatan Lain-lain	-	15.620.450	
	Pendapatan Negara Bukan Pajak Lainnya	-	95.834.215	
	Jumlah	123.216.537.000	45.598.520.166	37,01%

Sumber: LRA Penerimaan MonSakti Juni 2024

Realisasi Pendapatan per 30 Juni 2024 sebesar 37,01 persen dari anggarannya, berikut penjelasan Tabel Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan:

1. Pendapatan BLU

Pendapatan BLU Pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang atau jasa yang diserahkan kepada masyarakat, realisasi pendapatan BLU untuk periode yang berakhir per 30 Juni 2024 adalah sebesar Rp45.502.685.951,- atau mencapai 37,01 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp123.216.537.000,-. Pendapatan Badan Layanan Umum berasal dari Pendapatan Jasa Pelayanan Umum, Pendapatan dari Alokasi APBN dan Pendapatan BLU Lainnya.

2. Pendapatan Jasa Layanan Umum

Pendapatan Jasa Layanan Umum adalah pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang atau jasa yang diserahkan kepada masyarakat, adapun Pendapatan Jasa Layanan Umum dari Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit Pada Periode 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 sebesar Rp43.773.432.548,- dan Rp34.682.572.621,- terjadi kenaikan





pendapatan sebesar 26,21 persen peningkatan kunjungan pasien baik perorangan maupun pasien dengan jaminan BPJS dan pengembangan pelayanan berupa dibukanya Poliklinik Eksekutif dan *Assessment Center* (Pusat Pengembangan Kompetensi/Pusbangkom).

Pendapatan Jasa Layanan Umum dari Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit periode 30 Juni 2024 terdiri dari Pembayaran Reguler/Tunai untuk Pelayanan Rawat Inap Umum, Rawat Inap Psikiatri Rawat Inap Napza, Pembayaran Pelayanan Rawat jalan, Pelayanan IGD, Laboratorium, Elektromedik, Farmasi, Pembayaran Rehabilitasi Psikososial dan Pembayaran Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan, selain pembayaran secara tunai pendapatan jasa pelayanan diperoleh dari pembayaran Klaim BPSJ Paket Rawat Inap, Rawat jalan dan Obat, Jamkesda dan Jaminan Perusahaan.

Tabel 5.30
Pendapatan Jasa Layanan Umum per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022

Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik/ Turun (%)
Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit (Akun 424111)	43.773.432.584	34.682.572.621	26,21%
Jumlah	43.773.432.584	34.682.572.621	26,21%

Tabel 5.31 Rincian Pendapatan Jasa Layanan Umum
per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	Juni 2024	Juni 2023	Naik/Turun (%)
1	Apotik	1.967.851.450	1.177.119.564	67,18%
2	RI. Psikiatri	313.777.347	188.865.426	66,14%
3	RI. Umum	119.899.675	96.004.298	24,89%
4	RI. Napza	94.584.161	142.575.726	-33,66%
5	Rawat Jalan	2.559.154.864	2.287.976.874	11,85%
6	IGD	140.144.717	109.565.379	27,91%
7	Laboratorium	41.658.190	128.057.547	-67,47%
8	Elektromedik	184.806.300	290.204.407	-36,32%
9	Diklit	2.298.622.100	1.577.882.100	45,68%
10	Rehabilitasi Psikososial	27.300.000	2.158.000	1165,06%
11	BPJS	34.677.156.268	27.433.263.174	26,41%
12	JAMKESDA	1.169.169.776	1.231.057.027	-5,03%
13	Jaminan Perusahaan	179.307.700	17.843.100	904,91%
	Jumlah	43.773.432.548	34.682.572.621	26,21%

Sumber: BKU Bendahara Penerimaan Tahun 2024

Terdapat kenaikan Pendapatan Jasa Layanan Umum per 30 Juni 2024 sebesar 26,21 persen pada pendapatan Apotik, Rawat Inap Psikiatri, Rawat Inap Umum, Rawat Jalan, IGD, Diklit, Rehabilitasi Psikososial, BPJS, Jaminan Perusahaan.

3. Pendapatan Dari Alokasi APBN

Merupakan pendapatan yang bersumber dari Entitas Pemerintah satuan kerja BLU, Pendapatan dari Alokasi APBN per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 sebesar





Rp411.894.750,- dan Rp448.550.351,-. Pendapatan dari alokasi APBN semester 1 2024 turun sebesar 8,17 persen dibandingkan semester 1 2023.

Tabel 5.32 Pendapatan Dari Alokasi APBN
per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022

Uraian	Juni 2024	Juni 2023	Naik/ Turun(%)
Pendapatan Dari Alokasi APBN			
Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga (Akun 424421)	411.894.750	419.250.351	-1,75%
Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat diluar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU (424422)		29.300.000	
Jumlah	411.894.750	448.550.351	-8,17%

Pendapatan dari Alokasi APBN semester 1 2024 terdiri dari Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga sebesar Rp411.894.750,- yang dibayarkan melalui Bendahara Penerimaan secara transfer melalui rekening Bendahara Penerimaan, diantaranya berasal dari, Sekretariat Ditjen Kesehatan Masyarakat atas klaim pasien IPWL dan Politeknik Kesehatan Tanjung Pinang atas pembayaran pendidikan dan pelatihan mahasiswa.

Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga mengalami penurunan sebesar 8,17 persen. Penurunan disebabkan adanya pendapatan Sekretariat Ditjen Kesehatan Masyarakat atas klaim pasien IPWL yang belum disahkan pada akun resiprokal.

4. Pendapatan BLU Lainnya

Pendapatan BLU lainnya terdiri dari Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU, Pendapatan Lain-lain BLU, Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah dan Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung. Pendapatan BLU Lainnya per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 sebesar Rp1.317.358.653 dan Rp1.501.299.920,-, terdapat penurunan pendapatan sebesar 12,25 persen.

b. Belanja

Realisasi Belanja instansi per 30 Juni 2024 adalah sebesar Rp76.144.223.155,- atau 41,70 persen dari anggaran belanja sebesar Rp182.581.330.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja per 30 Juni 2024 adalah sebagai berikut:





Tabel 5.33
Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja TA 2023
RS. Marzoeeki Mahdi

URAIAN	30 JUNI 2024		
	ANGGARAN	REALISASI	%
Belanja Pegawai	47.464.793.000	30.252.548.872	63,74%
Belanja Barang	132.229.496.000	45.202.957.250	34,19%
Belanja Modal	2.887.041.000	688.840.260	23,86%
Total Belanja Kotor	182.581.330.000	76.144.346.382	41,70%
Pengembalian Belanja Pegawai	-	123.227	0
Pengembalian Belanja Barang	-	-	0
Pengembalian Belanja Modal	-	-	0
Jumlah	182.581.330.000	76.144.223.155	41,70%

Dibandingkan belanja per 30 Juni 2023, realisasi belanja per 30 Juni 2024 mengalami penurunan sebesar 0,52 persen, hal ini dikarenakan adanya penurunan belanja modal sebesar 94,50 persen. Berikut penjelasan realisasi belanja per 30 Juni 2024:

a. Belanja Pegawai

Realisasi Belanja Pegawai per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp30.252.425.645,- dan Rp26.434.714.993,- seperti dalam tabel berikut:

Tabel 5.34
Perbandingan Belanja Pegawai 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik (Turun) %
Belanja Gaji dan Tunjangan PNS dan PPPK	30.177.357.872	26.389.072.993	14,36
Belanja Lembur	75.191.000	45.642.000	64,74
Jumlah Belanja Kotor	30.252.548.872	26.434.714.993	14,44
Pengembalian Belanja Pegawai	123.227		-
Jumlah Belanja	30.252.425.645	26.434.714.993	14,44

Sumber: LRA Belanja Per akun MonSakti 2024





Tabel 5.35
Perbandingan Belanja Pegawai Per Akun TA 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

Akun	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK (TURUN) %
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	20.043.424.600	18.359.925.100	9,17
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	294.239	255.818	15,02
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	1.413.435.130	1.327.309.682	6,49
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	419.071.300	392.993.828	6,64
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	0	48.600.000	(100,00)
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	2.331.842.600	2.247.086.000	3,77
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	370.296.289	141.722.503	161,28
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.012.576.440	1.016.125.020	(0,35)
511129	Belanja Uang Makan PNS	2.080.647.000	2.135.511.000	(2,57)
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	136.470.000	139.155.000	(1,93)
512211	Belanja Uang Lembur	75.191.000	45.642.000	64,74
511134	Belanja Tunjangan Kompensasi Kerja	57.400.000	52.800.000	8,71
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	1.684.875.400	399.469.800	321,78
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	30.935	8.242	275,33
511621	Belanja Tunjangan Suami/Istri PPPK	100.675.780	22.188.090	353,74
511622	Belanja Tunjangan Anak PPPK	31.761.512	6.540.750	385,59
511624	Belanja Tunjangan Fungsional PPPK	156.340.000	37.230.000	319,93
511625	Belanja Tunjangan Beras PPPK	105.081.420	25.202.160	316,95
511628	Belanja Uang Makan PPPK	228.998.000	36.950.000	519,75
511633	Belanja Tunjangan Umum PPPK	0	-	-
512212	Belanja Uang Lembur PPPK	4.014.000	-	-
Jumlah Belanja Pegawai		30.252.425.645	26.434.714.993	14,44

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Belanja pegawai periode 30 Juni 2024 naik 14,4 persen dibanding periode 30 Juni 2023 disebabkan adanya kenaikan gaji PNS sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 5 tahun 2024 tentang Peraturan Gaji Pegawai Negeri Sipil dan adanya kenaikan belanja pegawai PPPK disebabkan kenaikan jumlah pegawai, per Juni 2024 sebanyak 86 Pegawai untuk pembayaran belanja pegawai PPPK bulan Januari sampai dengan Juni 2024, sedangkan per Juni 2023 jumlah pegawai PPPK sebanyak 49 pegawai yang baru dibayarkan belanja pegawai PPPK hanya bulan Juni saja.

b. Belanja Barang

Realisasi Belanja Barang per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp45.202.957.250,- dan Rp37.578.959.986,-. Realisasi Belanja Barang 30 Juni 2024 mengalami Kenaikan sebesar 20,29 persen dibandingkan 30 Juni 2023, hal ini karena adanya kenaikan Belanja pemeliharaan dan belanja barang BLU.





Tabel 5.36
Perbandingan Belanja Barang 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

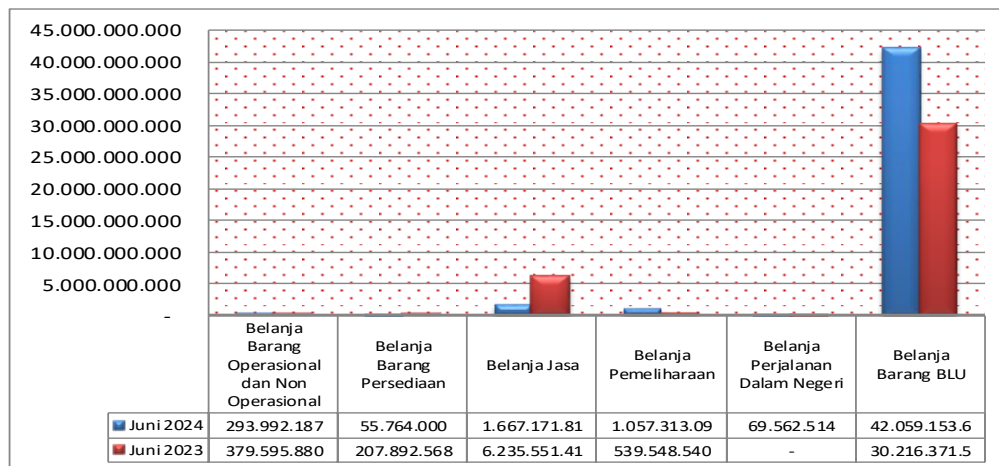
No	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	Belanja Barang Operasional dan Non Operasional	293.992.187	379.595.880	(22,55)
2	Belanja Barang Persediaan	55.764.000	207.892.568	(73,18)
3	Belanja Jasa	1.667.171.815	6.235.551.419	(73,26)
4	Belanja Pemeliharaan	1.057.313.098	539.548.540	95,96
5	Belanja Perjalanan Dalam Negeri	69.562.514	-	#DIV/0!
6	Belanja Barang BLU	42.059.153.636	30.216.371.579	39,19
	Jumlah Belanja Kotor	45.202.957.250	37.578.959.986	20,29
7	Pengembalian Belanja	-	-	
	Jumlah	45.202.957.250	37.578.959.986	20,29

Sumber: LRA Belanja Monsakti Tahun 2024

Grafik 5.84

Perbandingan Belanja Barang 30 Juni 2024 dan Juni 2023

(dalam rupiah)



Berikut penjelasan Tabel . Perbandingan Belanja Barang 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:

1. Belanja Barang Operasional dan Non Operasional

Realisasi Belanja Barang Operasional dan Non Operasional per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp293.992.187,- dan Rp379.595.880,-





Tabel 5.37

Perbandingan Belanja Operasional dan Non Operasional 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

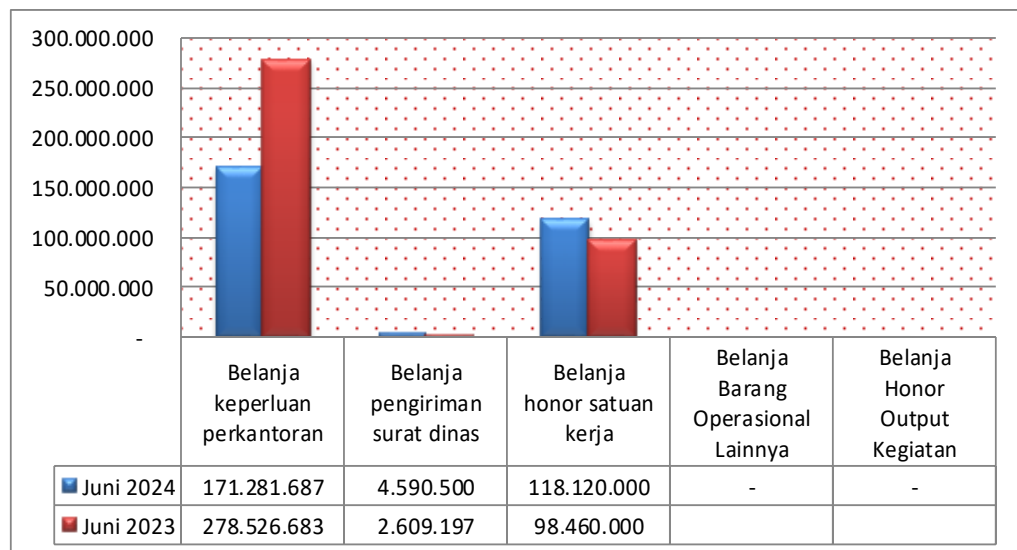
AKUN	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
521111	Belanja keperluan perkantoran	171.281.687	278.526.683	(38,50)
521114	Belanja pengiriman surat dinas	4.590.500	2.609.197	75,94
521115	Belanja honor satuan kerja	118.120.000	98.460.000	19,97
Jumlah Belanja		293.992.187	379.595.880	(22,55)

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Grafik 5.84

Perbandingan Belanja Operasional TA 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)



Terjadi penurunan pada belanja barang operasional dan non operasional 30 Juni 2024 sebesar 22,55 persen dibandingkan tahun 30 Juni 2023, penurunan berasal dari belanja keperluan perkantoran sebesar 38,50 persen.

2. Belanja Persediaan

Realisasi Belanja Belanja persediaan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp55.764.000,- dan Rp207.892.568,- tersaji dalam tabel berikut:





Tabel 5.38
Perbandingan Belanja Persediaan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

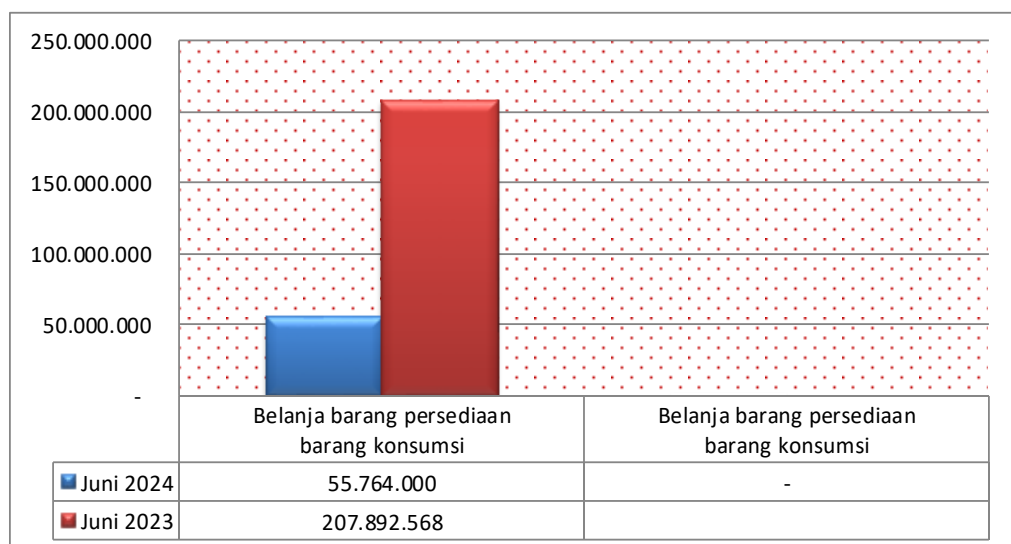
(dalam rupiah)

AKUN	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
521811	Belanja barang persediaan barang konsumsi	55.764.000	207.892.568	(73,18)
Jumlah Belanja		55.764.000	207.892.568	(73,18)

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Grafik 5.85
Perbandingan Belanja Persediaan TA 2023 dan 2022

(dalam rupiah)



Belanja persediaan berupa bahan komputer per 30 Juni 2024 turun sebesar 73,18 persen dibandingkan 30 Juni 2023.

3. Belanja Jasa

Realisasi Belanja Jasa per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp1.667.171.815,- dan Rp6.235.551.419,- seperti dalam tabel berikut:





Tabel 5.39
Perbandingan Belanja Jasa TA 2023 dan 2022

(dalam rupiah)

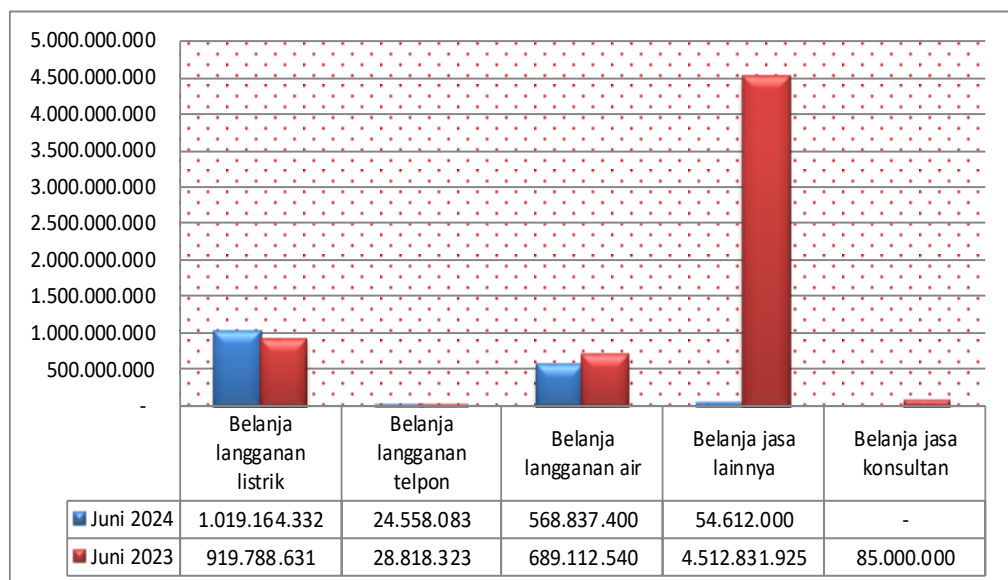
Akun	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
522111	Belanja langganan listrik	1.019.164.332	919.788.631	10,80
522112	Belanja langganan telpon	24.558.083	28.818.323	(14,78)
522113	Belanja langganan air	568.837.400	689.112.540	(17,45)
522191	Belanja jasa lainnya	54.612.000	4.512.831.925	(98,79)
522131	Belanja jasa konsultan	-	85.000.000	(100,00)
Jumlah Belanja		1.667.171.815	6.235.551.419	(73,26)

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Grafik 5.86

Perbandingan Belanja Jasa 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)



Belanja Jasa mengalami penurunan sebesar 73,26 persen berasal dari penurunan belanja langganan telepon sebesar 14,78 persen dan belanja langganan air sebesar 17,45 persen.

Penurunan akun belanja jasa lainnya sebesar 98,79 persen disebabkan Belanja Jasa Kebersihan Gedung dan Selasar, belanja Jasa Kebersihan Halaman, Jalan, Saluran Air, dan Pertamanan pindah ke alokasi anggaran BLU. penurunan akun Belanja Jasa Lainnya secara akumulatif turun sebesar 73,26 persen seperti dalam tabel berikut:





Tabel 5.40
Belanja Jasa Lainnya 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik (Turun)	
				%	Rp
1	Jasa Kebersihan Gedung dan Selasar		2.462.633.122	(100,00)	(2.462.633.122)
2	Jasa Kebersihan Halaman, Jalan, Saluran Air, dan Pertamanan		1.777.931.658	(100,00)	(1.777.931.658)
3	Jasa Pengendali Vektor dan Binatang Pengganggu	54.612.000	69.097.500	(20,96)	(14.485.500)
4	Jasa Internet		203.169.645	(100,00)	(203.169.645)
Jumlah		54.612.000	4.512.831.925	(98,79)	(4.458.219.925)

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

4. Belanja Pemeliharaan

Realisasi Belanja pemeliharaan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp1.057.313.098,- dan Rp539.548.540,- tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 5.41
Perbandingan Belanja Pemeliharaan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

AKUN	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/ TURUN (%)
523111	Belanja pemeliharaan gedung dan bangunan	451.622.000	248.611.200	81,66
523121	Belanja pemeliharaan peralatan dan mesin	245.480.063	290.937.340	(15,62)
523129	Belanja pemeliharaan peralatan dan mesin Lainnya	360.211.035		
Jumlah Belanja		1.057.313.098	539.548.540	95,96

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Belanja pemeliharaan mengalami kenaikan sebesar 95,96 persen disebabkan terjadinya kenaikan belanja pemeliharaan gedung dan bangunan sebesar 81,66 persen, berikut tabel rincian belanja pemeliharaan Gedung dan bangunan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:

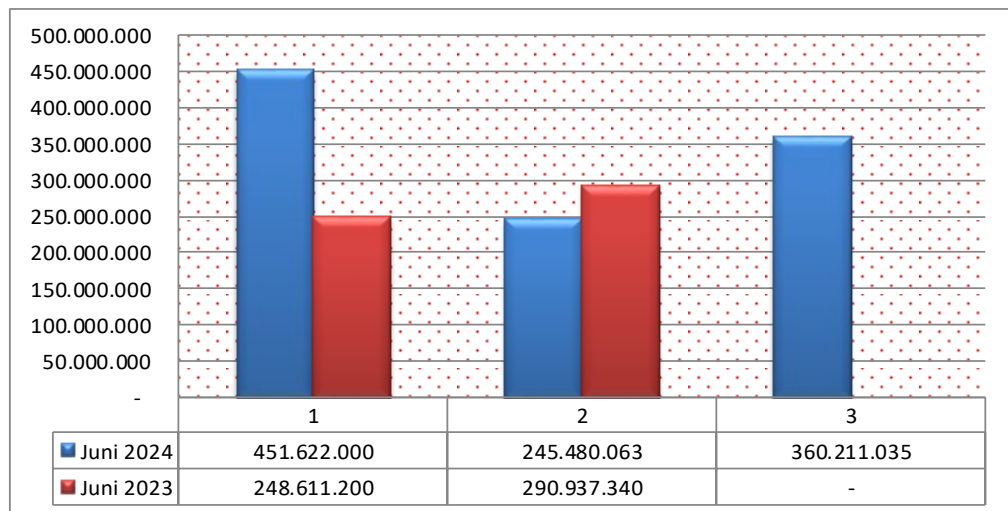




Grafik 5.87

Perbandingan Belanja Pemeliharaan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)



Tabel 5.41

Rincian Belanja Pemeliharaan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

30 Juni 2024			30 Juni 2023		
No	Pemeliharaan	Jumlah (Rp)	No	Pemeliharaan	Jumlah (Rp)
1	000918. Pemeliharaan Gedung Tidak Bertingkat (Gedung Pelayanan dan Non Pelayanan)	451.622.000	1	000295. Pemeliharaan Gedung / Bangunan Kantor Tidak Bertingkat	248.611.200
2	000927. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 4	139.407.184	2	000296. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 4	139.893.153
3	000928. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 4 (Ambulance)	15.476.349	3	000297. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 4 (Ambulance)	25.619.295
4	000929. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 6	5.360.230	4	000298. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 6 (Bus)	14.646.550
5	000930. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 2	70.000	5	000299. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 2	971.019
6	000931. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan	1.452.000	6	000300. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Roda 3	8.091.436
7	000932. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas Pejabat Eselon II	83.714.300	7	000301. Biaya Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas Pejabat Eselon II	101.715.887
8	000934. Pemeliharaan Peralatan Non Medik	320.817.135			
9	000935. Pemeliharaan Peralatan Medik	39.393.900			
		1.057.313.098			539.548.540

Sumber: FA 16 Monsakti Tahun 2024





5. Belanja Perjalanan Dinas Dalam Negeri

Realisasi Belanja Perjalanan Dinas Dalam Negeri per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp69.562.514,- dan Rp0,-. Berikut tabel perbandingan rincian belanja perjalanan dinas tahun 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:

Tabel 5.42

Perbandingan Belanja Perjalanan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

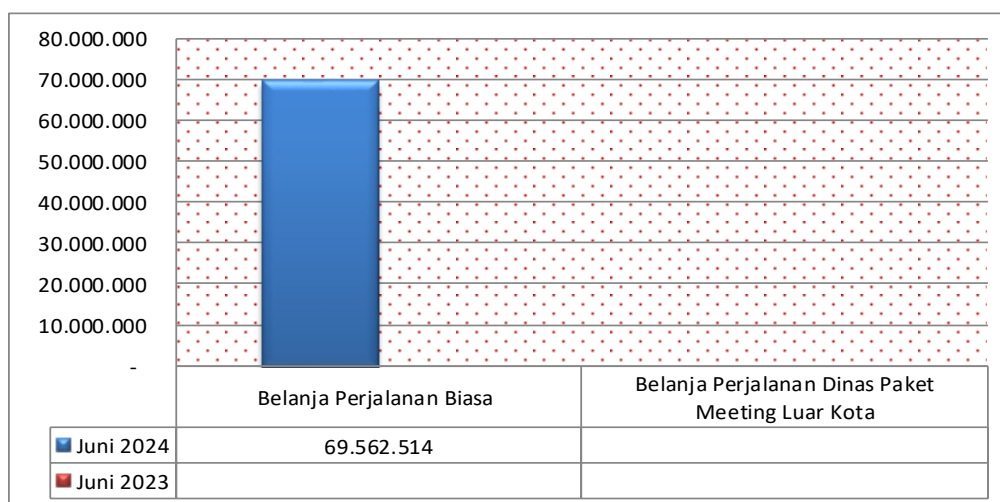
AKUN	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/ TURUN (%)
524114	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota	69.562.514		
Jumlah Belanja		69.562.514	0	

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Grafik 5.88

Perbandingan Belanja Perjalan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)



6. Belanja Barang BLU

Realisasi Belanja Belanja barang BLU per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp42.059.153.636.- dan Rp30.216.371.579,-. Berikut tabel rincian perbandingan belanja barang BLU 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:





Tabel 5.43
Perbandingan Belanja Barang BLU 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

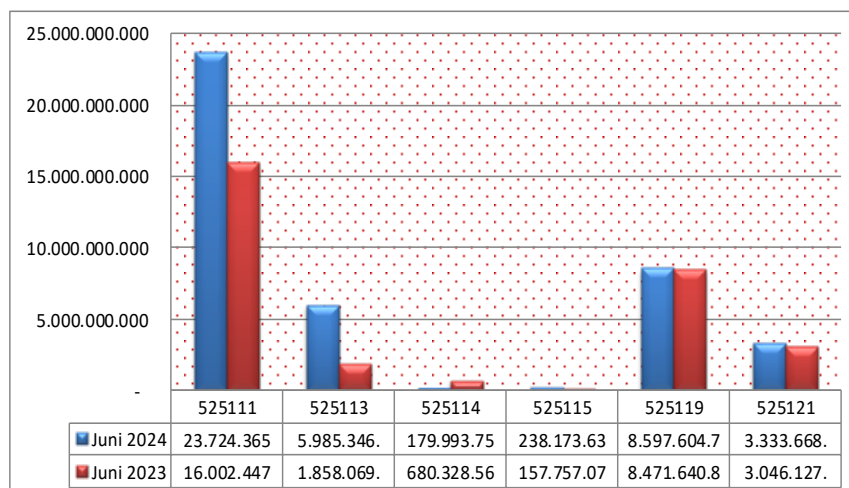
(dalam rupiah)

No	AKUN	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	525111	Belanja gaji dan tunjangan	23.724.365.942	16.002.447.738	48,25
2	525113	Belanja jasa	5.985.346.885	1.858.069.943	222,13
3	525114	Belanja pemeliharaan	179.993.750	680.328.565	(73,54)
4	525115	Belanja perjalanan	238.173.632	157.757.073	50,97
5	525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	8.597.604.798	8.471.640.877	1,49
6	525121	Belanja barang persediaan barang konsumsi lainnya	3.333.668.629	3.046.127.383	9,44
Jumlah Belanja			42.059.153.636	30.216.371.579	39,19

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Grafik 5.89
Perbandingan Belanja Barang BLU 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)



Berikut Penjelasan Tabel . Perbandingan Belanja Barang BLU 30 Juni 2024 dan Juni 2023:





1. Belanja Gaji dan Tunjangan

Realisasi Belanja Gaji dan Tunjangan Per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 masing-masing sebesar Rp23.724.365.942,- dan Rp16.002.447.738,-. Berikut tabel rincian perbandingan belanja gaji dan tunjangan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:

Tabel 5.44

Perbandingan Belanja Gaji dan Tunjangan 30 Juni 2024 dan Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	Remunerasi	21.823.950.384	13.406.320.766	62,79
2	Gaji Pegawai Tetap BLU	1.092.737.305	1.287.490.051	(15,13)
3	Tunjangan Pegawai Tetap BLU	306.168.877	768.805.989	(60,18)
4	Iuran BPJS Kesehatan	35.816.160	60.126.948	(40,43)
5	Iuran BPJS Ketenagakerjaan	57.375.063	93.798.000	(38,83)
6	Uang Makan Pegawai Tetap BLU	104.772.000	160.800.000	(34,84)
7	Uang Lembur Pegawai Tetap BLU	5.538.000	3.354.000	65,12
8	Gaji dan Insentif Dewas	273.414.569	221.751.984	23,30
9	Asuransi Purnabakti	24.593.584		#DIV/0!
Jumlah Belanja		23.724.365.942	16.002.447.738	48,25

Sumber: Diolah dari Laporan FA 16 2024

Belanja gaji dan tunjangan 30 Juni 2024 naik sebesar 48,25 persen atau dibandingkan 30 Juni 2023. Kenaikan ada pada komponen Remunerasi PNS sebesar 62,79 persen, disebabkan adanya pembayaran remunerasi 13, remunerasi THR dan belanja pegawai bulan Juni 2023 yang belum disahkan.

2. Belanja Jasa

Realisasi Belanja Jasa Per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 masing masing sebesar Rp5.985.346.885,- dan Rp1.858.069.943,-. Berikut perbandingan rincian belanja jasa per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:





Tabel 5.45
Perbandingan Belanja Jasa 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	Jasa Pengamanan RS	1.232.038.196	1.165.374.689	5,72
2	Kegiatan Layanan Jasa Medis Bagi Tenaga Medis Dokter Tamu, PNS Diluar Jam Kerja	1.033.055.916	562.830.223	83,55
3	Pemeriksaan Pasien Keluar RS	57.235.900	99.725.400	(42,61)
4	Pemeriksaan Kualitas Lingkungan	15.301.916	30.139.631	(49,23)
5	Jasa Kebersihan RS	3.647.714.957		
Jumlah Belanja		5.985.346.885	1.858.069.943	222,13

Sumber: Laporan FA 16 Detail Tahun 2024

Belanja jasa mengalami kenaikan pada 30 Juni 2024 sebesar 222,13 persen dibandingkan 30 Juni 2023, hal ini karena adanya pembayaran jasa kebersihan RS yang sebelumnya dibayar dengan alokasi anggaran RM dan kenaikan Kegiatan Layanan Jasa Medis Bagi Tenaga Medis Dokter Tamu, PNS Diluar Jam Kerja dan sebesar 83,55 persen.

3. Belanja Pemeliharaan

Realisasi Belanja Pemeliharaan Per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 masing-masing sebesar Rp179.993.750,- dan Rp680.328.565,-. Belanja Pemeliharaan mengalami penurunan pada 30 Juni 2024 sebesar 74,08 persen dibandingkan 30 Juni 2023, kenaikan penurunan terjadi karena tidak ada realisasi belanja pemeliharaan peralatan medik dan non medik dan pemeliharaan SIMRS. Berikut perbandingan rincian belanja pemeliharaan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:

Tabel 5.46
Perbandingan Belanja Pemeliharaan 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	Pemeliharaan Jalan	176.343.750	187.044.550	(5,72)
2	Pemeliharaan Peralatan Medik dan Non Medik		297.924.015	(100,00)
3	Pemeliharaan SIMRS (Sofeware)		195.360.000	(100,00)
Jumlah Belanja		176.343.750	680.328.565	(74,08)

Sumber: Laporan FA 16 Detail Tahun 2024





4. Belanja Perjalanan

Realisasi Belanja Perjalanan dinas 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 masing-masing sebesar Rp238.173.632,- dan Rp157.757.073,-, terdapat kenaikan sebesar 50,97 persen dibandingkan 30 Juni 2023, karena peningkatan kegiatan di luar kantor.

5. Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya

Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya per tanggal 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah sebesar Rp8.597.604.798,- dan Rp8.471.640.877,-. Rincian Pembayaran Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 5.47

Rincian Pembayaran Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	AKUN	URAIAN	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	8.597.604.798	8.471.640.877	1,49
Jumlah Belanja			8.597.604.798	8.471.640.877	1,49

Sumber: LRA Per akun MonSakti Tahun 2024

Terjadi kenaikan Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya 30 Juni 2024 sebesar 1,49 persen dibandingkan 30 Juni 2023, seperti tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 5.48

Rincian Pembayaran Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	Honorarium dan Tunjangan Tenaga PKWT	4.620.702.042	4.968.353.505	(7,00)
2	Pengadaan Makanan Pasien	2.012.358.600	1.948.536.200	3,28
3	Pemberian Makanan Penambah Daya Tahan Tubuh	660.543.448	696.215.310	(5,12)
4	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	280.817.495	190.938.000	47,07
5	Cathering Mahasiswa Diklit	506.070.000	283.255.000	78,66
6	Publikasi dan Pelayanan Publik/Pemasaran Rumah Sakit	9.951.227	118.008.814	(91,57)
7	Pembuatan Landscape	67.721.000		#DIV/0!
8	Kegiatan Perencanaan Program Anggaran dan Evaluasi	10.877.000	26.049.000	(58,24)
9	Kegiatan Pelaksanaan Keuangan	5.000.000		
10	Program Peningkatan Performa Pegawai	27.150.000		#DIV/0!
11	Program Persiapan Kemandirian Pegawai Menjelang Purna B	4.450.000		#DIV/0!
12	Publikasi Hasil Penelitian	86.527.486		#DIV/0!
13	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan	39.650.500	7.800.000	408,34
14	Pembinaan Jasmani dan Rohani	9.160.000		#DIV/0!
18	Penyusunan Produk Hukum dan Penyelesaian Kasus Hukum	730.000	7.640.000	(90,45)
19	Kegiatan Layanan Internet	254.196.000		#DIV/0!
20	Kegiatan Hubungan Masyarakat	1.700.000		#DIV/0!
22	Akreditasi Rumah Sakit		5.760.000	(100,00)
23	Kegiatan Pengorganisasian		55.995.000	(100,00)
24	Layanan SDM		163.090.048	(100,00)
Jumlah Belanja		8.597.604.798	8.471.640.877	1,49

Sumber: Laporan FA 16 Detail MonSakti Tahun 2024





Kenaikan Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya disebabkan pada 30 Juni 2024 terdapat kenaikan belanja pengadaan makanan pasien sebesar 3,28 persen, catering mahasiswa diklit 78,66 persen, dan adanya realisasi belanja kegiatan pelaksanaan keuangan, program peningkatan performa pegawai, program persiapan kemandirian pegawai menjelang purnabakti, publikasi hasil penelitian, pembinaan jasmani dan rohani, kegiatan layanan internet, dan kegiatan hubungan masyarakat. Secara keseluruhan Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya meningkat 1,49 persen.

6. Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi Lainnya

Realisasi Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi Lainnya Per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 masing-masing sebesar Rp3.333.668.629,- dan Rp30.216.371.579,-.

Tabel 5.49

Perbandingan Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi Lainnya 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

No	Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	NAIK/TURUN (%)
1	Obat-obatan Jiwa	1.685.985.560	313.885.207	437,13
2	Obat-obatan Non Jiwa	273.699.733	236.339.499	15,81
3	Reagen		154.108.216	(100,00)
4	Bahan Medik Habis Pakai	68.218.935	182.590.628	(62,64)
5	Timbangan badan digital	9.000.000		#DIV/0!
6	Bahan Bangunan	516.150		#DIV/0!
7	Gas Medis	52.500.781	38.791.464	35,34
8	Deterjen Cair	25.381.500		#DIV/0!
9	Barang Cetak umum	57.580.140	157.293.050	(63,39)
10	Barang Cetakan	42.457.500		#DIV/0!
11	Blangko Cetak Medik		142.873.206	(100,00)
12	Bahan Kimia Binatu		98.216.000	(100,00)
13	Perlengkapan Pemulasaraan Jenazah		44.605.350	(100,00)
14	Bahan Bakar Solar Stoom Boiler	501.409.000	637.977.500	(21,41)
15	Barang Rumah Tangga RS	117.205.430	370.088.888	(68,33)
16	Perlengkapan Kebersihan	139.646.800	185.366.100	(24,66)
17	Alat Tulis Kantor	113.765.100	177.789.800	(36,01)
18	Almatur Listrik	246.302.000		#DIV/0!
19	Bahan Kerja IPSRS		306.202.475	(100,00)
Jenis Belanja		3.333.668.629	3.046.127.383	9,44

Sumber: Laporan FA 16 Detail Tahun 2024





Terjadi kenaikan belanja barang persediaan barang konsumsi pada 30 Juni 2024 dibandingkan dengan 30 Juni 2023 sebesar 9,44 persen pada realisasi pembelian obat-obat jiwa.

7. Belanja Modal

Realisasi Belanja Modal untuk Periode 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp688.840.260,- dan Rp12.524.966.954,-. Belanja modal merupakan pengeluaran anggaran untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari satu periode akuntansi.

Tabel 5.50

Perbandingan Realisasi Belanja Modal 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

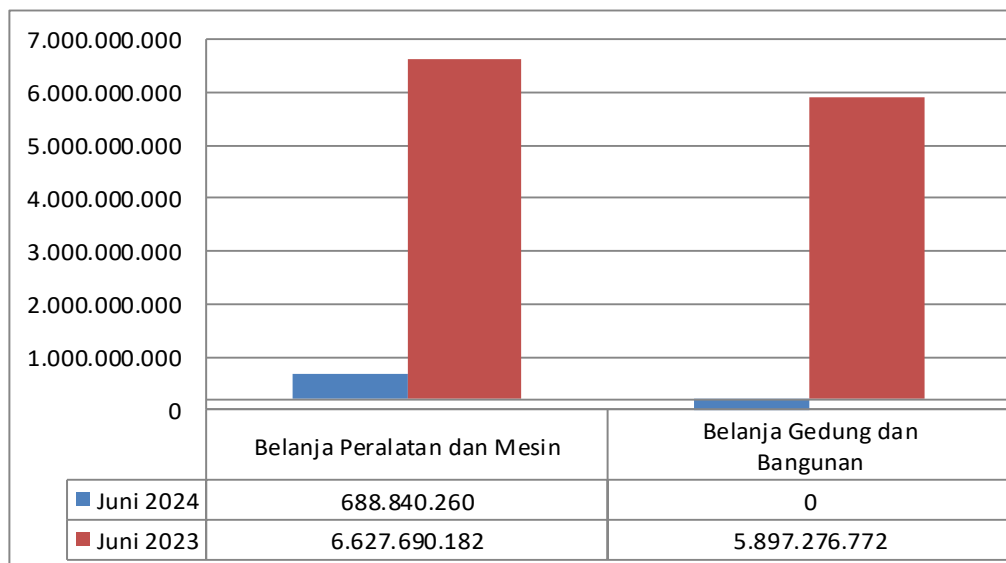
Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik/Turun (%)
Belanja Peralatan dan Mesin	688.840.260	6.627.690.182	(89,61)
Belanja Gedung dan Bangunan	0	5.897.276.772	(100,00)
Jumlah Belanja	688.840.260	12.524.966.954	(94,50)

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Grafik 5.90

Perbandingan Realisasi Belanja Modal 30 juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)



Realisasi Belanja Modal pada 30 Juni 2024 mengalami penurunan sebesar 94,50 persen dibandingkan 30 Juni 2023.

1. Belanja Modal Peralatan dan Mesin





Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah sebesar Rp688.840.260,- dan Rp6.627.690.182,-. Belanja modal peralatan dan mesin turun sebesar 89,61 persen dibandingkan 30 Juni 2023.

Tabel 5.51

Perbandingan Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik/ Turun (%)
Belanja Peralatan dan Mesin		4.129.559.090	#DIV/0!
Belanja Peralatan dan Mesin - BLU	688.840.260	2.498.131.092	-262,66
Jumlah Belanja	688.840.260	6.627.690.182	-862,15

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Tabel 5.52

Perbandingan Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik (Turun) %
Rupiah Murni	0	4.129.559.090	#DIV/0!
Alat Kesehatan		4.059.049.090	#DIV/0!
Alat Penunjang Medik		70.510.000	#DIV/0!
BLU	688.840.260	2.498.131.092	-262,66
Peralatan Rumah Tangga RS (Elektronik)	469.340.260		100,00
Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai - BLU	219.500.000	151.737.000	30,87
Peralatan Rumah Sakit		2.346.394.092	
	688.840.260	6.627.690.182	-862,15

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin Per 30 Juni 2024 turun sebesar 862,15 persen dibandingkan 30 Juni 2023, hal ini karena adanya efisiensi belanja modal pada tahun 2024.

Tabel 5.53

Rincian Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin Rupiah Murni 30 Juni 2024

(dalam rupiah)

No	Uraian	Jumlah (Rp)
1	PC	212.500.000
2	Printer Antrian	4.000.000
3	Printer	3.000.000
4	Peralatan Rumah Tangga RS (Elektronik)	469.340.260
Total		688.840.260

Sumber: Laporan FA 16 Detail Tahun 2024





2. Belanja Modal Gedung dan Bangunan

Realisasi Belanja Modal Gedung dan Bangunan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 adalah masing-masing sebesar Rp0,- dan Rp5.897.276.772,-. Pada 30 Juni 2024 tidak ada realisasi belanja modal karena adanya efisiensi.

Berikut perbandingan rincian realisasi belanja gedung dan bangunan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023:

Tabel 5.54
Perbandingan Realisasi Belanja Gedung dan Bangunan
per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023

(dalam rupiah)

Uraian	30 Juni 2024	30 Juni 2023	Naik/Turun (%)
Belanja Modal Gedung dan Bangunan			
Belanja Modal Gedung dan Bangunan (Akun 533111)	-	-	#DIV/0!
Belanja Modal Gedung dan Bangunan - BLU (Akun 537113)	-	5.897.276.772	#DIV/0!
Jumlah Belanja	-	5.897.276.772	#DIV/0!

Sumber: LRA Belanja MonSakti Tahun 2024

4. Belanja Modal Jalan, Irigasi, dan Jaringan

Realisasi Belanja Modal Jalan, Irigasi, dan Jaringan per 30 Juni 2024 dan 30 Juni 2023 masing-masing sebesar Rp 0,- dan Rp 0,-. Belum terdapat realisasi atas belanja modal jalan, irigasi, dan jaringan per 30 Juni 2024.

5.4 Inovasi

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

Tabel 5.55
Inovasi Komite Mutu

NO	INOVASI	DESKRIPSI
1	Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI)	- Aplikasi berbasis web untuk pengelolaan indikator mutu, meliputi pengumpulan, pelaporan, dan analisis data. - Manfaat: Mempermudah pengelolaan data, meningkatkan efisiensi, dan mendukung pengambilan keputusan yang tepat waktu.
2	Department of The Month	- Penghargaan bulanan untuk unit kerja yang menunjukkan pelaporan indikator mutu secara lengkap dan akurat. - Manfaat: Mendorong unit kerja untuk meningkatkan mutu pelaporan dan memberikan apresiasi atas kinerja yang baik.
3	Quality Improvement (QI) Championship	- Inisiatif untuk meningkatkan mutu dengan menerapkan siklus PDSA (Plan-Do-Study-Act). - Tujuan: Mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan, serta merumuskan strategi perbaikan yang berkelanjutan di unit kerja.
4	Duta Mutu RS	Program untuk membantu PIC Data dalam pengukuran dan pelaporan indikator mutu di unit kerja.





NO	INOVASI	DESKRIPSI
5	Duta KPRS	- Tugas: Melakukan monitoring, pengumpulan data, analisis, pelaporan, serta edukasi dan koordinasi terkait mutu. - Program untuk memantau dan mengevaluasi upaya keselamatan pasien di berbagai unit layanan rumah sakit. - Tugas: Melakukan edukasi, monitoring, pelaporan insiden keselamatan, serta koordinasi terkait keselamatan pasien.

- B. RS Marzoeki Mahdi juga ada beberapa inovasi berdasarkan keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/36694/2024 tentang Inovasi Satuan Kerja Ditjen Yankes Dalam Implementasi SAKIP Tahun 2023 yaitu:

Tabel 5.56
Inovasi Komite Mutu

No	Nama Inovasi	Kategori Inovasi
1.	D'Patens	Pengukuran Kinerja
2.	QualityGuard Lab	Pelaporan Kinerja
3.	Si Mata (Sistem Anggaran Satu Aplikasi)	Perencanaan Kinerja





BAB VI

PENUTUP

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

a. Kesimpulan

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

b. Rekomendasi

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

