



# **LAPORAN KINERJA TA 2024**

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan kinerja ini merupakan laporan kinerja tahun anggaran 2024 yang berisi pertanggungjawaban kinerja RS Marzoeki Mahdi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis yang ditetapkan dalam Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2024. Rencana dan Perjanjian Kinerja tersebut mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSMM Bogor tahun 2020-2024.

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

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

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

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

## KATA PENGANTAR



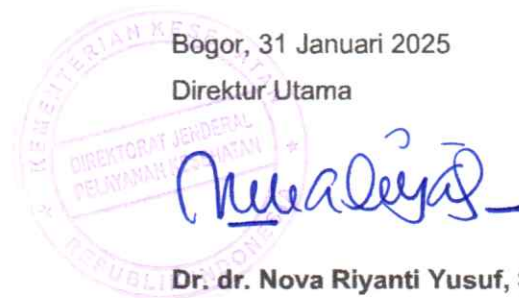
Puji Syukur kepada Tuhan yang maha pengasih dan penyayang karena berkat Rahmat – Nya Laporan Kinerja Tahun Anggaran 2024 Rumah Sakit Marzoeki Mahdi (RSMM) ini telah disusun.

Laporan Kinerja di Lingkungan RS Marzoeki Mahdi disusun sebagai tindak lanjut dari disusun berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyajian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan ini disusun dengan merujuk pada kegiatan – kegiatan yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis TA 2020 – 2024. Laporan ini menyajikan keberhasilan capaian, kendala dan permasalahan, serta upaya-upaya untuk meningkatkan kinerja dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi RS Marzoeki Mahdi.

Saya berharap penyusunan laporan kinerja ini dapat menjadi bahan evaluasi di Lingkungan RS Marzoeki Mahdi.

Bogor, 31 Januari 2025

Direktur Utama



Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ

## LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KINERJA  
RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI  
TAHUN 2024

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. **Direktur Utama**

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



.....

2. **Direktur Medik dan Keperawatan**

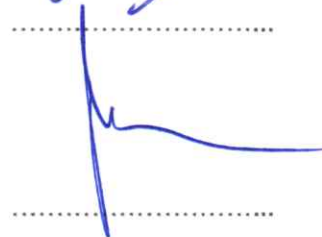
dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.  
NIP 196903072008012024



.....

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

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



.....

4. **Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional**

Alex Sasela, SE., MM  
NIP 196504101988031002



.....

## DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
<b>BAB I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Landasan Hukum dan Sejarah Perkembangan RSMM .....	1
1.2 Penjelasan Umum Organisasi .....	3
1.3 Aspek Strategis Organisasi dan isu Strategis yang Dihadapi Organisasi .....	7
<b>BAB II. PERENCANAAN KINERJA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Perencanaan Kinerja .....	9
2.2 Perjanjian Kinerja .....	14
<b>BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA .....</b>	<b>17</b>
3.1 Capaian Kinerja Organisasi .....	17
3.1.1 Hasil Pencapaian Target Tahun 2024 dibandingkan dengan Tahun 2023 .....	17
3.1.2 Hasil Pencapaian IKU RSB pada Tahun 2024 dibandingkan dengan Target Tahun 2024 .....	24
3.1.3 Hasil Pencapaian IKU RSB pada Tahun 2024 dibandingkan dengan Target Tahun 2024 .....	27
3.1.4 Analisis Terhadap Penilaian Perjanjian Kinerja Tahun 2024 .....	30
3.2 Realisasi atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya .....	82
3.2.1 Sumber Daya Manusia (SDM) .....	82
3.2.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana .....	84
3.2.3 Sumber Daya Anggaran .....	85
3.3 Realisasi Anggaran .....	86
3.4 Inovasi .....	87
<b>BAB IV. PENUTUP .....</b>	<b>88</b>
4.1 Kesimpulan .....	88
4.2 Rekomendasi .....	88
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>89</b>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Landasan Hukum dan Sejarah Perkembangan RSMM**

RS Marzoeki Mahdi adalah RS. Jiwa Kelas A yang merupakan pusat rujukan nasional pelayanan kesehatan jiwa dan Napza. Penyelenggaraannya sebagai RS PPK BLU yang berperan sebagai ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat, harus terus meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi, produktivitas dan penerapan praktek bisnis yang sehat. RS harus mengacu pada prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi, efektifitas, dan efisiensi.

Sebagai RS yang mendambakan tata pemerintahan yang baik (*good governance*) serta dapat mengelola praktik bisnis RS yang sehat, RS Marzoeki Mahdi telah mengupayakan peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Hal ini dilakukan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum terutama aspek pelayanan kesehatan dan berupaya untuk mempertahankan predikat Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dengan tetap memperhatikan aspek manajemen pelayanan kesehatan, manajemen keuangan, pengadaan barang dan jasa sebagai penunjang pelayanan kesehatan serta pengelolaan inventori berdasarkan Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI).

RS Marzoeki Mahdi didirikan pada zaman penjajahan Belanda pada tanggal **1 Juli 1882** yang dikenal dengan nama "*Krankzinnigengestich Te Buitenzorg*" oleh Pemerintah Hindia Belanda dan ditetapkan sebagai **RS Jiwa Pertama di Indonesia**. Pada tahun 1978 RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor ditetapkan sebagai **RS Jiwa Pusat Kelas A**. Pada tahun 2002 RS mulai membuka layanan umum sebagai pendukung layanan kesehatan jiwa. RS kemudian diresmikan dengan nama RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI nomor 279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 tentang Penetapan RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada Kementerian Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) bahwa RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor ditetapkan menjadi RS. PPK BLU. Penetapan ini diperkuat dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 756/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan 15 (Lima Belas) RS. Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI dengan menerapkan PPK-BLU yang salah satunya adalah RS Marzoeki Mahdi.

Pada tahun 2011 kembali PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi memperoleh predikat Akreditasi 16 Pelayanan. Pada tahun tersebut juga diselenggarakan Jambore Kesehatan Jiwa I. Pada tahun 2016 RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor memperoleh predikat Akreditasi Versi 2012 Paripurna. Pada tahun 2019 telah dilakukan reakreditasi dengan predikat Akreditasi SNARS Paripurna Internasional, dan pada tahun 2022 telah dilakukan reakreditasi dengan predikat LAM KPRS Paripurna. Selain akreditasi, RS Marzoeki Mahdi dalam upaya reformasi birokrasi juga mulai konsen dan sedang berupaya untuk meraih predikat wilayah Bebas dari Korupsi / Wilayah Birokrasi Bersih melayani (WBK/WBBM).

RS Marzoeki Mahdi merupakan RSJ milik Kementerian Kesehatan yang berkedudukan di Kota Bogor sebagai RS Khusus Jiwa Kelas A yang berlokasi di Jalan dr. Sumeru nomor 114 Bogor 16111. Nomor telepon yang dapat dihubungi adalah (0251) 8324024, 8324025 (hunting) dan faksimile (0251) 8324025. RS Marzoeki Mahdi dapat diakses melalui website [www.rsmmbogor.com](http://www.rsmmbogor.com) dan email: [rsmm.bgr@gmail.com](mailto:rsmm.bgr@gmail.com). Luas area RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah 572.026,00 m<sup>2</sup> dengan luas bangunan 34.035,56 m<sup>2</sup>.

RSMM juga telah ditetapkan sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional (PKJN) berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/741/2022 Tanggal 18 Pebruari 2022, Tujuan PKJN adalah menurunkan disabilitas dan meningkatkan kemandirian orang dengan gangguan jiwa serta penanganan dini orang dengan masalah kejiwaan, diperlukan optimalisasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/Menkes/1495/2023 bahwa RSMM ditetapkan sebagai Pengampu Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Jiwa.

RSMM sebagai pusat pengampu dan jejaring rujukan Kesehatan jiwa nasional memiliki fungsi sebagai berikut:

1. Pemetaan jejaring pengampuan nasional terhadap kapasitas/kemampuan rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit rujukan provinsi, dan rumah sakit rujukan regional, yang dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa;
2. Penyelenggaraan upaya kesehatan melalui pelayanan, pendidikan, dan penelitian kesehatan di bidang kesehatan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan;
3. Penguatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian kesehatan di bidang kesehatan jiwa pada rumah sakit rujukan provinsi secara aktif;
4. Pembentukan tim pengampu jejaring kesehatan jiwa nasional;
5. Koordinasi dengan institusi lain di bidang kesehatan jiwa dalam pelaksanaan tugas dan

fungsinya;

6. Pembentukan sistem jejaring dengan seluruh rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa; dan
7. Penyusunan rencana strategis dan standar prosedur operasional terkait dengan pengampuan dan sistem rujukan rumah sakit yang memberikan pelayanan khusus kesehatan jiwa.

## 1.2 Penjelasan Umum Organisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS Marzoeeki Mahdi, RS Marzoeeki Mahdi mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RS Marzoeeki Mahdi menyelenggarakan fungsi:

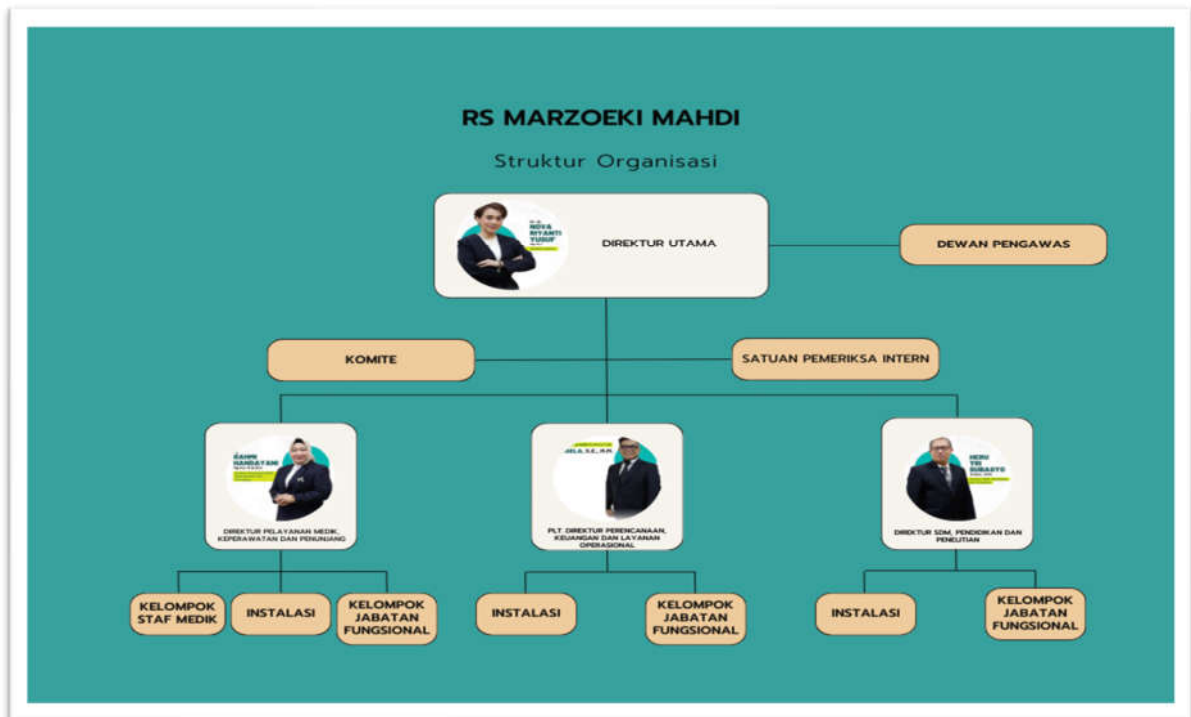
- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
- c. pengelolaan pelayanan keperawatan;
- d. pengelolaan pelayanan non medis;
- e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa;
- f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa;
- g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
- i. pengelolaan sumber daya manusia;
- j. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- k. pelaksanaan kerja sama;
- l. pengelolaan sistem informasi;
- m. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- n. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

RSMM pada tahun 2020 telah mengalami 2 (dua) kali pergantian struktur organisasi dan tata kerja (SOTK). Pada tanggal 18 Oktober 2019, SOTK RSMM Bogor mengacu pada Permenkes nomor 54 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor. Pelantikan Pejabat Struktural oleh Kementerian Kesehatan RI dilakukan pada bulan Mei 2020. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan bahwa RS Marzoeeki Mahdi dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama. RS Marzoeeki



Mahdi diklasifikasikan sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat Tipe III (RSKP Tipe III) yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan. Susunan organisasi RSMM dijabarkan pada bagan sebagai berikut ini:

**Gambar 1.1**  
**Struktur Organisasi RS Marzoeeki Mahdi**



Susunan Direksi RSMM Bogor adalah sebagai berikut:

1. **Direktur Utama:**  
Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ.
2. **Direktur Medik dan Keperawatan:**  
dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.
3. **Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional:**  
Alex Sasela, SE., MM.
4. **Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian:**  
Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM

Uraian Fungsi RSMM Bogor

**a. Uraian Fungsi Rumah Sakit**

- ✓ Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- ✓ Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan di

bidang penyakit jiwa;

- ✓ Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- ✓ Pengelolaan pelayanan nonmedis;
- ✓ Pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa;
- ✓ Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa;
- ✓ Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- ✓ Pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
- ✓ Pengelolaan sumber daya manusia;
- ✓ Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- ✓ Pelaksanaan kerja sama;
- ✓ Pengelolaan sistem informasi;
- ✓ Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- ✓ Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

**b. Uraian Fungsi Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan**

- ✓ pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
- ✓ pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan
- ✓ rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
- ✓ pengelolaan pelayanan nonmedis;
- ✓ pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
- ✓ pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

**c. Uraian Fungsi Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional**

- ✓ penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- ✓ pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- ✓ pelaksanaan urusan perbendaharaan;
- ✓ pelaksanaan anggaran;
- ✓ pelaksanaan urusan akuntansi;
- ✓ pengelolaan barang milik negara;
- ✓ pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
- ✓ pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- ✓ pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- ✓ pemeliharaan dan perbaikan alat medis;

- ✓ pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan
- ✓ kesehatan lingkungan rumah sakit;
- ✓ pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- ✓ pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
- ✓ pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;
- ✓ pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan
- ✓ pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

**d. Uraian Fungsi Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian**

- ✓ penataan organisasi dan tata laksana;
- ✓ pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
- ✓ pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- ✓ pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

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

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

Anggota :

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

**URAIAN TUGAS**

Dewan Pengawas bertugas :

- ✓ Melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan Layanan Umum yang meliputi Pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategi Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- ✓ Memberikan pendapat dan saran kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLU;
- ✓ Mengikuti perkembangan kegiatan BLU dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLU;
- ✓ Memberikan laporan kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan apabila terjadi gejala menurunnya kinerja BLU; dan
- ✓ Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola BLU dalam melaksanakan pengurusan

BLU.

### 1.3 Aspek Strategis Organisasi dan Isu Strategis yang Dihadapi Organisasi

Visi dan Misi

#### 1. Visi

*“Terwujudnya layanan Personal Development menuju masyarakat sehat, produktif, dan mandiri dan berkeadilan”.*

#### 2. Misi

1. Memperkuat upaya kesehatan bermutu yang berorientasi pada kualitas hidup melalui layanan *Personal Development*;
2. Memberdayakan masyarakat dan kemitraan dalam membangun kesehatan jiwa;
3. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumberdaya yang unggul dalam pelayanan. pendidikan, pelatihan dan riset;
4. Meningkatkan tatakelola RS yang transparan, akuntabel, dan inovatif.

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

1. RS Jiwa menuju National Mental Health Tertiary Center diharapkan dapat memberikan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pemberdayaan dalam kesehatan jiwa;
2. PP nomor 2 tahun 2018 tentang SPM tentang Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di Propinsi menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi penduduk kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana Propinsi dan pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa Propinsi; Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di kabupaten/Kota menyebutkan bahwa Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat dan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus Human Immunodeficiency Virus yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif;
3. Masih adanya stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ);
4. Dukungan sosial yang masih rendah;
5. Penanganan masalah kesehatan jiwa menjadi hal yang penting untuk mencapai *quality of life* terutama layanan berbasis human right;
6. Layanan kesehatan harus komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-kultural-spiritual secara holistik dan berkesinambungan;
7. Adanya kesenjangan sistem pelayanan kesehatan jiwa;
8. Belum optimalnya sistem rujukan terpadu (sistrute) untuk pasien jiwa baik di fasilitas kesehatan primer maupun sekunder;
9. Sulitnya akses pelayanan kesehatan jiwa berkualitas;

10. Terbatasnya pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer, daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan;
11. Belum ada upaya promotif dan preventif terintegrasi;
12. Mutu pelayanan dasar setiap jenis pelayanan dasar yang memuat standar jumlah dan kualitas personel/ sumber daya manusia kesehatan, standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar;
13. Kehadiran Disruptive Technology yang begitu cepat dan pesat yang dapat menjadi ancaman bagi RS.

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

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

## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA

#### 2.1 Perencanaan Kinerja

Perencanaan Kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Dalam rencana kinerja RS Marzoeki Mahdi tahun 2024, sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Marzoeki Mahdi dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan RS Marzoeki Mahdi yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun, adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.1**  
**Sasaran Strategis Tahun 2020-2024**  
**RS Marzoeki Mahdi**

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
<b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>								
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	95
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
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>								
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	
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>								
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 pathway)				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	
<b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>								

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	

Untuk mencapai sasaran strategis pada masing-masing perspektif maka ditetapkan program kerja strategis sebagai berikut:

Tabel 2.2  
Program Kerja Strategis Tahun 2024  
RS Marzoeki Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		PROGRAM KERJA STRATEGIS 2024
<b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>				
1	Terwujudnya Pertumbuhan Revenue	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	Optimalisasi idle cash dengan penempatan pada investasi jangka pendek
			Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	Pengendalian pertumbuhan piutang
			Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya
			Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel
		Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan pendapatan secara periodik	



		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU		
		8	Persentase nilai EBITDA Margin		
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>					
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	Monev pelaksanaan pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien	
				Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima	
				Pemenuhan dan monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi	
				Pengelolaan IT terintegrasi	
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	Penguatan sistem manajemen komplain berbasis IT	
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>					
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	Terlaksananya layanan Home Care	
				Melakukan job club (minimal 2 perusahaan)	
				Pertumbuhan layanan PDC	
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	Monev dan perencanaan program lanjutan rehabilitasi psikososial	
Optimalisasi program rehabilitasi psikososial					
Advokasi berkelanjutan sesuai regulasi yang berlaku					
Menjalin kerjasama internal dan eksternal dengan mitra dan stakeholder terkait					
				Pemberdayaan rehabilitan mandiri sesuai dengan sertifikasi yang diperoleh	
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Program Inovasi RS	Memperluas inovasi pelayanan melalui kompetisi yang produktif	
				Membuat inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi, untuk masyarakat dan berdaya jual / revenue	
					Meningkatkan layanan spesialistik kedokteran non jiwa
		14	Capaian Akreditasi RS	Pemenuhan progres akreditasi	
		15	Persentase NDR di Rumah Sakir Vertikal		
		16	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien		
		17	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan		
		18	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis		
19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target				
20	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN				
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	21	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	Pelaksanaan monev penelitian	
				Koordinasi dan sinkronisasi mutu penelitian	
		22	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	Optimalisasi jumlah pelatihan dan penyusunan modul tersertifikasi	
pelaksanaan sertifikasi dan monev publikasi sertifikasi dan evaluasi melalui e-					

				learning
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	23	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	Penambahan 2 puskesmas binaan Pelaksanaan ke rumah sakit yang diampu
		24	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna	
		25	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	
		26	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	
		27	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional	
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	28	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor
<b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>				
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	29	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	Self Assesment WBK, Usulan Penilaian Tim Penilai Internal (TPI) adalah 100%
10	Terwujudnya SDM Unggul	30	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	Penguatan kompetensi pegawai
				Pemanfaatan pegawai di Internal maupun eksternal sesuai kompetensi
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	32	<i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE)	Pengembangan pangsa pasar
				Optimalisasi sistem pemantauan
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang	31	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	Optimaslisasi sistem reward and punisment
				Optimalisasi dan Monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar
13	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	33	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	Pemeliharaan sarana dan Prasarana
				Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal sesuai standar
14	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	34	Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal sesuai standar	
15	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	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)	
16	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	36	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	Pengembangan dan pemeliharaan sarana IT
				SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik

	Terintegrasi dan Mandiri			Pengembangan sistem keuangan
		37	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	

## 2.2 Perjanjian Kinerja

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 53 Tahun 2014, Perjanjian Kinerja pada dasarnya adalah pernyataan komitmen pimpinan yang merepresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya.

RS Marzoeki Mahdi menyusun perjanjian kinerja tahun 2024 mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Marzoeki Mahdi periode 2020-2024. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi RS Marzoeki Mahdi untuk mencapainya dalam tahun 2024.

Tabel 2.3  
Perjanjian Kinerja Tahun 2024  
RS Marzoeki Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET 2024
<b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>				
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2,5%
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut	95%
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	100%
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	(sesuai Target Pendapatan >90%)
		8	Persentasi nilai EBITDA Margin	Tipe Organisasi 3 10%

PERSPEKTIF PELANGGAN				
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Program Inovasi RS	85%
		14	Capaian Akreditasi RS	100%
		15	Persentase NDR di Rumah Sakir Vertikal	<2,5%
		16	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%
		17	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		18	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%
		19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%
20	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%		
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	21	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		22	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	23	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	100%
		24	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1 RS
		25	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	1 RS
		26	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	4 RS
		27	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	28	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
9	Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi	29	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%
10	Terwujudnya SDM Unggul	30	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%
		31	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	90%
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan	32	<i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE)	85%

	Yang Handal	33	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%
		34	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%
		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%
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi	36	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100%
		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%

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **3.1 Capaian Kinerja Organisasi**

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.

Capaian Kinerja Organisasi RS Marzoeki Mahdi dilakukan dengan cara mengukur capaian indikator kinerja yang pada awal tahun diperjanjikan antara Direktur Utama RS Marzoeki Mahdi dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Di dalam Perjanjian kinerja terlihat bahwa keseluruhan indikator kinerja yang diperjanjikan berjumlah 37 Indikator Kinerja yang mencerminkan berbagai sasaran strategis atau program/kegiatan yang hendak dicapai dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Keseluruhan indikator kinerja yang diperjanjikan tersebut merupakan Indikator Kinerja Utama/ Key Performance Indicator (KPI) dan tercantum dalam RS Marzoeki Mahdi Tahun 2020-2024.

##### **3.1.1 Hasil pencapaian target tahun 2024 dibandingkan dengan target tahun 2023**

Pencapaian Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2024 dibandingkan dengan Tahun 2023 adalah terdapat ada 7 (tujuh) indikator kinerja yang tidak tercapaian yaitu Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase Nilai EBITDA Margin, Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan, Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target, Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN, Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal.

Adapun perincian hasil capaian dijabarkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.1  
Perbandingan Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024 dan Tahun 2023  
RS Marzoeeki Mahdi

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	REALISASI TAHUN 2024	REALISASI TAHUN 2023	KET	
<b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	4,04%	-4,34%	Meningkat
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	80,93%	79,73%	Meningkat
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	53,55%	54,59%	Menurun
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	95%	92,50%	Meningkat
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	137,15%		
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	98,09%	92,54%	Meningkat
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	92,18%	82,17%	Meningkat
		8	Persentase nilai EBITDA Margin	-36%	-31%	Menurun
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	88,44%	89%	Menurun
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	Tetap
		11	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan		88%	
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan	12	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	Tetap

	<i>Personal Development Center (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza</i>	13	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	Tetap
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	14	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	87,72%	88%	Menurun
		15	Capaian Akreditasi RS	100%	100%	Tetap
		16	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal		1,8%	
		17	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan (untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)		2 Kali	
		18	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran		100%	
		19	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP		1%	
		20	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional		1 Layanan	
		21	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang		61,95%	
		22	Penundaan waktu operasi Elektif		0%	
		23	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik		94,85%	
		24	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI		98,49%	



		25	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia		94,73%	
		26	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup		13 Laporan	
		27	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator		100%	
		28	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol		100%	
		29	Kepatuhan kebersihan tangan		90,61%	
		30	Kepatuhan penggunaan APD		96,62%	
		31	Kepatuhan identifikasi pasien		100%	
		32	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi		100%	
		33	Pelaporan hasil kritis laboratorium		100%	
		34	Kepatuhan penggunaan formularium nasional		97,10%	
		35	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)		100%	
		36	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh		100%	
		37	Kecepatan waktu tanggap komplain		100%	
		38	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	1%		

		39	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	84%		
		40	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%		
		41	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	100%		
		42	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	84,62%		
		43	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	6,60%		
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	44	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	250%	100%	Meningkat
		45	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	240%	100%	Meningkat
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	46	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	100%	100%	Tetap
		47	Melakukan pembinaan RS daerah dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna		1 Daerah	
		48	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Paripurna	1 RS		
		49	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Utama	1 RS		
		50	Jumlah RS yang dibina dan Mencapai Strata Madya	1 RS		
		51	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama Internasional	100%		

8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	52	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	82%	100%	Menurun
		53	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna		1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	
<b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	54	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	0%	84%	Menurun
10	Terwujudnya SDM Unggul	55	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	98%	98%	Tetap
		56	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	100%	100%	Tetap
11	Terwujudnya Sarana, Prasaranan, dan Alat Kesehatan yang Handal	57	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	94%	85%	Meningkat
		58	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	80%	Tetap
		59	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	95%	Menurun
		60	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi sesuai Standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	100%		
		61	Ketersediaan fasilitas parker sesuai standar		70%	
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang	62	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan (BIOS)	100%	100%	Tetap

	Terintegrasi dan mandiri	63	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	Tetap
		64	Terselenggaranya integrasi system informasi surveillans berbasis digital		1 Sistem	

### 3.1.2. Hasil Pencapaian IKU RSB pada Tahun 2024 Dibandingkan dengan Target Tahun 2024

Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2024 yang tercapai ada sebanyak 31 (tiga puluh) indikator kinerja yang tidak tercapai sebanyak 6 (enam) indikator kinerja. Adapun perincian hasil capaian dijabarkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.2  
Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024  
RS Marzoeki Mahdi

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET TAHUN 2024	CAPAIAN TAHUN 2024	KET*	
<b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2,5%	<b>4,04%</b>	<b>1</b>
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%	<b>80,93%</b>	<b>0</b>
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%	<b>53,55%</b>	<b>1</b>
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	95%	<b>95%</b>	<b>1</b>
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	100%	<b>137%</b>	<b>1</b>
		6	Persentase realiasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	<b>98,09%</b>	<b>1</b>
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	(sesuai Target Pendapatan >90%)	<b>92,18%</b>	<b>1</b>
		8	Persentase nilai EBITDA Margin	Tipe Organisasi 3 10%	<b>-36%</b>	<b>0</b>
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%	<b>88,44%</b>	<b>1</b>
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
<b>PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>

	<i>Personal Development Center (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza</i>	12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	85%	<b>87,72%</b>	<b>1</b>
		14	Capaian Akreditasi	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		15	Persentase NDR di Rumah Sakir Vertikal	<2,5%	<b>1%</b>	<b>1</b>
		16	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	<b>84%</b>	<b>1</b>
		17	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		18	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	<b>84,62%</b>	<b>0</b>
		20	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	<b>6,60%</b>	<b>0</b>
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	21	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	<b>250%</b>	<b>1</b>
		22	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	<b>240%</b>	<b>1</b>
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	23	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		24	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna	1 RS	<b>1 RS</b>	<b>1</b>
		25	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	1 RS	<b>1 RS</b>	<b>1</b>
		26	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	4 RS	<b>4 RS</b>	<b>1</b>
		27	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan	<b>100%</b>	<b>1</b>

8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	28	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	<b>82%</b>	<b>0</b>
<b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	29	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	<b>0%</b>	<b>0</b>
10	Terwujudnya SDM Unggul	30	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%	<b>98%</b>	<b>1</b>
		31	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	90%	<b>100%</b>	<b>1</b>
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal	32	<i>Overall Equipment Efectiveness (OEE)</i>	85%	<b>94%</b>	<b>1</b>
		33	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	<b>80%</b>	<b>1</b>
		34	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	<b>90%</b>	<b>1</b>
		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%	<b>100%</b>	<b>1</b>
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	36	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		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%	<b>100%</b>	<b>1</b>

\* Tercapai (1) / Tidak tercapai (0)

### 3.1.3 Hasil pencapaian IKU RSB pada tahun 2024 dibandingkan dengan target tahun 2024

Tahun 2024 adalah tahun ke lima dari periode RSB 2020-2024. Untuk mencapai target Indikator di akhir periode RSB yaitu tahun 2024, maka perlu dilakukan evaluasi terus menerus, agar dapat dilakukan strategi untuk pencapaiannya.

Berikut adalah tabel perbandingan Hasil capaian indikator tahun 2024 dan target tahun 2024:

Tabel 3.3  
Perbandingan Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2024 dan Target 2024  
RS Marzoeki Mahdi

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET TAHUN 2024	CAPAIAN TAHUN 2024	KET*
<b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2,5%	<b>4,04%</b>	<b>1</b>
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%	<b>80,93%</b>	<b>0</b>
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%	<b>53,55%</b>	<b>1</b>
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	95%	<b>95%</b>	<b>1</b>
		5	Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik	100%	<b>137%</b>	<b>1</b>
		6	Persentase realiasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	<b>98,09%</b>	<b>1</b>
		7	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	(sesuai Target Pendapatan >90%)	<b>92,18%</b>	<b>1</b>
		8	Persentase nilai EBITDA Margin	Tipe Organisasi 3 10%	<b>-36%</b>	<b>0</b>
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	9	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%	<b>88,44%</b>	<b>1</b>
		10	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>



PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	85%	<b>87,72%</b>	<b>1</b>
		14	Capaian Akreditasi	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		15	Persentase NDR di Rumah Sakir Vertikal	<2,5%	<b>1%</b>	<b>1</b>
		16	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	<b>84%</b>	<b>1</b>
		17	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%	<b>84%</b>	<b>1</b>
		18	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	<b>84,62%</b>	<b>0</b>
		20	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	<b>6,60%</b>	<b>1</b>
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	21	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	<b>250%</b>	<b>1</b>
		22	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	<b>240%</b>	<b>1</b>
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	23	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		24	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna	1 RS	<b>1 RS</b>	<b>1</b>
		25	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	1 RS	<b>1 RS</b>	<b>1</b>
		26	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	4 RS	<b>4 RS</b>	<b>1</b>
		27	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang	1 Layanan	<b>1 Layanan</b>	<b>1</b>

			Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional			
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	28	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	<b>82%</b>	<b>1</b>
<b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	29	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	<b>0%</b>	<b>0</b>
10	Terwujudnya SDM Unggul	30	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%	<b>98%</b>	<b>1</b>
		31	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	90%	<b>100%</b>	<b>1</b>
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal	32	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%	<b>94%</b>	<b>1</b>
		33	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	<b>80%</b>	<b>1</b>
		34	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	<b>90%</b>	<b>1</b>
		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%	<b>100%</b>	<b>1</b>
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	36	Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan	100%	<b>100%</b>	<b>1</b>
		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%	<b>100%</b>	<b>1</b>

### 3.1.4. Analisis Terhadap Penilaian Perjanjian Kinerja Tahun 2024

#### Sasaran Strategis 1 : Terwujudnya Pertumbuhan Revenue

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

Grafik 3.1  
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan 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.
- Aset yang dimiliki rumah sakit besar dan pendapatan yang dihasilkan dari pemanfaatan aset tetap belum optimal.

#### Rekomendasi:

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

#### Rencana Tindak Lanjut:

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

## 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 Desember Tahun 2024 sebesar 80,93% dari target Rp123.216.537.000,-. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.2  
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



#### Kendala dan Permasalahan:

- Beberapa layanan belum dibuka kembali seperti poli mata, poli kulit dan kelamin
- Pendapatan masih bergantung pada satu jenis layanan yaitu layanan jiwa yang merupakan unggulan RS, tanpa memperkuat layanan umum.
- Persepsi negatif masyarakat terhadap rumah sakit jiwa sehingga menganggap bahwa RS Jiwa hanya untuk layanan Kesehatan jiwa padahal ada layanan umum didalamnya.
- Pendapatan rumah sakit terlalu bergantung pada BPJS atau asuransi tunggal, sehingga menjadi rentan saat terjadi kendala pada kerja sama tersebut
- Kehadiran rumah sakit atau klinik baru di sekitar wilayah yang menawarkan layanan serupa dengan harga lebih kompetitif.
- Piutang pasien yang tidak tertagih
- Adanya perubahan kebijakan terkait tarif INA-CBGs atau pembatasan klaim
- Kebijakan baru yang membatasi layanan tertentu atau menambah beban administratif rumah sakit.
- Biaya operasional tinggi
- Kerusakan alat medis yang menyebabkan pelayanan terhenti atau terbatas.

- Sistem Informasi berbasis IT memerlukan pengembangan lebih lanjut sehingga dapat mengakomodir semua kebutuhan data terkait Rumah sakit
- Pemanfaatan aset RS belum optimal

Rekomendasi:

1. Peningkatan Kualitas Layanan

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

2. Diversifikasi Sumber Pendapatan

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

3. Efisiensi Operasional

- Manajemen Biaya: Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk menekan biaya operasional tanpa mengurangi kualitas pelayanan.
- Penggunaan Teknologi Digital: Menerapkan sistem manajemen digital untuk mengurangi kesalahan administratif dan meningkatkan efisiensi.
- Pelatihan Karyawan: Memberikan pelatihan kepada staf agar dapat bekerja lebih produktif dan efisien.

4. Pemasaran yang Efektif

- Promosi Layanan: Menggunakan media sosial, iklan, dan kampanye kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan layanan rumah sakit.
- Kerjasama dengan Komunitas: Berpartisipasi dalam kegiatan sosial atau program kesehatan masyarakat untuk membangun kepercayaan.
- Branding: Membangun citra positif rumah sakit melalui testimoni pasien dan penghargaan yang diraih.

5. Fokus pada Pasien

- Memberikan reward terhadap pasien yang loyal
  - Pendekatan perawatan yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan nilai pasien sebagai prioritas utama
  - Memastikan kenyamanan fisik dan psikologis pasien
6. Tekanan pada Layanan Berbasis BPJS: Rumah sakit harus mampu mengelola tuntutan regulasi tanpa mengesampingkan kualitas layanan.

### Sasaran Strategis 2 : Terwujudnya Efisiensi Anggaran

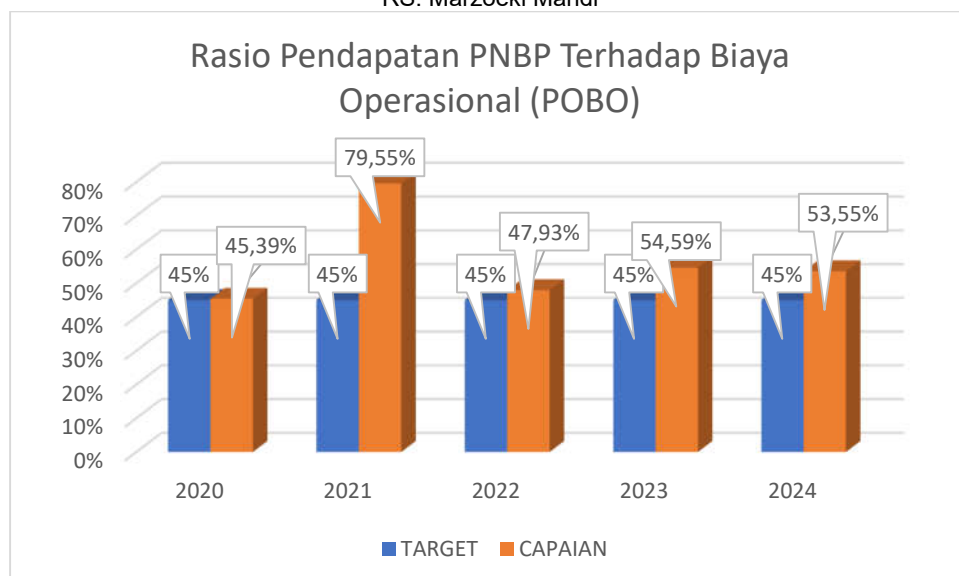
#### 3. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)

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

Grafik 3.3  
Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki 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 tindaklanjuti

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

Grafik 3.4  
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi





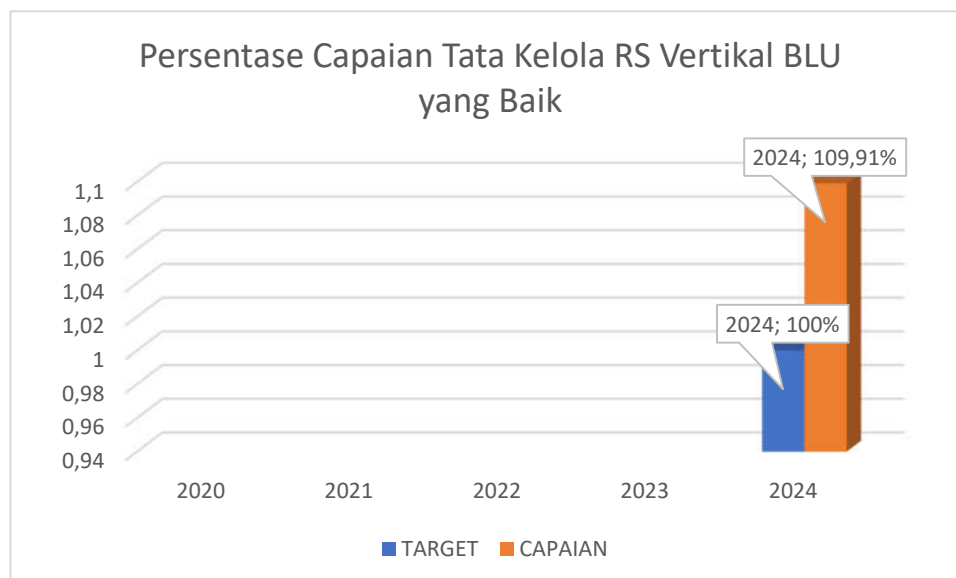
## 5. Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik

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 verikal BU yang baik pada bulan mei 2024 sebesar 109,91% dari target sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.5  
Persentase Capaian Tata Kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang Baik Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki 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.

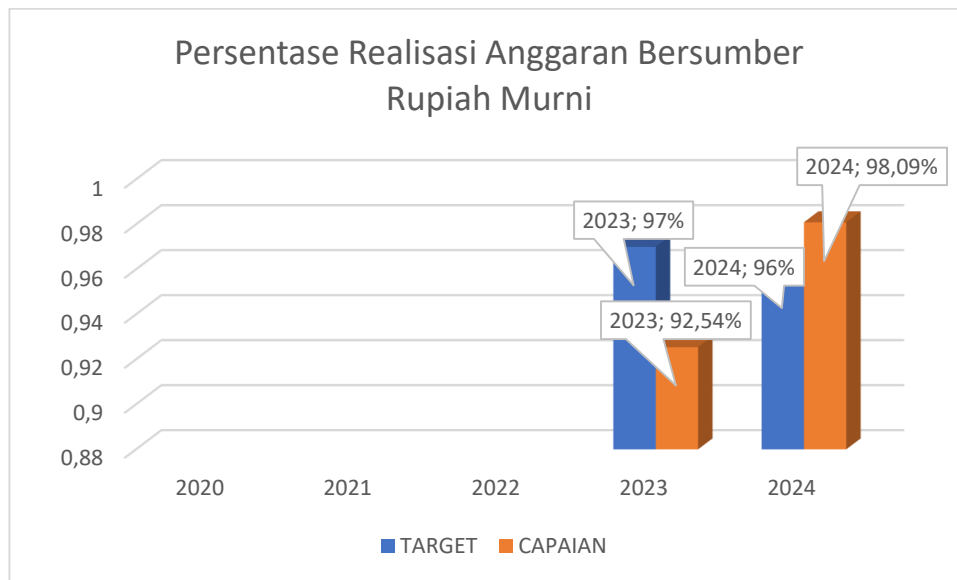
## 6. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

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 Desember 2024 adalah sebesar 98,09% atau sebesar Rp65.134.962.931,- dari pagu rupiah murni sebesar Rp66.405.020.000. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.6  
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

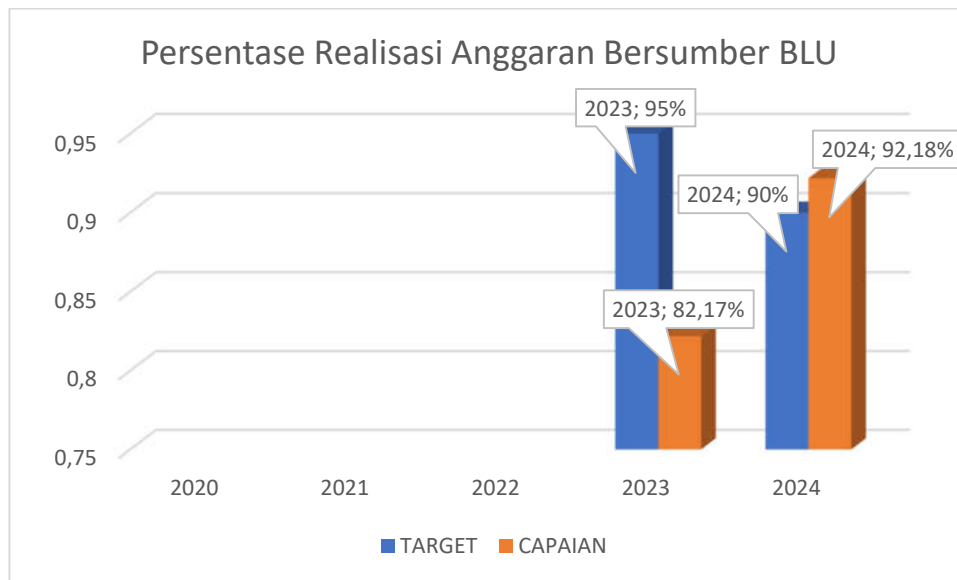
## 7. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

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 Desember Tahun 2024 sebesar 92,18% atau sebesar Rp113.578.508.704,- dari target yang ditetapkan sebesar  $\geq 90\%$ . Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.7  
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Beberapa layanan belum dibuka kembali seperti poli mata, poli kulit dan kelamin
- Pendapatan masih bergantung pada satu jenis layanan yaitu layanan jiwa yang merupakan unggulan RS, tanpa memperkuat layanan umum.
- Persepsi negatif masyarakat terhadap rumah sakit jiwa sehingga menganggap bahwa RS Jiwa hanya untuk layanan Kesehatan jiwa padahal ada layanan umum didalamnya.
- Pendapatan rumah sakit terlalu bergantung pada BPJS atau asuransi tunggal, sehingga menjadi rentan saat terjadi kendala pada kerja sama tersebut
- Kehadiran rumah sakit atau klinik baru di sekitar wilayah yang menawarkan layanan serupa dengan harga lebih kompetitif.
- Piutang pasien yang tidak tertagih
- Adanya perubahan kebijakan terkait tarif INA-CBGs atau pembatasan klaim
- Kebijakan baru yang membatasi layanan tertentu atau menambah beban administratif rumah sakit.
- Biaya operasional tinggi
- Kerusakan alat medis yang menyebabkan pelayanan terhenti atau terbatas.

- Sistem Informasi berbasis IT memerlukan pengembangan lebih lanjut sehingga dapat mengakomodir semua kebutuhan data terkait Rumah sakit
- Pemanfaatan aset RS belum optimal

Rekomendasi:

#### 1. Peningkatan Kualitas Layanan

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

#### 2. Diversifikasi Sumber Pendapatan

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

#### 3. Efisiensi Operasional

- Manajemen Biaya: Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk menekan biaya operasional tanpa mengurangi kualitas pelayanan.
- Penggunaan Teknologi Digital: Menerapkan sistem manajemen digital untuk mengurangi kesalahan administratif dan meningkatkan efisiensi.
- Pelatihan Karyawan: Memberikan pelatihan kepada staf agar dapat bekerja lebih produktif dan efisien.

#### 4. Pemasaran yang Efektif

- Promosi Layanan: Menggunakan media sosial, iklan, dan kampanye kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan layanan rumah sakit.
- Kerjasama dengan Komunitas: Berpartisipasi dalam kegiatan sosial atau program kesehatan masyarakat untuk membangun kepercayaan.
- Branding: Membangun citra positif rumah sakit melalui testimoni pasien dan penghargaan yang diraih.

#### 5. Fokus pada Pasien

- Memberikan reward terhadap pasien yang loyal
  - Pendekatan perawatan yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan nilai pasien sebagai prioritas utama
  - Memastikan kenyamanan fisik dan psikologis pasien
6. Tekanan pada Layanan Berbasis BPJS: Rumah sakit harus mampu mengelola tuntutan regulasi tanpa mengesampingkan kualitas layanan.

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

Grafik 3.8  
Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pertumbuhan pendapatan naik dibanding dengan pertumbuhan pendapatan periode sebelumnya, namun pendapatan periode berjalan belum mencapai target;
- Pasien non JKN yang berobat ke rumah sakit sedikit;
- Sistem rujukan pelayanan kesehatan berjenjang sesuai kebutuhan medis dan Kebijakan Pemerintah daerah terhadap Puskesmas dan RSUD (otonomi daerah) yang berdampak terhadap terbatasnya akses masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Nasional yang akan berobat ke Rumah Sakit;

- Belum akuratnya penilaian severity level;
- Aset yang dimiliki rumah sakit besar dan pendapatan yang dihasilkan dari pemanfaatan aset tetap belum optimal.

Rekomendasi:

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

### Sasaran Strategis 3 : Terwujudnya Kepuasan Pelanggan

## 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:

- Telah dilakukan penilaian kepuasan pelanggng dari pihak internal dengan hasil sesuai target yang ditetapkan yaitu skor 88,44%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.9  
Tingkat kepuasan Pelanggan Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Penilaian kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan belum optimal

Rekomendasi:

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

## 10. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

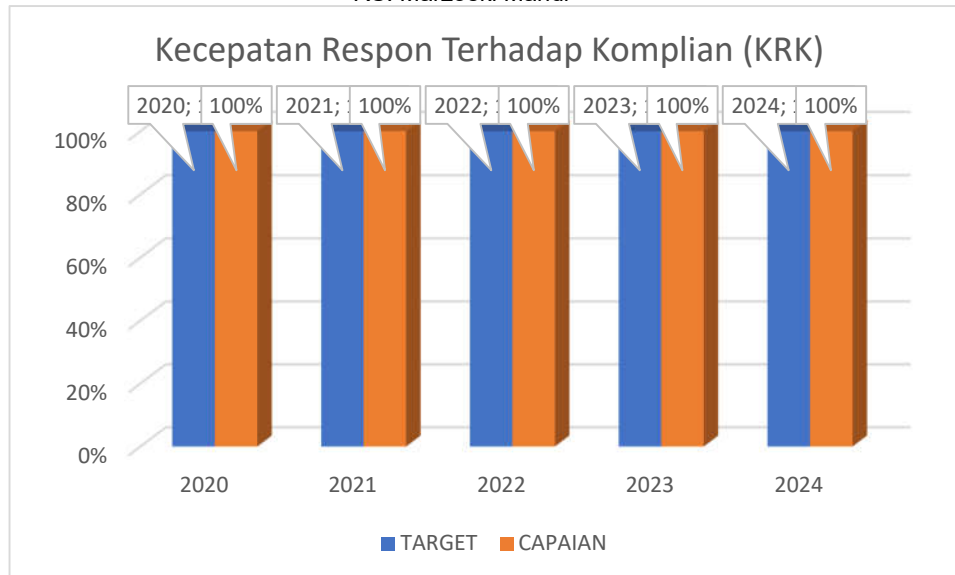
Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan 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) sudah TA 2024 sudah sesuai dengan target sebesar 100%. Selama Tahun 2024 sebanyak 36 (tiga puluh enam

komplain) yang sudah ditanggapi dalam waktu < 1x24 jam. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.10  
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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

Sasaran Strategis 4 : Terwujudnya Layanan Unggulan *Personal Development Center (PDC)*, Rehabilitasi Psikososial, dan Napza

## 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, pematapan, dan evaluasi layanan unggulan

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



Tahun 2020:

- Pemanfaatan 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:

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

Tahun 2022:

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

Tahun 2023:

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

Tahun 2024:

- Pertumbuhan dan Evaluasi Layanan Unggulan

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

Tahapan operasional: adanya home care dan baby & child care. sudah di launching layanan home care : MELATI (Melayani di Tempat Tinggal) dengan no. telepon : 0857-1865-1969 sudah dilaksanakan,tetapi saat ini belum berjalan . Sedangkan untuk baby & child care rencananya akan dibuka pada tahun 2024 dibuka diawal tahun 2025 bekerja sama dengan dharma Wanita RSJMM.

PMHC telah di launching saat ini sedang dalam proses pemenuhan pembukaan layanan.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.11  
Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



#### 1. Kendala

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

#### 2. Rencana Tindak Lanjut dan Rekomendasi

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

### 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.

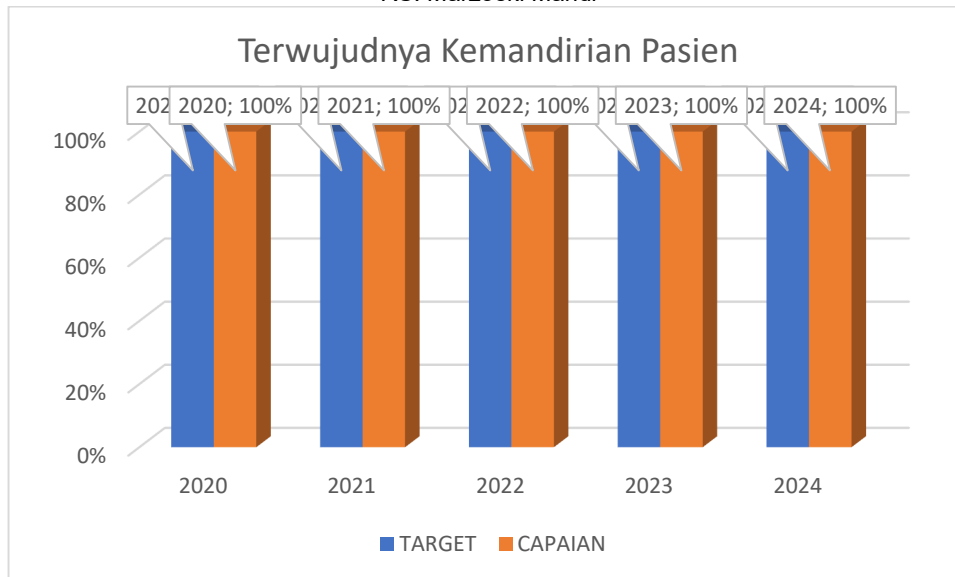
Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Terwujudnya kemandirian pasien Tahun 2024 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%.
- Terjadi peningkatan kunjungan rehabilitant sebesar 7 %,

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.12  
Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeqi Mahdi



Hambatan dalam pelaksanaan:

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

Upaya Tindak Lanjut:

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

Sasaran Strategis 5 : Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu

### 13. 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.

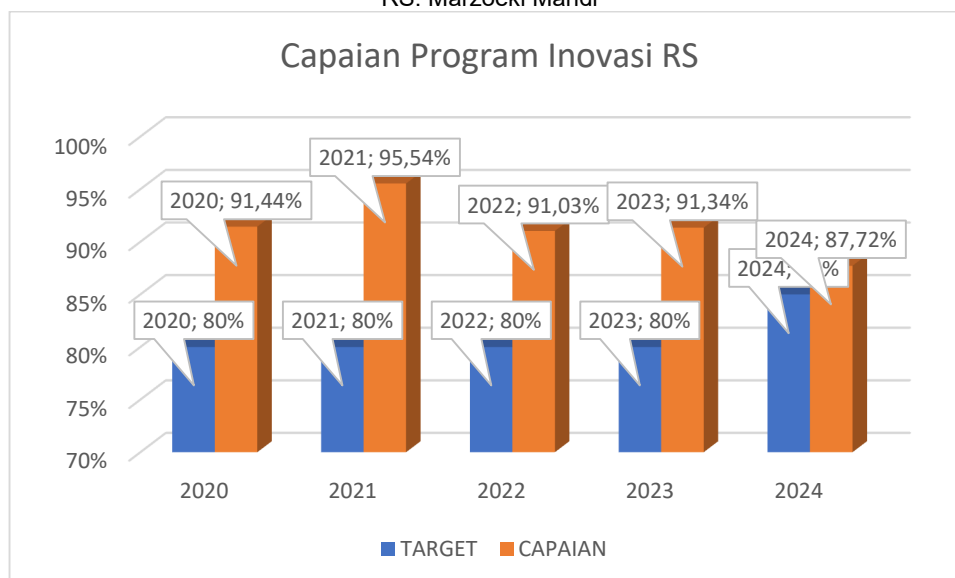
Capaian program inovasi adalah prosentase capaian indikator input/proses/output yang digunakan untuk mengukur program inovasi tersebut dibandingkan dengan target yang ditetapkan.

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Grafik 3.13  
Capaian Pogram Inovasi RS Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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

#### 14. 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:

##### 1. Tahap Persiapan Akreditasi

- a. Pembentukan Tim Akreditasi di rumah sakit, yang bertugas merencanakan, melaksanakan, dan memantau proses akreditasi.
- b. Penyusunan dokumen sesuai standar akreditasi terbaru, termasuk prosedur operasional, kebijakan rumah sakit, dan pedoman keselamatan pasien.
- c. Pelatihan bagi seluruh staf rumah sakit, dengan fokus pada peningkatan pemahaman terkait standar akreditasi.
- d. Pelaksanaan self-assessment untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kondisi aktual dengan standar akreditasi.

##### 2. Tahap Pelaksanaan Penilaian Akreditasi

- a. Survei Verifikasi Akreditasi pada bulan November 2024 yang dilakukan oleh surveyor independen dari Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM- KPRS).

- b. Kegiatan meliputi wawancara dengan manajemen, tenaga kesehatan, dan pasien, observasi langsung proses pelayanan, serta penilaian dokumen terkait.
  - c. Verifikasi implementasi standar keselamatan pasien, manajemen risiko, dan pengelolaan sumber daya.
3. Tahap Pasca Akreditasi
- a. Penyusunan Perencanaan Perbaikan Strategis berdasarkan temuan survei akreditasi.
  - b. Implementasi rekomendasi dari surveyor, termasuk penguatan sistem manajemen mutu dan peningkatan kapasitas staf.
  - c. Monitoring berkala oleh Tim Asesor Internal RS untuk memastikan keberlanjutan implementasi standar.

#### Hasil yang Dicapai:

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

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

#### Rekomendasi:

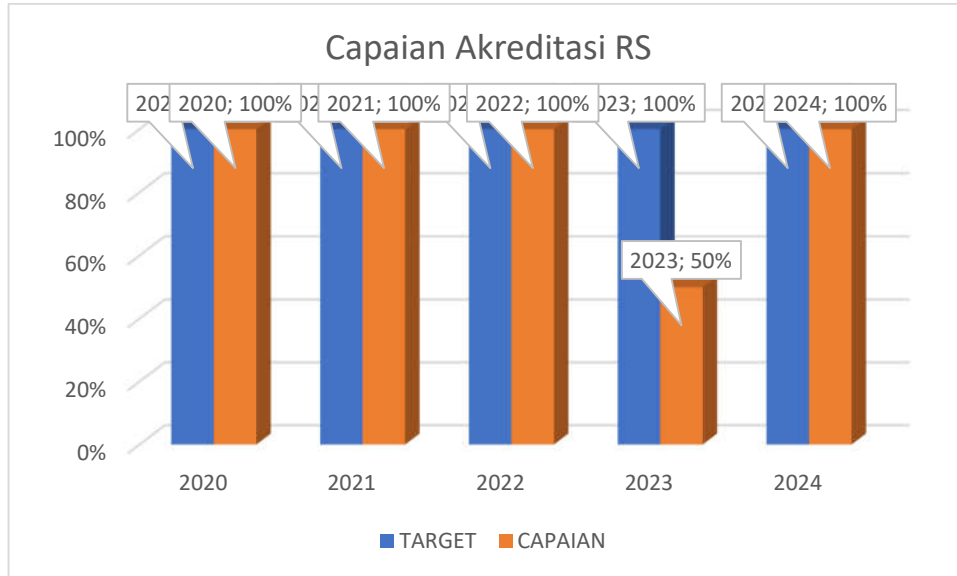
1. Perbaikan Berkelanjutan: Rumah sakit perlu mengintegrasikan prinsip Continuous Quality Improvement (CQI) dalam seluruh proses pelayanan.
2. Penguatan Kapasitas SDM: Pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan harus terus dilakukan untuk menghadapi tantangan layanan yang semakin kompleks.
3. Investasi Teknologi: Penggunaan teknologi informasi, seperti rekam medis elektronik,

perlu ditingkatkan untuk mendukung akurasi dan efisiensi pelayanan.

- Evaluasi Berkala: Pelaksanaan internal audit harus dilakukan secara berkala untuk memastikan keberlanjutan implementasi standar akreditasi.

Grafik 3.14

Capaian Akreditasi RS Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



### 15. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

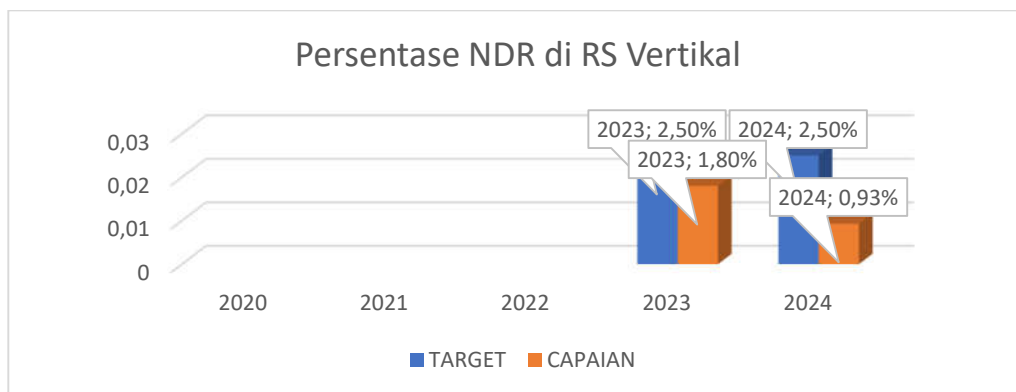
Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal adalah Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit vertikal Tahun 2024 sebesar 0,93% dari target yang ditetapkan sebesar <2,5%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.15

Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki 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

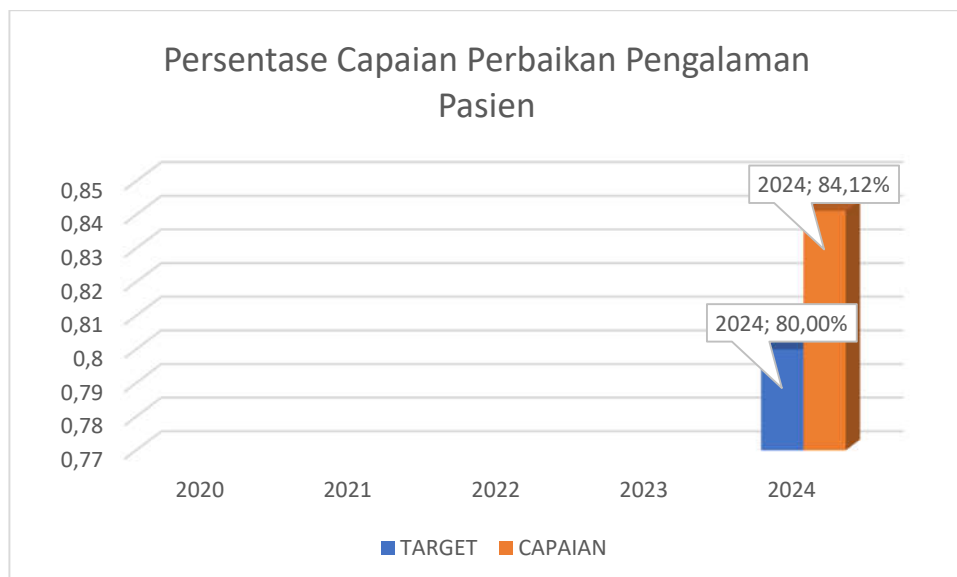
Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien bertujuan terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu terdiri dari:

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 Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 84,12%;
- Indikator “Waktu tunggu rawat jalan” dengan rerata capaian 62,59% (standar  $\geq 80\%$ ).

Grafik 3.16  
Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Mesin APM ada 1 dan hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.



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

## **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 Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.17  
 Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan Tahun Anggaran 2024  
 RS. Marzoeki 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:

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

Grafik 3.18  
 Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Tahun Anggaran 2024  
 RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

- Feedback kepatuhan pengisian form PANSS Remisi per dokter
- Menghimbau psikiater untuk patuh dalam mengisi formulir PANSS Remisi dalam ERM saat pasien masuk dan pulang

## 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.

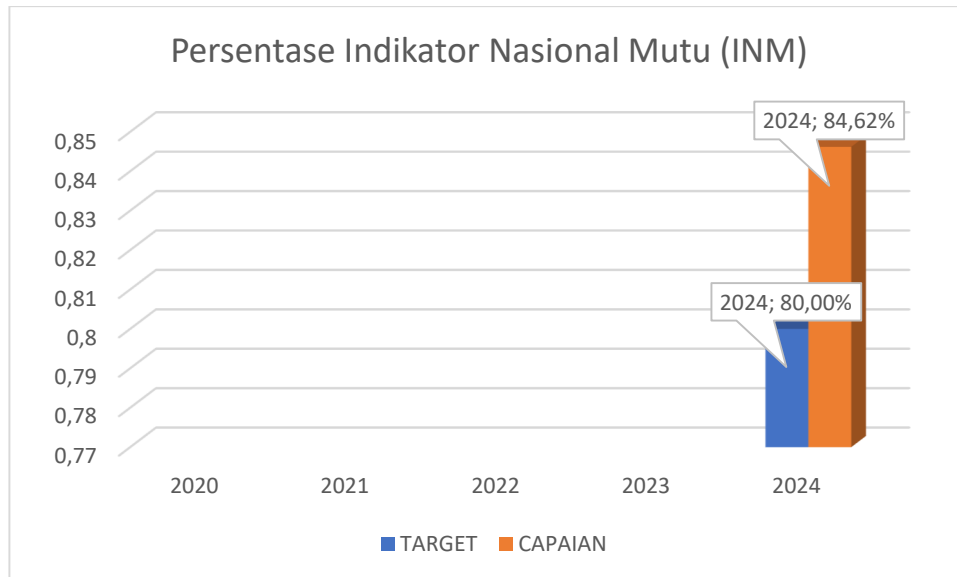
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

dengan melakukan rapat koordinasi dan monev secara berjenjang untuk masing-masing indikator tersebut.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.19  
Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



#### Kendala dan Permasalahan:

- Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI.
- Mesin APM ada 1 dan hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.
- SIMRS terkendala (error) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan.
- Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap task pada SIMRS di masing-masing unit.
- Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran by system ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik.
- Overlapping jadwal Poli Eksekutif dengan Poli Reguler untuk beberapa Dokter Spesialis dan atau Dokter Subspesialis.
- Jadwal HFIS belum sesuai dengan jadwal real di lapangan.
- Inkonsistensi kepatuhan dokter untuk patuh melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

- Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.
- Belum optimalnya feedback ketepatan waktu Poliklinik kepada dokter yang bersangkutan person to person oleh atasan langsung yang terkait.
- Program reward dan punishment yang kurang jelas terkait ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik.

Rekomendasi:

- Melakukan monev dan supervisi kepatuhan penggunaan APD secara rutin dan melakukan reedukasi pada petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD.
- Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang error.
- Melakukan ajukan pengadaan mesin APM oleh Instalasi Rekam Medik.
- Bridging VClaim sudah selesai dilakukan, namun mesin APM belum dapat mencetak SEP langsung.
- Menghimbau petugas security untuk dapat membantu mendaftarkan pasien yang datang on site melalui menu pendaftaran online RSJMM Care untuk meningkatkan angka capaian pendaftaran online.
- Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien untuk melakukan pendaftaran online melalui m- JKN atau RSJMM Care dan setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju.
- Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat Poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh task yang ada di SIMRS.
- Melakukan koordinasi dengan para dokter untuk menentukan jadwal praktik masing-masing yang ideal dan berkomitmen untuk mematuhi.
- Rapat koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik, dan Timker Pelayanan Penunjang untuk pemenuhan display jadwal Poli Dokter Spesialis. Saat ini sudah ada jadwal praktik Poliklinik dokter di TPP yang terdisplay dalam TV.
- Rapat koordinasi Timker Penunjang, Komite Mutu, SPi, Apoteker untuk membahas optimalisasi pelayanan farmasi.
- Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.
- Melakukan redesign jadwal pelayanan Dokter di Poliklinik baik psikiatri dan non psikiatri. Formulir sudah dibagikan dan akan dimasukkan ke dalam jadwal HFIS.
- Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi secara berkala.
- Feedback ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik ke Direktur Medik dan Keperawatan, Timker Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Medik, dan KSM

dokter.

- 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 Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar 6,60%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

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



Kendala dan Permasalahan:

- Mayoritas kunjungan pasien masih berbasis asuransi JKN.

Sasaran Strategis 6 : Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan

## 21. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

Penelitian terpublikasi adalah hasil penelitian staf internal RS. Marzoeki 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:

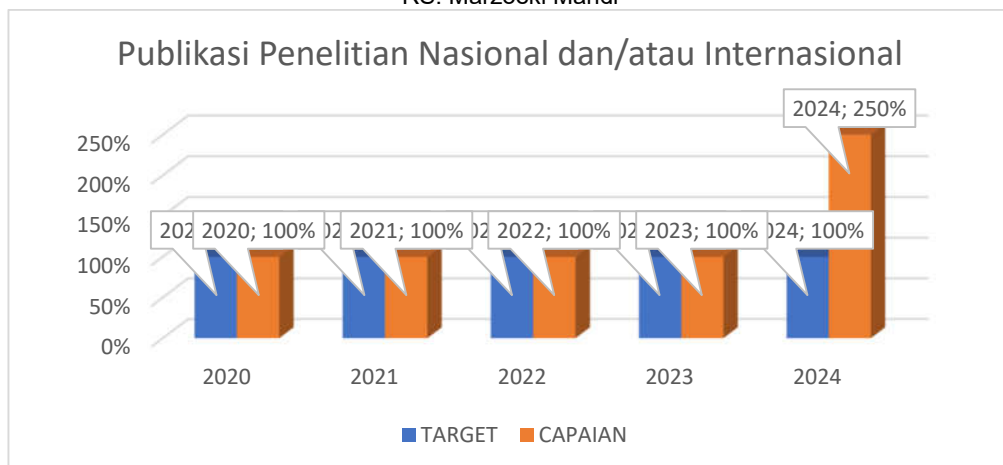
1. Usulan 10%
2. Penilaian Komite Etik Penelitian 10%
3. Lolos dari Uji Etik Penelitian 15%
4. Pelaksanaan penelitian 20%
5. Hasil penelitian 20%
6. Publikasi penelitian 25%

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 2.21  
Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeeki Mahdi



#### Kendala dan Permasalahan

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

#### Rencana Pemecahan Masalah

- Peningkatan Kompetensi Peneliti.
- Meningkatkan kompetensi manajemen riset
- Penguatan kolaborasi dan Kerjasama Penelitian (Institusi Pendidikan, jejaring pengampunan dan luar Negeri).

## 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 PPSDM dengan bobot masing-masing sebagai berikut:

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:



Grafik 3.22  
Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeqi Mahdi



**Hambatan:**

- **Planning**  
Perencanaan pendidikan dan pelatihan yang belum detail, meliputi jumlah dan spesifikasi kebutuhan pendidikan dan pelatihan staf yang belum proporsional untuk setiap profesi dan sdm kesehatan di PKJN RSJMM.
- **Regulation**  
Pelatihan revenue yang diselenggarakan oleh instalasi Diklit terkendala dalam pembiayaan yang mesti diberikan pada tenaga pelatih/pengajar/narasumber (internal/eksternal) dan tenaga diklat lainnya yang berkontribusi pada penyelenggaraan Pelatihan Tersertifikasi (revenue/bisnis) karena belum adanya petunjuk teknis dari regulasi yang mengatur hal tersebut.
- **Coordination**  
Koordinasi antara tim kerja dan instalasi pendidikan dan pelatihan belum bersinergi sepenuhnya. Tata kelola kerja antara Timker dan Instalasi Diklit perlu untuk diperbaiki, begitu pula dengan koordinasi lintas tim kerja maupun direktorat.
- **Process**  
Penyelenggaraan pelatihan tersertifikasi melalui beberapa tahapan yang memerlukan koordinasi lintas direktorat terkait pendayagunaan SDM pada kegiatan Diklat. Persoalan yang timbul terkait tupoksi serta ketersediaan tenaga Kesehatan yang terbatas di unit kerja sehingga akan menambah beban pekerjaan jika terdapat pelatihan yang wajib diikuti oleh pegawai di dalam ruangan.
- **Time**

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

Upaya Tindak Lanjut:

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

Sasaran Strategis 7 : Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan

### **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:

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

1) Jejaring Pengampuan

- Pertemuan Daring

Yaitu kegiatan yang dilaksanakan secara daring, hal ini dilaksanakan sebagai tahap pengampuan dengan menarik data rumah sakit jiwa (daerah) di Indonesia untuk menyusun rencana kegiatan dan strategi PKJN kedepan.

- Visitasi

Yaitu melakukan visitasi ke delapan rumah sakit jiwa di daerah dan rumah sakit umum yang akan menjadi rumahsakit jiwa di daerah untuk menilai kesiapan rumah sakit jiwa sesuai dengan standar yang akan ditentukan.

- WorkShop

Kegiatan ini dilaksanakan di Bogor dalam rangka memberikan persamaan persepsi rumah sakit jiwa di Indonesia tentang standar SDM, Alkes, dan memetakan rumah sakit jiwa di Indonesia untuk melihat strata rumah sakit.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.23  
Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM 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 RSMM dan mitra yang diampu.

Target kompetensi mitra yang diampu oleh RSMM adalah:

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

Tahapan kegiatan peningkatan Kompetensi Mitra yang diampu oleh RSMM

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

Grafik 3.24  
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Paripurna Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



## 25. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama

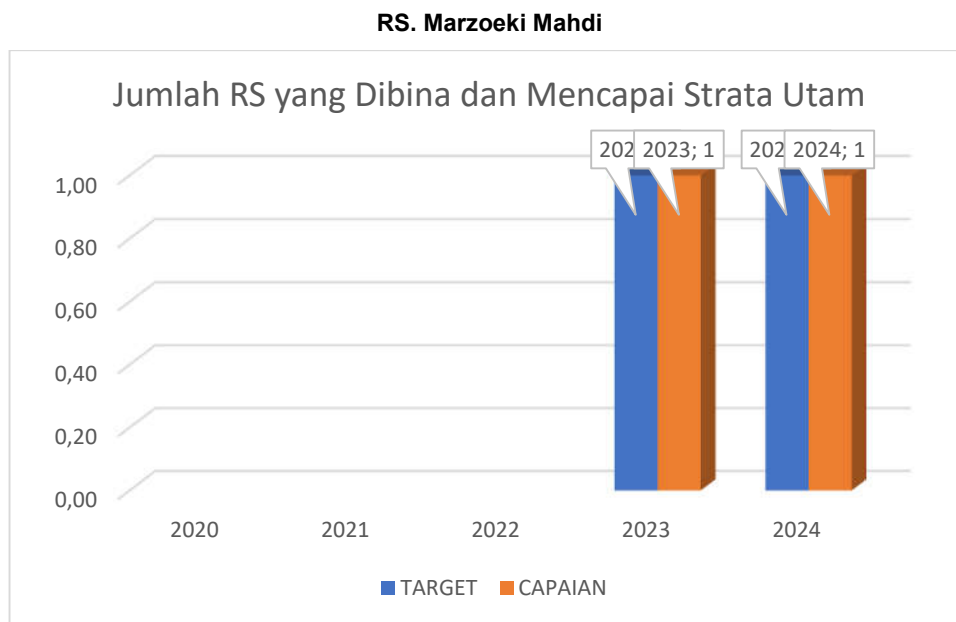
Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama mempunyai tujuan terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan dengan definisi operasional:

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 Tahun 2024 adalah 1 Rumah Sakit. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.25  
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama Tahun Anggaran 2024



## 26. Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya

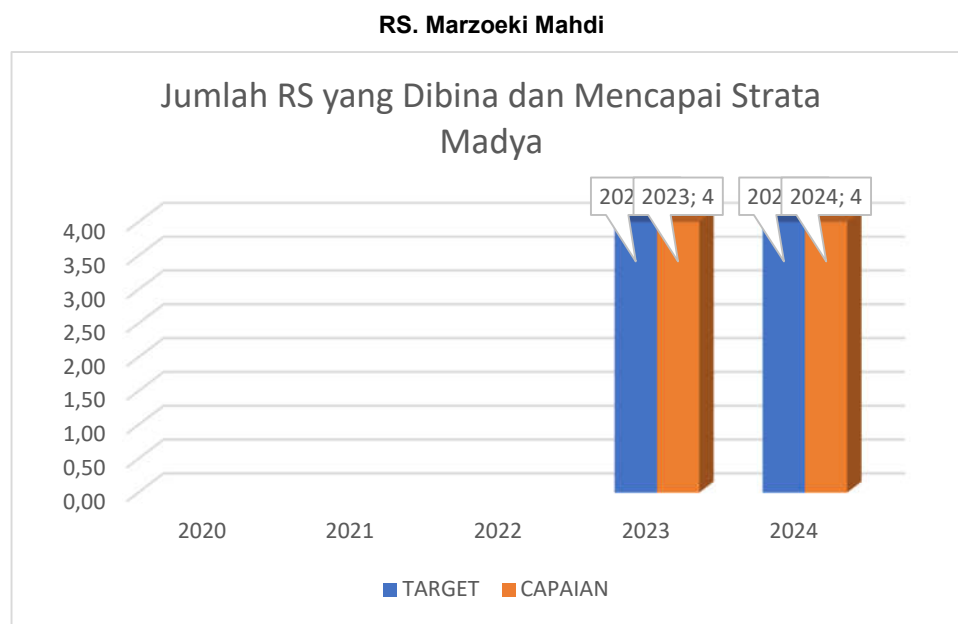
Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata Madya mempunyai tujuan terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan dengan definisi operasional:

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 Tahun 2024 adalah 4 Rumah Sakit. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.26  
Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya Tahun Anggaran 2024



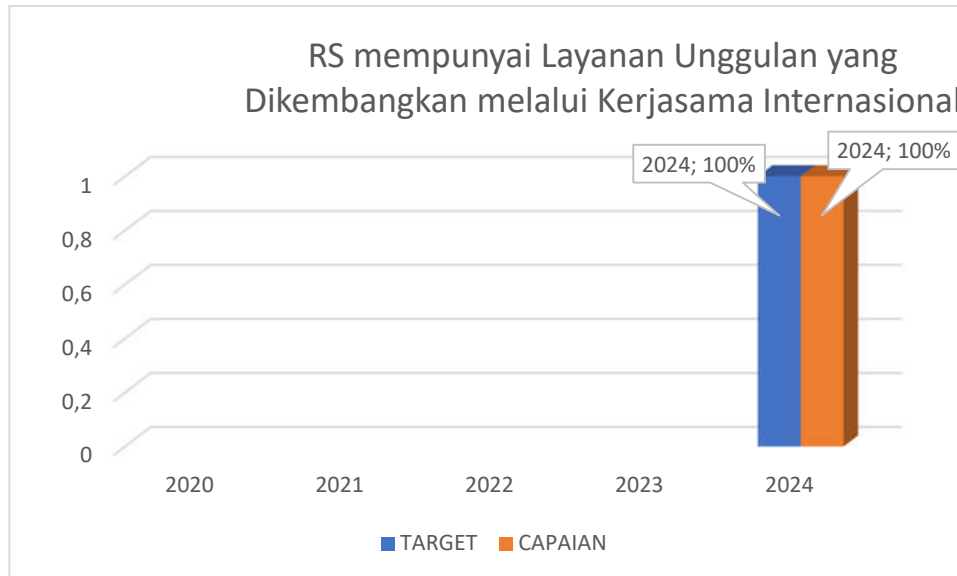
**27. RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama Internasional**

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 peninjauan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

**Kondisi yang dicapai saat ini:**

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

Grafik 3.27  
RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan  
Melalui Kerjasama Internasional Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Rekomendasi:

- Menjalan layanan PMHC

Sasaran Strategis 8 : Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

## 28. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

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

Target yang ditetapkan :

2021 :60%

2022: 70%

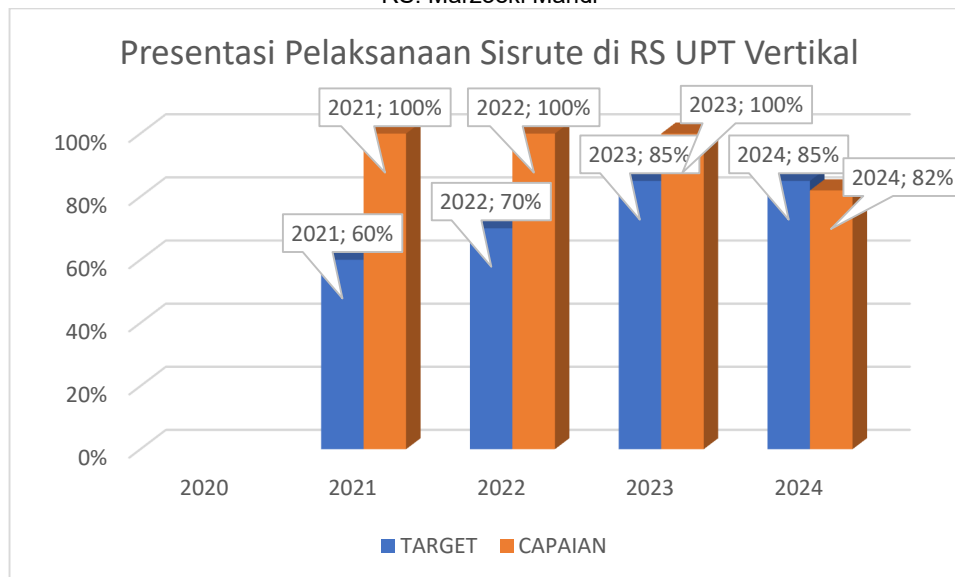
2023: 85%

2024: 85%

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Grafik 3.28  
Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



#### Kendala dan Permasalahan:

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

#### Rekomendasi:

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



Sasaran Strategis 9 : Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi

## 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. Marzoeki 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](http://www.rsmmbogor.com), sehingga masyarakat dapat mengetahui berbagai informasi terkait Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki 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. Marzoeki 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 penetapan kinerja. (3). Pimpinan melakukan penilaian pencapaian kinerja secara berkala. (4) Disusun Indikator Kinerja Utama (IKU) yang *Specific, Measurable, Aggressive, Realistic, and Time Bound* (SMART); (5). Laporan kinerja disusun sesuai dengan waktu yang telah ditentukan; dan Pengelolaan akuntabilitas kinerja dilaksanakan oleh pegawai yang kompeten di bidangnya.

**e. Penguatan Pengawasan**

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), 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](http://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 3.29  
Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM 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.

Sasaran Strategis 10 : Terwujudnya SDM Unggul

### **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.

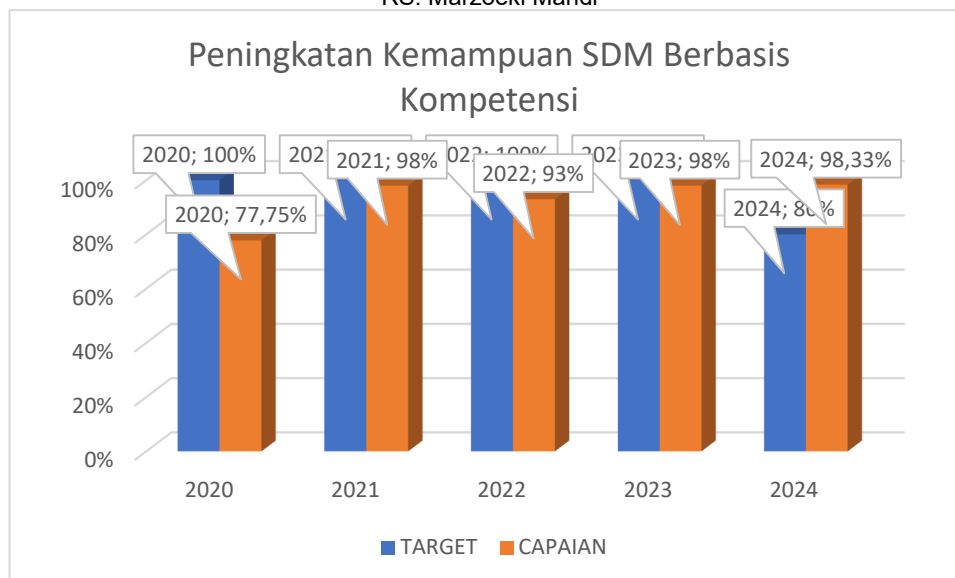
Indeks Pengukuran Profesionalitas ASN ( Permenpan No.38 Tahun 2018 tentang Pengukuran Indeks Profesionalitas ASN ) adalah suatu instrument yang digunakan untuk mengukur secara kuantitatif yang hasilnya ditetapkan untuk menilai dan mengevaluasi tingkat profesionalitas pegawai.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Peningkatan kemampuan Sumber Daya Manusia berbasis kompetensi, dengan capaian 98,33% dari target 80%.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.30  
Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

- Mendorong pegawai dengan pendidikan DIII ke bawah untuk mengikuti pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi (minimal DIII).
- Mengadakan kegiatan pengembangan kompetensi yang dapat diikuti oleh pegawai dengan jabatan pelaksana dengan pendidikan di bawah DIII.

### 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%

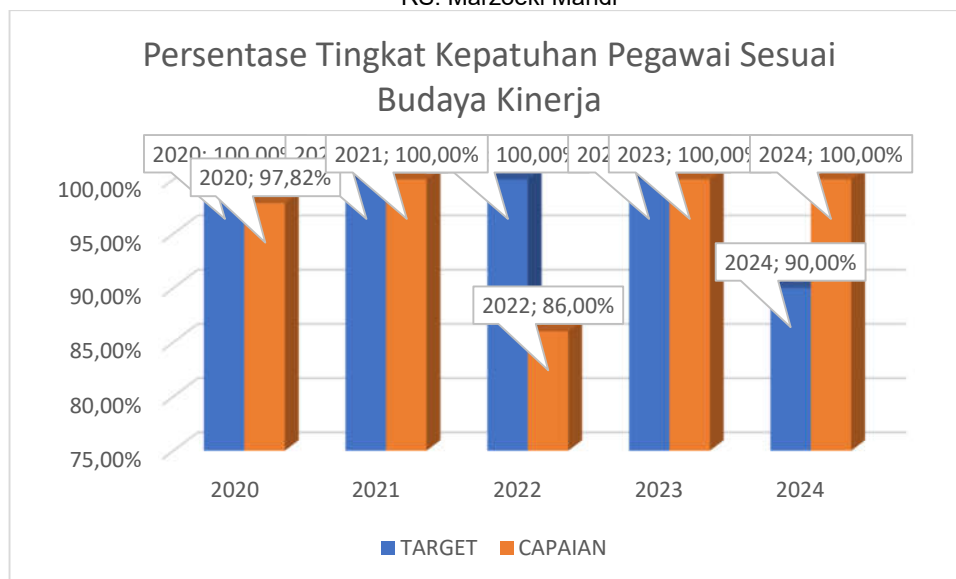
- Patuh diukur dengan tidak adanya teguran tertulis dari Bagian SDM, dengan bobot 30%

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud yaitu:

Grafik 3.31  
Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki 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.

Sasaran Strategis 11 : Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal

### 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.

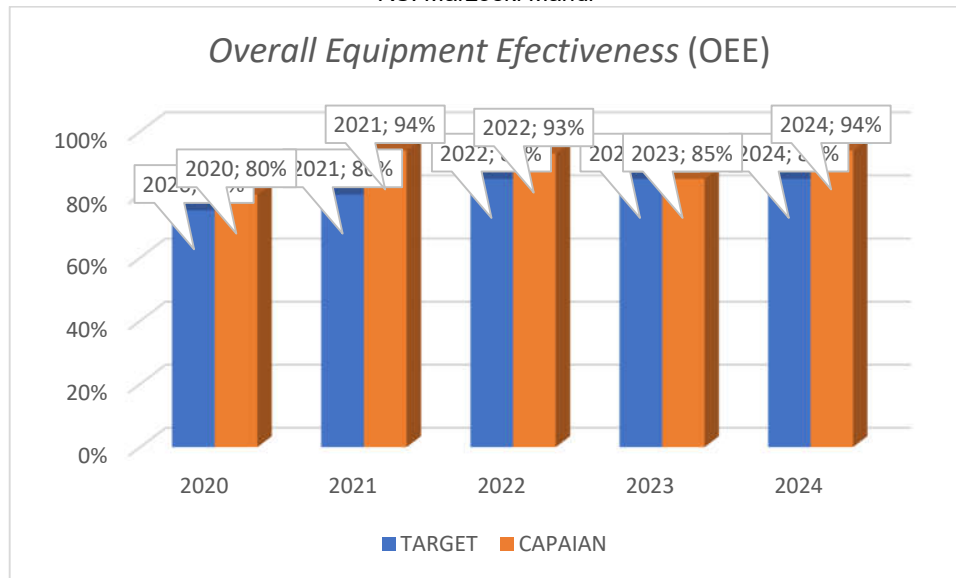
Kualitas (*quality*) adalah mutu yang dihasilkan oleh suatu alat.

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Grafik 3.32  
Overall Equipment Effectiveness (OEE) Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



#### Kendala dan Permasalahan:

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

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

#### Rekomendasi:

- Diharapkan Manajemen dapat meningkatkan minat dan kompetensi dokter spesialis kesehatan jiwa untuk menggunakan alat ECT dalam terapi modalitasnya terhadap pasien.
- Pemanfaatan ruang ECT di ruang Bima agar dapat segera diaktifkan
- Perbaiki 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.

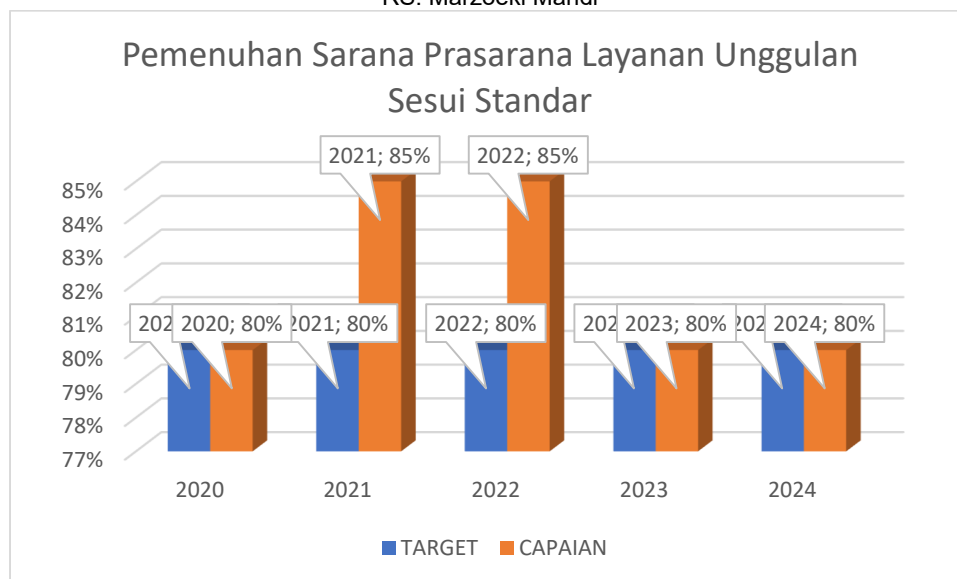
### 33. Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar

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 Standar pada Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 80% dari target 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.33  
Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

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

layanan unggulan jika tiba-tiba dibutuhkan,

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

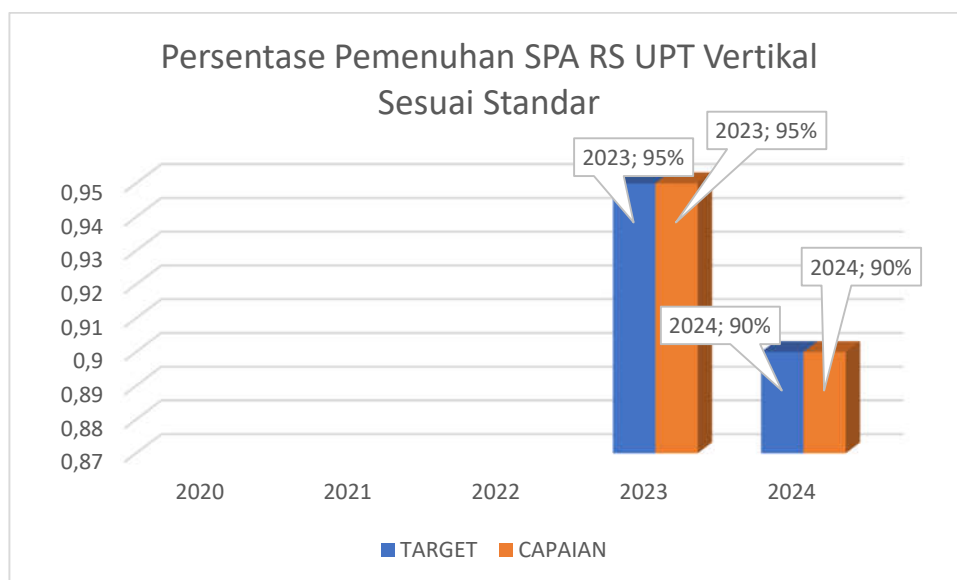
### 34. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

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 Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 90% dari target 90%. Berikut adalah grafik yang dimaksud.

Grafik 3.34  
Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal Sesuai Standar Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeqi Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Tidak ada kendala

Rekomendasi:

- Belum ada

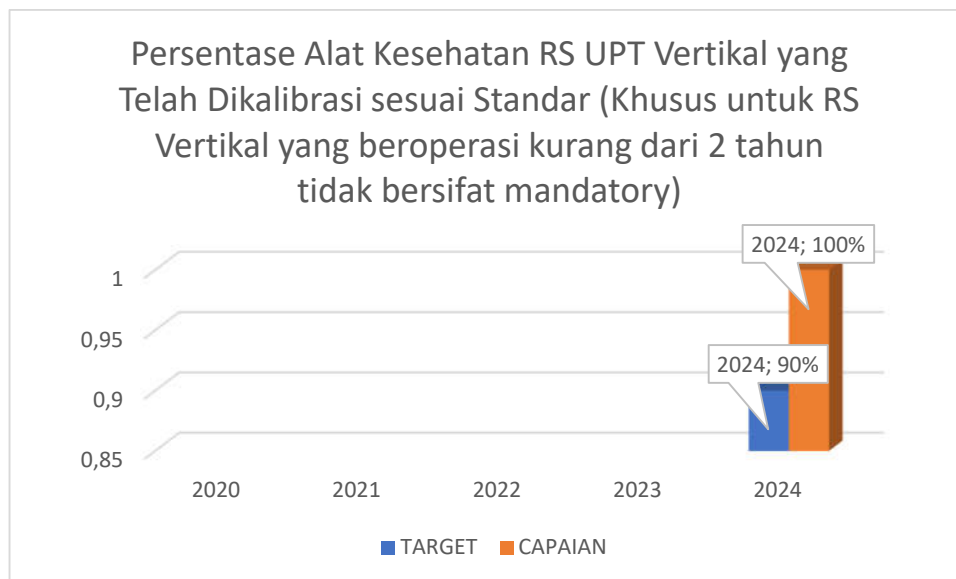
### 35. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi sesuai Standar (Khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)

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 Tahun Anggaran 2024 sudah mencapai nilai 100% dari target 90%. Berikut adalah grafik yang dimaksud:

Grafik 3.35  
Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal Sesuai Standar Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki 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 dewasa, modul analisis data, modul data keuangan, modul tarif, modul remunerasi, modul penetapan, modul Rencana Bisnis Anggaran (RBA), modul permohonan izin. Modul pengelolaan kinerja, modul dokumentasi dengan memanfaatkan sumber daya dan teknologi informasi.

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.36  
Capaian Modernisasi Pengelolaan Layanan Keuangan Tahun Anggaran 2024  
RS. Marzoeki 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

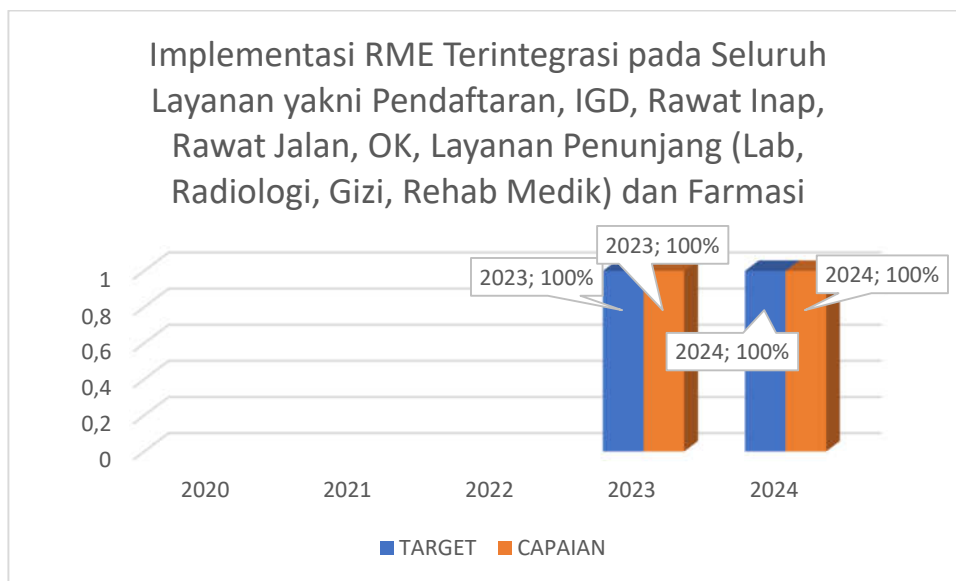
Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab,radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

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 Tahun Anggaran 2024 sudah sesuai target sebesar 100% dengan target sebesar 100% Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.37

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

### 3.2. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian Kinerja RSMM 2024 tidak terlepas dari tersedianya sumber daya yang ada baik itu sumber daya manusia, sumber dana anggaran, sarana dan prasarana. Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan untuk mendapatkan output dan outcome yang optimal dalam pencapaian kinerja di RSMM. Langkah-langkah Efisiensi meliputi optimalisasi pengelolaan sumber daya , optimalisasi biaya dan optimalisasi kinerja SDM.

Berikut adalah efisiensi yang dilakukan :

#### 3.2.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

SDM RSMM Bogor Tahun 2024. Ketenagaan RS tergambar dalam tabel-tabel sebagai berikut:

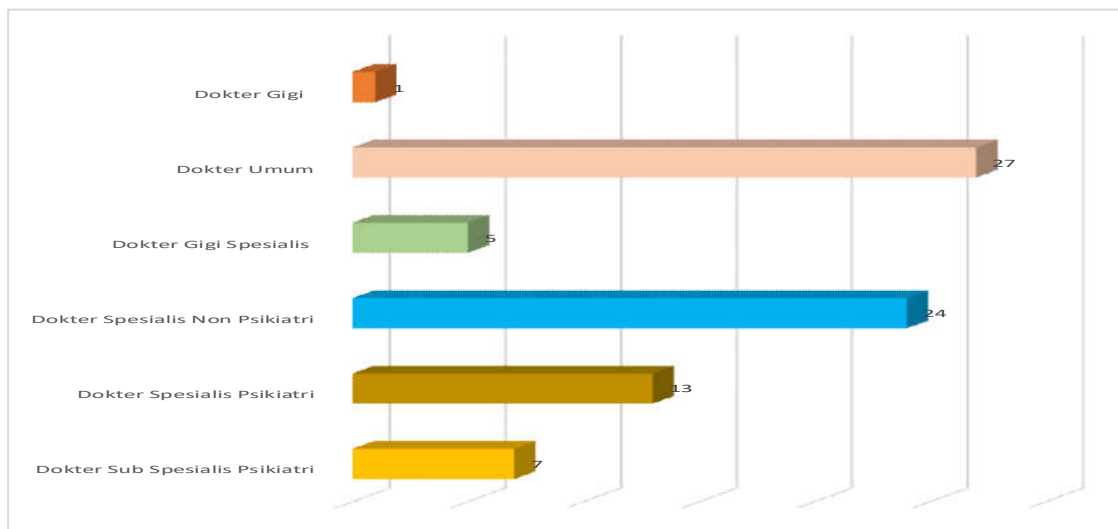
Tabel 3.4  
Jumlah SDM Tahun 2024  
RS Marzoeki Mahdi

No	Nama Jabatan	Jumlah Pegawai 2023	Pegawai Masuk	Pegawai Keluar	Jumlah Pegawai 2024	Prosentase
<b>I</b>	<b>MEDIS</b>	<b>76</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>76</b>	<b>8,74%</b>
1	Dokter Sub Spesialis	7	0	0	7	
2	Dokter Spesialis	36	5	5	36	
3	Dokter Gigi Spesialis	5	0	0	5	
4	Dokter Umum	27	1	1	27	
5	Dokter Gigi	1	0	0	1	
<b>II</b>	<b>PERAWAT DAN TENAGA KESEHATAN LAINNYA</b>	<b>555</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>541</b>	<b>62,18%</b>
1	Perawat	392	0	9	383	
2	Bidan	17	0	1	16	
3	Perawat Gigi	5	0	0	5	
4	Tenaga Kesehatan Lainnya	141	3	7	137	
<b>III</b>	<b>TENAGA NON MEDIS</b>	<b>272</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>253</b>	<b>29,08%</b>
	<b>Jumlah Total</b>	<b>903</b>	<b>9</b>	<b>42</b>	<b>870</b>	

Gambaran ketenagaan berdasarkan tabel 3.9, prosentase ketenagaan di PKJN RSJMM yaitu Tenaga Medis sebesar 8,74%, Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya sebesar 62,18% dan Tenaga Non Medis sebesar 29,08%.

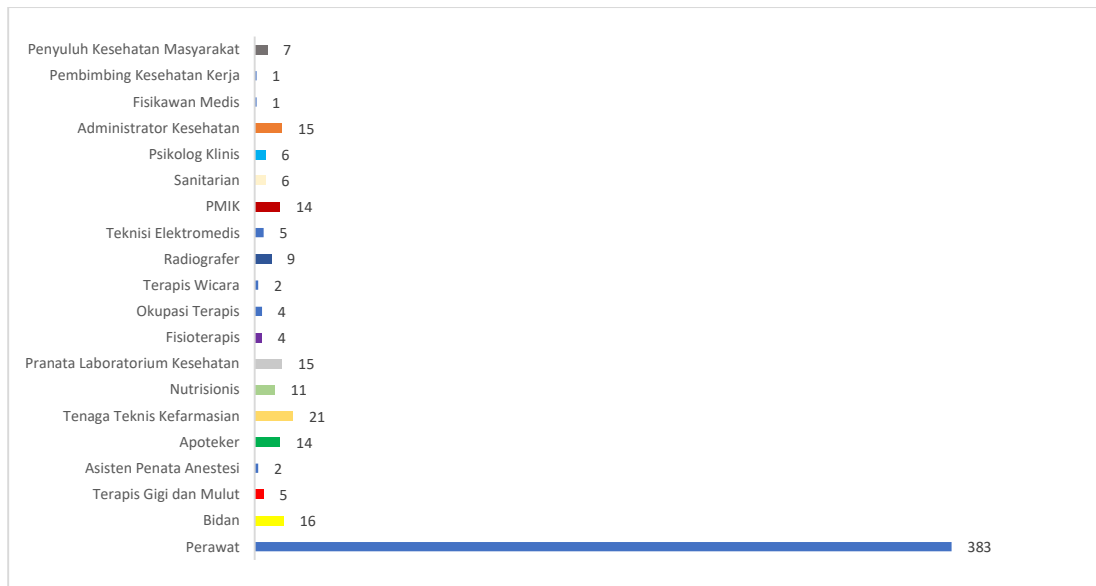
Secara kuantitas, jumlah pegawai mengalami penurunan dari 903 pada tahun 2023 menjadi 870 pada tahun 2024 dikarenakan ada pegawai yang memasuki masa pensiun, meninggal dunia, mengundurkan diri, habis kontrak dan pindah ke instansi lain.

Grafik 3.38  
Ketenagaan Medis Tahun 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



Komposisi tenaga medis pada tahun 2024 pada grafik 2 memperlihatkan bahwa jumlah dokter sub spesialis kedokteran jiwa 7 orang, dokter spesialis kedokteran jiwa 13 orang, dokter spesialis non psikiatri 24 orang, dokter gigi spesialis 5 orang, dokter gigi 1 orang dan dokter umum 27 orang.

Grafik 3.39  
Ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya Tahun 2024  
RS. Marzoeki Mahdi



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

**Grafik 3.40 Ketenagaan RS Selama 5 Tahun Terakhir**  
RS. Marzoeki Mahdi



Berdasarkan Grafik di atas, diketahui bahwa jumlah tenaga sejak 2020 mengalami penurunan dari 924 orang di Tahun 2020 menjadi 870 orang pada akhir tahun 2024.

### 3.2.2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana



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 3.5  
Hasil Rekonsiliasi Data Barang Milik Negara TA 2024  
RS Marzoeki Mahdi

	AKUN NERACA	TAHUN ANGGARAN 2024		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	POSISI BMN DI NERACA			
A	ASET LANCAR	19.535.493.064	(2.747.686.363)	16.787.806.701
1	Persediaan	19.535.493.064	(2.747.686.363)	16.787.806.701
B	ASET TETAP	4.544.992.106.394	(3.816.681.062)	4.541.175.425.332
1	Tanah	4.393.036.800.000	-	4.393.036.800.000
2	Peralatan Dan Mesin	192.744.230.910	1.681.487.400	194.425.718.310
3	Gedung Dan Bangunan	152.822.076.876	3.000.000.000	155.822.076.876
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	(6.687.635.452)	4.558.210.943.996

Dengan sumber daya sarana dan prasarana yang cukup besar, RSMM dituntut melaksanakan program pengembangan aset dan optimalisasi aset untuk menunjang pelayanan yang pada akhirnya akan meningkatkan pendapatan.

### 3.2.3. Sumber Daya Anggaran

Dalam mencapai target kinerja yang ditetapkan, dibutuhkan sumber dana untuk menjalankan seluruh program yang direncanakan. Pada Tahun 2024, program yang direncanakan dapat dicapai dengan realisasi anggaran yang menunjukkan efisiensi atas penggunaan anggaran. Hal ini dapat dilihat dalam Laporan Realisasi Anggaran tahun 2024. Laporan realisasi anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 01

Januari 2024 sampai dengan 31 Desember 2024. Realisasi Pendapatan Negara pada 31 Desember 2024 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp99.885.024.114,- atau mencapai 81,06% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp123.216.537.000,-. Realisasi Belanja Negara pada 31 Desember 2024 adalah sebesar Rp178.713.471.635,- atau mencapai 94,25% dari alokasi anggaran sebesar Rp189.621.557.000,-.

Tabel 3.6  
Realisasi Anggaran TA 2024  
RS Marzoeeki Mahdi

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

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

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

### 3.3. Realisasi Anggaran

#### 1. Target dan Realisasi

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

Tabel 3.7  
Target dan Realisasi Penerimaan BLU Tahun 2024

TARGET	REALISASI	PERASENTASE CAPAIAN
123.216.537.000	99.885.024.114	81,06%

## 2. Perincian Realisasi

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

Tabel 3.8  
Realisasi Anggaran Tahun 2024

SUMBER DANA	PAGU	REALISASI	PERSENTASE DAYA SERAP
RM	66.405.020.000	65.134.962.931	98,09%
BLU	123.216.537.000	113.578.508.704	92,18%
<b>Total</b>	<b>189.621.557.000</b>	<b>178.713.471.635</b>	<b>94,25%</b>

## 3.3. Inovasi

RS Marzoeki Mahdi juga ada beberapa inovasi berdasarkan desk inovasi implementasi Sakip TA 2024 yaitu:

Tabel 3.9  
Inovasi RS Marzoeki Mahdi

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

## **BAB IV PENUTUP**

### **4.1 Kesimpulan**

Pencapaian kinerja RS Marzoeeki Mahdi Tahun 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 RSB RSMM periode 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja.

Secara umum pencapaian kinerja tahun 2024 yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSMM dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan sudah mencapai target. Capaian yang dicapai adalah 31 indikator dari 37 indikator yang diperjanjikan atau tercapai 83,78%. Indikator yang belum tercapai adalah Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase Nilai EBITDA Margin, Persentase Indikator Nasional (INM) yang Mencapai Target, Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN, Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal, Capaian Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal, Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM. Keberhasilan atas pencapaian kinerja tahun 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.

### **4.2 Rekomendasi**

1. Penguatan program untuk seluruh Indikator Kinerja Utama (IKU) agar capaian di tahun berikutnya semakin baik,
2. Percepatan pencapaian target capaian seluruh indikator melalui program inovasi yang dilaksanakan di seluruh unit kerja,
3. Penguatan koordinasi baik internal maupun antar Lembaga untuk tercapainya akreditasi institusi penyelenggara pelatihan,
4. Penguatan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan seluruh program secara intensif dan berkesinambungan,
5. Penguatan proses pengembangan sistem informasi untuk mendukung pencapaian program-program,
6. Memperkuat pola kemitraan dengan pemangku kepentingan.

LAMPIRAN I

PERJANJIAN KINERJA TA 2024

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
PKJN RS dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ  
Jabatan : Direktur Utama PKJN RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS  
Jabatan : Direktur Jenceral Pelayanan Kesehatan

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS  
NIP 197106262000031002



Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ  
NIP 919771127202305201

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024  
PKJN RS dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	SASARAN PROGRAM KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA		TARGET
(1)	(2)	(3)		(4)
<b>A PERSPEKTIF KEUANGAN</b>				
1	Terwujudnya pertumbuhan revenue	1	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2.5%
		2	Persentase realisasi target pendapatan BLU	>90%
2	Terwujudnya efisiensi anggaran	3	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional	45%
		4	Persentase capaian tata kelola Rumah Sakit Vertikal BLU yang baik	100%
		5	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		6	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	96%
		7	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	(sesuai target pendapatan, $\geq 90\%$ )
		8	Persentase nilai EBITDA Margin	Tipe Organisasi 3 10%
<b>B PERSPEKTIF PELANGGAN</b>				
3	Terwujudnya kepuasan pelanggan	9	Tingkat kepuasan pelanggan	85%
		10	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)	100%
<b>C PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL</b>				
4	Terwujudnya layanan unggulan <i>Personal Development Care (PDC)</i> , Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan	100%
		12	Terwujudnya kemandirian pasien	100%
5	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu	13	Capaian program inovasi Rumah Sakit	85%
		14	Capaian akreditasi Rumah Sakit	100%
		15	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5%
		16	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%

		17	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%
		19	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		20	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan dan pelatihan	21	Publikasi penelitian nasional dan atau internasional	100%
		22	Peningkatan pelatihan yang tersertifikasi	100%
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	23	Peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh RSJMM	100%
		24	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	1 RS
		25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		26	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	4 RS
		27	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	28	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
<b>D</b>	<b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>			
9	Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi	29	Capaian pelaksanaan WBK/WBBM	100%
10	Terwujudnya SDM unggul	30	Peningkatan kemampuan SDM berbasis kompetensi	80%
		31	Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja	90%
11	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal	32	Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%
		33	Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan sesuai standar	80%
		34	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%
		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%

12	Terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi	36	Capaian modernisasi pengelolaan layanan keuangan	100%
		37	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100%

**Program**

A. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN

1. Badan Layanan Umum (BLU)
2. Rupiah Murni ( APBN )

B. Program Dukungan Manajemen  
Rupiah Murni ( APBN )

**Total**

**Anggaran**

Rp.123.216.537.000,-

Rp. 900.000.000,-

Rp. 58.464.793.000,-

**Rp 182.581.330.000,-**

Pihak Kedua,



**dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS**  
NIP 197106262000031002

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Pertama,



**Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ**  
NIP 919771127202305201