



Kemenkes
RS Marzoeki Mahdi

LAPORAN

KINERJA

2023

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan kinerja ini merupakan laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis yang ditetapkan dalam Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dan Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2023. Rencana dan Perjanjian Kinerja tersebut mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJMM Bogor tahun 2020-2024.

Laporan kinerja yang disajikan secara garis besar berisi informasi mengenai keberhasilan capaian kinerja tahun 2023 yang telah diukur dalam pengukuran kinerja kegiatan. Capaian Kinerja tahun 2023 berdasarkan realisasi terhadap 52 indikator kinerja yang diperjanjikan, masih terdapat 8 indikator yang belum mencapai target yaitu:

1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan
2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
3. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni
4. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU
5. Persentase Nilai EBITDA Margin
6. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP
7. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang
8. 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 2023 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 2023. Realisasi Pendapatan Negara pada Tahun Anggaran 2023 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp96.020.379.015,- atau mencapai 79,87% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp120.211.256.000,-. Realisasi Belanja Negara pada Tahun Anggaran 2023 adalah sebesar Rp207.830.459.423,- atau mencapai 86,60% dari alokasi anggaran sebesar Rp239.967.234.000,-.

KATA PENGANTAR



Puji Syukur kepada Tuhan yang maha pengasih dan penyayang karena berkat Rahmat – Nya Laporan Kinerja (TA) 2023 Pusat Kesehatan Jiwa Nasional RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi (PKJN RSJMM) ini telah disusun.

Laporan Kinerja di Lingkungan PKJN RSJ dr. H. 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 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi.

Saya berharap penyusunan laporan kinerja ini dapat menjadi bahan evaluasi di Lingkungan PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi.

Bogor, 31 Januari 2024

Direktur Utama



Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KINERJA PKJN RSJ. Dr. H. MARZOEKI MAHDI TAHUN 2023

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. **Direktur Utama**

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



.....

2. **Direktur Medik dan Keperawatan**

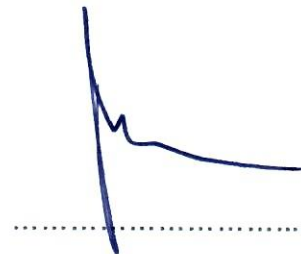
dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.
NIP 196903072008012024



.....

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

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



.....

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

Evi Nursafinah, SE., MPH.
NIP 197406112000032002



.....

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF	i
KATA PENGANTAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Landasan Hukum dan Sejarah Perkembangan PKJN RSJMM	1
1.2 Penjelasan Umum Organisasi	3
1.3 Aspek Strategis Organisasi dan isu Strategis yang Dihadapi Organisasi	7
BAB II. PERENCANAAN KINERJA	9
2.1 Perencanaan Kinerja	9
2.2 Perjanjian Kinerja	14
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	18
3.1 Capaian Kinerja Organisasi	18
3.1.1 Hasil Pencapaian Target Tahun 2023 dibandingkan dengan Tahun 2022	18
3.1.2 Hasil Pencapaian IKU RSB pada Tahun 2023 dibandingkan dengan Target Tahun 2023	23
3.1.3 Hasil Pencapaian IKU RSB pada Tahun 2023 dibandingkan dengan Target Tahun 2024	27
3.1.4 Analisis Terhadap Penilaian Perjanjian Kinerja Tahun 2023	31
3.2 Realisasi atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	107
3.2.1 Sumber Daya Manusia (SDM)	107
3.2.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana	108
3.2.3 Sumber Daya Anggaran	109
3.3 Realisasi Anggaran	110
3.3.1 Kinerja Anggaran.....	110
3.4 Prestasi dan Inovasi	116
BAB IV. PENUTUP	118
4.1 Kesimpulan	118
4.2 Rekomendasi	118
LAMPIRAN.....	120

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Landasan Hukum dan Sejarah Perkembangan PKJN RSJMM

PKJN RSJ dr. H. 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, PKJN RSJ. dr. H. 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).

PKJN RSJ dr. H. 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 PKJN RSJ. dr. H. 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, PKJN RSJ. dr. H. 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).

PKJN RSJ. dr. H. 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. PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi dapat diakses melalui website www.rsmmbogor.com dan email: rsmm.bgr@gmail.com. Luas area RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah 572.026,00 m² dengan luas bangunan 34.035,56 m².

RSJMM 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 PKJN RSJMM ditetapkan sebagai Pengampu Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Jiwa.

PKJN RSJMM 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 pengampunan 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 RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa.

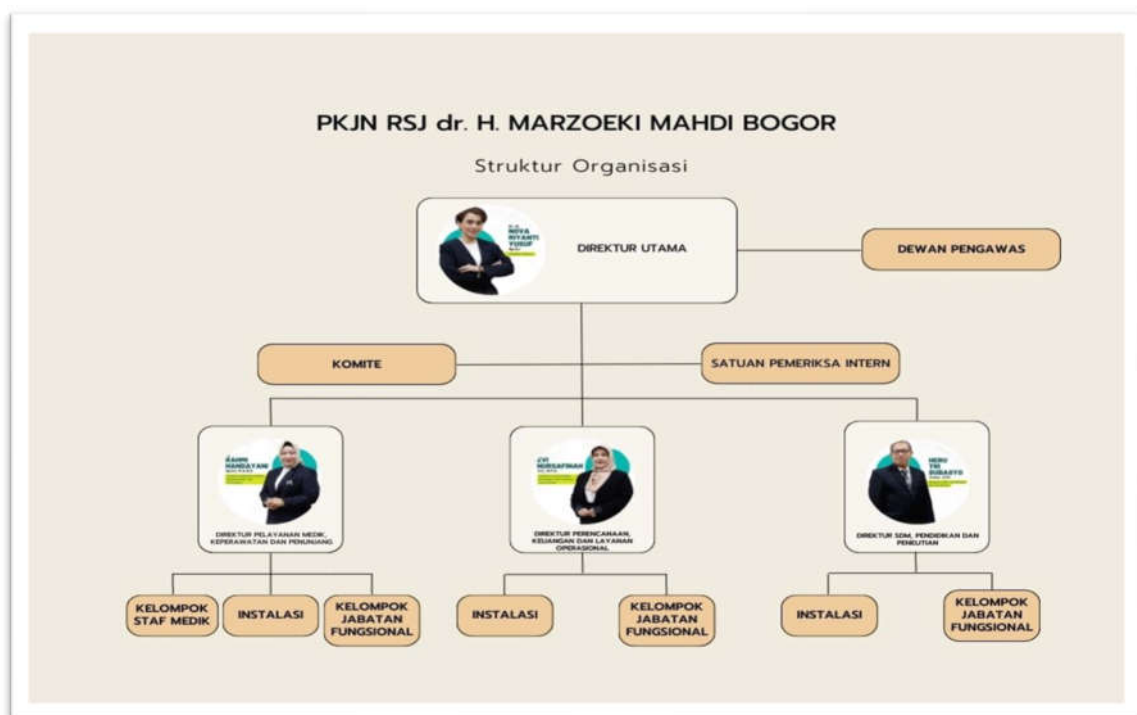
Dalam melaksanakan tugas tersebut, PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi menyelenggarakan fungsi:

- 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.

PKJN RSJMM pada tahun 2020 telah mengalami 2 (dua) kali pergantian struktur organisasi dan tata kerja (SOTK). Pada tanggal 18 Oktober 2019, SOTK RSJMM Bogor mengacu pada Permenkes nomor 54 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ dr. H.

Marzoeki 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 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama. PKJN RSJ Dr. H. Marzoeki 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 PKJN RSJMM dijabarkan pada bagan sebagai berikut ini:

Gambar 1.1
Struktur Organisasi PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi



Susunan Direksi RSJMM 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. **Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional:**
Evi Nursafinah, SE., MPH.
4. **Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian:**
Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM

Uraian Fungsi PKJN RSJMM 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 PKJN RSJMM Bogor sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1326/2023 terdiri dari:

Ketua : dr. Sunarto, M.Kes. Anggota :

1. Dita Novianti, S.Si, Apt, M.Si
2. Isaac Shahrir Djauhari Jenie
3. Peter Umar, S.E.AK, M.Si
4. Raden Patrick Wahyudwisaksono, SE, M.Ak.

URAIAN TUGAS

Dewan Pengawas bertugas :

- ✓ Melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan Layanan Umum yang meliputi Pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategi BisnisJangka 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 saransetiap 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 (sirsute) untuk pasien jiwa baik di fasilitas kesehatan primer maupun sekunder;
9. Sulitnya akses pelayanan kesehatan jiwa berkualitas;
10. Terbatasnya pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer, daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan;
11. Belum ada upaya promotif dan preventif terintegrasi;
12. Mutu pelayanan dasar setiap jenis pelayanan dasar yang memuat standar jumlah dan kualitas personel/ sumber daya manusia kesehatan, standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, dan petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar;
13. Kehadiran Disruptive Technology yang begitu cepat dan pesat yang dapat menjadi ancaman bagi RS.

Berdasarkan visi, misi, dan isu strategis, maka tujuan strategis yang hendak dicapai PKJN RSJ dr. H. 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 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi tahun 2023, sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun, adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Sasaran Strategis Tahun 2020-2024
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF KEUANGAN								
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				95	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 tindak lanjut				92.5	92.5
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				97	97
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU				95	95
		7	Persentase nilai EBITDA Margin				10	10
PERSPEKTIF PELANGGAN								
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	Tingkat Kepuasan Pelanggan	80	80	85	85	85
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100	100	100	100	100
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan				80	80
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100	100	100	100	100
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100	100	100	100	100
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Program Inovasi RS	80	80	80	80	80
		14	Capaian Akreditasi RS	100	100	100	100	100
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal				2.5	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	2 Kali
		17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran				100	100
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				10	10

		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional				1 Lyn	1 Lyn
		20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				80	80
		21	Penundaan waktu operasi Elektif				<3	<3
		22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik				80	80
		23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI				80	80
		24	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia				60	60
		25	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup				60	60
		26	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				12 Lap	12 Lap
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				12 Lap	12 Lap
		28	Kepatuhan kebersihan tangan				90	90
		29	Kepatuhan penggunaan APD				100	100
		30	Kepatuhan identifikasi pasien				100	100
		31	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi				80	80
		32	Pelaporan hasil kritis laboratorium				100	100
		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional				90	90
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)				85	85
		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh				100	100
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain				80	80
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	37	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100	100	100	100	100
		38	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100	100	100	100	100
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	39	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	80	80	90	100	100
		40	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususan menjadi utama atau paripurna				1 Drh	1 Drh
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	41	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal		60	70	85	100
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna				1	1
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	43	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100	100	100	100	100
10	Terwujudnya SDM Unggul	44	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	75	75	80	80	80
		45	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	75	80	85	90	95
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	75	80	85	85	85
		47	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80	80	80	80	80
		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar				95	95
		49	Ketersediaan fasilitas parker sesuai standar				70	70
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi dan Mandiri	50	Capaian BIOS (BLU Integrated Online System)	100	100	100	100	100
		51	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

		52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital				1 Sistem	1 Sistem
--	--	----	--	--	--	--	----------	----------

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

Tabel 2.2
Program Kerja Strategis Tahun 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		PROGRAM KERJA STRATEGIS 2023
PERSPEKTIF KEUANGAN				
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	Optimalisasi idle cash dengan penempatan pada investasi jangka pendek Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3 Pengendalian pertumbuhan piutang
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan pendapatan secara periodik
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	
		7	Persentase nilai EBITDA Margin	
PERSPEKTIF PELANGGAN				
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	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 Membangun ikatan dengan konsumen
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	Penguatan sistem manajemen komplain berbasis IT
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC),	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

	Rehabilitasi Psikososial, dan Napza			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
		14	Capaian Akreditasi RS	Meningkatkan layanan spesialistik kedokteran non jiwa
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	Pemenuhan progres akreditasi
		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)	
		17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	
		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	
		20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	
		21	Penundaan waktu Operasi Elektif	
		22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	
		23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	
		24	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	
		25	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	

		26	Laporan bulanan pengukuran 13 indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS; Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
		28	Kepatuhan kebersihan tangan	Terwujudnya angka kepatuhan hand hygienen pada semua PPA di instalasi rawat inap, rawat jalan dan penunjang melakukan five moment kebersihan tangan.
		29	Kepatuhan penggunaan APD	Terwujudnya kepatuhan Petugas menggunakan APD yang tepat pada saat memberikan pelayanan pada pasien pada instalasi rawat inap, rawat jalan dan instalasi penunjang
		30	Kepatuhan indentifikasi pasien	
		31	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	
		32	Pelaporan hasil kritis laboratorium	
		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	
		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain	
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	37	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	Pelaksanaan monev penelitian Koordinasi dan sinkronisasi mutu penelitian
		38	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	39	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	Penambahan 2 puskesmas binaan Pelaksanaan ke rumah sakit yang diampu
		40	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan	41	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RSJ dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

	Terintegrasi			
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	43	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	Self Assesment WBK, Usulan Penilaian Tim Penilai Internal (TPI) adalah 100%
10	Terwujudnya SDM Unggul	44	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	Penguatan kompetensi pegawai Pemanfaatan pegawai di Internal maupun eksternal sesuai kompetensi Pengembangan pangsa pasar
		45	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	Optimalisasi sistem pemantauan Optimaslisasi sistem reward and punisment
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	46	<i>Overall Equipment Efectiveness (OEE)</i>	Maintanance fungsi peralatan RS dan Alkes Monev sistem manajemen peralatan dan alkes menggunakan teknologi informasi Melakukan PKS kalibrasi dengan BPFK
		47	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	Optimalisasi dan Monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar Pemeliharaan sarana dan Prasarana
		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	
		49	Ketersediaan fasilitas parker sesuai standar	
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi dan Mandiri	50	Capaian BIOS (BLU Integrated Online System)	Pengembangan dan pemeliharaan sarana IT SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik Pengembangan sistem keuangan
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	
		52	Terselenggaranya integrase system informasi surveillans berbasis digital	

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

jasas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya.

PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi menyusun perjanjian kinerja tahun 2023 mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor periode 2020-2024. Target kinerja ini menjadi komitmen bagi PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi untuk mencapainya dalam tahun 2023.

Tabel 2.3
Perjanjian Kinerja Tahun 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET 2023
PERSPEKTIF KEUANGAN				
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2.5%
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.50%
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%
		7	Persentase nilai EBITDA Margin	10%
PERSPEKTIF PELANGGAN				
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥80%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%
		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 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	100%

			di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		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 Laporan
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
		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%
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	37	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		38	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	39	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	100%
		40	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1 RS Daerah
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	41	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 (masing2 RS Vertikal dengan

				strata paripurna)
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
9	Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi	43	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%
10	Terwujudnya SDM Unggul	44	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%
		45	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	90%
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%
		47	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80
		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi	50	Capaian BIOS (BLU Integrated Online System)	100%
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%
		52	Terselenggaranya integrase system informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem

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 PKJN RSJ dr H. Marzoeki Mahdi Bogor dilakukan dengan cara mengukur capaian indikator kinerja yang pada awal tahun diperjanjikan antara Direktur Utama PKJN RSJ dr H. Marzoeki Mahdi dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Di dalam Perjanjian kinerja terlihat bahwa keseluruhan indikator kinerja yang diperjanjikan berjumlah 52 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 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun 2020-2024 sebagaimana yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSJ dr H. Marzoeki Mahdi Bogor No. HK.02.03/XI.4/2548/2021.

3.1.1 Hasil pencapaian target tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2022

Pencapaian Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2022 adalah terdapat ada 10 (sepuluh) indikator kinerja yang mengalami penurunan capaian yaitu Tingkat pertumbuhan pendapatan, Persentase realisasi target pendapatan BLU, Persentase Realisasi Anggaran bersumber rupiah murni, Persentase realisasu anggaran bersumber BLU, Persentase nilai EBITDA Margin, Capaian Akreditasi RS, Persentase Penurunan jumlah kematian di RS Vertikal, Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Capaian pelaksanaan WBK/WBBM.

Adapun perincian hasil capaian dijabarkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.1
Perbandingan Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2023 dan 2022
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	REALISASI 2023	REALISASI 2022	KET	
PERSPEKTIF KEUANGAN						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	-4.34%	-28.17%	Meningkat
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	79.73%		
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	54.59%	47.93%	Meningkat
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.50%		
		5	Persentase realiasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	92.54%		
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	82.17%		
		7	Persentase nilai EBITDA Margin	-31%		
PERSPEKTIF PELANGGAN						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	Tingkat Kepuasan Pelanggan	89%	86.18%	Meningkat
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	Tetap
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	88%		
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	Tetap
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	112.50%	Menurun
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	91.34%	91.31%	Meningkat
		14	Capaian Akreditasi	100%	100%	Tetap
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	1.8%		
		16	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali		

		(untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)			
		17 Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	100%		
		18 Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	1%		
		19 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan		
		20 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	61.95%		
		21 Penundaan waktu operasi Elektif	0%		
		22 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	94.85%		
		23 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	98.49%		
		24 Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	94.73%		
		25 Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	100%		
		26 Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	13 Laporan		
		27 Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	100%		
		28 Kepatuhan kebersihan tangan	90.61%		
		29 Kepatuhan penggunaan APD	100%		
		30 Kepatuhan identifikasi pasien	100%		
		31 Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	100%		
		32 Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%		

		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	97.10%		
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	100%		
		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%		
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%		
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	37	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	100%	Tetap
		38	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	100%	Tetap
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	39	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	100%	100%	Tetap
		40	Melakukan pembinaan RS daerah dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1 RS Daerah		
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	41	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%	100%	Tetap
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)		
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	43	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	84%	30%	Meningkat
10	Terwujudnya SDM Unggul	44	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	98%	93%	Meningkat
		45	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	100%	86%	Meningkat
11	Terwujudnya Sarana, Prasaranan, dan Alat Kesehatan yang Handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%	93%	Menurun
		47	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	85%	Menurun

		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%		
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%		
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	50	Capaian BIOS (BLU Integrates Inline System)	100%	120%	Menurun
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%		
		52	Terselenggaranya integrase system informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem		

3.1.2. Hasil Pencapaian IKU RSB pada Tahun 2023 Dibandingkan dengan Target Tahun 2023

Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2023 yang tercapai ada sebanyak 42 (empat puluh satu) indikator kinerja dan yang tidak tercapai sebanyak 9 (sembilan) indikator kinerja. Adapun perincian hasil capaian dijabarkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.2
Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET TAHUN 2023	TAHUN 2023	KET*	
PERSPEKTIF KEUANGAN						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2.5%	-4.34%	0
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	79.73%	0
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%	54.59%	1
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.50%	92.50%	1
		5	Persentase realiasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	92.54%	0
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%	82.17%	0
		7	Persentase nilai EBITDA Margin	10%	-31%	0
PERSPEKTIF PELANGGAN						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	Tingkat Kepuasan Pelanggan	85%	89%	1
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	1
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥80%	88%	1
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	1
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	1

5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	85%	88%	1
		14	Capaian Akreditasi	100%	100%	1
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	<2.5%	1.8%	1
		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	2 Kali	1
		17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	100%	100%	1
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	1%	0
		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	1
		20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%	61.95%	0
		21	Penundaan waktu operasi Elektif	≤3%	0%	1
		22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%	94.85%	1
		23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%	98.49%	1
		24	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	60%	94.73%	1
		25	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	60%	100%	1
		26	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	13 Laporan	1
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	100%	1

		28	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	90.61%	1
		29	Kepatuhan penggunaan APD	100%	96.62%	0
		30	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	1
		31	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%	100%	1
		32	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	1
		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	97.10%	1
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	100%	1
		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	1
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%	100%	1
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	37	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	100%	1
		38	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	100%	1
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	39	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	100%	100%	1
		40	Melakukan pembinaan RS daerah dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1 RS Daerah	1 RS Daerah	1
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	41	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	100%	1
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	1
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	43	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	84%	0
10	Terwujudnya SDM Unggul	44	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	80%	98%	1
		45	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	90%	100%	1

11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%	85%	1
		47	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80	80%	1
		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%	95%	1
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	70%	1
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	50	Capaian BIOS (BLU Integrates Inline System)	100%	100%	1
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	1
		52	Terselenggaranya integrase system informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem	1

* Tercapai (1) / Tidak tercapai (0)

3.1.3 Hasil pencapaian IKU RSB pada tahun 2023 dibandingkan dengan target tahun 2024

Tahun 2023 adalah tahun keempat dari periode RSB 2020-2024. Untuk mencapai target Indikator di akhir periode RSB yaitu tahun 2023, maka perlu dilakukan evaluasi terus menerus, agar dapat dilakukan strategi untuk pencapaiannya.

Berikut adalah tabel perbandingan Hasil capaian indikator tahun 2023 dan target tahun 2024

Tabel 3.3
Perbandingan Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2023 dan Target 2024
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TAHUN 2023	TARGET 2024	KET	
PERSPEKTIF KEUANGAN						
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	-4.34%	2.5%	
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	79.73%	95%	
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	54.59%	45%	
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92.50%	92.50%	
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	92.54%	97%	
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	82.17%	95%	
		7	Persentase nilai EBITDA Margin	-190%	10%	
PERSPEKTIF PELANGGAN						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	Tingkat Kepuasan Pelanggan	89%	85%	
		9	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	88%	≥80%	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	

5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	13	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	91.34%	80%	
		14	Capaian Akreditasi	100%	100%	
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	1.8%	<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	2 Kali	
		17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	100%	100%	
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	1%	10%	
		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	
		20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	61.95%	≥80%	
		21	Penundaan waktu operasi Elektif	0%	≤3%	
		22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	94.85%	≥80%	
		23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	98.49%	≥80%	
		24	Optimalisasi lama rawat pasien Schizofrenia	94.73%	60%	
		25	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	100%	60%	
		26	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	13 Laporan	12 Laporan	
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	100%	12 Laporan	

		28	Kepatuhan kebersihan tangan	90.61%	≥90%	
		29	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	
		30	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	
		31	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	100%	≥80%	
		32	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	
		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	97.10%	≥90%	
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	100%	≥85%	
		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	≥80%	
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	37	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	100%	
		38	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	100%	
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	39	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	100%	100%	
		40	Melakukan pembinaan RS daerah dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1 RS Daerah	1 RS Daerah	
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	41	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%	100%	
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	43	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	84%	100%	
10	Terwujudnya SDM Unggul	44	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	98%	80%	
		45	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	100%	95%	

11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	85%	85%	
		47	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	80%	
		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%	95%	
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	70%	
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	50	Capaian BIOS (BLU Integrates Inline System)	100%	100%	
		51	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%	
		52	Terselenggaranya integrasi system informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem	

Ket : Target TA 2024 menggunakan RSB Rev. 3

3.1.4 . Analisis Terhadap Penilaian Perjanjian Kinerja Tahun 2023

Sasaran Strategis 1 : Terwujudnya Pertumbuhan Revenue

1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

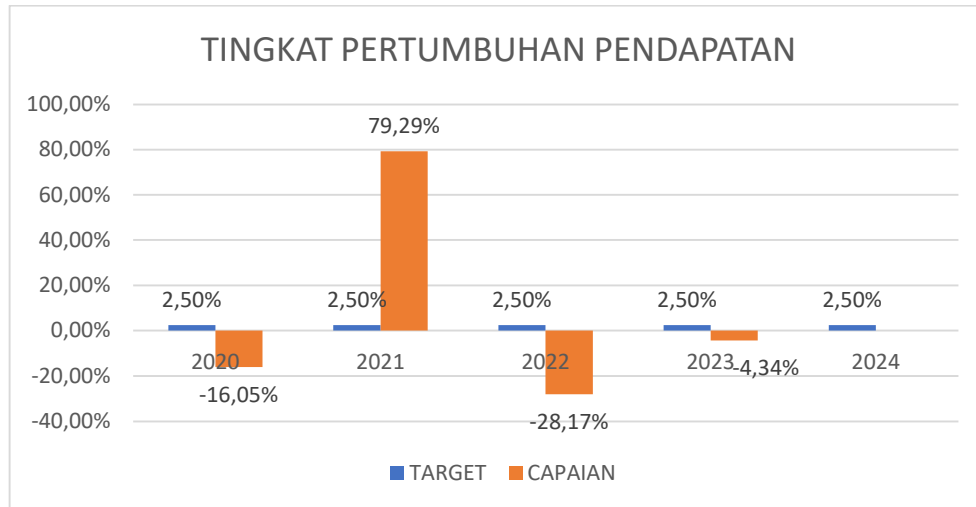
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan adalah Persentase pertumbuhan pendapatan operasional dibandingkan tahun sebelumnya. Pendapatan operasional merupakan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Badan Layanan Umum (BLU) yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama 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 2023 sebesar -4,34% dari target yang ditetapkan sebesar 2,5%. Penurunan tersebut disebabkan karena:
 - a. Tahun 2022 pembayaran klaim Covid 19 sebesar Rp 14.279.469.050,- dan tahun 2023 hanya sebesar Rp1.620.851.100,-
 - b. 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.
 - c. Adanya dokter spesialis yang pensiun dan belum mendapatkan gantinya yaitu (dr Bedah Umum dan dr Spesialis Obgyn)

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.1
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan Dari Alokasi APBN per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 sebesar Rp3.156.406.416,- dan Rp14.874.460.964,- terjadi penurunan pendapatan dari alokasi APBN disebabkan menurunnya jumlah pasien covid 19 dan penyesuaian nilai klaim covid 19 serta sudah berakhirnya masa pandemi covid 19, selain itu Tahun 2022 pembayaran klaim Covid 19 sebesar Rp14.279.469.050,- sementara tahun 2023 hanya sebesar Rp1.620.851.100,-.
- Pada tahun 2023 Target setiap pengajuan klaim BPJS harus terpenuhi namun ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS masih terkendala karena kesiapan resume medis pasien rawat inap yang belum lengkap pada saat proses pengajuan.

Rekomendasi:

- Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi untuk masyarakat dan berdaya jual atau revenue
- Strategi investasi dalam rangka manajemen kas yang lebih baik dengan optimalisasi *Idle Cash* dalam bentuk deposito
- Inovasi pengelolaan aset
- Optimalisasi BMN adalah menjadikan BMN dalam penggunaan terbaik (*best use*) dalam bentuk maksimisasi atau minimisasi
- Melakukan evaluasi dan analisa atas implementasi sistem pembayaran jaminan sehingga terwujud optimalisasi kendali mutu kendali biaya.

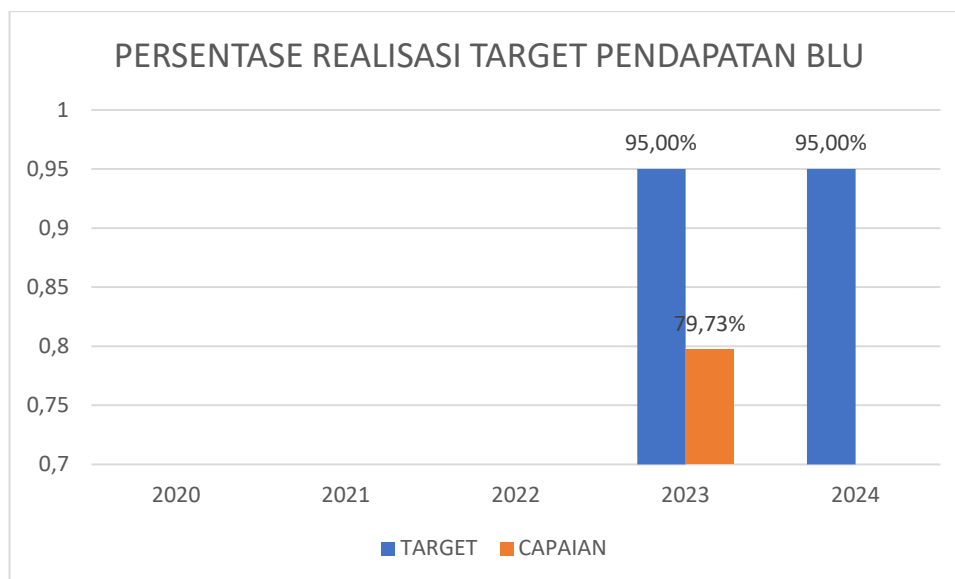
2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

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 Tahun 2023 sebesar 79,73% dari target yang ditetapkan sebesar 95% Pendapatan RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor terdiri dari Pendapatan Badan Layanan Umum berasal dari Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit, Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga, Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat diluar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU. Pendapatan PNBP Lainnya diantaranya Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU, Pendapatan Lain-lain BLU, Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung, Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu, Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya, Pendapatan Sewa Tanah, Gedung, dan Bangunan. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.2
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan Dari Alokasi APBN per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 sebesar Rp3.156.406.416,- dan Rp14.874.460.964,- terjadi penurunan pendapatan dari alokasi APBN disebabkan menurunnya jumlah pasien covid 19 dan penyesuaian nilai klaim covid 19 serta sudah berakhirnya masa pandemi covid 19, selain itu Tahun 2022 pembayaran klaim Covid 19 sebesar Rp14.279.469.050,- sementara tahun 2023 hanya sebesar Rp1.620.851.100,-.
- Pendapatan BLU lainnya merupakan pendapatan nonfungsional yang terdiri dari Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU, Pendapatan Lain-lain BLU, Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah dan Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung. Pendapatan BLU Lainnya per Desember 2023 dan Desember 2022 sebesar Rp3.550.180.539 dan Rp3.827.965.261,- terjadi penurunan pendapatan sebesar 7,26 persen disebabkan adanya Penurunan di Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU karena pendapatan bunga bank dan bunga deposito menurun, serta penurunan Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah dan Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung.
- Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU mengalami penurunan sebesar 32,72 persen atau Rp522.986.387,- diantaranya dari Jasa Giro Rekening Bendahara Pengeluaran dan Penerimaan sebesar 60,72 persen atau Rp162.011.956 dan Bunga Rekening Deposito sebesar 27,11 persen atau Rp360.974.431,- hal ini disebabkan adanya penurunan jumlah saldo rekening giro dan deposito.

Rekomendasi:

- Melakukan itensidikasi pendapatan layanan operasional dan mengoptimalkan pengelolaan aset,
- Mewaspadaai adanya biaya-biaya operasional yang dianggap kurang efisien.

Sasaran Strategis 2 : Terwujudnya Efisiensi Anggaran

3. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)

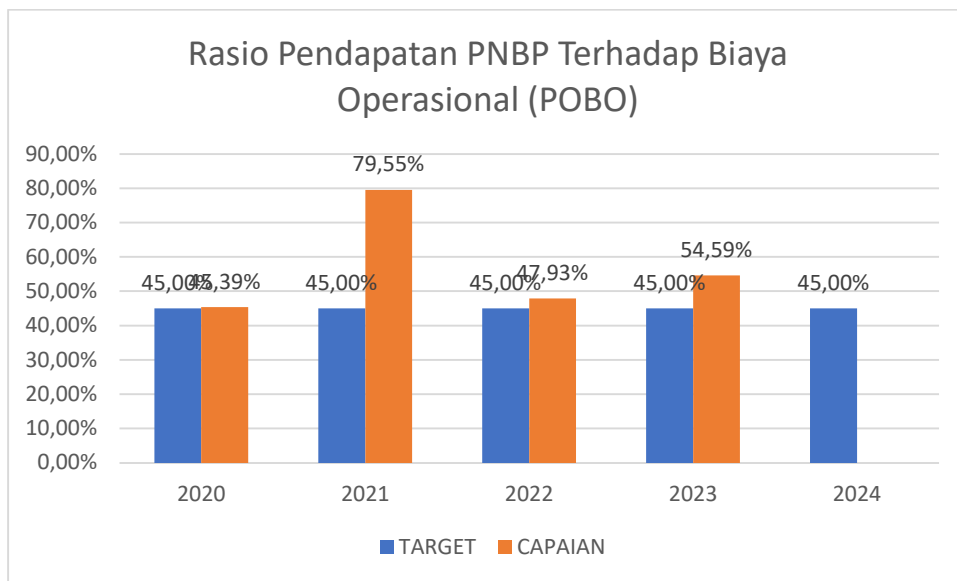
Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah Persentase hasil perbandingan pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap biaya operasional dalam satu periode (akrual basis).

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) TA 2023 apabila dibandingkan dengan TA 2022 mengalami Kenaikan, dengan target yang sama yaitu 45% capaian tahun 2023 mengalami kenaikan sebesar 54,59% dibandingkan capaian tahun 2022 sebesar 47,93%. Akan tetapi capaian TA 2022 dan 2023 sudah memenuhi target indikator.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.3
Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan tidak mencapai target, sehingga dalam pelaksanaan investasi dalam rangka pengembangan layanan kesehatan kepada masyarakat menggunakan saldo awal,
- Biaya operasional tinggi
- Adanya kebijakan BPJS mengenai rujukan berjenjang,

Rekomendasi:

- Melakukan itensidikasi pendapatan layanan operasional dan mengoptimalkan pengelolaan aset,
- PKJN RSJMM masih membutuhkan alokasi dana dari Rupiah Murni,
- Mewaspadaai adanya biaya-biaya operasional yang dianggap kurang efisien.

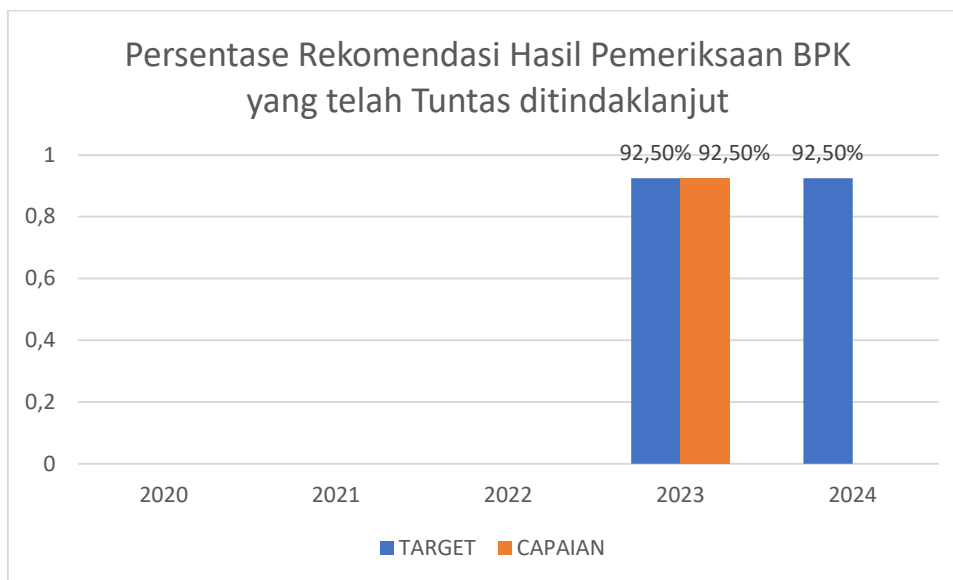
4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti

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:

- Capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Tahun 2023 sebesar 92,50% dari target yang ditetapkan sebesar 92,50%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.4
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Kesulitan dalam penyelesaian karena Perusahaan tidak kooperatif dan sudah dilakukan pemanggilan tidak ada niat baik.

Rekomendasi:

- Terkait temuan ini sedang dalam penyelesaian TPTD (Temuan yang Tidak Dapat Ditindaklanjuti).
- Komitmen seluruh pegawai dan Direksi dalam penyelesaian LHP
- Diupayakan untuk TPTD

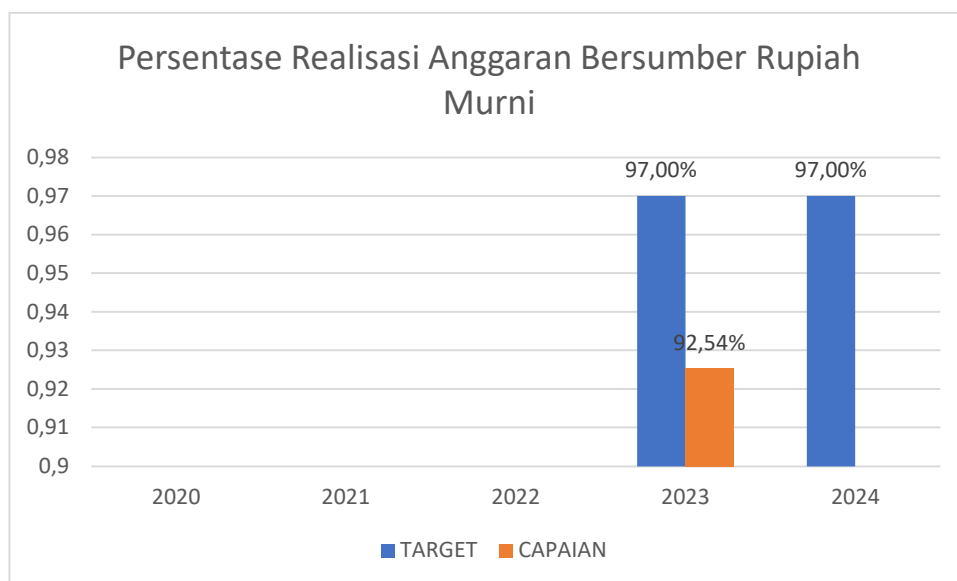
5. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni Tahun 2023 sebesar 92,54% dari target yang ditetapkan sebesar 97%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.5
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Terdapatnya revisi anggaran di bulan November 2023,
- Adanya revisi anggaran yang membutuhkan rekomendasi, dan adanya kebijakan penggunaan cloud,
- Perencanaan yang kurang bagus sehingga banyak perencanaan diawal tahun berubah sehingga banyak dilakukan revisi anggaran.
- Anggaran belanja pegawai khususnya pegawai CPNS dan PPPK masih menggunakan anggaran dari biro kepegawaian sehingga anggaran yang sudah disiapkan tidak terserap

Rekomendasi:

- PPK memantau hal 3 DIPA agar pengadaan sesuai dengan PRD karena nanti mempengaruhi nilai IKPA.

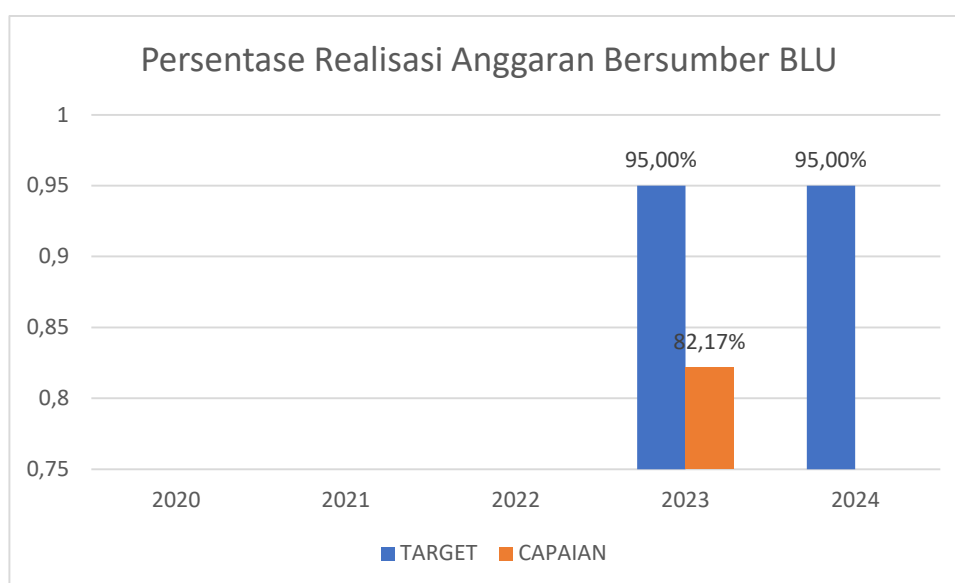
6. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase realisasi anggaran bersumber BLU Tahun 2023 sebesar 82,17% dari target yang ditetapkan sebesar 95%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.6
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Tidak tercapainya target pendapatan tahun 2023
- Pemanfaatan saldo awal yang tidak maksimal.

Rekomendasi:

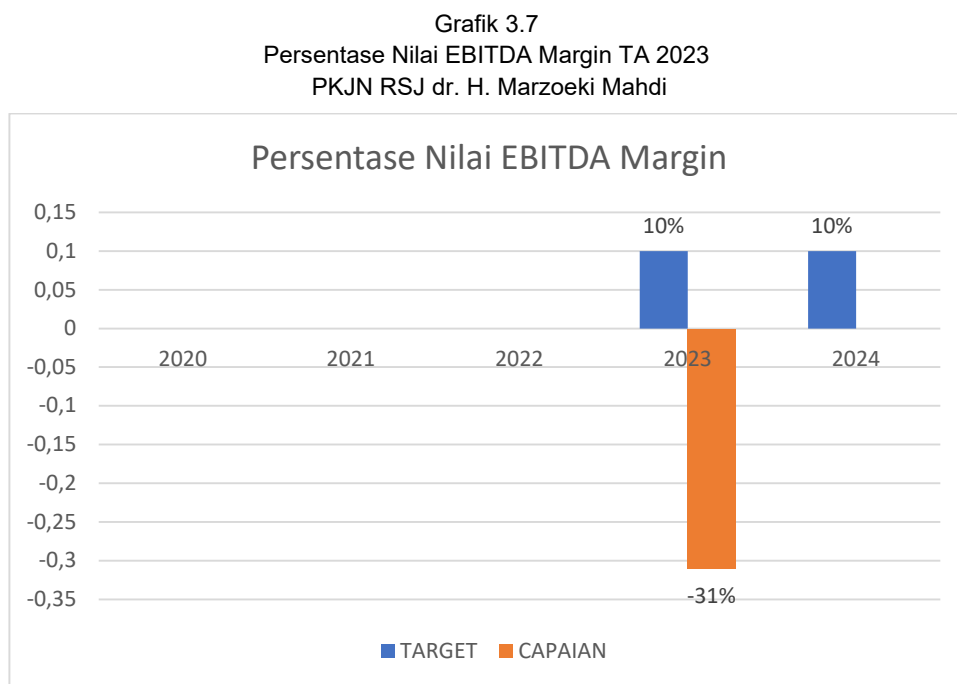
- Meningkatkan pendapatan dengan:
 - Melakukan intensifikasi pendapatan layanan operasional dan mengoptimalkan pengelolaan aset,
 - Mewaspada adanya biaya-biaya operasional yang dianggap kurang efisien

7. 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 2023 sebesar -31% dari target yang ditetapkan sebesar 10%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:



Kendala dan Permasalahan:

- Pendapatan tidak mencapai target,
- Biaya operasional yang tinggi seperti biaya administrasi umum lebih tinggi dari standar yang ditetapkan,
- Adanya pengembangan layanan kepada masyarakat berupa investasi gedung layanan upip, ismaya dan assesment center.

Rekomendasi:

- Inovasi pengembangan layanan kesehatan salah satu diversifikasi layanan kesehatan jiwa,
- Meningkatkan brand image rumah sakit,
- Optimalisasi idle aset,
- Peningkatan kerjasama asuransi komersial.

Sasaran Strategis 3 : Terwujudnya Kepuasan Pelanggan

8. Tingkat Kepuasan Pelanggan

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

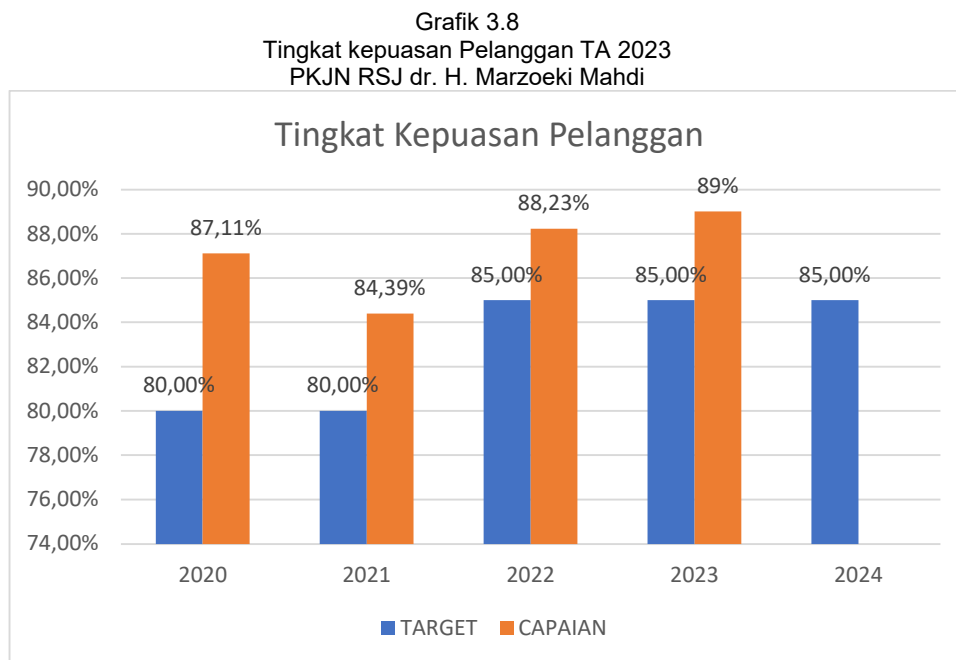
Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melaksanakan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).

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:

- Penilaian kepuasan pelanggan secara eksternal melalui Institusi Perguruan Tinggi yaitu Universitas Padjajaran Bandung dengan hasil skor baik sebesar 76,6 dan dari Kementerian Keuangan PPK BLU dengan hasil baik.
- Capaian Tingkat kepuasan pelanggan Tahun 2023 sebesar 89% dari target yang ditetapkan sebesar 85%.Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:



Kendala dan Permasalahan:

- Survei masih dilakukan secara manual dan belum terintegrasi,
- Survey menggunakan barcode(digitalisasi) namun terkendala dengan kemampuan finansial dan berpikirnya masih kurang
- Pasien juga sulit dimintai survei karena mayoritas pasien jiwa.

Rekomendasi:

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

9. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

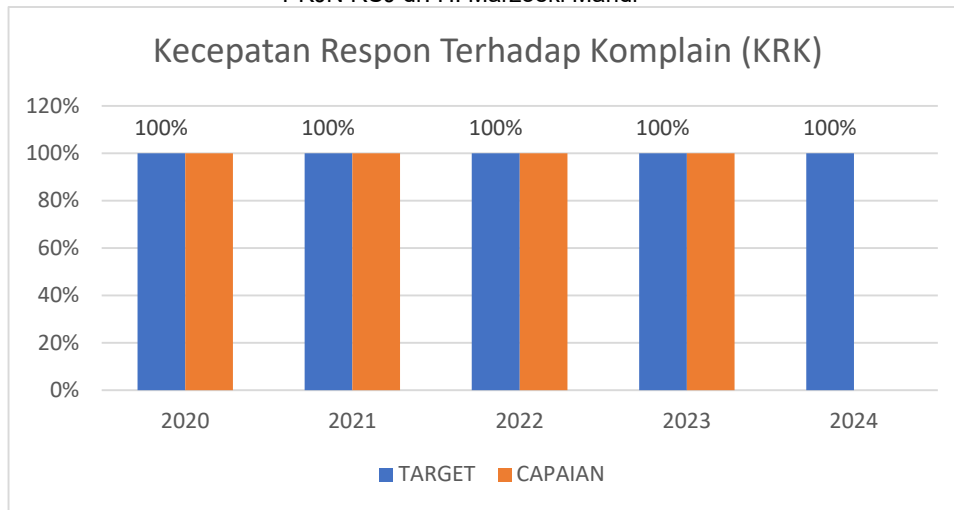
Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Penambahan fitur aplikasi pendukung KRK,
- Capaian Kecepatan respon terhadap komplain (KRK) TA 2022 dan 2023 sudah sesuai dengan target sebesar 100%. Selama Tahun 2023 sebanyak kurang lebih **empat puluh lima komplain** yang sudah ditanggapi dalam waktu < 1x24 jam.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.9
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum maksimalnya penyelesaian tindak lanjut terhadap komplain

Rekomendasi:

- Penguatan instrument pemantauan tindaklanjut,
- Penguatan SOP dalam penanganan KRK,
- Pemantapan semua fitur Aplikasi complain via Android
- Penguatan alur dalam penanganan sampai dengan penyelesaian tindaklanjut terhadap complain sehingga dapat memberikan kepuasan terhadap pelanggan.

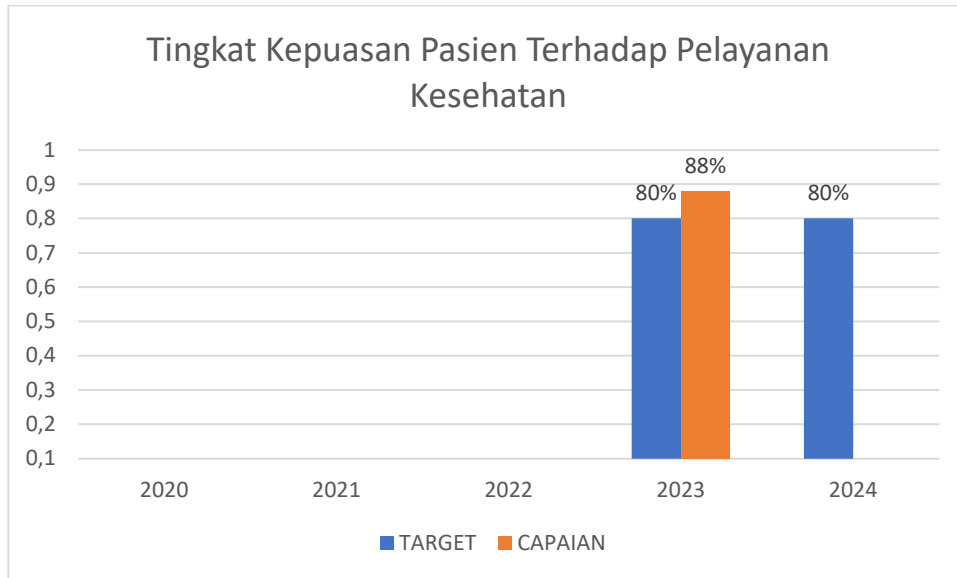
10. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan bertujuan untuk mengukur kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya – upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Pemenuhan dan monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi,
- Capaian Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan Tahun 2023 sebesar 88% dari target yang ditetapkan sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.10
Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Sikap petugas, ketepatan waktu layanan dan sarpras masih menjadi hal yang paling dikeluhkan sehingga mempengaruhi hasil.

Rekomendasi:

- Pengelolaan IT terintegrasi
- Dilakukan peningkatan kompetensi pelayanan prima (service excellent) untuk tenaga pemberi layanan.

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, pemantapan, dan evaluasi layanan unggulan

Tahapan Layanan Unggulan RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor kurun waktu 2020-2014 terdiri dari :

Tahun 2020:

- Pemantapan Rehabilitasi Psikososial dan NAPZA

-Terwujudnya layanan unggulan PDC: Medical Check Up (MCU) terpadu, Pusat Vaksinasi, Pusat Layanan Haji dan Umroh, Crisis Center, Layanan Konseling

Tahun 2021:

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

Tahun 2022:

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

Tahun 2023:

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

Tahun 2024:

- Pertumbuhan dan Evaluasi Layanan Unggulan

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

1. Assessment Center/ Pusbangkom

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

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

2. Layanan hotline service

Konsultasi 24 jam (D'patens24)

3. Anak dan Remaja terpadu

Adalah layanan untuk usia 10-35 tahun yang terdiri dari

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

4. Geriatri terpadu

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

Layanan Lantera Satu terdiri dari :

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

5. Napza

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

Tabel 5.2 Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

No	Layanan PDC	Kunjungan		Pertumbuhan (%)
		2022	2023	
1	Assessment Center			
	MCU fisik dan Mental	1.805	2.406	1.33
2	Anak dan Remaja			
	a Psikiatri	6.015	5.308	0.88
	b non Psikiatri	1.125	1.365	1,21
	c. Early Psychotic (EP)	3.058	3.381	1.11
3	Geriatric Terpadu			
	a Psikogeriatric	5.295	6.071	1.14
	b Geriatric	392	1.801	4.59
4	Napza RJ	274	408	1.48
	Total	21.966	27.015	1,23

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%, kecuali pada anak remaja (psikiatri) mencapai skitar 88%.

Tahapan operasional tahun 2023: baby & child care belum terlaksana secara intergrasi, rencananya akan dibuka pada tahun 2024 berupa *Mother and Baby Care Unit (MBU)*.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.11
Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Untuk mencapai tingkat sempurna perlu adanya layanan *day care* geriatri namun belum optimal,
- Belum optimalnya layanan anak dan remaja di satu atap,
- Belum optimalnya pengenalan kepada masyarakat tentang layanan konsultasi 24 jam (D’PATENS 24) dan masih berupa layanan telpon/WA berbayar (kuota/pulsa),
- Belum optimalnya sosialisasi layanan Napza pada masyarakat dan belum adanya integrasi/kerjasama dengan Pengadilan,
- Dengan sistem rujukan BPJS berjenjang, maka untuk layanan non psikiatri belum optimal untuk kunjungan riil sesuai klaim, banyak kasus berupa rujukan internal dari poli psikiatri sehingga peningkatan jumlah kunjungan tidak secara langsung menggambarkan peningkatan jumlah pendapatan,

Rekomendasi:

- Pengembangan layanan *day care* di poliklinik Ismaya dengan mempersiapkan SDM, sarana prasarana dan promosi untuk meningkatkan pertumbuhan layanan,
- Penyatuan gedung layanan anak dan remaja dalam satu atap, direncanakan di gedung eks rumah dinas karyawan,
- Sosialisasi dan promosi melalui media sosial, radio dll pada masyarakat tentang keberadaan layanan konsultasi 24 jam (D’PATENS 24) dan membuat layanan bebas biaya,
- Mengadakan penyuluhan dan sosialisasi pada institusi pemerintah, pendidikan dan yang terkait lainnya,
- Berkoordinasi dengan institusi terkait rujukan BPJS dan menambah jumlah asuransi kesehatan/perusahaan yang bekerjasama,
- Optimalisasi kendali mutu dan kendali biaya.

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.

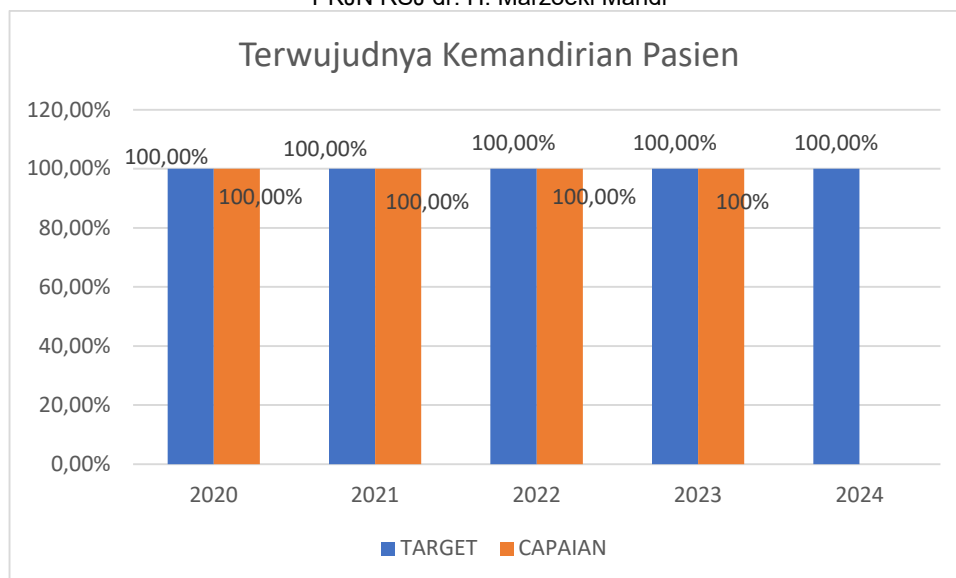
Pertimbangan dua rehabilitan dalam satu bulan dengan pertimbangan rata-rata pasien yang dipantau oleh *case manager* (manajemen kasus) kelapangan sebanyak 2 tempat.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian Terwujudnya kemandirian pasien Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%.Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.12
Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Program
 1. Masih ada pasien yang dirujuk dengan gejala negative (bingung, halusinasi, isos dll)
 2. Visitasi DPJP ke rehab masih sangat rendah
 3. Dengan meningkatnya kunjungan sebagian kegiatan overload terutama non vokasi, sehingga mengurangi efektifitas terapi

4. Produk rehab belum bisa bersaing dan menjawab tantangan pasar
- SDM
 1. 60% Tenaga belum mengikuti workshop rehabilitasi psikososial
 2. Ada SDM yang menjelang pensiun
 - Sarpras
 1. Penataan ruangan kegiatan/gedung belum memenuhi standar
 2. Sebagian sarana sudah tidak layak/perlu perbaikan ; misal atap green house, atap & plafond gedung, dinding lembab, pagar halaman
 3. Pengadaan bahan terapi terlambat

Rekomendasi:

- Program
 1. Sosialisasi tentang kriteria pasien yang dapat mengikuti rehab
 2. Visite Dokter (DPJP) dijadikan indikator mutu layanan rehab dan Penambahan DPJP di rehab, mungkin dibuka untuk semua psikiater sehingga tidak bergantung kepada DPJP tertentu saja
 3. Penyesuaian/revitalisasi system dan kegiatan rehab (alur, pembagian tugas, penyesuaian SOP kegiatan, dll)
 4. Membuat rencana pengembangan dan inovasi produk rehab
- SDM
 1. Semua Staff rehab mengikuti Workshop atau pelatihan yang terkait rehabilitasi psikososial baik internal maupun eksternal
 2. Pengajuan penambahan SDM
- Sarpras
 1. Membuat perencanaan desain ruangan (interior) yang disesuaikan dengan standar dan kebutuhan kegiatan terapi
 2. Perbaiki sarana/gedung : atap green house, atap & plafond gedung, dinding lembab, pemagaran halaman

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:

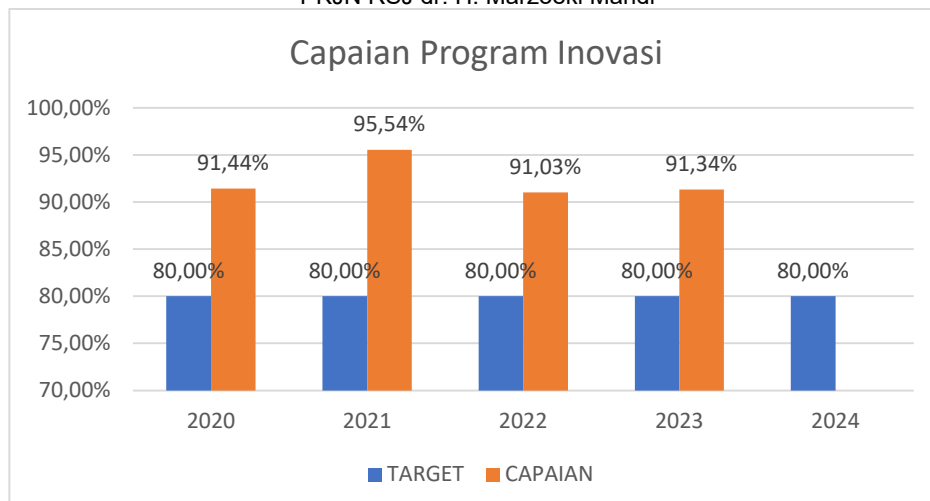
- Indikator capaian kepatuhan Clinical Pathway dan Capaian Inovasi Safewards – WHO QR dan Sub Indikator TA 2023 sudah sesuai target sebesar 91.34%.
- Adapun hasil capaian Safewards tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.5
Capaian Program Inovasi SAFEWARDS TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

Bulan Pelayanan	Tidak adanya Restrain	Tidak adanya Seklusi	Kepuasan Pelanggan	Kepatuhan Therapi	Capaian Safewards dan WHO QR
Januari	100%	100%	90,48%	76,7%	91,79%
Februari	96%	99%	88,90%	87,5%	92,85%
Maret	94,8%	98%	88,60%	80%	90,35%
April	94,6%	99,2%	88,92%	91,37%	93,05%
Mei	96,2%	98,6%	86,2%	78%	90,67%
Juni	96,86%	98,84%	86,6%	75,8%	90,76%
Juli	96,92%	98,82%	86,2%	87,5%	92,64%
Agustus	98,64%	98,94%	86,8%	75%	90,80%
September	98,74%	98,62%	86,4%	68,4%	89,73%
Oktober	98,44%	98,2%	86,6%	69,6%	89,72%
November	98,62%	98,64%	86,4%	77,9%	91,275%
Desember	98,4%	97,8%	86,8%	78,6%	91,34%

Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator sebagai berikut

Grafik 3.13
Capaian Pogram Inovasi RS TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum seluruh petugas mendapatkan pelatihan , monitoring, evaluasi dan pelaporan belum optimal , ketersediaan sarpras belum sesuai kebutuhan,
- Untuk mencapai implementasi yang maksimal dibutuhkan peran aktif dari seluruh civitas hospitaslia RSJMM yang terkait PPA, Nakes lain, Manajemen dan petugas administrasi,
- Diperlukan monev berjenjang. Monev secara teknis oleh Tim Implementasi Safeward dan WHO QR, Monev pelaksanaan secara umum dan pemenuhan sarpras oleh manajemen.

Rekomendasi:

- Reviu Regulasi secara berkala,
- Pemanfaatan IT dan pelaporan terintegrasi penyusunan form bantu WHO QR
- Penguatan Tim Implementasi Safewards dan WHO QR : Revisi Tim Safewards menyesuaikan kebutuhan, penambahan PJ pelporan dan PJ Monev, Kepala ruangan sebagai duta Safewards,
- Monev berkala oleh Tim Teknis dan Manajemen,
- Percepatan pemenuhan Sarpras sesuai standar.

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:

- Penyusunan dan penetapan Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS tahun 2023 sesuai

STARKES pada layanan PDC;

- Dilakukan asesmen *hospital readiness* tahun 2023;
- Workshop Membangun Budaya Keselamatan Pasien; Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tanggal 24-25 Februari 2023;
- Workshop Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 24 – 25 Mei 2023 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta;
- Workshop *Hospital Risk Management* yang diselenggarakan oleh LAM–KPRS pada tanggal 27-28 Mei 2023 di Hotel Claro, Makassar;
- Workshop Manajemen Risiko yang diselenggarakan oleh PERSI pada tanggal 19 – 20 Juni 2023 di HARRIS Hotel & Conventions Kelapa Gading, Jakarta.
- Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 18 – 21 September 2023;
- Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 8 – 10 November 2023.
- Menjadi finalis lomba inovasi LAM-KPRS Awards pada “Proyek Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien: Pelaksanaan *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium di Instalasi Laboratorium RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor” yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023 di Makassar;
- Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan serta *self assessment hospital readiness* ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
- Aplikasi SIMANDATURI untuk pengumpulan dan pelaporan data mutu terintegrasi;
- Pelaporan indikator mutu RS, insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan setiap bulan;
- Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP;
- Melakukan *feedback* capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan;
- Melakukan investigasi sederhana IKP grading biru dan hijau dan RCA untuk IKP grading kuning dan merah;
- Menyusun profil risiko dan *risk register* RS tahun 2023;
- Tersusun FMEA unit kerja;
- Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja;
- Melakukan *continuous quality improvement* di semua unit kerja.

Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator sebagai berikut:

Grafik 3.14
 Capaian Akreditasi RS TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- *Clinical Pathway* yang di evaluasi baru pada pasien psikiatri dengan diagnosis Skizofrenia;
- Mutu dan keselamatan pasien belum membudaya secara komprehensif, menyeluruh danberkesinambungan.

Rekomendasi:

- Implementasi *Clinical Pathway* pada 15 CP yang sudah ditetapkan;
- Integrasi *Clinical Pathway* pada ERM;
- Optimalisasi pemantauan dan evaluasi dengan Kepala Unit Kerja sebagaimenanggungjawab PMKP di Unit Kerjanya masing-masing;
- Ronde Komite Mutu terintegrasi.

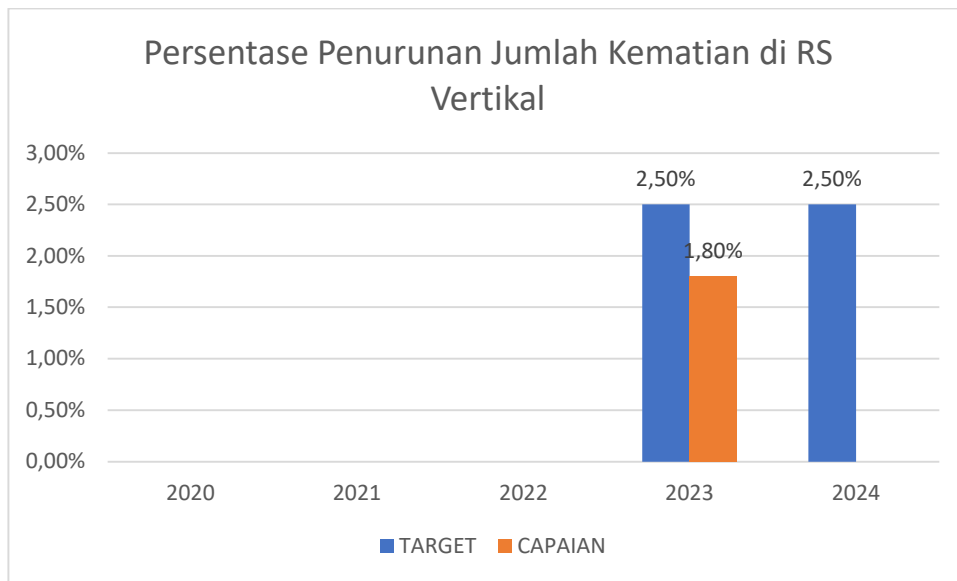
15. Persentase Penurunan jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal

Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit vertikal adalah selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit vertikal Tahun 2023 sebesar 1,8% dari target yang ditetapkan sebesar 2,5%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.15
 Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Kondisi pasien yang datang ke IGD sudah dalam keadaan terminal / kritis

Rekomendasi:

- Membentuk tim khusus untuk pelayanan merujuk pasien yang terdiri dari dokter umum dan perawat dilengkapi dengan kendaraan ambulans dengan sifat tersedia dalam 24 jam operasional sehingga tidak mengganggu pelayanan IGD yang sudah ada.

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)

Hasil pelaksanaan audit pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan

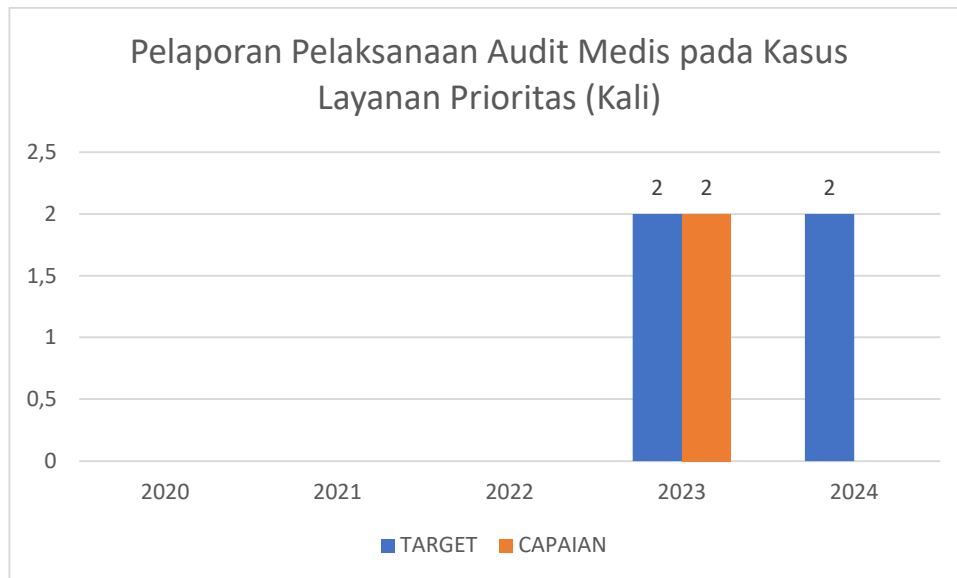
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Pada periode semester 1 TA 2023 Jumlah total pasien yg dirawat adalah 1436 dengan umur rata-rata adalah 34 tahun dengan umur termuda 10 tahun dan umur tertua 75 Tahun. Hasil ini menggambarkan onset skizofrenia semakin muda. Jumlah pasien berdasar jenis kelamin yaitu didapat jumlah laki-laki sebanyak 992 orang (69%) dan jumlah perempuan sebanyak 444 orang (31%). Perbandingan jumlah pasien antara laki-laki dan perempuan

mendekati 1:2 ini dapat menjadikan pertimbangan dalam penyediaan ruangan baik untuk ruangan intensif maupun ruangan stabil agar proporsinya sesuai dan tidak ada penumpukan pasien di ruang IGD maupun ruang intensif akibat salah menghitung jumlah tempat tidur.

Grafik 3.16

Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing – masing Rumah Sakit i setiap 6 Bulan (untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya) TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Jenis kelamin penderita terbanyak adalah laki-laki,
- Kriteria Diagnosa untuk identifikasi adanya tidaknya gejala ditemukan 1436 kasus (100%) ada dan untuk kriteria dilakukan pemeriksaan PANSS EC di IGD ditemukan 1436 kasus (100%) ada,
- Kriteria Tatalaksana didapat untuk kriteria pemberian obat antipsikotik lebih dari satu jenis disertai obat antikolinergik dan benzodiazepine didapat 1436 kasus (100 %), sedangkan untuk kriteria pemberian psikoedukasi termasuk compliance obat saat sudah tenang (lebih dari 7 hari perawatan) 1436 kasus(1007o) tidak ada pencatatan Tindakan edukasi,
- Kriteria Outcome klinis ditemukan untuk kriteria LOS PHCU < 7 hari 1436 pasien (100%), sedangkan untuk hasil dari instrumen PANSS remisi didapat-rata rata.

Rekomendasi:

- Pemberian psikoedukasi walaupun mungkin dilakukan tetapi tidak ada pencatatannya di rekam medis padahal form untuk edukasi sudah ada tetapi tidak diisi.
- Kriteria outcome klinis untuk pemeriksaan PANSS remisi belum dapat dievaluasi karena belum pernah dilakukan.

- Perlu evaluasi yang mendalam mengenai pemilihan dan kombinasi obat psikotropika yang dipakai selama perawatan.

17. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

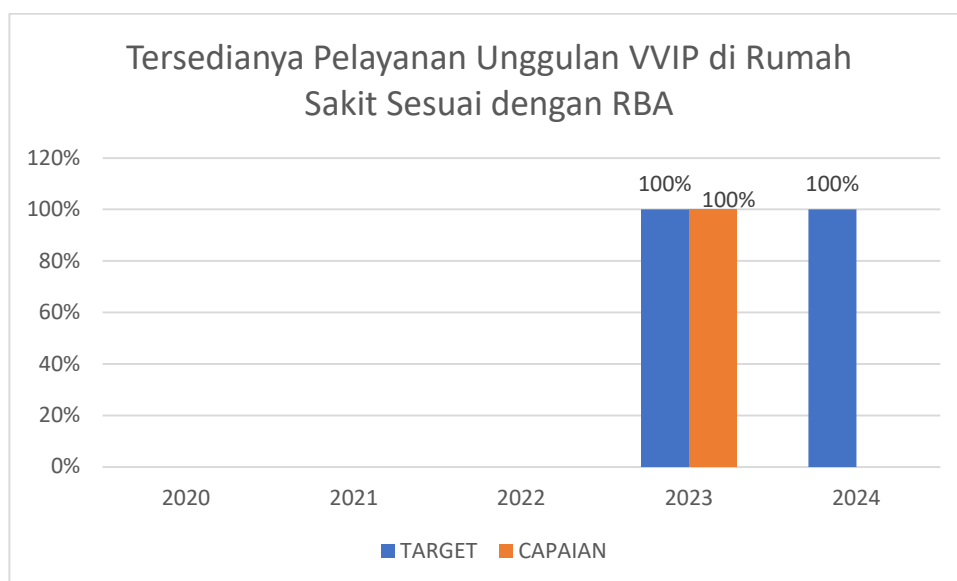
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran adalah pelayanan unggulan VVIP rajal dan atau ranap di RS Vertikal agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Ketersediaan pelayanan unggulan VVIP yang dimaksud adalah penyelenggaraan layanan eksekutif di Rawat Jalan. Sejak bulan April tahun 2023 PKJN RSJMM telah menyelenggarakan kegiatan layanan eksekutif yang terletak di lantai tiga gedung poliklinik spesialis. Layanan ini dilaksanakan setiap hari Senin sampai dengan Sabtu dengan jadwal tertentu (07.00 – 09.00 dan 14.00 – 19.00). Saat ini layanan yang tersedia adalah psikiatri, neurologi, kebidanan dan kandungan dan bedah.
- Capaian Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.17

Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran TA 2023 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- pemenuhan Anggaran tambahan obat eksekutif belum terealisasi, sementara pemenuhan obat melalui dana efisiensi obat dan melalui Apotik MOU
- Belum signifikan kunjungan poliklinik Eksekutif, sehingga penempatan SDM belum optimal
- kejelasan DO pada layanan yang diberikan ke pasien (konsultasi, psikoterapi), yang menimbulkan komplain pasien
- Belum seragam pemahaman petugas pendaftaran dan kasir mengenai penjaminan non BPJS (contoh Asuransi inhealth).

Rekomendasi:

- Peningkatan promosi layanan eksekutif
- Perjelas informasi layanan yang akan diterima pasien, sehingga pasien merasa puas
- Sosialisasi kembali terkait jaminan non BPJS kepada seluruh petugas garda depan (TPP, Kasir, Informasi dan Security) serta produk-produk layanan yang ada di RS

18. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Layanan Unggulan VVIP adalah layanan eksekutif yang dilakukan di rawat jalan. Peningkatan kunjungan pasien VVIP adalah capaian kunjungan pasien layanan unggulan VVIP setiap bulan berjalan dibagi target.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023 sebesar 1% dari target yang ditetapkan sebesar 10%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.18
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Jumlah dan jenis tenaga medis spesialis yang menjalankan praktek klinik eksekutif masih terbatas sehingga layanan juga terbatas.
- Kegiatan ini merupakan layanan tambahan bagi pegawai sehingga memerlukan tenagadan insentif yang khusus dalam penyelenggaraannya.
- Sebagian masyarakat belum mengetahui adanya layanan eksekutif halini disebabkan karena promosi yang belum optimal.
- Fasilitas sarana dan prasarana (ruang eksekutif, layanan digital, transportasi) belum optimal

Rekomendasi:

- Melakukan perbaikan metode layanan, SOP dan pedoman, pelatihan SDM dan mutu layanan agar jelas tertuang sebagai layanan unggulan yang eksekutif dan bertaraf internasional.
- Memberikan insentif yang menarik sehingga dapat menjadi daya tarik bagi tenaga medisspesialis untuk bergabung dalam layanan unggulan eksekutif dan bertaraf internasional
- Dengan meningkatnya fasilitas sarana prasarana dan mutu layanan diharapkan akan berdampak pada perbaikan tarif

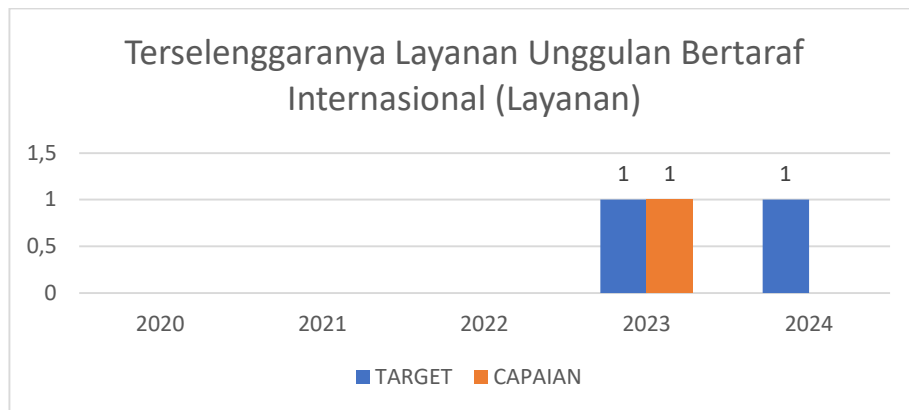
19. Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional

Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional adalah kerjasama PKJN RSJMM dengan rumah sakit atau institusi kesehatan Luar negeri terkait layanan Rehab Psikososial.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023 sebesar 1 Layanan dari target yang ditetapkan sebesar 1 Layanan. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.19
 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Layanan wisata medis memerlukan kerjasama lintas sektor dan lintas program dari instansi yang terkait (dinas kesehatan, dinas pariwisata, dinas sosial dan bila memungkinkan dari pihak biro travel di luar negeri dll) sehingga membutuhkan waktu untuk taraf Internasional.
- Tarif layanan eksekutif maupun wisata medis belum bersaing dengan layanan yang ada di rumah sakit sekitar PKJN RSJMM

Rekomendasi:

- Melakukan perbaikan metode layanan, SOP dan pedoman, pelatihan SDM dan mutu layanan agar jelas tertuang sebagai layanan unggulan yang eksekutif dan bertaraf internasional.
- Memberikan insentif yang menarik sehingga dapat menjadi daya tarik bagi tenaga medis spesialis untuk bergabung dalam layanan unggulan eksekutif dan bertaraf internasional
- Menyediakan sarana dan prasarana (misal gedung, peralatan, sistem informasi dll) agar diatas standar sehingga dapat menarik kunjungan regional (Indonesia) dan Internasional(Asia dan luar Asia).
- Melakukan kerjasama dengan instansi terkait baik di dalam maupun luar negeri.

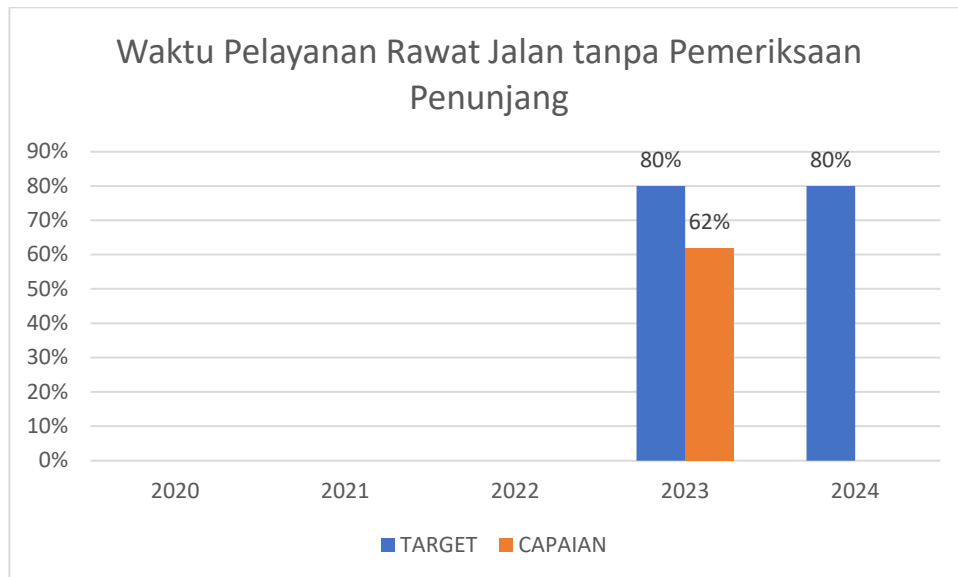
20. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023 sebesar 62% dari target yang ditetapkan sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.20
Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Gedung TPP, poliklinik dan farmasi yang letaknya berjauhan,
- Konsistensi petugas untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian masih kurang,
- Komitmen dokter untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang telah disepakati dan ditetapkan belum optimal,
- Pasien yang datang jauh lebih cepat dari jadwal praktik poliklinik walaupun sudah dilakukan edukasi,
- Pengaturan waktu praktik dan visite yang belum tepat, masih terdapat overlapping jadwal,
- Masih ditemukan pasien dari TPP tidak langsung ke poli yang dituju, begitu pula setelah dapat pelayanan dokter pasien tidak langsung menuju farmasi,
- Pendaftaran melalui RSJMM Care tidak dapat digunakan untuk mendaftar online karena sedang dalam maintenance,
- Penumpukan resep masuk di jam 10.00 – 11.00 WIB masih terjadi sebagai dampak dari ketidaktepatan dokter memulai pelayanan,
- Terdapat beberapa dokter yang menuliskan resep obat racikan dalam resep manual,

- SIMRS yang error di beberapa waktu berdampak pada memanjangnya waktu pelayanan farmasi, akibat beberapa resep diproses manual sembari menunggu perbaikan,
- Terdapat jeda waktu layanan yang cukup lama dari pasien dilayani oleh perawat sampai dengan dilayani dokter, perlu dipertimbangkan untuk mendiskusikan lebih lanjut cara penarikan data yang lebih efektif.

Rekomendasi:

- Komitmen dari petugas SIRS, TPP, Perawat, Dokter dan Farmasi melakukan perbaikan waktu pelayanan rawat jalan,
- Petugas masuk kerja tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditetapkan,
- Informasi dan edukasi yang jelas terkait pelayanan rawat jalan,
- Sarana dan prasarana agar di perhatikan untuk menunjang perbaikan pelayanan rawat jalan,

21. Penundaan Waktu Operasi Elektif

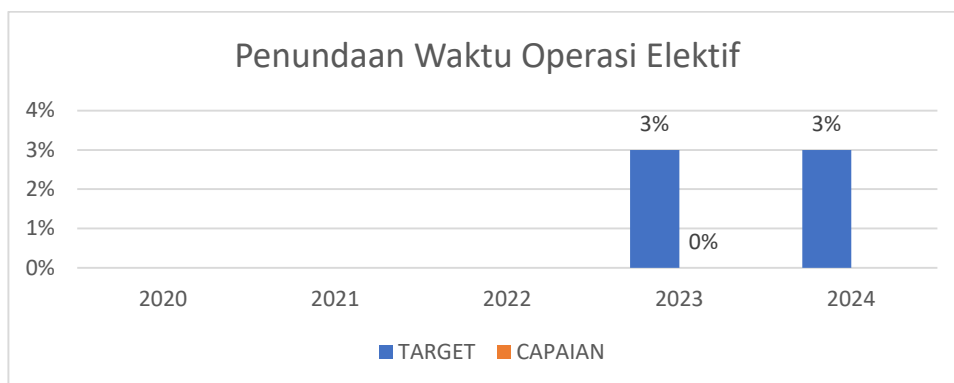
Definisi Operasional Penundaan Waktu Operasi Elektif adalah:

1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.
2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023 sebesar 3% dari target yang ditetapkan sebesar 0%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.21
 Penundaan Waktu Operasi Elektif TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum adanya display pasien operasi pada ERM dan sudah dilakukan koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas terkait informasi pasien operasi

Rekomendasi:

- Rekomendasi terkait indikator penundaan waktu operasi elektif yaitu segera menyediakan display (monitor) pasien operasi yang akan dilakukan operasi elektif

22. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

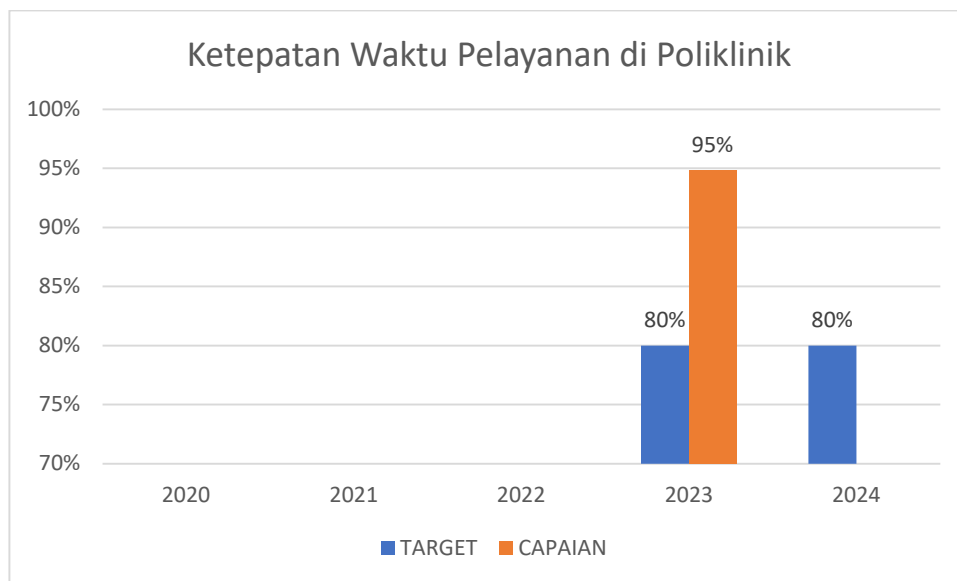
Definisi Operasional Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik adalah:

- Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan,
- Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis,
- Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan,
- Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik,
- Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri, KSM Non Psikiatri, KSM Gigi dan Instalasi Rawat Jalan terkait penjadwalan dokter spesialis di poliklinik,
- Redesign jadwal dokter spesialis sesuai dengan hasil evaluasi waktu pelayanan rawat jalan,
- Evaluasi kehadiran para dokter spesialis setiap bulan,
- *Feedback* pada para ketua KSM terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik,
- Edukasi para dokter agar melakukan pelayanan sesuai dengan jadwal HFIS,
- Capaian Operasional Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik Tahun 2023 sebesar 95% dari target yang ditetapkan sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.22
Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Komitmen para dokter spesialis untuk memberikan pelayanan di poliklinik sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan masih kurang,
- Jadwal praktik poliklinik dan visite dokter yang *overlapping*,
- Masih ditemukan dokter spesialis yang hadir diluar jadwal HFIS,
- Masih ditemukan para dokter yang belum patuh klik “keluar” pada status keluar pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan,
- Belum ada display jadwal praktik dokter spesialis di poliklinik,
- Belum ada fingerprint untuk mengevaluasi ketepatan waktu pelayanan dokter spesialis di Poliklinik,
- Belum ada pengeras suara untuk memanggil pasien.

Rekomendasi:

- Komitmen para dokter spesialis untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang sudah ditetapkan,
- Komitmen para dokter spesialis untuk melakukan klik “keluar” pada status pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan,
- Komitmen petugas farmasi untuk melakukan klik “obat serah” pada ERM setelah selesai memberikan pelayanan,
- Redesign jadwal dokter spesialis di poliklinik yang ideal sesuai dengan hasil evaluasi ketepatan waktu pelayanan dokter spesialis di poliklinik,
- Supervisi dari katimker pelayanan medik terkait kinerja dokter spesialis di poliklinik,

- Koordinasi dengan komite medik untuk memberikan feedback atas kinerja dokter spesialis,
- Penyediaan informasi, sarana dan prasarana terkait jadwal praktik dokter spesialis dan pemanggilan pasien di poliklinik,
- Penerapan *reward dan punishment*.

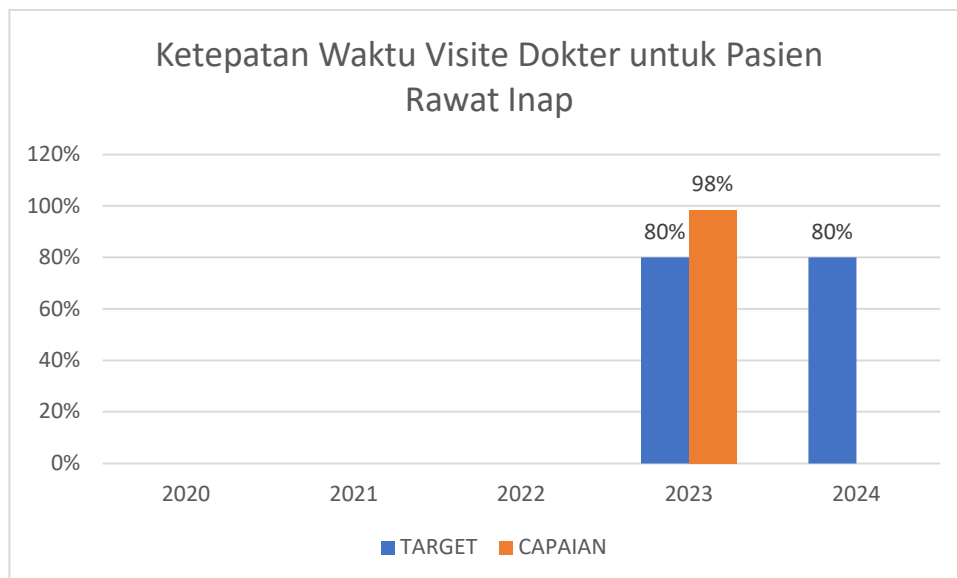
23. Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap

Definisi operasional ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Waktu visite dokter *overlapping* dengan waktu pelayanan dokter di poliklinik,
- Koordinasi dengan Komite Medik dan para dokter spesialis untuk mengatur waktu visite sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan,
- Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap Tahun 2023 sebesar 98% dari target yang ditetapkan sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.23
Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Waktu visite dokter *overlapping* dengan waktu pelayanan dokter di poliklinik,

Rekomendasi:

- Komitmen para DPJP untuk melakukan visite dokter di rawat inap sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan,
- *Reward and punishment.*

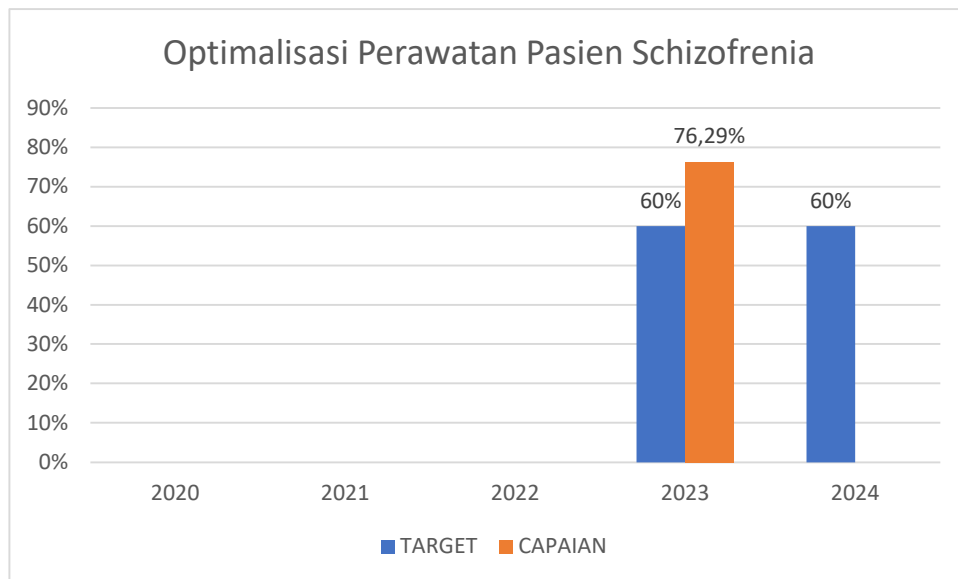
24. Optimalisasi Lama Rawat Pasien Schizofrenia

Optimalisasi Perawatan pasien Schizofrenia adalah perawatan pasien Schizofrenia sesuai standar yang menghasilkan output perbaikan Gejala klinis dan optimalisasi lama rawat. Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia adalah perbaikan gejala pada pasien Skizofrenia yang dirawat inap , diukur menggunakan instrumen Positive and Negative Syndrom Scale(PANSS) Remisi yang dilakukan saat pasien masuk atau maksimal 1x 24 jam setelahnya dan 1x 24 jam sebelum pasien pulang

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Formulir PANSS Remisi sudah ada dalam ERM sehingga sangat membantu Para DPJP mengisi PANSS Remisi,
- Rerata optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia selama tahun 2023 adalah 76,29%. Salah satu upaya dalam meningkatkan mutu pasien skizofrenia adalah dengan melihat peningkatan PANSS Remisi pasien, target yang ditetapkan sebesar 60%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.24
Optimalisasi Lama Rawat Pasien Schizofrenia TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Perlu meningkatkan mutu pasien skizofrenia dengan melihat peningkatan PANSS Remisi pasien.

Rekomendasi:

- Sosialisasikan dan upayakan ketercapaiannya untuk seluruh pasien Skizofrenia,
- Capaian dari bulan ke bulan semakin meningkat melebihi standar. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

25. Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

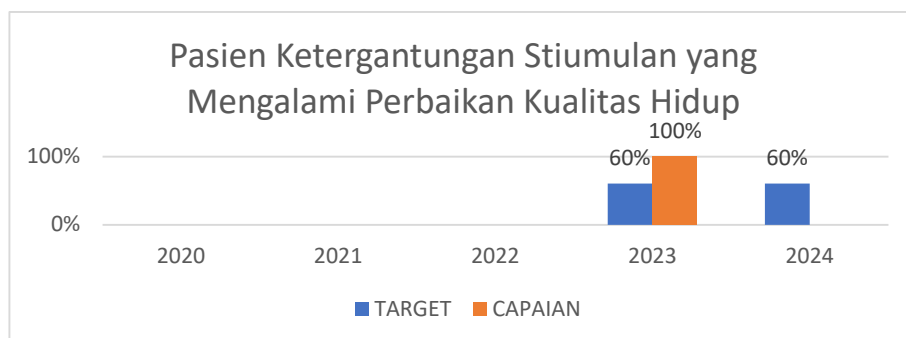
Perbaikan kualitas hidup Pasien ketergantungan Stimulan adalah adanya perbaikan kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien meliputi 4 Domain yaitu : Kesehatan Fisik , Psikologis, Hubungan sosial serta lingkungan yang dirasakan oleh pasien .

Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang (Molnar, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang kompleks (RADF, 2009). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Rerata capaian pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup selama tahun 2023 adalah 90,55%. Di bulan Februari, April, Mei, dan Juni tidak ada pasien sehingga tidak dapat diukur. Di akhir tahun 2023 capaian sudah 100% dari target yang ditetapkan sebesar 60%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.25
Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Rekomendasi:

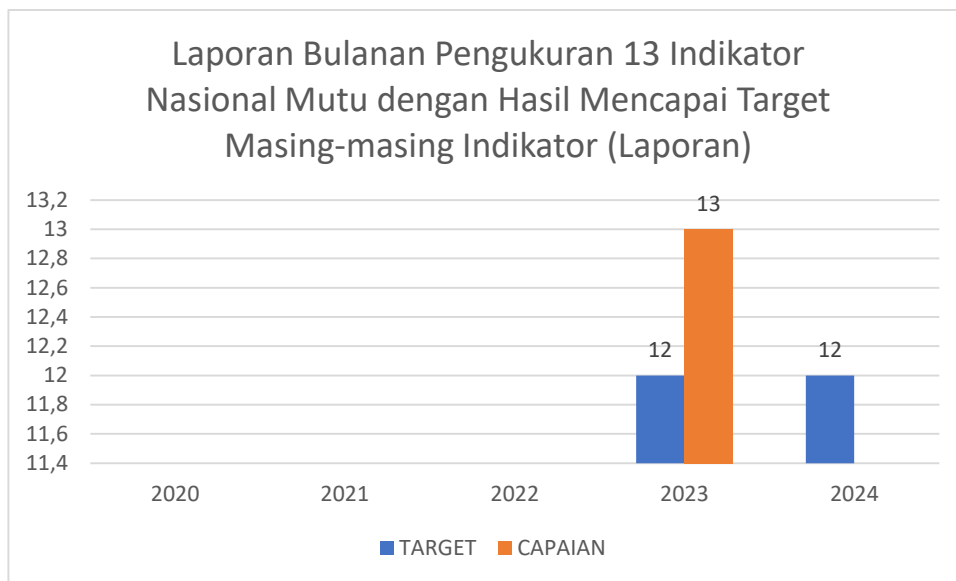
- Hal ini perlu dipertahankan

26. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 sebesar 13 Laporan dari target yang ditetapkan sebesar 12 Laporan. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.26
Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target Masing-masing Indikator TA 2023
PKJN RSJ dr. H. 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 hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP, Instalasi SIRS sedang melakukan *bridging Vclaim* namun belum selesai dilaksanakan,
- SIMRS terkendala (*error*) pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Pliiklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan,
- Alat pelebelan obat di farmasi rawat jalan sempat mengalami kendala rusak, sehingga etiket ditulis manual,

- Petugas TPP, Poli dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan di masing-masing unit,
- Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran by system Ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di poliklinik,
- Monev dan supervise dari atasan langsung yang belum optimal.

Rekomendasi:

- Koordinasi dengan Timker pelayanan keperawatan, Komite PPI untuk membahas strategi dalam rangka pencapaian dan mempertahankan capaian kepatuhan penggunaan APD,
- Penerapan *reward and punishment* untuk ketercapaian indicator kepatuhan penggunaan APD,
- Koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait percepatan *bridging Vclaim* dan APM agar dapat menceteak SEP langsung,
- Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (perawat dan dokter) dan farmasi,
- Monev berkala komite mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan,
- Selalu mengingatkan petugas security agar berinisiatif membantu pasien untuk melakukan entri data mandiri di mesin APM, karena APM seharusnya dilakukan oleh pasien atau keluarga secara mandiri,
- Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju,
- Optimalisasi penerapan aplikasi *e-prescribing*,
- Pengajuan perbaikan alat pelebelan elektronik,
- Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat poliklinik, dokter dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh task yang ada di SIMRS,
- Rapat koordinasi dengan timker hukum dan humas untuk pemenuhan display jadwal Poli dokter spesialis dan antrian farmasi. Display sudah tercetak namun bagian medik ada perbaikan jam pelayanan dokter spesialis sehingga belum bisa di display,
- Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.

27. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Insiden pada tahun 2023 sebanyak 267 kejadian;
- Berdasarkan jenis insiden, insiden KNC menjadi insiden terbanyak yaitu 94 kejadian;
- Tidak terjadi kejadian sentinel;
- Insiden terbanyak adalah *medication error* sebanyak 102 kejadian;
- Insiden prioritas yang perlu dilakukan analisa komprehensif adalah: pasien jatuh, pasienlari, cedera pada pasien, kesalahan identifikasi pasien dan *medication error*;
- Analisis faktor-faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien adalah:
 - a. Petugas bekerja belum sesuai prosedur, kurang teliti, kurang peduli, kelelahan;
 - b. Keselamatan pasien belum membudaya;
 - c. Koordinasi antar PPA, sistem asesmen risiko keselamatan pasien, pemantauanpasien berisiko deteksi belum optimal;
 - d. Sistem monev berjenjang belum sesuai standar
 - e. Ketersediaan sarana prasarana pendukung belum optimal, seperti:
 - Foto untuk pasien psikiatri belum optimal
 - CCTV di beberapa ruangan mati
 - Lantai licin, rusak, belum terpasang penanda ketinggian
 - Internet mati ketika petir
 - Telepon mati ketika petir
- Capaian Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol Tahun 2023 sebesar 12 Laporan dari target yang ditetapkan sebesar 12 Laporan. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.27

Laporan dan pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol TA 2023

PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien Rumah Sakit;
- Belum seluruh duta KPRS memahami cara pelaporan monitoring evaluasi indikator KPRS;
- Belum seluruh pelaporan monev oleh duta KPRS dilaporkan tepat waktu;
- Sarana dan prasarana belum tersedia secara lengkap dan kontinu;
- Belum seluruh petugas memahami alur pelaporan insiden keselamatan pasien;
- Belum seluruh manajer ruangan memahami grading, dan cara investigasi sederhana;
- Belum seluruh petugas memahami prosedur keselamatan pasien rumah sakit;
- Belum optimal tindak lanjut laporan insiden keselamatan pasien oleh sub komite KPRS;

Rekomendasi:

- **Pencatatan dan Pelaporan**
 - Sub Komite KPRS melakukan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien dan melaporkan ke KMRS;
 - Insiden dengan grading biru dan hijau dilakukan analisis sederhana oleh ruangan atau unit;
 - Membentuk area manajer untuk masing-masing area jika terjadi insiden pada unit tertentu, untuk membantu unit atau kepala ruang dalam melakukan analisis

- insiden;
- Monev keselamatan pasien secara berjenjang (terhadap): ka. unit kerja, manajerkasus, KMRS.
 - **Supervisi**
 - Melakukan supervisi kepada Duta KPRS tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev Duta KPRS bersama dengan KMRS pada saat ronde mingguan;
 - Melakukan bimbingan cara melakukan investigasi sederhana;
 - Pengoptimalan supervisi Kepada Duta KPRS tentang pelaporan insiden keselamatanpasien, dan laporan monev Duta KPRS Bersama dengan KMRS pada saat ronde mingguan.
 - **Pendidikan dan Pelatihan**
 - Sub Komite KPRS melakukan Workshop Duta KPRS;
 - Sub Komite KPRS melakukan orientasi keselamatan pasien pada mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJ dr H Marzoeki Mahdi, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru
 - Pelatihan eksternal anggota sub komite KPRS tentang pelaksanaan FMEA dan RCA;
 - Pelatihan Internal Duta KPRS;
 - Meningkatkan peran duta KPRS, atasan langsung dan struktural PJ unit kerja
 - Pendidikan Keselamatan Pasien pada Mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJdr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru.
 - **Sarana dan Prasarana**
 - Optimalisasi sarana dan prasarana guna mendukung keselamatan pasien rumahsakit.
 - **Regulasi**
 - Revisi regulasi tentang keselamatan pasien rumah sakit sesuai referensi terkini.
 - **Koordinasi dan Kolaborasi**
 - Berkoordinasi dengan Komite-Komite RS lainnya;
 - Pembahasan kasus Interdisiplin dan Menyusun siklus perbaikan berkesinambungan
 - Meningkatkan kolaborasi dan koordinasi antar PPA
 - **Reward and Consequances**
 - Pelaksanaan sistem *reward and consequences* untuk mendorong terciptanya budaya keselamatan
 - **Benchmark dengan rumah sakit lain**
 - Pelaksanaan benchmarking dengan rumah sakit lain; meliputi sistem pelaporan,

regulasi, dan indikator keselamatan RS, dengan tujuan meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit

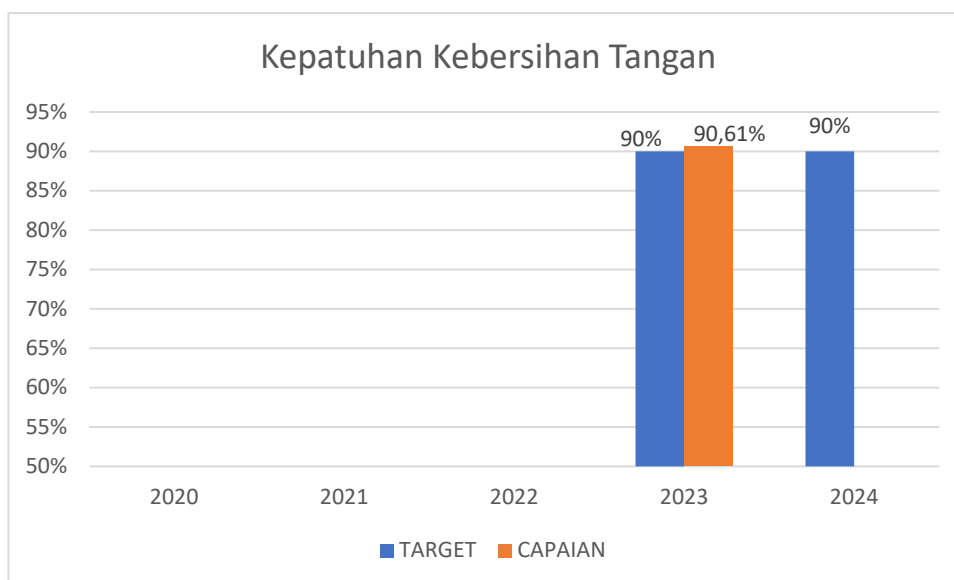
28. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Kepatuhan Kebersihan Tangan bertujuan Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- ketersediaan sarana kebersihan tangan di PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi 2023 96,44% mengalami trend peningkatan dibandingkan 2022, nilai ini masuk kategori tinggi meskipun masih dibawah standar. Penyumbang angka ketersediaan kurang terutama ketersediaan tissue wastafel dibatasi oleh bagian umum karena alasan efisiensi dan keterbatasan anggaran.
- Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023 sebesar 90,16% dari target yang ditetapkan sebesar 90%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.28
Kepatuhan Kebersihan Tangan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Ketersedian sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan Kewaspadaan isolasi: Prasarana Kebersihan Tangan,
- Belum optimalnya Sosialisasi pembudayaan kebersihan tangan,

- Pemilihan Alat dan Bahan Kesehatan belum sepenuhnya melibatkan Komite PPIRS.
- Petugas yang ada di ruang Ok dan rawat inap sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada

Rekomendasi:

- Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin keberadaan dan kondisi sarana kebersihan tangan baik hand rubs, kondisi washtafel siap pakai oleh Komite PPI, Farmasi dan IPSRS,
- Optimalkan Koordinasi dengan farmasi terkait penyediaan fasilitas kebersihan tangan (hand rubs) disetiap layana,
- Tingkatkan koordinasi dengan bagian pengadaan terkait stok tissue tangan (hand towel) tercukupi di setiap unit,
- Re-edukasi pada petugas ruangan/unit untuk menuliskan tgl, bulanan, tahun dan jam ketika botol hand rubs dibuka,
- Lakukan inventarisir kebutuhan sarana kebersihan tangan setiap bulan.

29. Kepatuhan Penggunaan APD

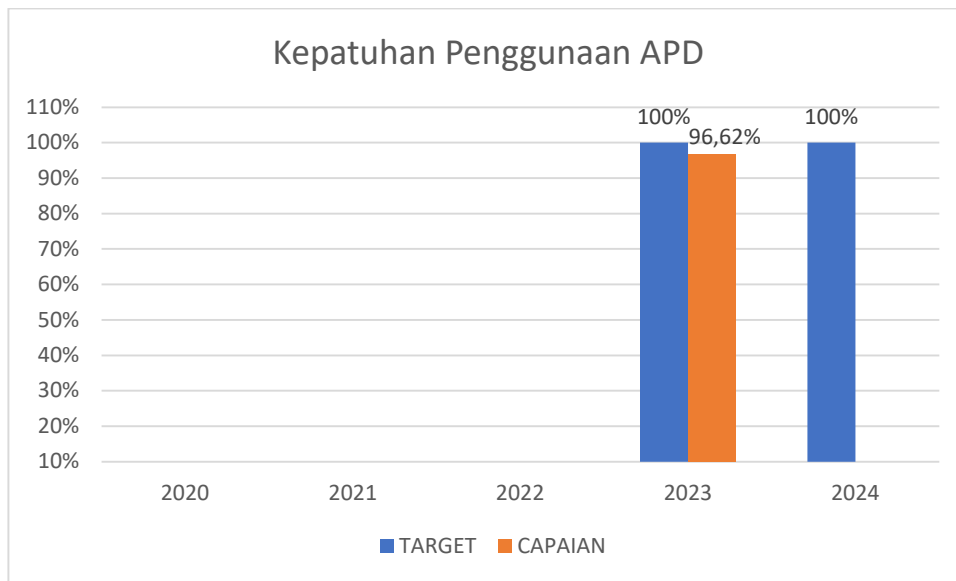
Kepatuhan penggunaan APD bertujuan:

1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Saki dalam menggunakan APD,
2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- kepatuhan penggunaan APD di PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi 2023 sebesar 96,62% terjadi trend peningkatan kepatuhan dibandingkan tahun 2021 kemudian turun lagi pada tahun 2023. Capaian masih dibawah standar sehingga berisiko terjadi transmisi kuman karena penggunaan APD yang tidak tepat.
- Capaian Kepatuhan Penggunaan APD Tahun 2023 sebesar 96,62% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.29
Kepatuhan Kebersihan Tangan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum sesuai standar ketersediaan APD di setiap Unit layanan baik disposable atau Re-use (stok APD yang habis belum diamprahkan lagi ke Gudang),
- Belum optimalnya Sosialisasi pembudayaan kepatuhan penggunaan APD.

Rekomendasi:

- Tingkatkan audit monitoring secara berkala oleh IPCD, IPCN, IPLCN
- Optimalkan Re-edukasi penggunaan dan pelepasan APD disetiap layanan oleh IPCD, IPCN
- Pertahankan Koordinasi dengan kepala Instalasi, Unit dan Ruang
- Edukasi terus menerus tentang penggunaan dan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus selalu dilaksanakan. Penting juga dilakukan supervisi secara berjenjang.

30. Kepatuhan Identifikasi Pasien

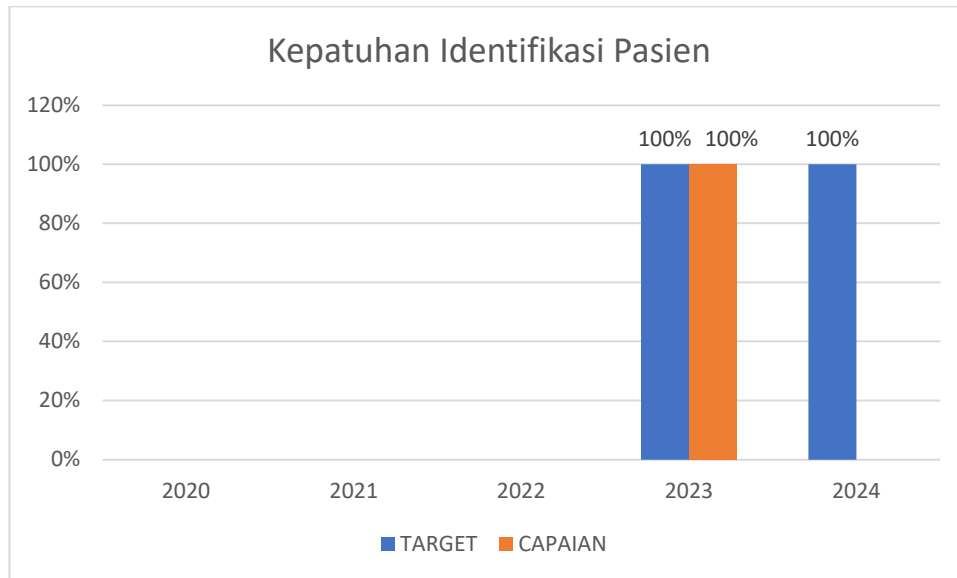
Kepatuhan Identifikasi Pasien bertujuan Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Kelengkapan identitas pasien berupa foto pasien psikiatri sudah ada dalam ERM,

- Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.30
Kepatuhan Kebersihan Tangan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Ketidakepatuhan identifikasi pada semester 1 ditemukan pada beberapa PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan Tindakan.

Rekomendasi:

- Sudah dilakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan dalam mengidentifikasi pasien pada semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta Tindakan,
- Sosialisasi, edukasi, dan koordinasi dilakukan dengan melibatkan Duta KPRS, Kepala Ruangan, Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan PIC PMKP.

31. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

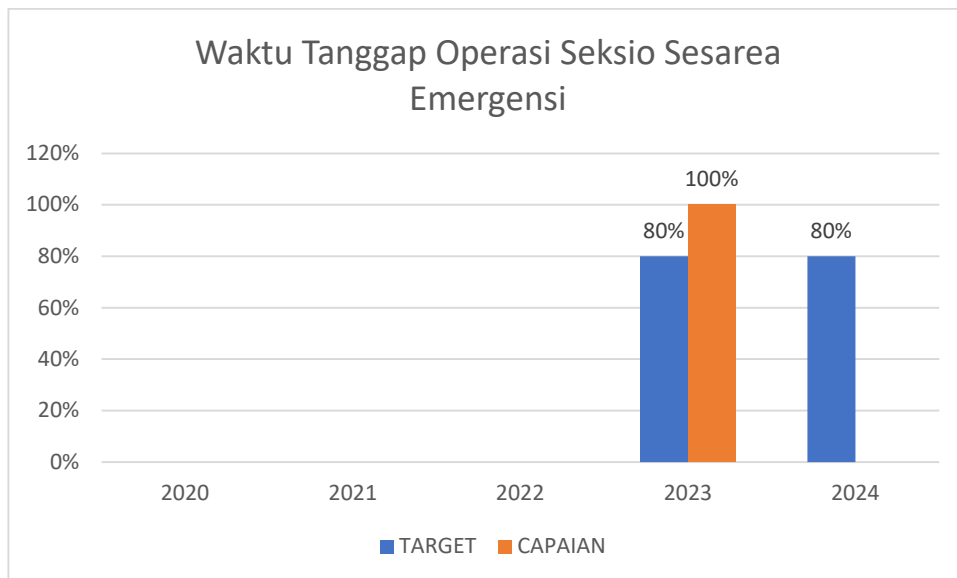
Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri,serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Seluruh ibu yang melahirkan dengan SC ditangani ≤ 30 menit,
- PKJN RSJMM merupakan satu-satunya RS di Kota Bogor yang melayani operasi SC pada ibu dengan penyulit yang menderita Covid-19 dan ibu dengan ODGJ,
- Capaian Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.31
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Rekomendasi:

- Hal ini perlu dipertahankan

32. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium bertujuan:

1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium,
2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.

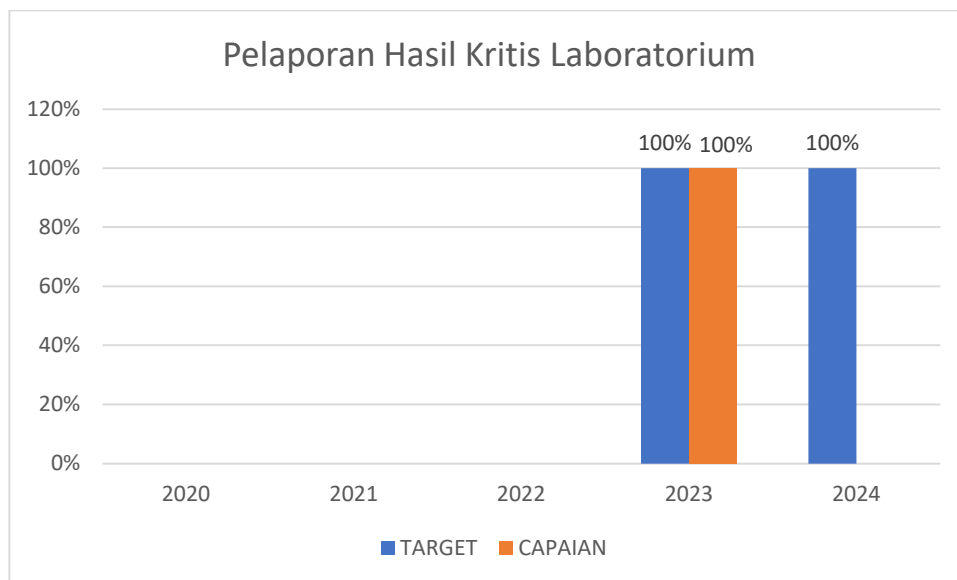
Sedangkan definisi Operasionalnya adalah:

1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera,
2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan,
3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.32
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Pada Bulan Februari 2023 mengalami penurunan dikarenakan terbaliknya alur yang dilakukan petugas. Namun dibulan Maret hingga Desember 2023 berhasil meningkatkan dan mempertahankan capaian 100%.

Rekomendasi:

- Pelaporan LIS yang dilengkapi dengan *alarm* sangat membantu petugas untuk segera melaporkan hasil kritis laboratorium.

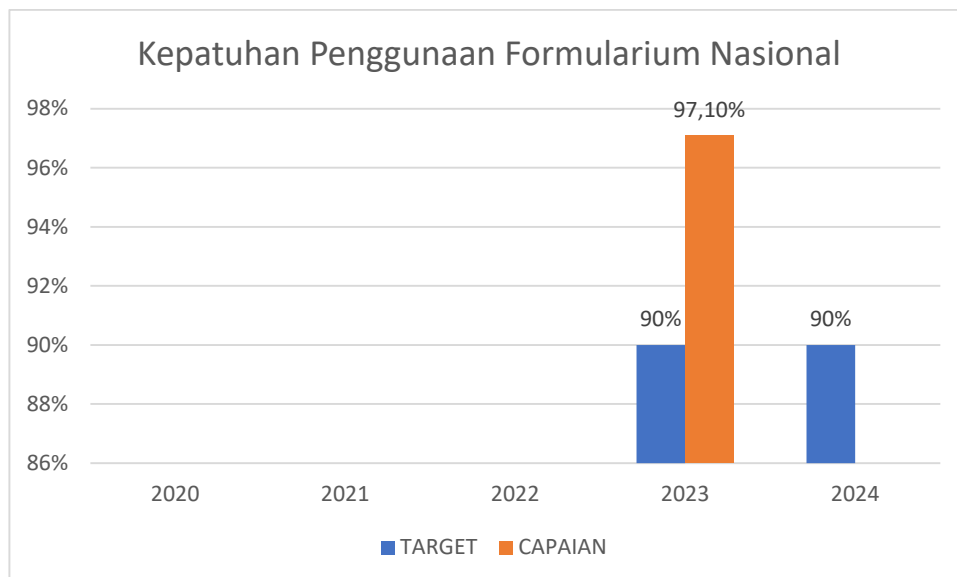
33. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Kepatuhan penggunaan formularium nasional memiliki tujuan terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 sebesar 90% dari target yang ditetapkan sebesar 97,10%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.33
Pelaporan Penggunaan Formularium Nasional TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Kepatuhan penulisan resep obat fornas mengalami tren peningkatan dari bulan Februari sampai Desember 2023, dengan nilai rata-rata melebihi SPM yaitu 97,10 %, tetapi masih ada obat-obatan non fornas yang ditulis dalam resep.

Rekomendasi:

- Walaupun nilai kepatuhan terhadap penggunaan Fornas selama Januari – Desember 2023 sudah memenuhi SPM, tetapi masih diperlukan regulasi mengenai kebijakan peresepan obat di luar Fornas serta penyusunan terapi yang digunakan di dalam panduan praktek klinik dan penyusunan Formularium Rumah Sakit. Sehingga biaya penggunaan obat pasien JKN dapat ditekan dan dokter memiliki pedoman di dalam memberikan obat yang diperlukan selama perawatan pasien.

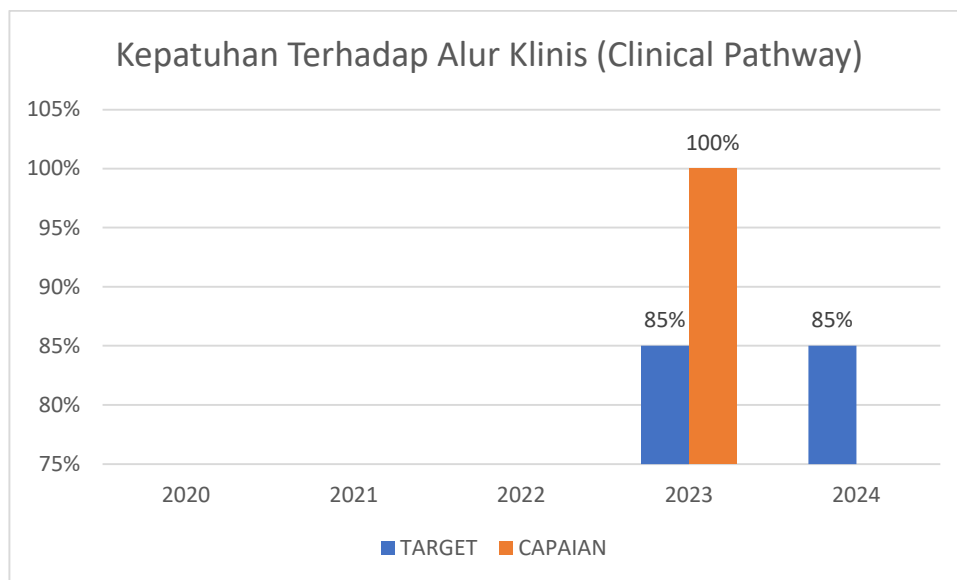
34. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (clinical pathway)

Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (clinical pathway) Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 85%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.34
Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (clinical pathway) TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Ketidakepatuhan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan dan juga LoS yang masih >18 hari.

Rekomendasi:

- Sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya,
- LoS pasien psikiatri 18 hari,
- Pemberian terapi sesuai dengan CP yang dibuat,
- Evaluasi / audit kepatuhan CP oleh seluruh PPA,
- Melakukan audit 5 PPK.

35. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh bertujuan Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.35
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Rerata capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama tahun 2023 adalah 100%.

Rekomendasi:

- Hal ini perlu dipertahankan.

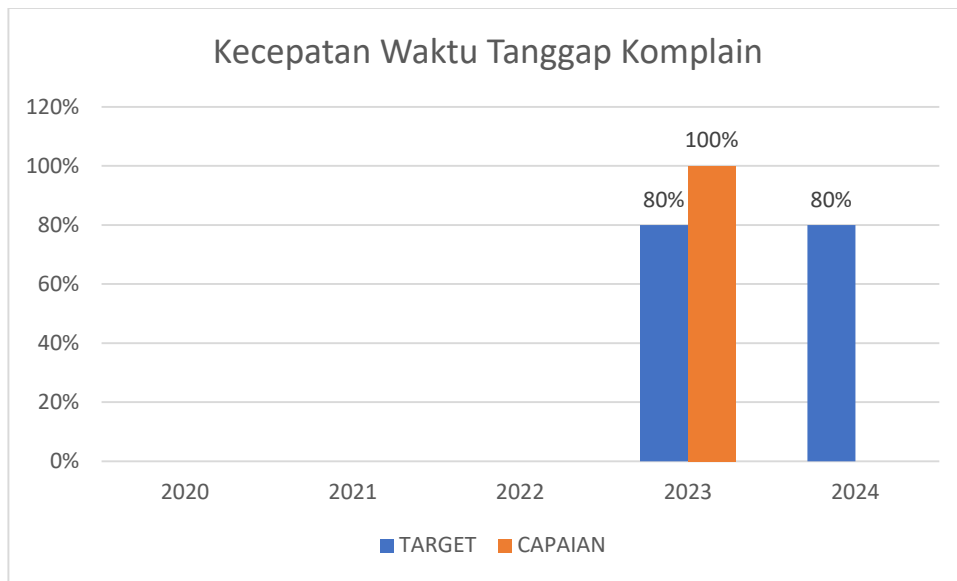
36. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. Sedangkan tujuannya adalah Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian Kecepatan waktu tanggap komplain Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 80%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.36
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Rerata capaian indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada selama tahun 2023 adalah 100%,
- Seluruh komplain sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh RS.

Rekomendasi:

- Hal ini perlu dipertahankan.

37. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

Penelitian terpublikasi adalah hasil penelitian staf internal RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor 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:

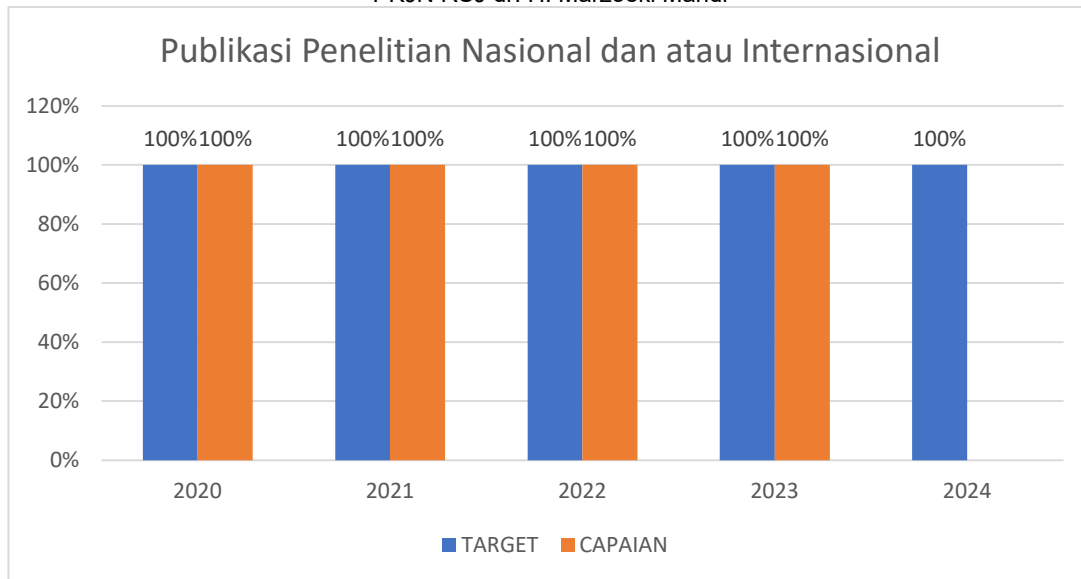
1. Usulan 10%
2. Penilaian Komite Etik Penelitian 10%
3. Lolos dari Uji Etik Penelitian 15%
4. Pelaksanaan penelitian 20%
5. Hasil penelitian 20%
6. Publikasi penelitian 25%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Serapan anggaran BLU sebesar Rp. 11.940.000 dari pagu yang disediakan Rp. 172.500.000 dan anggaran Additional Ajustment sebesar Rp. 247.134.000,
- Capaian Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Berikut disampaikan grafik pencapaian yang dimaksud sebagai berikut :

Grafik 3.37
Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Minat civitas hospitalia untuk melakukan penelitian klinis dan penelitian transasional masih terbatas,
- Penelitian Internal masih terbatas,

Rekomendasi:

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

38. Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi

Pelatihan tersertifikasi adalah pelatihan yang diselenggarakan oleh diklit PKJN RSJ. dr. H. 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:

1. Pelatihan tersertifikasi yang telah dilakukan :

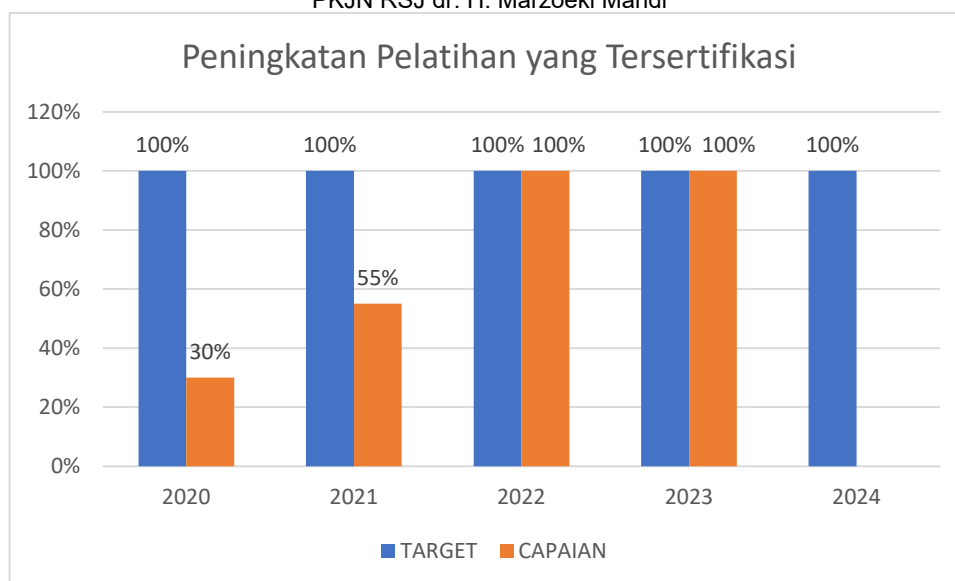
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM dan PPNI yaitu Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Dasar Bagi Tenaga kesehatan di Fasyankes
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM yaitu Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM yaitu Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan di PKJN RSJMM dan BBPK Ciloto (*Blended Learning*)
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM yaitu Pelatihan Asuhan Keperawatan Jiwa Dasar Bagi Tenaga Kesehatan di Kepulauan Riau
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM yaitu Asuhan keperawatan Jiwa Dasar dan Terapi Aktivitas Kelompok di Manado
- Penyelenggaraan Pelatihan Asuhan Keperawatan UPIP dan MPKP di Manado
- Penyelenggaraan Pelatihan Life skill (tersertifikasi WHO) di Gorontalo

2. Kegiatan lainnya :

- Proses sertifikasi 8 kurikulum modul pelatihan dan 1 kurikulum modul sudah berhasil disahkan yaitu Asuhan Keperawatan Jiwa Dasar
- Penyelenggaraan Pelatihan Manajemen Layanan di Manado
- Penyelenggaraan Pelatihan *General Practice* Plus bagi Dokter Umum di Manado
- Penyelenggaraan pelatihan *Safewards* dan WHO QR di Manado
- Penyelenggaraan Monev Pelatihan *Piloting* Tenaga Kesehatan dan tenaga Kesehatan lainnya di Manado
- Penyelenggaraan Pelatihan *Safewards (revenue)* di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu dan PKJN RSJMM (*Blended Learning*)
- Penyelenggaraan Pelatihan Rehabilitasi Psikososial (*revenue*)
- Pendidikan dan pelatihan staf dengan capaian target 80.5% (534 pegawai).

3. Capaian Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Tahun 2023 sebesar 100% dari target yang ditetapkan sebesar 100%. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.38
 Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- 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.
- Process**

Proses sertifikasi kurikulum dan modul pelatihan memerlukan komitmen dari berbagai pihak yang seringkali tidak mudah. Terdapat hambatan terkait beberapa tugas yang harus diselesaikan oleh para penyusun kurikulum modul dalam satu waktu, sehingga butuh waktu lebih banyak dalam mewujudkan sasaran strategis tim kerja pendidikan dan pelatihan.

- *Time*

Proses sertifikasi kurikulum modul berkejaran dengan waktu saat anggaran *piloting* pelatihan tersedia di akhir tahun, sedangkan program pelatihan untuk kepentingan *piloting project* harus segera terlaksana dan selesai di tahun berjalan.

Rekomendasi:

- Melakukan telaahan atas setiap usulan terkait tugas belajar, pelatihan, simposium, workshop dll, berdasarkan daftar TNA 2023, 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.
- Mengefektifkan waktu yang tersedia dengan membagi tim kerja untuk menyelesaikan target tim kerja sehingga proses sertifikasi kurikulum modul pelatihan dan *piloting project* dapat berjalan beriringan serta dapat diselesaikan pada akhir tahun 2023.

Sasaran Strategis 7 : Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan

39. Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM Bogor

Sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional (PKJN), RSJMM 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 RSJMM dan mitra yang diampu. Target kompetensi mitra yang diampu oleh PKJN RSJMM adalah: satu mitra setiap tahun. Tahapan kegiatan peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh PKJN RSJMM:

- Advokasi dan korespodensi : 20%

- Pendampingan dan pelatihan RSJ : 20%
- Magang mitra ke RSJMM : 20%
- Implementasi kemandirian : 20%
- Monitoring dan evaluasi : 20%

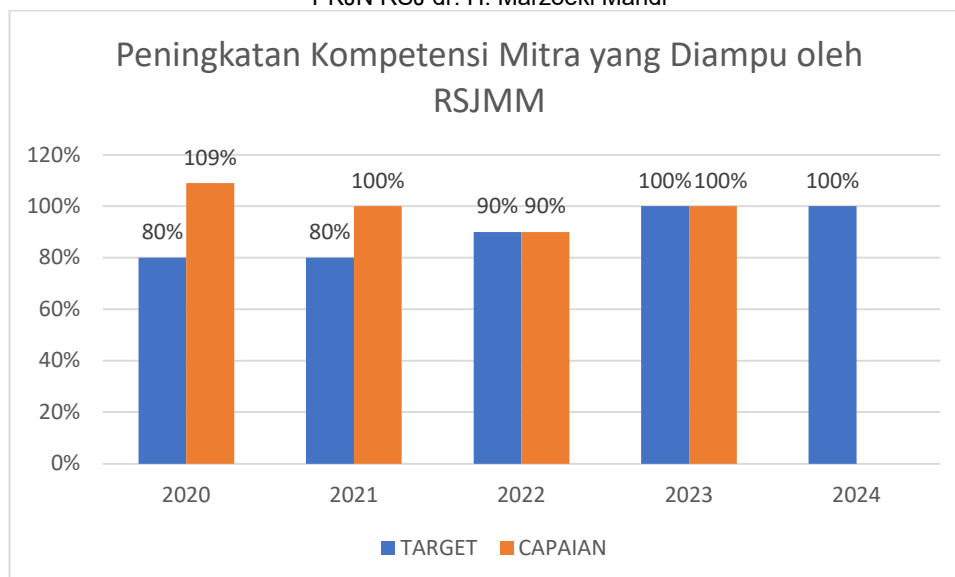
Target capaian terhadap tahapan capaian tahun 2023: 100%

Hasil yang dicapai

- Kunjungan ke 37 Provinsi sebagai RS Pengampu Koordinator dan Pengampu Regional dalam Pengampunan, bimbingan tekhnis dan visitasi,
- MoU Bersama 16 Provinsi terkait Nota Kesepakatan Bersama tentang Jejaring Pengampunan Pelayanan Kesehatan Jiwa,
 - Penyusunan Juknis, Kurikulum dan Modul Jejaring Pengampunan Pelayanan Kesehatan Jiwa,
 - Pelatihan, Workshop dan zoominar.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.39
Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Regulasi/ MOU blm seluruhnya selesai
- Keterbatasan anggaran dan tidak Adanya alokasi Anggaran untuk RS Pengampu Regional dalam melaksanakan pengampunan

- RS pengampu belum bisa melaksanakan kegiatan pengampunan karena belum Adanya MOU
- Kapasitas SDM terkait jejaring pengampunan belum sesuai standar
- Keterbatasan SDM (Jenis dan Jumlah)
- Keterbatasan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan
- Layanan , SIRS belum terstandar
- Tenaga medis enggan melanjutkan Pendidikan ke spesialis dan Sub. Spesialis karena harus meninggalkan keluarga
- Keterbatasan institusi Pendidikan (Hanya ada FK UI dan FK Unair) yang memproduksi Sub. Spesialis Kedokteran Jiwa.

Rekomendasi:

- Membuat tim PKJN dan melakukan sosialisasi, pelatihan dan pemahaman pada semua lini PKJN RSJMM agar berpartisipasi dalam pengampunan ke daerah.
- Kerjasama dan konsolidasi dengan Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan (Dit PKR), Kementerian Kesehatan RI.
- Sosialisasi dan pertemuan rutin pada mitra yang diampu melalui workshop, daring dan luring.
- Rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan RI tentang strata rumah sakit jiwa.

40. Melakukan Pembinaan RS Daerah Sesuai dengan Kekhususannya Menjadi Utama dan Paripurna

Melakukan Pembinaan RS Daerah Sesuai dengan Kekhususannya Menjadi Utama dan Paripurna memiliki definisi operasional rumah sakit khusus vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama.

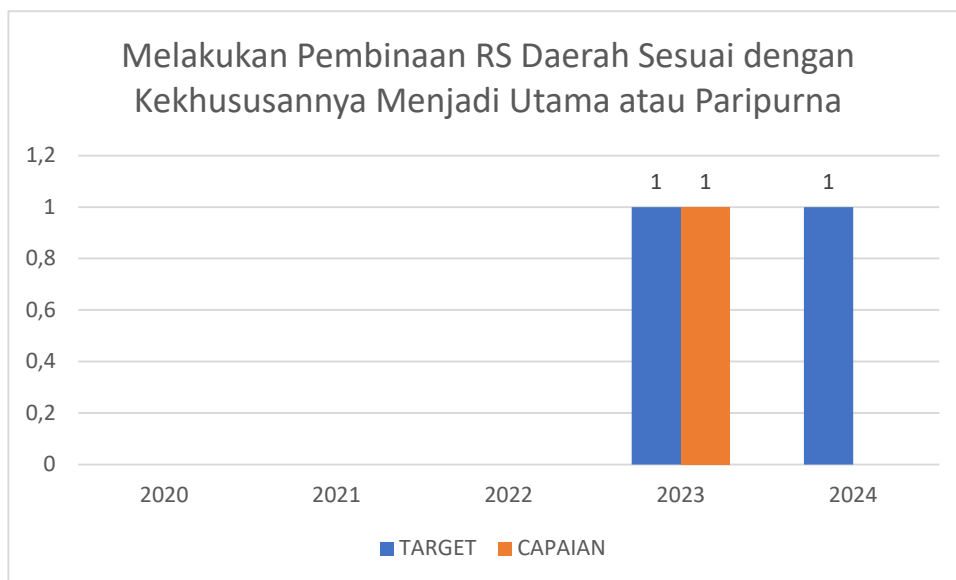
Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Dari 25 Lokus yang direncanakan telah terlaksana seluruhnya (100%) kegiatan pengampunan meliputi: Sosialisasi dan pembahasan MoU, bimbingan teknis dan peninjauan lapangan,
- Pelatihan/Workshop *online* telah terlaksana 100%, TOT dan pelatihan *offline* tidak di programkan di tahun 2023
- Peningkatan kapasitas SDM dilaksanakan melalui: Workshop, Seminar, Magang, Proctorship, Fellowship RS, Tahun 2023 beberapa RS Utama secara mandiri melakukan magang di RS Paripurna

- Dari hasil pengisian Borang jejaring pengampuan Keswa, teridentifikasi secara umum Kelengkapan SPA tercapai 65 %
- Dari hasil pemetaan melalui Borang Jejaring Pengampuan, belum seluruh RS menggunakan SIRS, terutama RS strata Madya, Sebagian RS belum memiliki Hotline service utk kasus Psikiatri Belum seluruh RS memanfaatkan SIRS utk kegiatan layanan sebagai sumber data MH Registry, Secara umum capaian penggunaan SIRS 50 %.
- Capaian Melakukan Pembinaan RS Daerah Sesuai dengan Kekhususannya Menjadi Utama dan Paripurna Tahun 2023 sebesar 1 Daerah dari target yang ditetapkan sebesar 1 Daerah. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.40

Melakukan Pembinaan RS Daerah Sesuai dengan Kekhususannya Menjadi Utama dan Paripurna TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Keterbatasan anggaran sehingga tidak seluruh RS jejaring pengampuan dapat di visitasi
- RS Daerah belum melaksanakan program pengampuan karena belum ada PKS adengan Pemerintah daerah
- Modul dan kurikulum dalam proses penyusunan
- Untuk pelaksanaan TOT perlu bekerjasama dengan BBLK yang sdh terakreditasi A

Rekomendasi:

- Menyusun Program Kerja dan kegiatan tahun 2024 disertai usulan pembiayaan
- Percepatan MOU dan PKS dengan seluruh RS

- Melaksanakan pengampuan dengan melibatkan RS Pengampu Regional dan RS Pengampu
- Pelaksanaan *Sister Hospital* dalam/luar negeri dengan melibatkan RS Jejaring
- Finalisasi dan Sosialisasi Regulasi (Juknis, *Guideline*, SPO)
- KSS dan kegiatan online secara rutin melibatkan RSJ/RS jejaring pengampuan
- Peningkatan kompetensi rumah sakit jejaring pengampuan layanan kesehatan jiwa melalui workshop, pelatihan dan Pendidikan,
- Pemenuhan SPA dan obat sesuai standar strata rumah sakit
- Percepatan Pemenuhan Jumlah dan Jenis SDM melalui Kerjasama dengan institusi Pendidikan, Organisasi Profesi dan pengusulan beasiswa Pendidikan melalui Dirjen Nakes
- Perlu dipertimbangkan untuk pemenuhan SDM melalui jalur Pendidikan berbasis Rumah Sakit
- Optimalisasi pemanfaatan SIRS dalam program jejaring pengampuan
- Monitoring dan Evaluasi Program secara berjenjang (RS Pengampu Nasional- RS Pengampu Regional - RS Pengampu - RS yang diampu).

Sasaran Strategis 8 : Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

41. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

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

Target yang ditetapkan :

2021 :60%

2022: 70%

2023: 85%

2024: 100%

Kondisi yang dicapai saat ini:

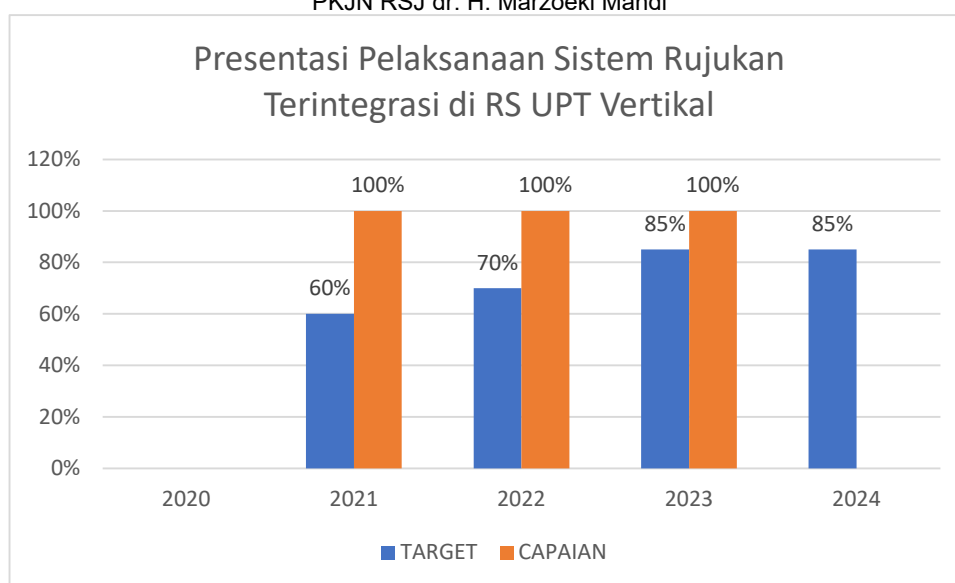
- Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RSJMM tahun 2023 sudah tercapai sebesar 100% dengan target sebesar 85%. Pencapaian ini dapat dilihat pada tabel capaian kelengkapan dokumen Sirsute sebagai berikut:

Tabel 3.41
Capaian SISRUTE TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

NO	KRITERIA PENILAIAN	DOKUMEN	BOBOT (%)	CAPAIAN 2023	PENILAIAN (%)
1	Ada Kebijakan dan Tim Pengembangan SISRUTE di RSJMM	Standar Operasional Prosedur (SOP) atau SK Direktur tentang Implementasi SISRUTE di rumah sakit	25	RSJMM sudah memiliki SOP dan SK implementasi terkait layanan SISRUTE	25
2	Ada laporan pemanfaatan dan Evaluasi penggunaan SISRUTE di rumah sakit secara berkala	dokumen evaluasi atau notulensi hasil rapat implementasi SISRUTE	25	secara berkala kepala Instalasi Gawat Darurat mengadakan pertemuan dan evaluasi ke DPMKP	25
3	ada petugas khusus (operator) SISRUTE 24 jam	jadwal petugas atau operator SISRUTE	25	ada petugas shift yang bertanggungjawab terhadap kegiatan SISRUTE	25
4	Persentase kasus yang memiliki respon time < 1 jam sebesar 50%	Laporan respon time dari aplikasi SISRUTE tahun 2023	25	akumulasi respon time selama 1 tahun mencapai nilai 85%	25
TOTAL			100		100

Berikut disampaikan grafik hasil pencapaian indikator Sistrute, yaitu:

Grafik 3.41
Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Jaringan server (pusat) kadang-kadang tidak stabil sehingga tidak terpantau real time
- SISRUTE pada kejadian rujukan jarak jauh sulit ditangani cepat, kondisi pasien sudah tidak dapat menunggu

- Adanya aplikasi lain yaitu dari daerah (e-SIRS) yang memprioritaskan system rujukan daerah sehingga menggunakan dua system

Rekomendasi:

- Melakukan komunikasi langsung pada si pengirim SISRUTE
- Mengoptimalkan jaringan internal dengan menambah fasilitas yang dibutuhkan
- Tetap merespon dua system dengan fokus pada kondisi pasien

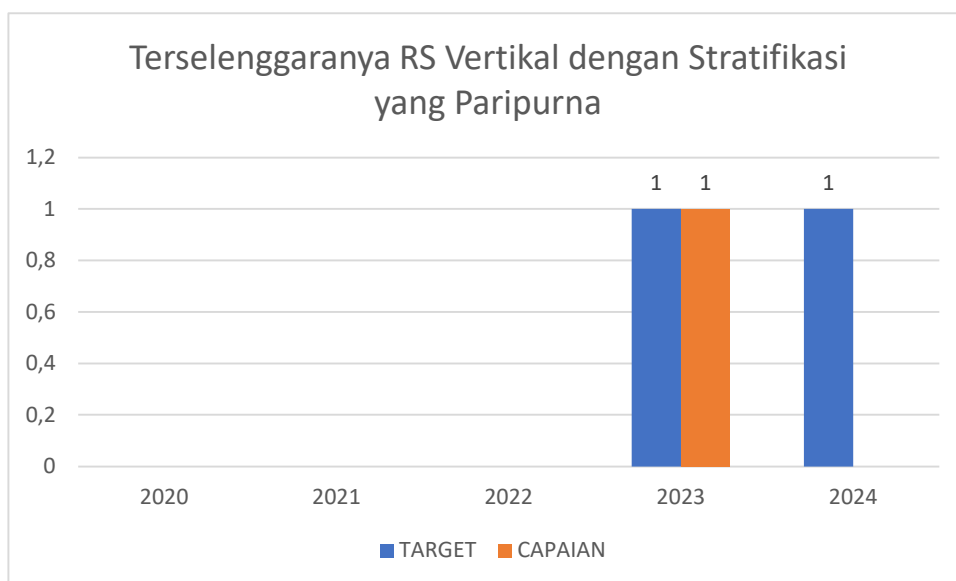
42. Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna

Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Sudah terlaksananya Survey Akreditasi melalui LAM KPRS pada tanggal 10 November 2022 secara Daring dan tanggal 14-15 November 2022 secara Luring. Hasil Survey Akreditasi PKJN RSJMM mendapatkan Predikat Akreditasi Paripurna.
- Capaian Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna tahun 2023 sudah tercapai sebesar 1 (masing – masing RS Vertikal dengan Strata Paripurna dengan target sebesar 1 (masing – masing RS Vertikal dengan Strata Paripurna. Pencapaian ini dapat dilihat pada tabel capaian kelengkapan dokumen Sisrute sebagai berikut:

Grafik 3.42
Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Masih adanya catatan dari Surveyor untuk ditindaklanjuti dalam bentuk Perencanaan Perbaikan Strategis

Rekomendasi:

- Komitmen bersama Manajemen dan seluruh pegawai untuk penguatan kembali SOP, Kebijakan, Pedoman RS beserta implementasinya,
- Diadakan workshop internal Akreditasi untuk membahas PPS Akreditasi.

Sasaran Strategis 9 : Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi

43. 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. Marzoeki 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, 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 penetapankinerja. (3). Pimpinan melakukan penilaian pencapaian kinerja secara berkala. (4) Disusun Indikator Kinerja Utama (IKU) yang *Specific, Measurable, Aggressive, Realistic, and Time Bound* (SMART); (5). Laporan kinerja disusun sesuai dengan waktu yang telah ditentukan; dan Pengelolaan akuntabilitas kinerja dilaksanakan oleh pegawai yang kompeten di bidangnya.

e. Penguatan Pengawasan

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

f. Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik

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

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

Grafik 3.43
 Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

g. Manajemen Perubahan

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

h. Penataan Tatalaksana

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

i. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

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

j. Penguatan Akuntabilitas

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

k. Penguatan Pengawasan

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

44. Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi

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

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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Kegiatan yang telah dilakukan :

- a. Refreshing *Agent of Change*, dengan tingkat kehadiran
- b. Evaluasi Pengukuran tingkat kehadiran
- c. Evaluasi pengukuran nilai indikator kinerja individu
- d. Advokasi rutin dalam apel bulanan
- e. Penataan ruangan kerja untuk peningkatan kinerja
- f. Refreshing SDM dokter dengan manajemen, dengan tingkat keikutsertaan
- g. Reboan Bersama OSDM setiap hari Rabu
- h. Dibuka wadah untuk pengaduan/keluhan pegawai "The Platter"

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.44
 Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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

45. Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja

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

Target Kehadiran (Kumulatif) :

>150 jam = 100%

>140-150 jam = 90%

< 140 jam = 80%

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Kegiatan yang telah dilakukan:

- a. Refreshing *Agent of Change*, dengan tingkat kehadiran
- b. Evaluasi Pengukuran tingkat kehadiran
- c. Evaluasi pengukuran nilai indikator kinerja individu
- d. Advokasi rutin dalam apel bulanan
- e. Penataan ruangan kerja untuk peningkatan kinerja
- f. Refreshing SDM dokter dengan manajemen, dengan tingkat keikutsertaan
- g. Reboan Bersama OSDM setiap hari Rabu
- h. Dibuka wadah untuk pengaduan/keluhan pegawai “The Platter”

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud yaitu:

Grafik 3.45
Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja TA 2023
PKJN RSJ dr. H. 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

46. *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.

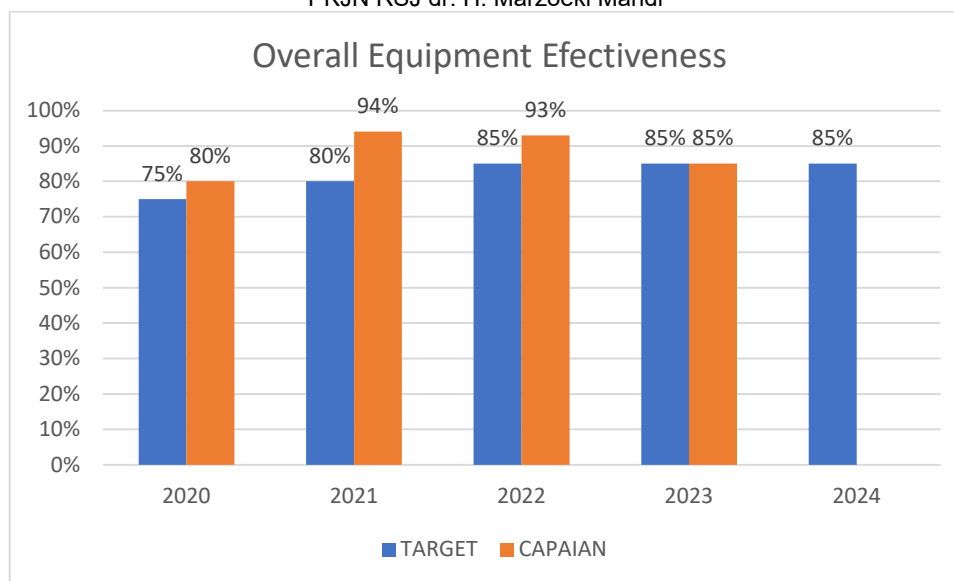
Alat yang diukur adalah Trans Magnetic Stimulation (TMS) dan Neurofeedback.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) tahun anggaran 2022 sudah tercapai sebesar 85% dengan target 85%.
- Indikator yang digunakan adalah alat elektromedik seperti Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) dan Neurofeedback dan perhitungan alat tersebut ada keterkaitan antara jumlah pasien dengan alat yang beroperasi sesuai jam buka poli spesialis.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.46
Overall Equipment Effectiveness (OEE) TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Alat yang dipakai sebagai indikator ini adalah alat *Transcranial Magnetic Stimulation* (TMS) dan *Neurofeedback* yang Dimana pengukuran OEE untuk bagian performance atau kinerja alat sangat bergantung pada jumlah pasien saat hari itu alat beroperasi, sehingga menyebabkan presentase OEE yang fluktuatif.
- Penggunaan alat *Transcranial Magnetic Stimulation* (TMS) dalam 1 hari maksimal 4 pasien dan alat *Neurofeedback* maksimal 5 pasien. Realisasinya dalam 1 bulan rata-rata pasien dari alat *Transcranial Magnetic Stimulation* (TMS) hanya 2,36 pasien dan alat *Neurofeedback* hanya 2,69 pasien.

Rekomendasi:

- Mencari indicator alat atau sarana prasarana yang lain selain *Transcranial Magnetic Stimulation* (TMS) dan *Neurofeedback*,
- Upaya promotif untuk meningkatkan jumlah pasien sehingga presentase nilai performance atau kinerja alat tersebut mendapatkan hasil maksimal setiap bulannya,
- Koordinasi dalam rangka evaluasi efektifitas dan efisiensi terhadap alat penunjang lainnya,
- Perlu dilakukan reviu terkait Penentuan alat dengan kategori harga tinggi, kebutuhan tinggi, efektifitas tinggi,
- Optimalisasi Pemasaran Alat Kesehatan melalui paket – paket layanan yang menarik bagi Masyarakat.

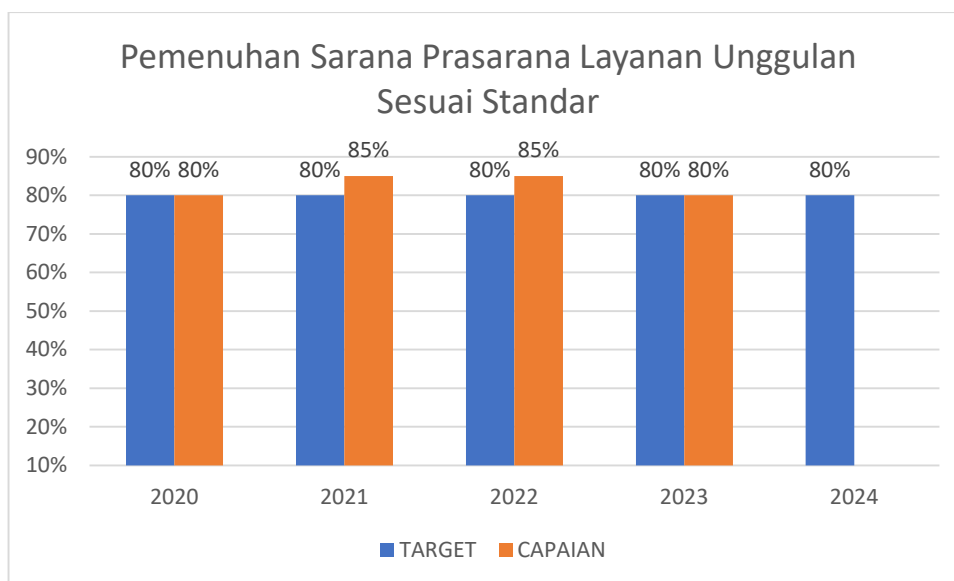
47. Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar

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:

- Prosentase Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan TA 2022 sudah sesuai target sebesar 80% dengan target sebesar 80% Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.47
Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar Tahun 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Proses pemenuhan sarana prasarana dilakukan dengan beberapa proses dan tahapan,
- Penilaian untuk tahun 2023 difokuskan pada layanan assessment center dan graha ismaya,

- Perencanaan pemenuhan sarpras layanan unggulan sempat terkendala transisi SOTK dan penambahan anggaran refocusing pada periode semester II sehingga membutuhkan banyak penyesuaian dan perubahan yang cukup mendasar.

Rekomendasi:

- Anggaran pemeliharaan agar dapat dialokasikan secara akurat dan terstruktur,
- Perencanaan sarana prasarana dan fasilitas rumah sakit agar mengacu kepada standar Sarana Prasarana Rumah Sakit RSJMM sehingga diharapkan pembiayaan lebih efektif dan efisien,
- Pemanfaatan sarana dan prasarana yang tersedia pada layanan unggulan agar dapat ditingkatkan untuk mendukung kinerja RS yang terbaik.

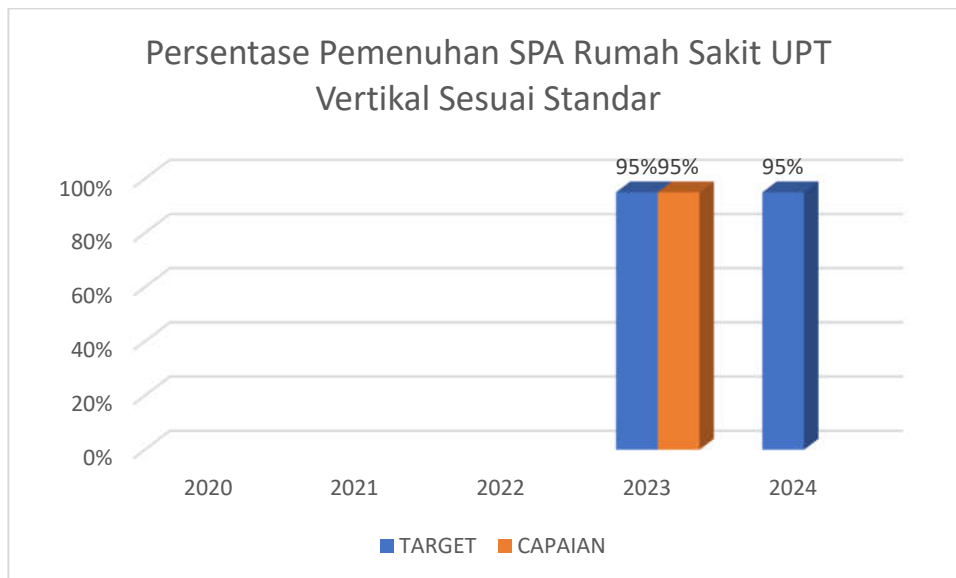
48. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sudah sesuai dengan target sebesar 95%. Berikut adalah grafik yang dimaksud.

Grafik 3.48
 Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal Sesuai Standar TA 2023
 PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Saat ini masih mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2020 tentang Klaifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

Rekomendasi:

- Revisi Pedoman tentang SPA RSJMM yang telah ada, disesuaikan dengan KRIS.

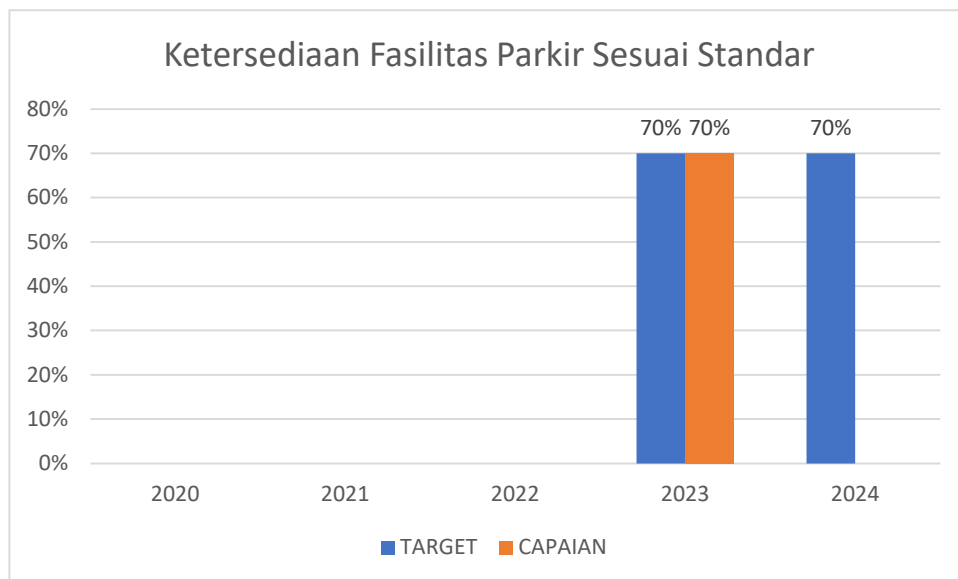
49. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar bertujuan Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan da mewujudkan komitmen kementerian kesehatan dalam melakukan transformasi sistem Kesehatan.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian indikator ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar sebesar 70% sudah sesuai dengan target sebesar 70%. Berikut adalah grafik yang dimaksud:

Grafik 3.49
Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Masih ada standar parkir yang belum terealisasi yaitu belum adanya valet parking,
- Pengantar pasien dan penjemput pasien psikiatri masih dikenakan biaya parkir.

Rekomendasi:

- Sudah diupayakan koordinasi dengan Pihak Ketiga yang mengelola parkir di RSJMM. Pihak ketiga selanjutnya akan mengajukan biaya tarif yang baru ke RSJMM.

50. Capaian BIOS (BLU *Integrated Online System*)

Capaian BIOS (BLU *Integrated Online System*) 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.

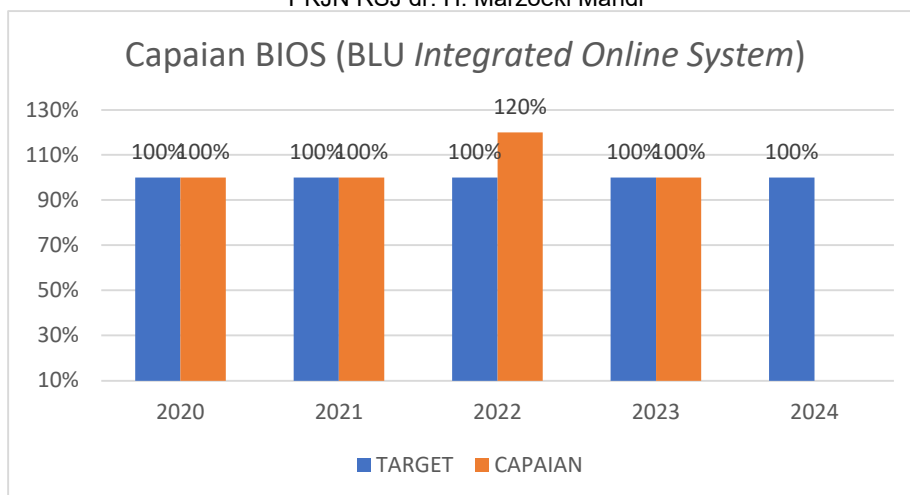
Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dengan tahapan yang harus diselesaikan. Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU yang ditetapkan oleh Direktur PPK BLU Ditjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian BIOS Tahun 2023 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 3.50
Capaian BIOS (BLU *Integrated Online System*) TA 2023
PKJN RSJ dr. H. 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

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

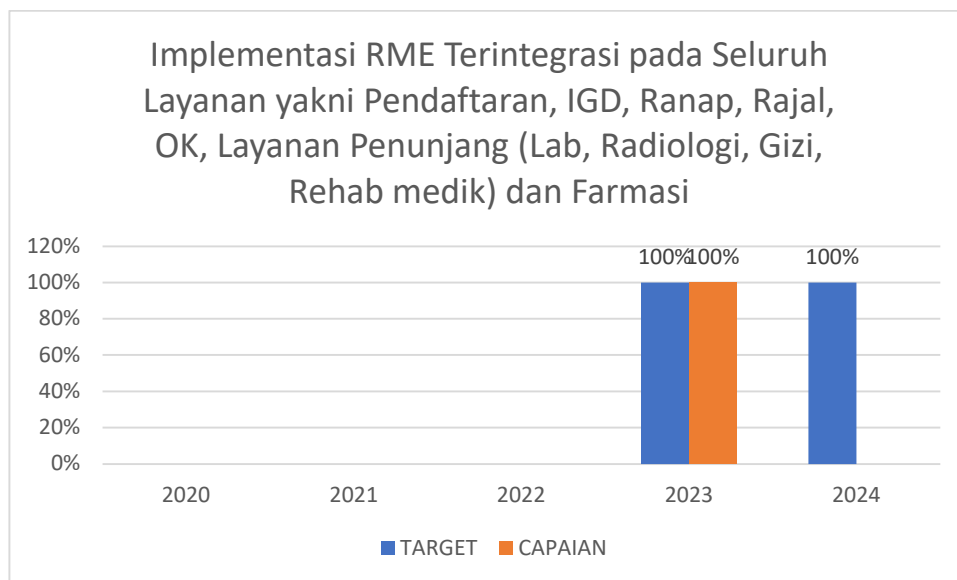
Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

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 TA 2023 sudah sesuai target sebesar 100% dengan target sebesar 100% Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.51

Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Masih ada beberapa formulir 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.

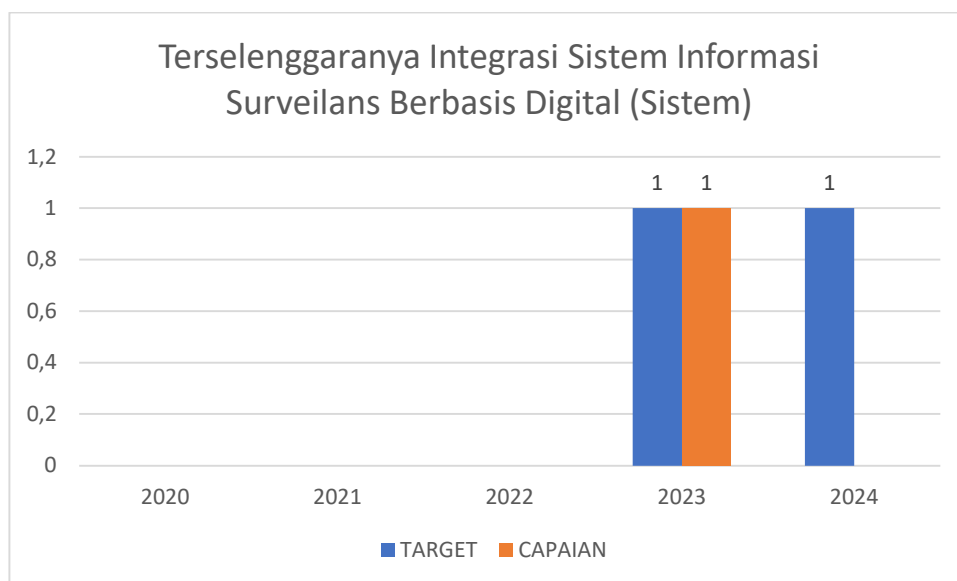
52. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital

Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital bertujuan Pasien mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang lebih komprehensif dan saling terhubung berkat data yang sudah integrated di SATU SEHAT.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital sudah sesuai target sebesar 1 sistem yang terhubung dengan SATU SEHAT, dengan target sebesar 1 sistem. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Grafik 3.52
Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital dan Farmasi TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Standar terminologi kesehatan yang digunakan adalah LOINC, HL 7-FHIR SNOMED CT. Standar terminologi ini masih baru dan belum banyak digunakan.

Rekomendasi:

- Diikutkannya pelatihan SNOMED-CT utk tenaga medis, paramedis dan rekam medis,
- Diadakannya sosialisasi pengisian form sesuai standar terminologi klinis.

3.2. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian Kinerja PKJN RSJMM 2023 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 PKJN RSJMM. 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 RSJMM Bogor Tahun 2022 dan Tahun 2023. Ketenagaan RS tergambar dalam tabel-tabel sebagai berikut:

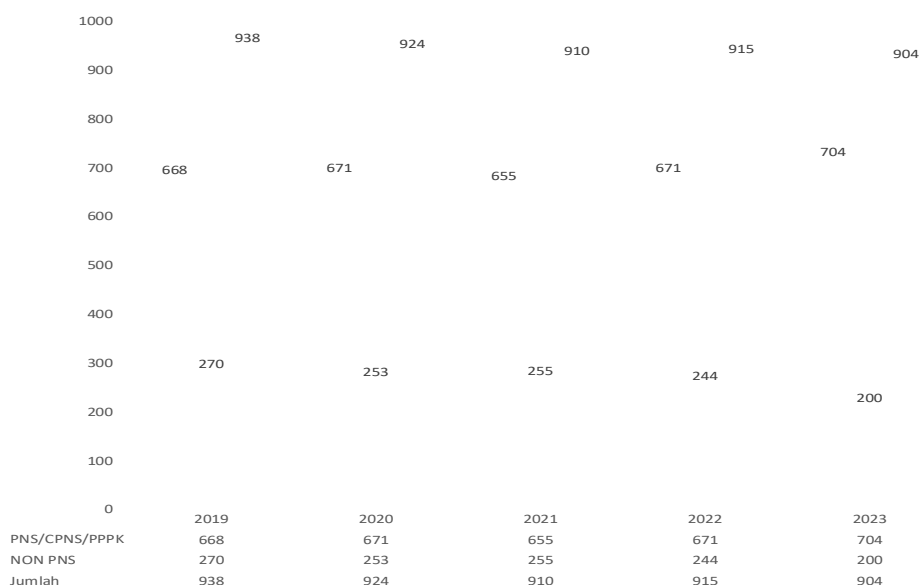
Tabel 3.9
Jumlah SDM Tahun 2022 dan Tahun 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

No	Nama Jabatan	Jumlah Pegawai 2022	Pegawai Masuk	Pegawai Keluar	Jumlah Pegawai 2023	Prosentase
I	MEDIS	75	8	6	77	8,52%
1	Dokter Sub Spesialis	5	0	0	5	
2	Dokter Spesialis	37	6	4	39	
3	Dokter Gigi Spesialis	5	2	2	5	
4	Dokter Umum	27	0	0	27	
5	Dokter Gigi	1	0	0	1	
II	PERAWAT DAN TENAGA KESEHATAN LAINNYA	561	24	30	555	61,39%
1	Perawat	406	7	21	392	
2	Bidan	17	0	0	17	
3	Perawat Gigi	5	0	0	5	
4	Tenaga Kesehatan Lainnya	133	17	9	141	
III	TENAGA NON MEDIS	279	21	28	272	30,09%
	Jumlah Total	915	53	64	904	

Gambaran ketenagaan berdasarkan tabel 2.1, prosentase ketenagaan di PKJN RSJMM yaitu Tenaga Medis sebesar 8,52%, Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya sebesar 61,39% dan Tenaga Non Medis sebesar 30,09%.

Secara kuantitas, jumlah pegawai mengalami penurunan dari 915 (tahun 2022) menjadi 904 pada tahun 2023 dikarenakan ada pegawai yang memasuki masa pensiun, meninggal dunia, pindah ke instansi lain.

Grafik 3.53
Ketenagaan RS Selama 5 Tahun Terakhir (2019-2032)
PKJN Marzoeki Mahdi



Berdasarkan Grafik di atas, diketahui bahwa tenaga PNS sejak 2016 mengalami peningkatan dari 679 orang di Tahunan Tahun 2019 menjadi 690 orang. Sedangkan pegawai Non PNS tidak mengalami perubahan yang berarti.

3.2.2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Pengelolaan sarana dan prasarana dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan di RSJMM Bogor terdapat Laporan Rekonsiliasi Pengelolaan Barang Milik Negara yang didalamnya tercantum Berita Acara Rekonsiliasi Barang Milik Negara Kode Satuan Kerja 024.04.0200.415505.000.KD untuk TA 2023 sebagai berikut:

Tabel 3.10
Hasil Rekonsiliasi Data Barang Milik Negara TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

	AKUN NERACA	TA 2023		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	POSISI BMN DI NERACA			
A	ASET LANCAR	21.040.765.858	(4.340.217.186)	16.700.548.672
1	Persediaan	21.040.765.858	(4.340.217.186)	16.700.548.672
B	ASET TETAP	4.534.930.169.282	19.836.395.310	4.554.766.564.592
1	Tanah	4.393.036.800.000	-	4.393.036.800.000
2	Peralatan Dan Mesin	175.632.759.455	16.752.379.055	192.385.138.510
3	Gedung Dan Bangunan	139.840.680.786	13.049.117.090	152.889.797.876
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	3.853.169.728	(3.598.079.286)	255.090.442
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(181.300.109.428)	(6.367.021.549)	(187.667.130.977)

C	ASET LAINNYA	632.742.678	(138.495.353)	494.247.325
1	Kerjasama dengan Pihak Ketiga			
2	Aset Tak Berwujud	3.474.636.238	-	3.474.636.238
3	Akumulasi Amortisasi	(2.841.893.560)	(138.495.353)	(2.980.388.913)
4	Aset Lain-Lain (Aset Yang Tidak Digunakan)	343.833.298	-	343.833.298
5	Akumulasi Penyusutan Aset Yang Tidak Digunakan	(343.833.298)	-	(343.833.298)
TOTAL		4.556.603.677.818	15.357.682.771	4.571.961.360.589

Dengan sumber daya sarana dan prasarana yang cukup besar, RSJMM 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 2023, program yang direncanakan dapat dicapai dengan realisasi anggaran yang menunjukkan efisiensi atas penggunaan anggaran. Hal ini dapat dilihat dalam Laporan Realisasi Anggaran tahun 2023. Laporan realisasi anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 01 Januari 2023 sampai dengan 31 Desember 2023. Realisasi Pendapatan Negara pada 31 Desember 2023 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp96.020.379.015,- atau mencapai 79,88% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp120.211.256.000,-. Realisasi Belanja Negara pada 31 Desember 2023 adalah sebesar Rp207.830.459.434,- atau mencapai 86,61% dari alokasi anggaran sebesar Rp239.967.234.000,-.

Tabel 3.11
Realisasi Anggaran TA 2022
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

Uraian	2023				2022	
	Anggaran	Realisasi	Realisasi di Atas (Bawah) Anggaran	%	Realisasi	%
Pendapatan						
Pendapatan BLU	120.211.256.000	95.848.231.067	(24.363.024.933)	79,73%	103.210.311.631	88,00%
Pendapatan PNPB	-	172.147.948	172.147.948	#DIV/0!		
Jumlah Pendapatan	120.211.256.000	96.020.379.015	(24.190.876.985)	79,88%	103.210.311.631	63,00%
Belanja						
Belanja Pegawai	49.703.358.000	48.346.049.423	(1.357.308.577)	97,27%	47.464.792.239	94,00%
Belanja Barang	140.417.204.000	128.638.640.680	(11.778.563.320)	91,61%	128.252.375.160	89,00%
Belanja Modal	49.846.672.000	30.845.769.331	(19.000.902.669)	61,88%	25.386.420.768	69,00%
Jumlah Belanja	239.967.234.000	207.830.459.434	(32.136.774.566)	86,61%	201.103.588.167	

Realisasi Anggaran Pendapatan pada per 31 Desember 2023 sebesar 79,88 persen atau Rp96.020.379.015,- dan Realisasi Anggaran Belanja pada 31 Desember 2023 sebesar 86,61 persen atau Rp207.830.459.434,-.

Pendapatan Tahun 2023 mengalami penurunan sebesar 7,50 persen jika dibandingkan dengan pendapatan tahun 2022

3.3. Realisasi Anggaran

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

3.3.1. Kinerja Anggaran

DIPA PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun Anggaran 2023 sesuai dengan pagu yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebesar Rp239.967.234.000,-, yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) sebesar Rp91.097.094.000,- dan anggaran BLU sebesar Rp148.870.140.000,-.

Selama periode berjalan, PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi telah melakukan revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sebanyak Sepuluh kali dari DIPA awal, pagu awal sebesar Rp194.548.591.000,- setelah revisi terakhir menjadi sebesar Rp239.967.234.000,-. Revisi atas DIPA yang telah dilakukan tersebut antara lain:

- a. Revisi kesatu
Pada tanggal 27 Desember 2022 dilakukan revisi DIPA Automatic Adjustment (Kebijakan pencadangan belanja kementerian/lembaga diblokir sementara yang dilakukan oleh Kementerian Keuangan), blokir sementara belanja tidak prioritas atas arahan Dirjen Anggaran Belanja Rupiah Murni akun 532111 Belanja Modal Peralatan dan Mesin sebesar Rp1.061.099.000,-.
- b. Revisi Kedua
Pada tanggal 20 Februari 2023 dilakukan revisi DIPA Penggunaan saldo awal sebesar 26.204.085.000,- untuk Belanja Modal Gedung dan Bangunan – BLU berupa renovasi gedung layanan, Belanja Modal Jalan, Irigasi, dan Jaringan – BLU berupa pembuatan dan pelebaran jalan lingkungan Rumah Sakit, Belanja Jasa berupa pembuatan dokumen lingkungan hidup (Amdal dan Amdalalin Rumah Sakit).
- c. Revisi Ketiga
Pada tanggal 18 April 2023 dilakukan revisi DIPA perpindahan antar akun belanja barang dan belanja modal.

- d. **Revisi Keempat**
Pada tanggal 14 Juli 2023 dilakukan revisi DIPA perpindahan antar akun belanja barang dan belanja modal serta penambahan belanja Prioritas Nasional (PN) berupa pengampunan pengembangan layanan kesehatan jiwa berupa belanja perjalanan dinas biasa.
- e. **Revisi Kelima**
Pada tanggal 20 Agustus 2023 dilakukan revisi DIPA berupa Buka Blokir Automatic Adjustment Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin yang di blokir pada Revisi Kesatu sebesar Rp1.061.099.000. Revisi kelima juga dilakukan dalam rangka Penambahan Anggaran Non Automatic Adjustment sebesar Rp8.798.901.000,- untuk Penambahan Belanja Modal Peralatan dan Mesin berupa pengolah data dan informasi, alat non medik berupa meubeuler, penambahan daya listrik, penambahan fasilitas pelayanan, belanja peralatan RTRS berupa barang elektronik, Belanja Jasa Lainnya berupa peningkatan dan pengembangan kompetensi pegawai dan RS pengampunan, Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin berupa pemeliharaan peralatan medik dan non medik, belanja pemeliharaan jaringan berupa jaringan kabel optik, belanja barang persediaan lainnya berupa linen, penambahan belanja Prioritas Nasional (PN) pengampunan pengembangan layanan kesehatan jiwa berupa belanjaperjalanan dinas biasa.
- f. **Revisi Keenam**
Pada tanggal 12 September 2023 dilakukan revisi DIPA Perpindahan antar akun belanja barang dan belanja modal BLU untuk Belanja Barang, Belanja Jasa, Belanja Pemeliharaan, Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya, Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi – BLU, Belanja Modal Peralatan dan Mesin – BLU.
- g. **Revisi Ketujuh**
Pada tanggal 06 November 2023 dilakukan revisi DIPA distribusi pemanfaatan anggaran Direktorat Pelayanan Kesehatan berupa Belanja Modal Peralatan dan Mesin pengadaan Alat kesehatan Short Wave Diathermy (SWD), Transcranial Magnetic Stimulation (TMS), Belanja barang Persediaan berupa Pengadaan Obat Jiwa serta Belanja Barang Operasional Lainnya dan Belanja Jasa lainnya berupa pengembangan layanan kesehatan jiwa.
- h. **Revisi Kedelapan**
Pada tanggal 06 November 2023 dilakukan revisi DIPA berupa perpindahan akun Belanja Pegawai.
- i. **Revisi Kesembilan**

Pada tanggal 29 November 2023 dilakukan revisi DIPA berupa perpindahan akun Belanja Barang BLU ke Belanja Barang Rupiah Murni dan Belanja Modal Jalan, Irigasi dan Jaringan – BLU ke Belanja Modal Gedung dan Bangunan - BLU .

j. Revisi Kesepuluh

Pada tanggal 27 Desember 2023 dilakukan revisi DIPA berupa perpindahan akun pada akun belanja BLU dan Belanja Rupiah Murni.

Tabel 3.12
Anggaran Awal dan Revisi Anggaran TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

Uraian	2023	
	Anggaran Semula	Anggaran Setelah Revisi
Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	120.211.256.000	120.211.256.000
Jumlah Pendapatan	120.211.256.000	120.211.256.000
Belanja		
Belanja Pegawai	44.289.521.728	49.703.358.000
Belanja Barang	138.736.070.000	140.417.204.000
Belanja Modal	11.523.379.000	49.846.672.000
Jumlah Belanja	194.548.970.728	239.967.234.000

a. Pendapatan

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir per 31 Desember 2023 adalah sebesar Rp96.020.379.015,- atau mencapai 79,87%% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp120.211.256.000,-. Pendapatan PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi terdiri dari Pendapatan Badan Layanan Umum (Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit) dan Pendapatan PNPB Lainnya. Rincian estimasi pendapatan dan realisasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.13
Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

URAIAN	TA 2023		
	ANGGARAN	REALISASI	%
Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	105.378.607.00	89.141.644.112	84,59%
Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga		2.977.371.416	0,00%
Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat diluar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU		179.035.000	0,00%
Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	4.455.000.000	1.075.533.226	24,14%
Pendapatan Lain-lain BLU	9.712.649.000	1.808.035.111	18,62%
Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah	245.000.000	599.890.000	244,85%
Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung	420.000.000	66.722.202	15,89%
Pendapatan Sewa Tanah Gedung dan Bangunan		23.532.880	0,00%
Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya		111.016.553	100%
Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah		4.423.154	0,00%

Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu		33.175.361	0,00%
Jumlah	120.211.256.000	96.020.379.015	79,87%

Realisasi Pendapatan per 31 Desember 2023 sebesar 79,88 persen dari anggarannya, berikut penjelasan Tabel 13. Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan:

1. Pendapatan BLU

Pendapatan BLU Pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir per 31 Desember 2023 adalah sebesar Rp95.848.231.067,- atau mencapai 79,73 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp120.211.256.000,-. Pendapatan RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor terdiri dari Pendapatan Badan Layanan Umum berasal dari Pendapatan Jasa Pelayanan Layanan Umum, Pendapatan dari Lokasi APBN, Pendapatan BLU Lainnya.

2. Pendapatan Jasa Layanan Umum

Pendapatan Jasa Layanan Umum adalah Pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang atau jasa yang diserahkan kepada masyarakat, adapun Pendapatan Jasa Layanan Umum dari Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit Pada Periode 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 sebesar Rp89.141.644.112,- dan Rp84.216.492.172,- terjadi kenaikan pendapatan sebesar 5,85 persen karena adanya peningkatan kunjungan pasien baik perorangan maupun pasien dengan BPJS.

Tabel 3.14

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

Urain	Desember 2023	Desember 2022	Naik/ Turun(%)
Pendapatan Jasa Layanan Umum			
Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit (Akun 424111)	89.141.644.112	84.216.492.172	5,85%
Jumlah	89.141.644.112	84.216.492.172	5,85%

Pelayanan Rumah Sakit periode 31 Desember 2023 terdiri dari Pembayaran Reguler/Tunai untuk Pelayanan Rawat Inap Umum, Rawat Inap Psikiatri Rawat Inap Napza, Pembayaran Pelayanan Rawat jalan, Pelayanan IGD, Laboratorium, Elektromedik, Farmasi, Pembayaran Rehabilitasi Psikososial dan Pembayaran Pelayanan pendidikan dan Pelatihan, selain pembayaran secara tunai pendapatan jasa pelayanan diperoleh dari pembayaran Klaim BPSJ Paket Rawat Inap, Rawat jalan dan Obat, Jamkesda dan Jaminan Perusahaan.

Tabel 3.15. Rincian Pendapatan Jasa Layanan Umum
per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022

No	Uraian	31 Dec 2023	31Dec 2022	Naik/ Turun(%)
1	Rawat Inap Umum	200.511.018	388.149.986	-48,34%
2	Rawat Inap Psikiatri	665.174.331	702.906.538	-5,37%
3	Rawat Inap Napza	364.623.873	198.028.840	84,13%
4	Rawat Jalan	5.602.661.445	6.045.953.271	-7,33%
5	Instalasi Gawat darurat	335.655.017	321.416.677	4,43%
6	Laboratorium	203.399.747	387.975.050	-47,57%
7	Elektromedik	631.765.030	531.525.200	18,86%
8	Apotik	3.321.715.276	2.784.529.390	19,29%
9	Diklit	4.423.066.399	4.323.521.500	2,30%
10	Rehabilitasi Psikososial	23.968.000	1.803.000	1229,34%
11	BPJS	69.709.974.479	63.878.631.629	9,13%
12	Jamkesda	3.507.789.377	4.545.688.651	-22,83%
13	Jaminan Perusahaan	151.340.120	108.652.900	39,29%
	Jumlah	89.141.644.112	84.218.782.632	5,85%

Terdapat kenaikan Pendapatan Jasa Layanan Umum per 31 Desember 2023 sebesar 5,85 persen atau Rp4.922.861.480,- diantaranya dari kenaikan pendapatan Rawat Inap Napza sebesar 84,13 persen atau Rp166.595.033,- pendapatan Instalasi Gawat Darurat 4,43 persen atau Rp14.238.340,- pendapatan Elektromedik sebesar 18,86 persen atau Rp100.239.830,- pendapatan Apotik 19,29 persen atau Rp537.185.886,- pendapatan Diklit Rp99.539.500,- pendapatan Rehabilitasi Psikososial sebesar 1229,34 persen atau Rp22.165.000,- pendapatan BPJS sebesar 9,13 persen atau Rp5.831.342.850,- pendapatan Jaminan Perusahaan sebesar Rp39,29 persen atau Rp42.687.220,-.

3. Pendapatan Dari Alokasi APBN

Merupakan pendapatan yang bersumber dari Entitas Pemerintah satuan kerja BLU, Pendapatan Dari Alokasi APBN per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 sebesar Rp3.156.406.416,- dan Rp14.874.460.964,- terjadi penurunan pendapatan dari alokasi APBN disebabkan menurunnya jumlah pasien covid 19 dan penyesuaian nilai klaim covid 19 serta sudah berakhirnya masa pandemi covid 19, selain itu Tahun 2022 pembayaran klaim Covid 19 sebesar Rp14.279.469.050,- sementara tahun 2023 hanya sebesar Rp1.620.851.100,-.

Tabel 3.16. Pendapatan Dari Alokasi APBN
per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022

Uraian	Kode	September 2023	September 2022	Naik/ Turun(%)
Pendapatan Dari Alokasi APBN	B.1.2			
Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga (Akun 424421)		2.977.371.416	14.874.460.964	-79,98%
Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat diluar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU (424422)		179.035.000		
Jumlah		3.156.406.416	14.874.460.964	-78,78%

Pendapatan Dari Alokasi APBN per Desember 2023 terdiri dari Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga sebesar Rp2.977.371.416,- pembayaran atas klaim Covid 19, klaim pasien IPWL serta pembayaran pendidikan dan pelatihan mahasiswa, serta Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat diluar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU sebesar Rp179.035.000,-. dengan rincian sebagai berikut:

- Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu kementerian Negara/Lembaga mengalami penurunan sebesar 81,49 persen atau Rp12.090.358.113,- diantaranya penurunan pendapatan dari Kantor Pusat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 88,65 persen atau Rp12.658.617.950,- Politeknik Kesehatan Jakarta I sebesar 96,40 persen atau Rp34.820.000,- Politeknik Kesehatan Jakarta II sebesar 53,25 persen atau Rp21.960.000,- Politeknik Kesehatan Tanjung Pinang sebesar 8,29 persen atau Rp7.630.000,-.
- Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat diluar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU sebesar Rp179.035.000,- merupakan pendapatan biaya pendidikan dari UIN SyarifHidayatullah Jakarta.

4. Pendapatan BLU Lainnya

Pendapatan BLU lainnya merupakan pendapatan nonfungsional yang terdiri dari Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU, Pendapatan Lain-lain BLU, Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah dan Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung. Pendapatan BLU Lainnya per Desember 2023 dan Desember 2022 sebesar Rp3.550.180.539 dan Rp3.827.965.261,- terjadi penurunan pendapatan sebesar 7,26 persen disebabkan

adanya Penurunan di Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU karena pendapatan bunga bank dan bunga deposito menurun, serta penurunan Pendapatan Lainnya dari SewaTanah dan Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung.

b. Belanja

Realisasi Belanja instansi pada Per 31 Desember 2023 adalah sebesar Rp207.830.529.423,- atau 86,61% dari anggaran belanja sebesar Rp239.967.234.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja Per 31 Desember 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.17
Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja TA 2023
PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi

URAIAN	TA 2023		
	ANGGARAN	REALISASI	%
Belanja Pegawai	49.703.358.000	43.346.437.387	97,27%
Belanja Barang	140.417.204.000	128.638.640.680	91,61%
Belanja Modal	49.846.672.000	30.845.769.331	61,88%
Total Belanja Kotor	239.967.234.000	207.830.847.398	86,61%
Pengembalian Belanja Pegawai	-	387.975	0,00
Pengembalian Belanja Barang	-	-	0,00
Pengembalian Belanja Modal	-	-	0,00
Jumlah	239.967.234.000	207.830.459.423	86,61%

Dibandingkan dengan Per 31 Desember 2022, Realisasi Belanja Per 31 Desember 2023 mengalami kenaikan sebesar 3,34%. Hal ini dikarenakan adanya kenaikan belanja pegawai sebesar 1,86%, kenaikan belanja barang sebesar 0,30% dan kenaikan belanja modal sebesar 21,50%

3.4. Prestasi dan Inovasi

RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor berhasil memperoleh beberapa prestasi dan penghargaan dalam berbagai bidang.

Berikut adalah capaian RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor selama tahun 2023:

A. Inovasi

1. Inovasi D’PATENS 24
2. Inovasi PRESCRIPSURE
3. Inovasi QUALITYGUARD LABS
4. Inovasi SIMATA
5. Inovasi SI MENANG PESAT

B. Prestasi dan Penghargaan

1. Predikat sangat baik Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik
2. Pemanfaatan Antrean Online FKRTL

3. RS Berkomitmen dalam Pelayanan Program JKN
4. Juara II PKRS Award
5. Predikat Baik pada Persyaratan Kesehatan Lingkungan
6. Juara III Projek FMEA
7. Juara 1 Lomba Video HKN ke – 50 dengan tema “Program Inisiatif Peningkatan Layanan Sarana Prasarana Rumah Sakit” yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan
8. Fasilitas Kesehatan berkomitmen pelayanan JKN tahun 2023 tingkat Provinsi Jawa Barat kategori RS tipe A
9. Rumah Sakit Penyelenggara Magang Dosen Terbaik yang diselenggarakan oleh Direktorat Tenaga Kesehatan
10. Juara 1 Lomba Pendek Edukasi HIV dalam Acara Hari Kesehatan Nasional Kota Bogor ke 59
11. Juara 2 Lomba Stand up comedy dalam Rangka HKN Kota Bogor
12. Juara 2 Lomba Karaoke dalam Rangka HKN Kota Bogor
13. Juara 2 Tenis Meja beregu HKN Kota Bogor
14. Juara 3 Lomba Badminton beregu HKN Kota Bogor

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Pencapaian kinerja PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun 2023 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 PKJN RSJMM Bogor periode 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja.

Secara umum pencapaian kinerja tahun 2023 yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSJMM dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan sudah mencapai target. Capaian yang dicapai adalah 43 indikator dari 52 indikator yang diperjanjikan atau tercapai 82,69%. Indikator yang belum tercapai adalah pelatihan yang tersertifikasi Tingkat pertumbuhan pendapatan, Persentase realisasi target pendapatan BLU, Persentase Realisasi Anggaran bersumber rupiah murni, Persentase realisasu anggaran bersumber BLU, Persentase nilai EBITDA Margin, Capaian Akreditasi RS, Persentase Penurunan jumlah kematian di RS Vertikal, Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Capaian pelaksanaan WBK/WBBM. Keberhasilan atas pencapaian kinerja tahun 2023 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 2023

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
PKJN RSJ dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : Dr. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH
Jabatan : Plt. Direktur Utama PKJN RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
Jabatan : Direktur Jenderal 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, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,


dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002


Dr. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH
NIP 196306271988121002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
PKJN RSJ dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

NO	SASARAN PROGRAM KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA		TARGET
(1)	(2)	(3)		(4)
A				
PERSPEKTIF KEUANGAN				
1	Terwujudnya pertumbuhan revenue	1	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2,5%
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
2	Terwujudnya efisiensi anggaran	3	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional	45%
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	92,50%
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%
		7	Persentase nilai EBITDA Margin	10%
B				
PERSPEKTIF PELANGGAN				
3	Terwujudnya kepuasan pelanggan	8	Tingkat kepuasan pelanggan	85%
		9	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)	100%
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80%
C				
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya layanan unggulan Personal Development Center (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 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 Layanan
		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 Adiksi Napza yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	60%
		26	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
		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 complain	≥80%
6	Terwujudnya pusat riset, pendidikan, dan pelatihan	37	Publikasi penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%
		38	Peningkatan pelatihan yang tersertifikasi	100%
7	Terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan	39	Peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh PKJN RSJMM	100%
		40	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna	1 RS Daerah
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	41	Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)
D	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN			
9	Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi	43	Capaian pelaksanaan WBK/WBMM	100%
10		44	Peningkatan kemampuan SDM berbasis kompetensi	80%

	Terwujudnya SDM unggul		
		45	Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja
			90%
11	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal	46	Overall Equipment Effectiveness (OEE)
		47	Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan sesuai standar
		48	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
			85%
			80%
			95%
			70%
12	Terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri	50	Capaian BIOS (BLU Integrated Online System)
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.
		52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital
			100%
			100%
			1 Sistem

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.120.211.256.000,-
Rp. 7.500.000.000,-

Rp. 66.837.335.000,-
Rp 194.548.591.000,-

Pihak Kedua,



dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002

Jakarta, Januari 2023
Pihak Pertama,



Dr. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH
NIP 196306271988121002

CAPAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TA 2023

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2023

Nama Sakter BLU : PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
 Periode : Tahun Anggaran 2023

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL			MEI			JUNI		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
PELAYANAN MEDIS																						
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	0,05	100,00%	100	5,00	100,00%	100	5,00	100,00%	100	5,00	100,00%	100	5,00	100,00%	100	5,00	100,00%	100	5,00
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0,05	97,54%	100	5,00	97,18%	100	5,00	97,54%	100	5,00	97,46%	100	5,00	97,92%	100	5,00	97,41%	100	5,00
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0,04%	100	5,00	0,01%	100	5,00	0,00%	100	5,00	0,08%	100	5,00	0,04%	100	5,00	0,09%	100	5,00
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit) JUPIP	≤1,5%	0,05	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00	2,86%	75	3,75	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0,07	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0,05	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00	0,00%	100	5,00
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	97,42%	100	7,00	98,55%	100	7,00	99,93%	100	7,00	96,15%	100	7,00	96,83%	100	7,00	96,73%	100	7,00
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	100,00%	100	7,00	
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00	100,00%	100	8,00
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0,02	73,52 Menit	100	2,00	70,74 Menit	100	2,00	68,5 Menit	100	2,00	81,95 Menit	100	2,00	76,85 Menit	100	2,00	88,59 Menit	100	2,00
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0,05	66 Menit	75	3,75	66 Menit	75	3,75	43,9 Menit	100	5,00	71,19 Menit	75	3,75	63,03 Menit	75	3,75	68,15 Menit	75	3,75
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0,05	2,11.00	100	5,00	1,34.00	100	5,00	1,24.00	100	5,00	1,21.00	100	5,00	1,30.00	100	5,00	1,56.00	100	5,00
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0,05	0,55.00	100	5,00	0,50.00	100	5,00	0,47.00	100	5,00	0,47.00	100	5,00	0,54.00	100	5,00	0,51.00	100	5,00
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0,05	0,28.00	100	5,00	0,27.00	100	5,00	0,28.00	100	5,00	0,29.00	100	5,00	0,28.00	100	5,00	0,28.00	100	5,00
17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dim waktu 24 jam (PRM)	80%	0,02	95,66%	100	2,00	96,35%	100	2,00	85,01%	100	2,00	91,49%	100	2,00	91,98%	100	2,00	88,50%	100	2,00	
PELAYANAN KEUANGAN																						
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1	92,26%	100	10	66,19%	100	10	46,12%	100	10	45,88%	100	10,00	48,34%	100	10,00	47,93%	100	10,00
					JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	100,00	JUMLAH TS	97,50	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75		
					NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000		

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2023

Nama Sakter BLU : PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
 Periode : Tahun Anggaran 2023

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER			OKTOBER			NOPEMBER			DESEMBER		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
PELAYANAN MEDIS																						
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	0,05	100%	100	5,00	100%	100	5,00	100%	100	5,00	100%	100	5,00	100%	100	5,00	100%	100	5,00
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0,05	97,20%	100	5,00	97,28%	100	5,00	97,38%	100	5,00	97,07%	100	5,00	97,50%	100	5,00	97,10%	100	5,00
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0,05%	100	5,00	0,10%	100	5,00	0,05%	100	5,00	0,06%	100	5,00	0,01%	100	5,00	0,02%	100	5,00
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit) JUPIP	≤1,5%	0,05	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0,07	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0,05	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00	0%	100	5,00
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	95,27%	100	7,00	96,40%	100	7,00	97,14%	100	7,00	96,86%	100	7,00	96,11%	100	7,00	96,80%	100	7,00
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	100%	100	7,00	
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00	100%	100	8,00
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0,02	65,36 Menit	100	2,00	68,92 Menit	100	2,00	69,68 Menit	100	2,00	84,56 Menit	100	2,00	83,93 Menit	100	2,00	64,86 Menit	100	2,00
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0,05	67,46 Menit	75	3,75	42,15 Menit	100	5,00	49,32 Menit	100	5,00	62,58 Menit	75	3,75	61,23 Menit	75	3,75	57,45 Menit	100	5,00
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0,05	2,13.00	100	5,00	1,32.00	100	5,00	1,17.00	100	5,00	1,17.00	100	5,00	1,15.00	100	5,00	1,21.00	100	5,00
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0,05	0,49.00	100	5,00	0,45.58	100	5,00	0,43.00	100	5,00	0,43.00	100	5,00	0,48.00	100	5,00	0,47.00	100	5,00
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0,05	0,27.00	100	5,00	0,27.00	100	5,00	0,28.00	100	5,00	0,28.00	100	5,00	0,29.00	100	5,00	0,29.00	100	5,00
17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dim waktu 24 jam (PRM)	80%	0,02	91,03%	100	2,00	91,99%	100	2,00	86,00%	100	2,00	92,10%	100	2,00	93,69%	100	2,00	92,02%	100	2,00	
PELAYANAN KEUANGAN																						
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1	51,89%	100	10,00	55,00%	100	10,00	55,55%	100	10,00	54,53%	100	10,00	55,39%	100	10,00	54,59%	100	10,00
					JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	100,00	JUMLAH TS	100,00	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75	JUMLAH TS	98,75		
					NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000	NILAI IKI	2,000		

CAPAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TA 2023

NO	INDIKATOR	TW I		TW II		TW III		TW IV	
		REALISASI	NILAI CN	REALISASI	NILAI CN	REALISASI	NILAI CN	REALISASI	NILAI CN
1	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	80	90	85	92,5	100	100,56	100	102,67
2	Rasio PNBPN Terhadap beban Operasional (PB)	46,06	101,41	47,93	103,91	52,73	109,67	54,59	112,09
3	Pertumbuhan Realisasi pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU			28,97	120			11,17	104,68
4	Ketersediaan Fasilitas Layanan			85	105,82			85	101,82
5	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan			88	119,33			87,81	107,63
6	Ketepatan Waktu Layanan	68,8	104,96	80	105,14	83,5	104,27	85,1	102,57
7	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional							100	100
8	Peningkatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Daerah							130	118
9	Penundaan Waktu Operasi Elektif	0	120	0	120	0	120	0	120
10	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	65	118,33	88	120	80	120	94,73	120
11	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	100	120	N/A	N/A	100	120	100	120
TOTAL CAPAIAN KINERJA			109,11		110,83		112,41		109,95
IKT			2,00		2,10		2,30		2,00