

LAPORAN TAHUNAN TAHUN 2023

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TAHUNAN RS MARZOEKI MAHDI TAHUN ANGGARAN 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


.....

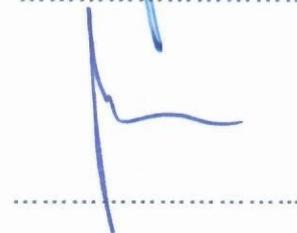
3. **Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional**

Evi Nursafinah, SE., MPH.
NIP 197406112000032002


.....

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

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.


.....

KATA PENGANTAR



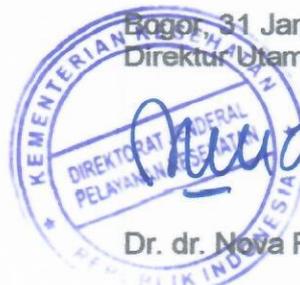
Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Tahunan Tahun Anggaran (TA) 2023 Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi (RSMM) Bogor ini dapat terselesaikan.

Laporan Tahunan TA 2023 RS. Marzoeeki Mahdi ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja RS. Marzoeeki Mahdi dan merupakan pertanggungjawaban mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan di RS. Marzoeeki Mahdi. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RS. Marzoeeki Mahdi mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu tahun anggaran 2023.

Laporan Tahunan Tahun Anggaran 2023 RS. Marzoeeki Mahdi merupakan bagian dari pelaksanaan transparansi dan akuntabilitas kinerja dalam rangka Good Governance dan pertanggungjawaban atas pencapaian kinerja sasaran strategis serta pelaksanaan dari Peraturan Pemerintah Nomor 8 tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Review atas Laporan Kinerja.

Diharapkan dengan adanya laporan tahunan TA 2023 ini, RS. Marzoeeki Mahdi agar mendapatkan umpan balik (feedback) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi yang obyektif dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS. Marzoeeki Mahdi. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk perbaikan kinerja RS. Marzoeeki Mahdi yang akan datang.

Bogor, 31 Januari 2024
Direktur Utama



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

NIP. 9197711272023052001

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	3
1.3 Ruang Lingkup Laporan	3
BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	5
2.1 Hambatan Tahun Lalu	5
2.2 Kelembagaan	8
2.3 Sumber Daya	12
2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM)	12
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana atau Aset Barang Milik Negara (BMN) .	16
BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA	18
3.1 Dasar Hukum	18
3.2 Tujuan strategis, Sasaran dan Indikator	19
3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis	19
3.2.2 Sasaran dan Indikator	21
BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN	25
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	25
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi Pelaksanaan	27
4.3 Upaya Tindak Lanjut	30
BAB V. HASIL KERJA	33
5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit	33
5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB TA 2023	33
5.1.2 Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih TA 2023	110
5.1.3 Pencapaian Indikator Kinerja Individu TA 2023	110
5.1.4 Target dan Capaian Indikator Mutu Unit TA 2023	111
5.1.5 Pencapaian Kinerja Direktorat dan Komite	112
5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan	112
5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	124
5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian	130

5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite-Komite	133
5.2 Realisasi Anggaran	155
5.4 Prestasi dan Inovasi	161
5.5 Pusat Kesehatan Jiwa Nasional	163
5.6 Zona Integritas menuju WBK/WBBM.....	165
BAB VI. PENUTUP	170

RINGKASAN EKSEKUTIF

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

Laporan Tahunan TA 2023 ini merupakan alat untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama RS. Marzoeki Mahdi beserta jajarannya kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Laporan Tahunan TA 2023 ini mengacu kepada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS. Marzoeki Mahdi Tahun 2020-2024.

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

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

Penilaian capaian indikator kinerja utama RSB Tahun 2020-2024 selama TA 2023 dari 52 (Lima Puluh Dua) indikator yaitu sebesar 43 indikator tercapai (82,69%), 9 indikator tidak tercapai (17,30%). Penilaian capaian indikator kinerja terpilih TW IV TA 2023 sebesar 2,00 dari nilai maksimal 3. Penilaian capaian indikator kinerja individu Direktur Utama TA 2023 sebesar 2 (Dua) dengan nilai maksimal 2 (Dua).

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasi, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 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,-

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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

Mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01.07/Menkes/1333/2022 Tentang Road Map Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024

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

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

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

Laporan berkala di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan Laporan Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Satuan Kerja yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam

kurun waktu satu semester maupun satu tahun. Evaluasi dilakukan terhadap upaya-upaya yang telah dicapai selama kurun waktu satu tahun dalam bentuk Laporan Tahunan pelaksanaan tugas dan fungsi RS Marzoeki Mahdi Tahun Anggaran 2023.

Laporan ini merupakan bentuk pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020 – 2024, Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2023 serta Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2023 yang merupakan gambaran kualitas kinerja RSMM.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Tahunan RSMM TA 2023 bertujuan untuk mempertanggungjawabkan upaya pengelolaan rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan program dan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi dan hasil pencapaian kinerja dan perkembangannya. Laporan ini memberikan gambaran sejauh mana fleksibilitas pengelolaan keuangan dilaksanakan dengan mengutamakan produktivitas, efisiensi dan efektivitas, merupakan rangkuman proses pencapaian kinerja kegiatan dan anggaran di masing-masing unit kerja Rumah Sakit dan rencana tindak lanjut atau rekomendasi sebagai dasar perbaikan dan perencanaan pada waktu yang akan datang.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan merupakan sistematika penyusunan Laporan Tahunan TA 2023 RS. Marzoeki Mahdi TA 2023 yang meliputi :

BAB I. PENDAHULUAN

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

BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

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

BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA

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

BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN

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

BAB V. HASIL KERJA

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

BAB VI. PENUTUP

BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL

TAHUN

2.1 Hambatan Tahun Lalu

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

A. Mewujudkan pertumbuhan revenue

- Kurangnya ketersediaan SDM dalam menghadapi lonjakan pandemi
- Terjadinya kasus hukum dalam pemanfaatan aset
- Beberapa layanan belum mencapai target, sehingga penerimaan pendapatan belum mencapai target

B. Mewujudkan efisiensi anggaran

- Perubahan perencanaan yang sudah ditetapkan dengan cepat sesuai dengan kondisi pandemi
- Perubahan dari rencana yang telah ditetapkan
- Faktor psikologis petugas terhadap inefisiensi
- Pembiayaan tenaga medis diluar jam kerja dan dokter tamu melebihi pagu yang ditetapkan hal ini disebabkan karena adanya pembiayaan tambahan untuk tenaga Kesehatan yang melaksanakan layanan di ruangan isolasi covid-19.
- Kondisi pandemi yang fluktuatif menyebabkan kapasitas tempat tidur berubah-ubah sesuai dengan situasi dan kondisi, hal ini menyulitkan untuk merancang kebutuhan tenaga dan sarana prasarana setiap saat.

C. Mewujudkan kepuasan pelanggan

- Penggunaan IT belum menyeluruh
- Prioritas Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Peralatan pada layanan Covid 19

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

- Kondisi pandemi menyebabkan pasien berkunjung ke RS hanya pada kondisi emergensi sehingga beberapa layanan yang diperkirakan akan meningkat tidak mengalami peningkatan (Assesment Center, layanan non psikiatri) .
- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (Youth Mental Health, Geriatri Terpadu, rawat inap psikiatri VIP, layanan rawat inap non psikiatri kelas).
- Kurangnya pemasaran terhadap layanan yang ada di RSMM sehingga kunjungan tidak mencapai target dan berdampak pada rata-rata okupasi layanan non psikiatri tidak optimal.

E. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

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

F. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

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

G. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi;

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

H. Mewujudkan budaya kinerja organisasi yang tinggi;

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

I. Mewujudkan SDM unggul;

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

- Belum sempurna pemetaan kompetensi pegawai yang meliputi kemampuan teknis, manajerial, dan sosiokultural
- Belum akuratnya penerapan manajemen kinerja dari mulai system rekrutmen sampai pemenuhan kesejahteraan menjelang purna bhakti
- Masih diperlukan penguatan – penguatan dalam hal penelitian berbasis pelayanan
- Kompetensi tenaga (perawat) kurang merata di beberapa layanan terutama layanan infeksi sehingga memerlukan pelatihan dan percepatan kompetensi.
- Kondisi pandemi yang memerlukan layanan khusus menyebabkan kekurangan tenaga dokter dan perawat sehingga harus merekrut tenaga dokter spesialis tertentu dan sukarelawan dokter umum dan perawat.
- Belum adanya dokter mata dan dokter bedah (tetap) sehingga layanan tertentu tidak dapat difasilitasi

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

- Terbatasnya anggaran pemeliharaan
- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (Youth Mental Health, Geriatri Terpadu, rawat inap psikiatri VIP, layanan rawat inap non psikiatri kelas)

- Sistem pemeliharaan belum berbasis digitalisasi secara terpusat
- K. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi;
- IT Belum terintegrasi secara komprehensif

2.2 Kelembagaan

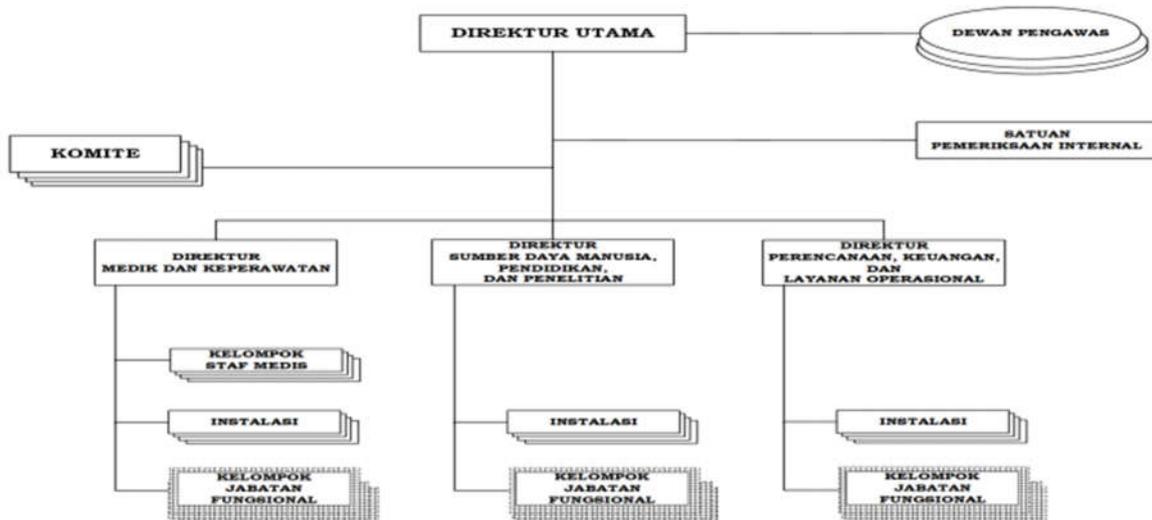
2.2.1 Struktur Organisasi

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

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

Susunan organisasi RSMM dijabarkan pada bagan sebagai berikut

Gambar 2.1
Bagan Struktur Organisasi RS. Marzoeki Mahdi



Penjelasan dari bagan diatas adalah sebagai berikut :

Susunan organisasi Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas Kelompok Jabatan Fungsional, Instalasi dan Kelompok Staf Medis. Susunan organisasi Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan,

1. **Direktur Utama:**

Dr. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ

2. **Direktur Medik dan Keperawatan :**

dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS

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

Evi Nursafinah, SE., MPH

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

Heru Tri Subagyo, S.Sos.,MM.

Struktur Organisasi Dewan Pengawas RSMM sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1326/2023 terdiri dari:

Ketua : dr. Sunarto, M.Kes.

Anggota :

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

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

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

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

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

Direktorat Medik dan Keperawatan:

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

3. Tim Kerja Pelayanan Penunjang

Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian:

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

Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional:

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

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

a. Komite:

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

b. Satuan Pemeriksaan Internal

c. Instalasi:

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

15. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit
 16. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit
 17. Instalasi Rekam Medik
- d. Kelompok Staf Medik:
1. KSM Umum
 2. KSM Psikiatri
 3. KSM Non Psikiatri
 4. KSM Gigi
- e. Unit Layanan Pengadaan: dan
- f. Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

RSMM mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa

2.2.2.2 Fungsi

Dalam melaksanakan tugas diatas, RSMM menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

1. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
2. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan / atau kebidanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
3. Pengelolaan pelayanan nonmedis
4. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien;
5. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan Direktorat.
6. Penataan organisasi dan tata laksana;
7. Pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan dan kesejahteraan sumber daya manusia;
8. Pengelolaan Pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
9. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
10. Penyusunan rencana, program dan anggaran;
11. Pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
12. Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
13. Pelaksanaan anggaran;
14. Pelaksanaan urusan Akuntansi;

15. Pengelolaan barang milik negara;
16. Pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
17. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
18. Pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
19. Pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
20. Pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
21. Pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
22. Pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
23. Pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;
24. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit.

2.3 Sumber Daya

2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

Data pegawai PKJN RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun Anggaran 2023 terdiri dari tenaga PNS, PPPK, Non PNS serta Dokter Paruh Waktu yang dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1
Ketenagaan Rumah Sakit Tahun Anggaran 2023
RS. Marzoeki Mahdi

NO	URAIAN	ASN		NON ASN			JUMLAH	%
		PNS	PPPK	BLU	PKWT	DOKTER TAMU		
1	Medis							
	Dokter Spesialis	35	0	1	0	7	43	4.76%
	Dokter Sub Spesialis	4	0	0	0	1	5	0.55%
	Dokter Umum/Dokter Gigi Umum	20	2	0	6	0	28	3.10%
2	Keperawatan, Bidan dan Tenaga Kesehatan Lainnya							
	Keperawatan	321	37	16	18	0	392	43.41%
	Bidan	16	0	0	1	0	17	1.88%
	Tenaga Kesehatan Lainnya	124	10	4	8	0	146	16.17%
3	Non Medis	128	7	24	113	0	272	30.12%
	TOTAL TENAGA	648	56	45	146	8	903	100.00%

Gambaran ketenagaan berdasarkan grafik 2.2 prosentase ketenagaan di RSMM yaitu **Tenaga Medis** terdiri dari tenaga dokter spesialis/dokter gigi spesialis sebesar 4,76%, dokter sub spesialis sebesar 0,55%, dokter umum/dokter gigi umum sebesar 3,10%. **Tenaga**

keperawatan sebesar 43,41% , **Bidan** sebesar 1,88% dan **Tenaga Kesehatan Lainnya** sebesar 16,17%. Selain itu **Tenaga Non Medis** sebesar 30,12%.

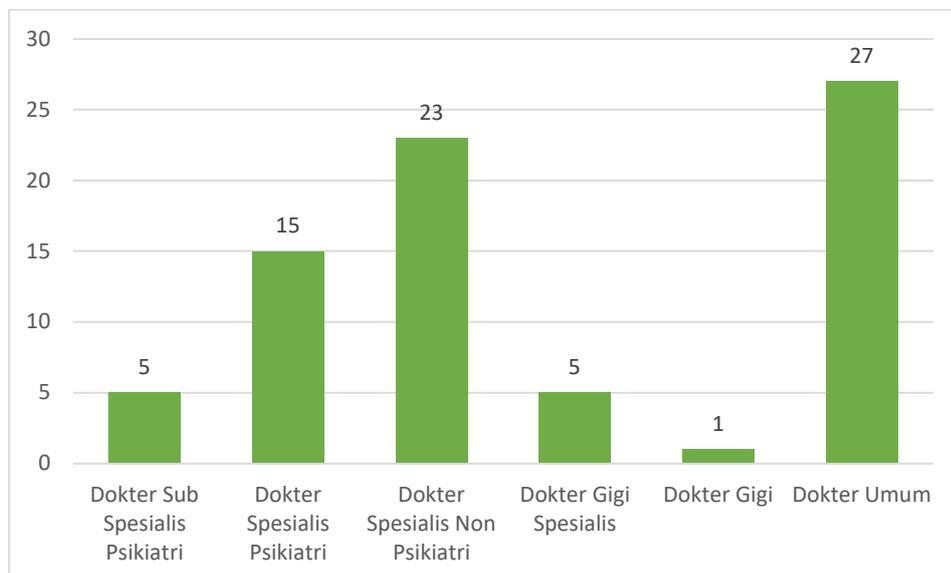
Secara kuantitas, jumlah pegawai mengalami penurunan dari 915 (tahun 2022) menjadi 903 pada tahun 2023 dikarenakan ada pegawai yang memasuki masa pensiun, meninggal dunia, pindah ke instansi lain.

Data pegawai RSMM tahun 2023 sesuai tabel 2.1 berjumlah 903 orang yang terdiri dari tenaga Aparatur Sipil Negara (ASN), (a) Pegawai Negeri Sipil (PNS) 648 orang dan (b) Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) 56 orang dan tenaga Non ASN baik (a) Pegawai Tetap BLU 45 orang, (b) Pegawai Tidak Tetap (Perjanjian Kontrak Waktu Tertentu/PKWT) 146 orang dan (c) Dokter Tamu 8 orang.

Pada tahun 2023 dengan adanya kebijakan baru dalam pengadaan Pegawai ASN, yaitu formasi Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) membuka peluang pegawai Non ASN untuk menjadi ASN, sehingga ada sekira 46 dari 56 (82,14%) formasi yang terisi adalah Pegawai Non ASN RSMM yang berubah status menjadi PPPK. Hal ini juga menjadikan jumlah Pegawai Non ASN RSMM berkurang baik itu Pegawai tetap BLU maupun Pegawai PKWT.

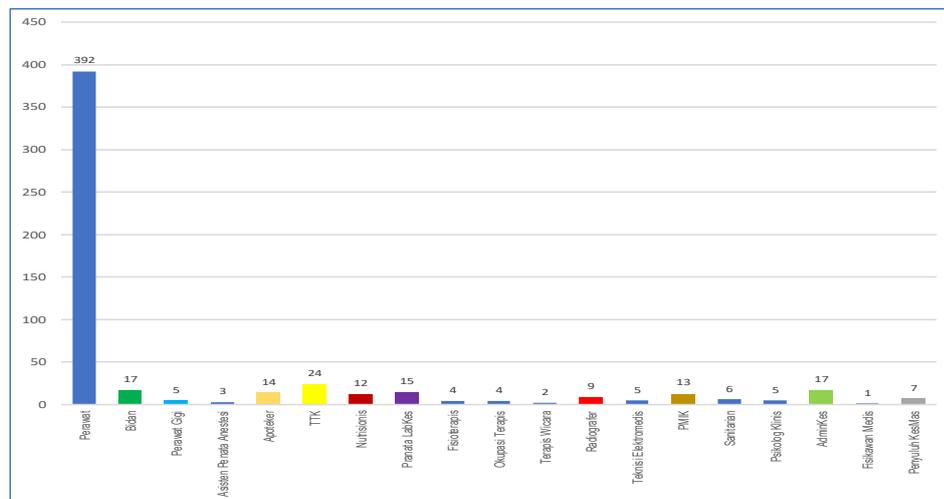
Komposisi tenaga medis pada tahun 2023 pada grafik 2.2 memperlihatkan bahwa jumlah dokter sub spesialis kedokteran jiwa 5 orang, dokter spesialis kedokteran jiwa 15 orang, dokter spesialis non psikiatri 23 orang, dokter gigi spesialis 5 orang, dokter gigi 1 orang dan dokter umum 27 orang. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.2 sebagai berikut.

Grafik 2.2
Ketenagaan Medis Tahun 2023
RS. Marzoeki Mahdi



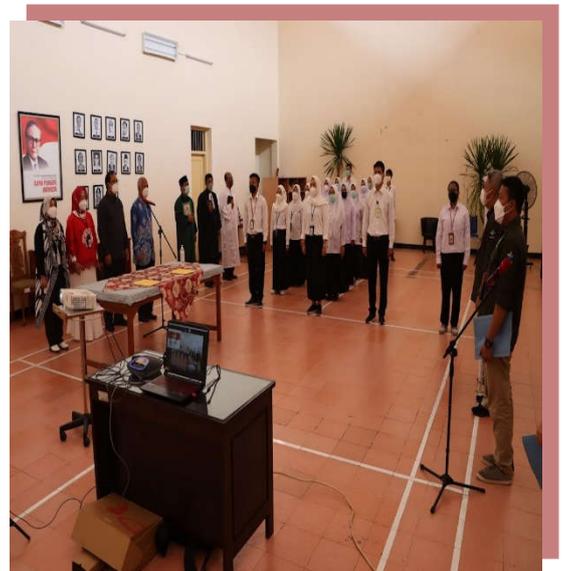
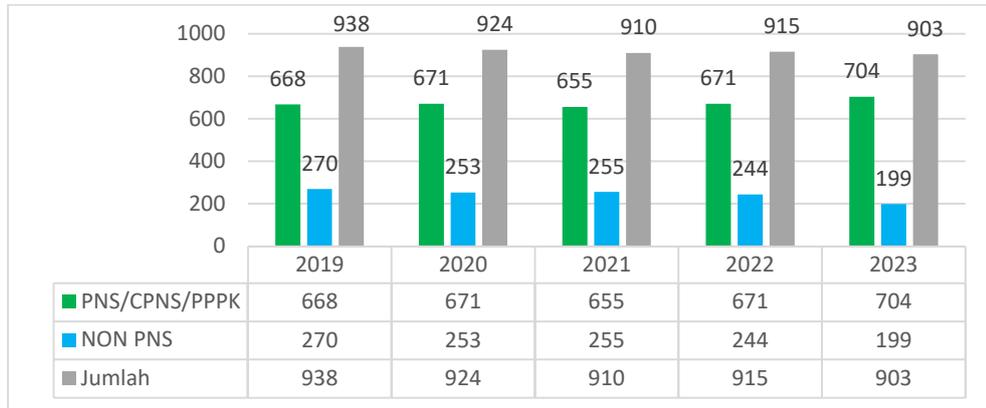
Komposisi ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya pada tahun 2023 menunjukkan bahwa jumlah Perawat (392 orang) merupakan jumlah terbanyak, diikuti oleh Tenaga Teknis Kefarmasian (24 orang), Bidan dan Administrator Kesehatan (masing-masing 17 orang), dan tenaga kesehatan lainnya yang mendukung dalam pelayanan kesehatan jiwa maupun layanan lainnya. Keadaan ini digambarkan dalam grafik 2.2 sebagai berikut.

Grafik 2.3
Ketenagaan Perawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya Tahun 2023
RS. Marzoeki Mahdi



PKJN RS Jiwa dr. H Marzoeki Mahdi Bogor telah melakukan perubahan paradigma pengelolaan SDM melalui Strategi dan Bisnis Proses Manajemen SDM dengan 6 pilar yakni Perencanaan Ketenagaan, Rekrutmen dan Seleksi, Pengembangan Kompetensi, Penilaian Kinerja dan Penghargaan, Promosi, Mutasi dan Pengembangan Karir serta Peningkatan Kesejahteraan. Berikut kami sampaikan grafik 2.5 ketenagaan RS selama Lima Tahun Terakhir dari Tahun 2019 sampai dengan Tahun 2023.

Grafik 2.4. Ketenagaan RS Selama 5 Tahun Terakhir
RS. Marzoeeki Mahdi



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



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

Tabel 2.1
Hasil Rekonsiliasi Data Barang Milik Negara TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi

NO	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

BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

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

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Presiden No. 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024;
4. Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomo 68 Tahun 2019 Tentang Organisasi Kementerian Negara;
5. Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Sadan Layanan Umum;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 88 Tahun 2015 tentang Pedoman Pengawasan, Sistem Pelaporan, dan Sistem Informasi Dalam Penyelenggaraan Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit Oleh Sadan Pengawas Rumah Sakit;
10. Permenkeu No 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/Pmk.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLU;
11. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 124/PMK.05/2021 Tentang Tarif Layanan Sadan Layanan Umum Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogar Pada Kementerian Kesehatan;

12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01.07/Menkes/741/2022 tentang Penetapan Rumah Sakit Jiwa Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogar sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional;
13. Keputusan Direktur Utama RSJ Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogar No. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan;
14. Rencana Strategis Bisnis RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun 2020- 2024;
15. Perjanjian Kinerja antara Dirjen Yankes dengan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogar Tahun 2023;
16. Kontrak Kinerja antara PPK BLU Kementerian Keuangan dengan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2023.

3.2 Tujuan Strategis, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Visi, Misi, Tujuan Strategis

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

Visi :

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

Misi :

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

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

1. RS Jiwa menuju National Mental Health Tertiary Center diharapkan dapat memberikan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pemberdayaan dalam kesehatan jiwa;
2. PP nomor 2 tahun 2018 tentang SPM tentang Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di Propinsi menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan bagi penduduk kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana Propinsi dan pelayanan

kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa Propinsi; Pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan di kabupaten/Kota menyebutkan bahwa Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat dan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus Human Immunodeficiency Virus yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif;

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

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

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

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran dan Indikator di Lingkungan RSMM Tahun 2023

adalah sebagai berikut:

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

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET IKU (PER TAHUN)%				
				2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF KEUANGAN								
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				95	95
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	3	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45	45	45	45	45
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti				92.5	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 (PDC)</i> , 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				12 Lap	12 Lap

			hasil mencapai target masing-masing indikator					
		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 RSMM	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	Overall Equipment Effectiveness (OEE)	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 parkir 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

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

1. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut);

Tabel 3.2
Indikator Kinerja Individu
RS. Marzoeeki Mahdi

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

2. Indikator Kinerja Terpilih (IKT);

Tabel 3.3
Indikator Kinerja Terpilih
RS. Marzoeeki Mahdi

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	STANDAR (S)	TARGET (T)
1	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	Max	100%	90%
2	Rasio PNBP Terhadap beban Operasional (PB)	Max	45%	46%
3	Pertumbuhan Realisasi pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	Max	10%	15%
4	Ketersediaan Fasilitas Layanan	Max	82,50%	82,50%
5	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Max	76,61%	80%
6	Ketepatan Waktu Layanan	Max	80%	85%
7	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	Max	100%	100%
8	Peningkatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Daerah	Max	100%	100%

9	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Min	3%	2%
10	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	Max	60%	65%
11	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	Max	70%	75%

3. Indikator Mutu Unit (IMU).

BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

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

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

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue dengan strategi :
 - Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi untuk masyarakat danberdaya jual/ revenue
 - Optimalisasi pemanfaatan aset BMN
2. Mewujudkan efisiensi anggaran
 - Pemetaan kegiatan prioritas
 - Optimalisasi sumber daya yang ada
 - Proses pengadaan sesuai dengan Perpres No. 12 Tahun 2021
 - Peningkatan kepatuhan penerapan kendali mutu kendali biaya

3. Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi;

- Mewujudkan wilayah zona integritas (WBK/WBBM)
 - Terwujudnya SDM unggul;
 - Meningkatkan kompetensi
 - Menjadikan SDM yang BERAKHLAK
 - Digitalisasi Sistem Pengelolaan SDM
 - Pelatihan dan Pendidikan berkelanjutan untuk bagi tenaga kesehatan
 - Mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal;
 - Pemeliharaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan
 - Meningkatkan pemanfaatan alat-alat canggih untuk psikiatri
 - Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi.
 - Mengintegrasikan IT Front Office dan Back Office
 - Mengembangkan aplikasi-aplikasi yang mendukung kinerja

B. Perspektif Pelanggan

1. Mewujudkan kepuasan pelanggan

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

C. Perspektif Proses Bisnis Internal

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue dengan strategi :

- Mengembangkan layanan PDC
- Mengoptimalkan Pusat Pengembangan Kompetensi SDM Layanan Assesment Center dengan Layanan Pengembangan Kemampuan Hidup (Enchancing Life Skill Training)
- Mengembangkan layanan homecare
- Mewujudkan layanan Eksekutif
- Pengembangan jejaring kemitraan dengan Lembaga Penjaminan KesehatanKomersil untuk Layanan Jiwa, Non Jiwa dan Penunjang
- Melaksanakan kerjasama internal dan eksternal dalam pemberdayaan

rehabilitan yang telah selesai menjalani program rehabilitasi psikososial untuk kemandirian

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

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi

Agar rencana kegiatan berjalan dengan baik dan tercapai sesuai dengan target

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

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue;

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

2. Mewujudkan efisiensi anggaran;

- Perubahan dari rencana yang telah ditetapkan
- Faktor psikologis petugas terhadap inefisiensi
- Pembiayaan tenaga medis diluar jam kerja dan dokter tamu melebihi pagu yang ditetapkan hal ini disebabkan karena adanya pembiayaan tambahan untuk tenaga Kesehatan yang melaksanakan layanan di ruangan isolasi covid-19.
- Penggunaan IT belum menyeluruh
- Prioritas Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Peralatan pada layanan Covid 19

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

- Terbatasnya anggaran pemeliharaan
- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (Youth Mental Health, Geriatri Terpadu, rawatinap psikiatri VIP, layanan rawat inap non psikiatri kelas)
- Sistem pemeliharaan belum berbasis digitalisasi secara terpusat

4. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi;

- IT belum terintegrasi secara komprehensif

B. Perspektif Proses Bisnis Internal

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

- Belum terpenuhinya sarana dan fasilitas gedung layanan menyebabkan layanan yang sudah terencana tidak optimal (Youth Mental Health, Geriatri Terpadu, rawatinap psikiatri VIP, layanan rawat inap non psikiatri kelas)
- Kurangnya pemasaran terhadap layanan yang ada di RSMM sehingga kunjungan tidak mencapai target dan berdampak pada rata-rata okupasi

layanan non psikiatri tidak optimal.

2. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

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

3. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi;

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

C. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

1. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

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

2. Mewujudkan SDM unggul;

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

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

dokter spesialis tertentu dan sukarelawan dokter umum dan perawat.

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

4.3 Upaya Tindak Lanjut

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

A. Perspektif Keuangan

1. Mewujudkan pertumbuhan revenue

- Pemanfaatan gedung dan lahan yang ada untuk pemenuhan program dengan menunggu kesiapan fasilitas gedung dan sarana prasarana lainnya
- Penyelesaian kasus hukum dalam pemanfaatan aset
- Penetapan kondisi tempat tidur bila terjadi kejadian luar biasa (capacity charge)

2. Mewujudkan efisiensi anggaran

- Perencanaan yang lebih baik untuk menghitung kebutuhan tenaga Kesehatan dan pembiayaannya
- Merekrut tenaga medis yang dibutuhkan untuk kelancaran layanan
- Melakukan kegiatan sesuai perencanaan dengan tetap memperhatikan protokol Kesehatan

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

- Mengalokasikan anggaran pemeliharaan secara akurat dan terstruktur
- Membangun Sistem Pemeliharaan Berbasis Digitalisasi secara terpusat

4. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi.

- Membangun IT terintegrasi secara komprehensif

B. Perspektif Pelanggan

1. Mewujudkan kepuasan pelanggan

- Melakukan survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan sistem Teknologi Informasi (Barcode)
- Mengedukasi pegawai dan pelanggan dalam pelayanan
- Pembentukan tim pemasaran khusus dan memotivasi agar seluruh pegawai dapat menjadi agen pemasaran secara tidak langsung.

C. Perspektif Proses Bisnis Internal

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

- Penguatan pemasaran dan informasi layanan unggulan PDC melalui berbagai media
- Memperkuat jejaring mitra layanan unggulan

2. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

- Penguatan koordinasi dengan mitra
- Pengalihan sistem koordinasi dan komunikasi secara langsung menjadi tidak langsung
- Meningkatkan kualitas dan kuantitas layanan serta jejaring kemitraan untuk menjadikannya rumah sakit jiwa yang handal dan layak menjadi Pusat Kesehatan Jiwa Nasional.

3. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi

- Peningkatan koordinasi informasi pusat dengan rumah sakit
- Penguatan monitoring dan evaluasi akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

D. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

1. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

- Memfasilitasi tenaga ahli sesuai pembedaan dalam hal metodologi dan sertifikasi pelatihan
- Koordinasi penyediaan sistem digitalisasi pendokumentasian
- Koordinasi penyiapan sarana dan prasarana penelitian melalui elektronik system
- Koordinasi penguatan sistem jejaring dengan pemangku kepentingan

eksternal

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

BAB V

HASIL KERJA

5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit

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

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

5.1.1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama RSB TA 2023

Dalam rangka mewujudkan RS. Marzoeki Mahdi sebagai Manajemen Pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada hasil maka diperlukan Perjanjian Kinerja antara Dirjen Yankes dengan RS. Marzoeki Mahdi. Di dalam Perjanjian Kinerja terdapat 12 sasaran strategis dan 52 Indikator Kinerja Utama RSB yang digunakan untuk mengukur kinerja RS. Marzoeki Mahdi. Hasil capaian dan analisis Indikator Kinerja Utama dijabarkan secara rinci pada tabel dan grafik berikut ini.

Tabel 5.1. Hasil Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Tahun Anggaran 2023

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 realisasi 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	2 Kali	2 Kali	1

		layanan disesuaikan dengan kekhususannya)			
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 RSMM	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, Prasaranan, 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 parker sesuai standar	70%	70%	1
12		50	Capaian BIOS (BLU Integrates Inline System)	100%	100%	1

	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi dan mandiri	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)

Analisis dan Penjabaran dari masing-masing Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis(IKU RSB) Semester I Tahun Anggaran 2023 adalah sebagai berikut :

1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

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

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Capaian tingkat pertumbuhan pendapatan 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 5.1
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan TA 2023
RS. 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.

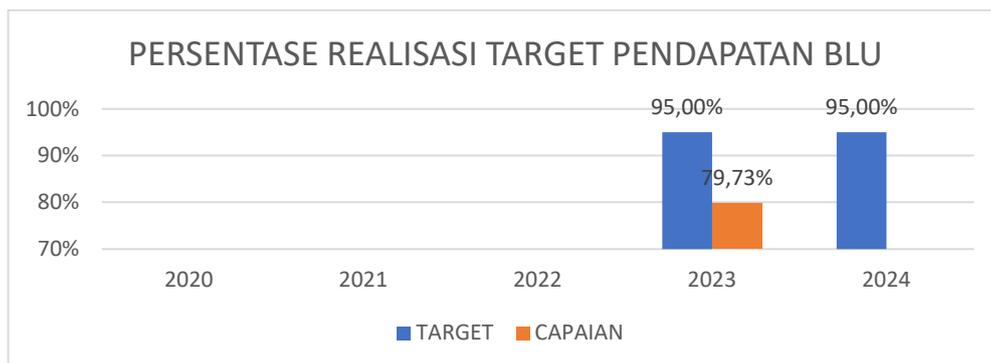
2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

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/Lembagayang membawahi BLU. Pendapatan PNBPN 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 5.2
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU TA 2023
RS. 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 non fungsional 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.

3. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

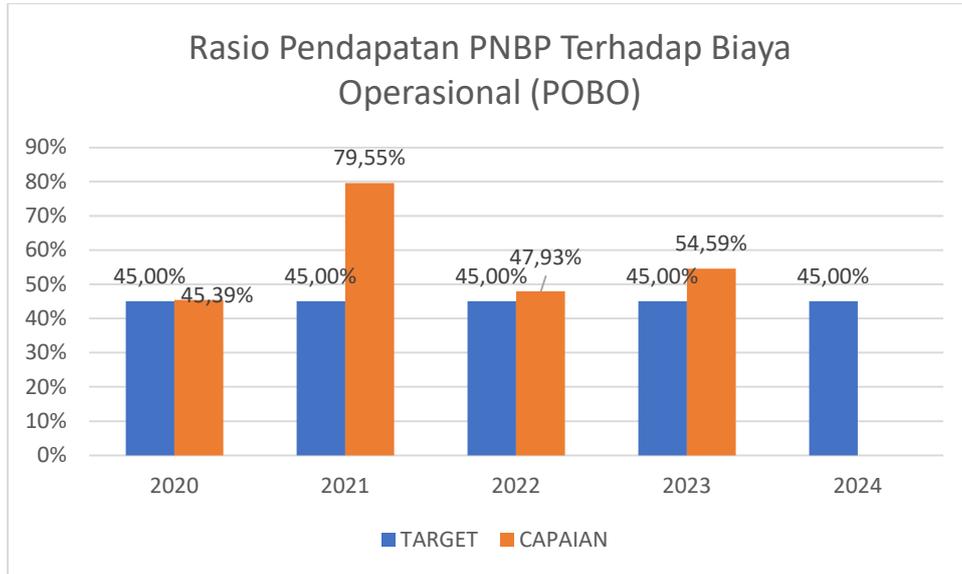
Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah Persentase hasil perbandingan pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap biaya operasional dalam satu periode (akrual basis).

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- 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 5.3
Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional TA 2023
RS. 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 intensifikasi pendapatan layanan operasional dan mengoptimalkan pengelolaan aset,
- RSMM masih membutuhkan alokasi dana dari Rupiah Murni,
- Mewaspadai 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 da 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 5.4
Persentase Rekomensi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti TA 2023
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Kesulitan dalam penyelesaian karena Perusahaan tidak kooperatif dan sudah di lakukan 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

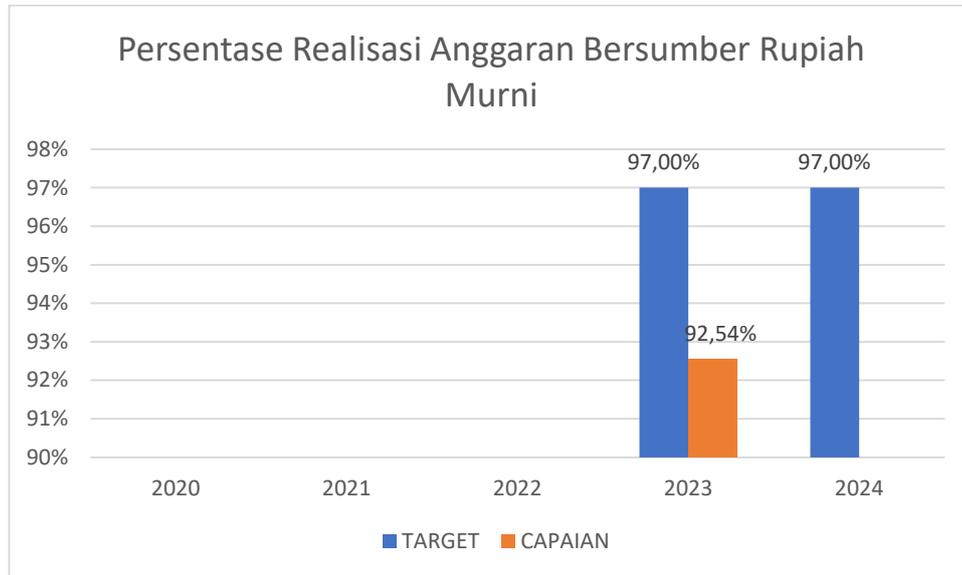
5. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

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 5.5
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni TA 2023
RS. 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.

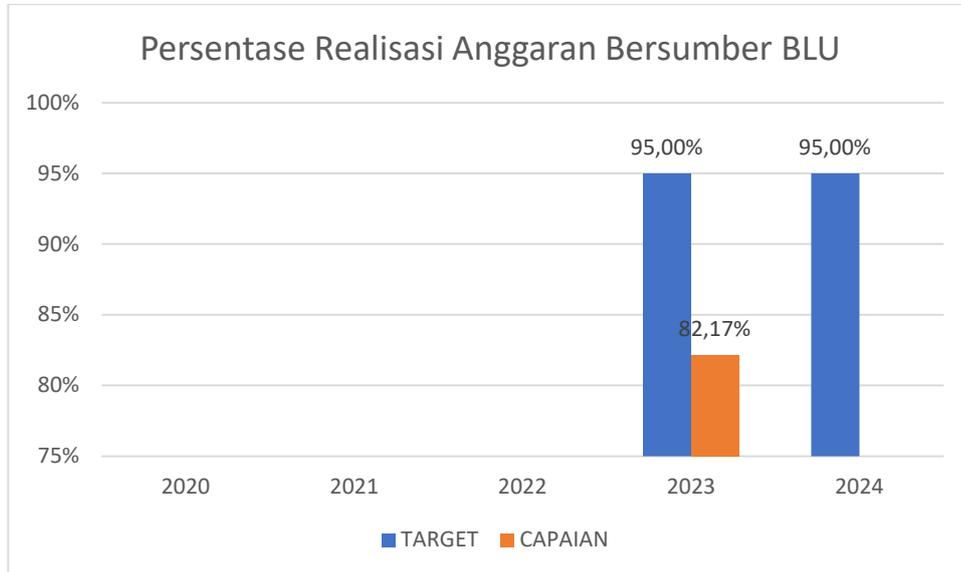
6. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

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 5.6
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU TA 2023
RS. 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

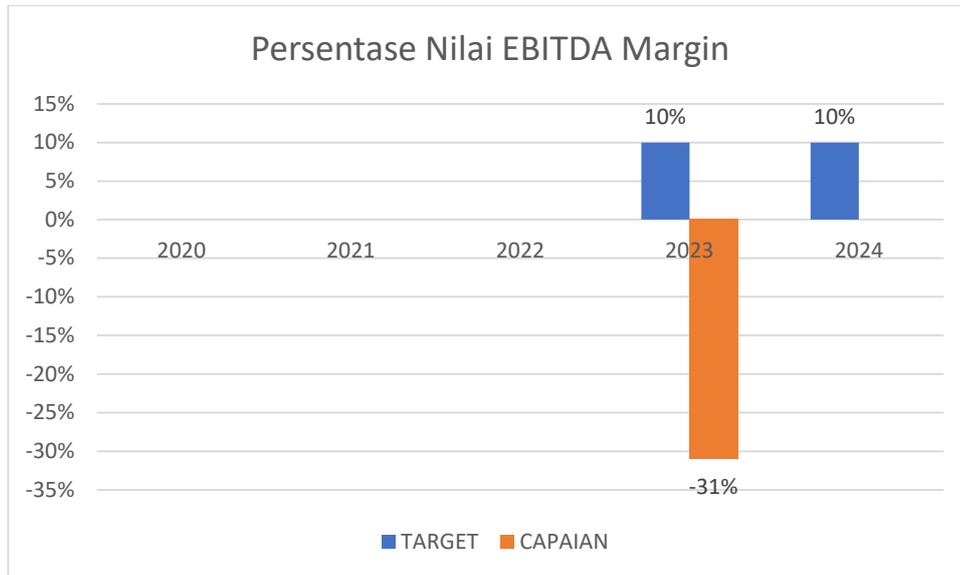
7. Persentase Nilai EBITDA Margin

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:

Grafik 5.7
Persentase Nilai EBITDA Margin TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



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.

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).

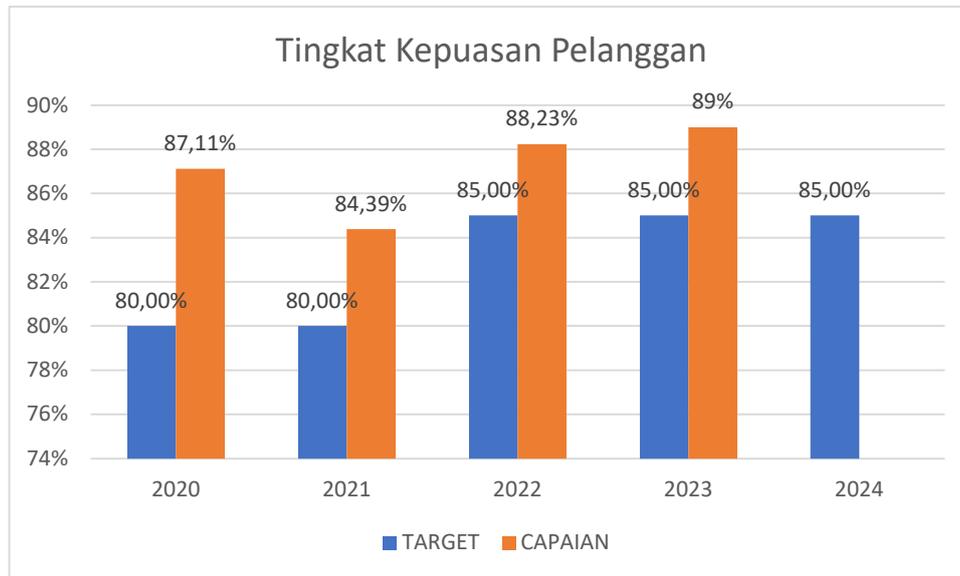
Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instansi pemerintah (Permenpan No. 14 tahun 2017).

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:

Grafik 5.8
Tingkat kepuasan Pelanggan TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



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)

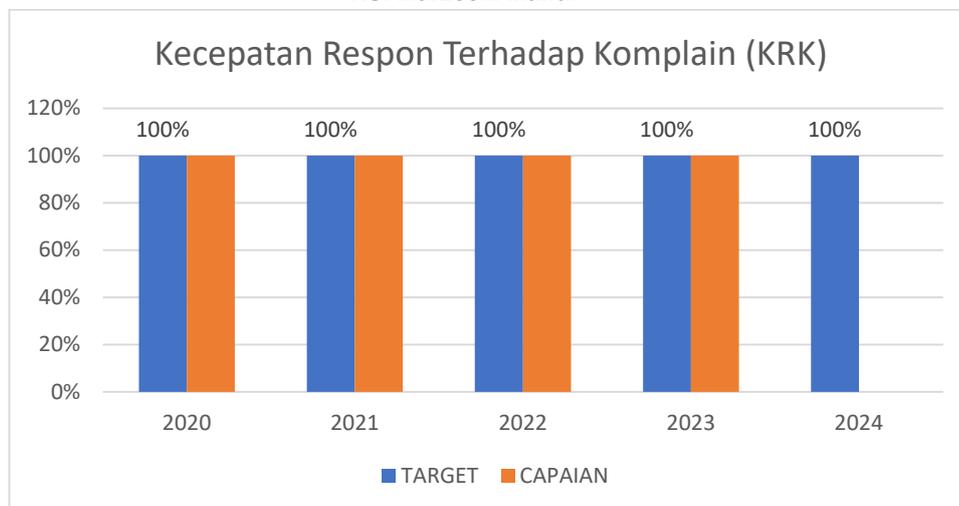
Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan 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 5.9
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) TA 2023
RS. 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 tindak lanjut terhadap complain sehingga dapat memberikan kepuasan terhadap pelanggan.

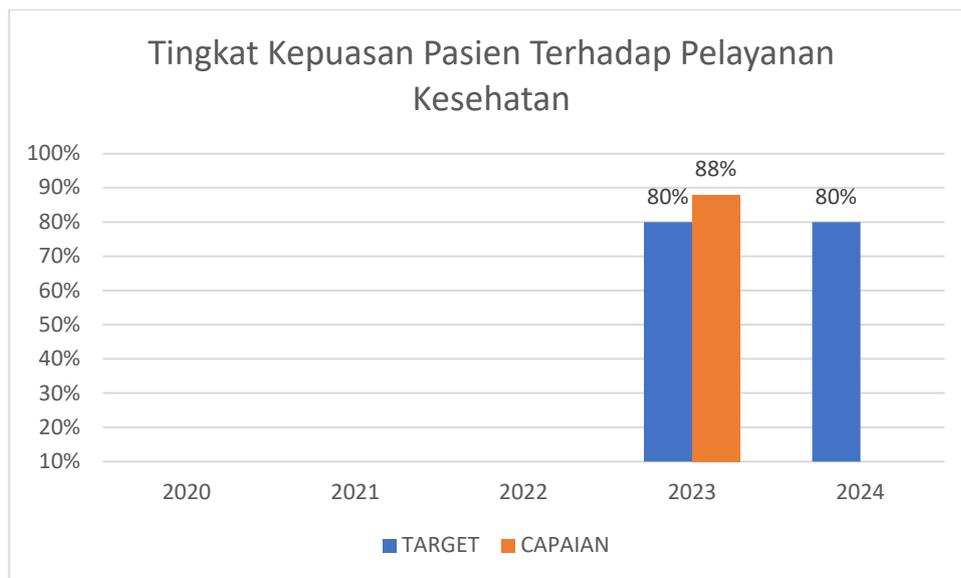
10. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

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 money sarana dan prasarana yang sesuai strandar 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 5.10
Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan TA 2023
RS. 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.

11. Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

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

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

Tahun 2020:

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

Tahun 2021:

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

Tahun 2022:

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

Tahun 2023:

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

Tahun 2024:

- Pertumbuhan dan Evaluasi Layanan Unggulan

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

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

1. Assessment Center/ Pusbangkom
Assessment center pada 2023 berubah menjadi Pusat Pengembangan Kompetensi SDM merupakan layanan terpadu yang terdiri
 - a) Layanan MCU , MMPI, pengembangan potensi dan kepribadian
 - b) Layanan vaksin
2. Layanan hotline service
Konsultasi 24 jam (D'patens24)
3. Anak dan Remaja terpadu
Adalah layanan untuk usia 10-35 tahun yang terdiri dari
 - a) Layanan Psikiatri anak dan Remaja
 - b) Layanan klinik anak

- c) Layanan klinik Early Psychosis
4. Geriatri terpadu
Adalah kekhususan untuk pasien rawat jalan diatas 60 tahun. Layanan ini sejak bulan April 2022 diselenggarakan Gedung Ismaya yang diresmikan oleh Dirjen Pelayanan Kesehatan. Layanan geriatric terpadu diberi nama: Layanan Terpadu Ramah Satu Atap yang disingkat menjadi : Lantera Satu.
Layanan Lantera Satu terdiri dari :
- a) layanan Psikogeriatri
 - b) layanan fisik spesialis lainnya
 - c) layanan klinik memori
5. Napza
Layanan Napza adalah layanan rawat jalan diklinik Napza. Layanan Rawat Inap rehabilitasi pemulihan ketergantungan Napza

Tabel 5.2 Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

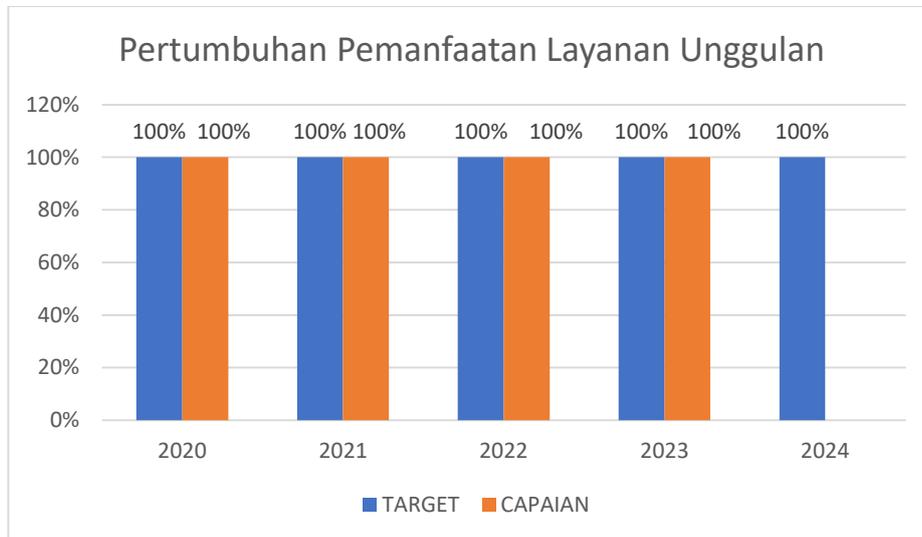
No	Layanan PDC	Kunjungan		Pertumbuhan (%)
		2022	2023	
1	Assessment Center			
	MCU fisik dan Mental	1.805	2.406	1.33
2	Anak dan Remaja			
	a Psikiatri	6.015	5.308	0.88
	b non Psikiatri	1.125	1.365	1,21
	c. <i>Early Psychotic (EP)</i>	3.058	3.381	1.11
3	Geriatri Terpadu			
	a Psikogeriatri	5.295	6.071	1.14
	b Geriatri	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 5.11
Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan TA 2023
RS. 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 5.12
Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien TA 2023
RS. 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

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:

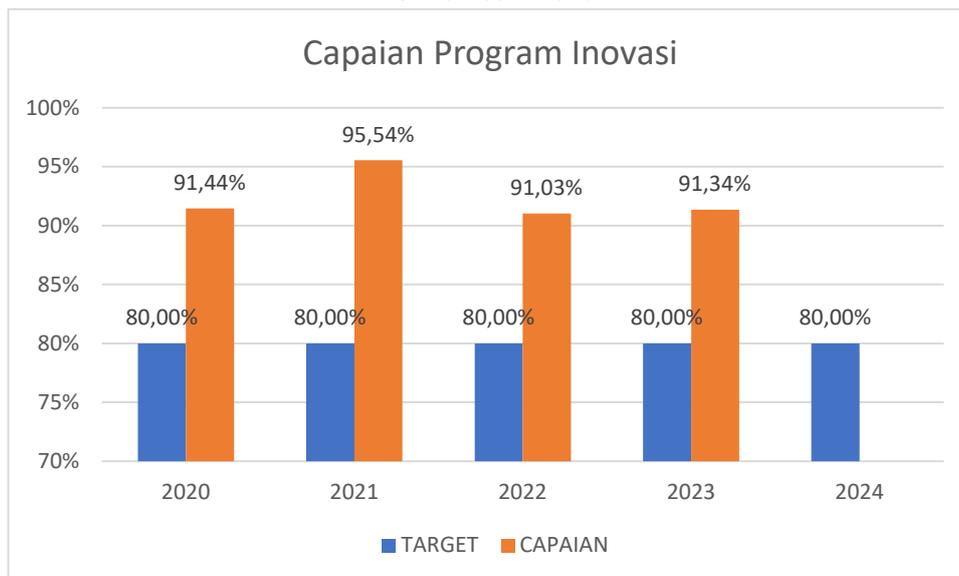
- Indikator capaian kepatuhan Clinical Pathway dan Capaian Inovasi Safewards – WHO QR dan Sub Indikator TA 2023 sudah sesuai target sebesar 91.34%.
- Adapun hasil capaian Safewards tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.3
Capaian Program Inovasi SAFEWARDS TA 2023
RS. 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	98,48%	97,8%	86,8%	78,6%	91,34%

Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator sebagai berikut

Grafik 5.13
Capaian Program Inovasi RS TA 2023
RS. 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 RSMM 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 pelaporan 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)

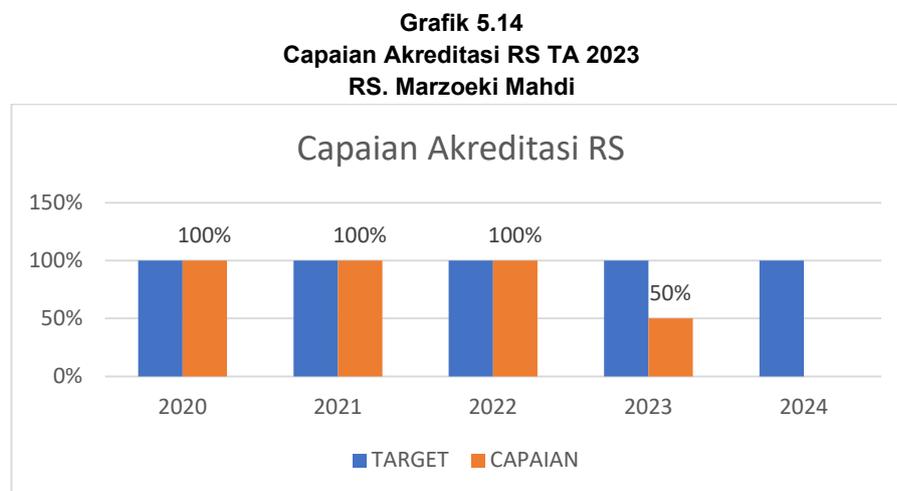
Dengan target pertahun 100%

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:



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.

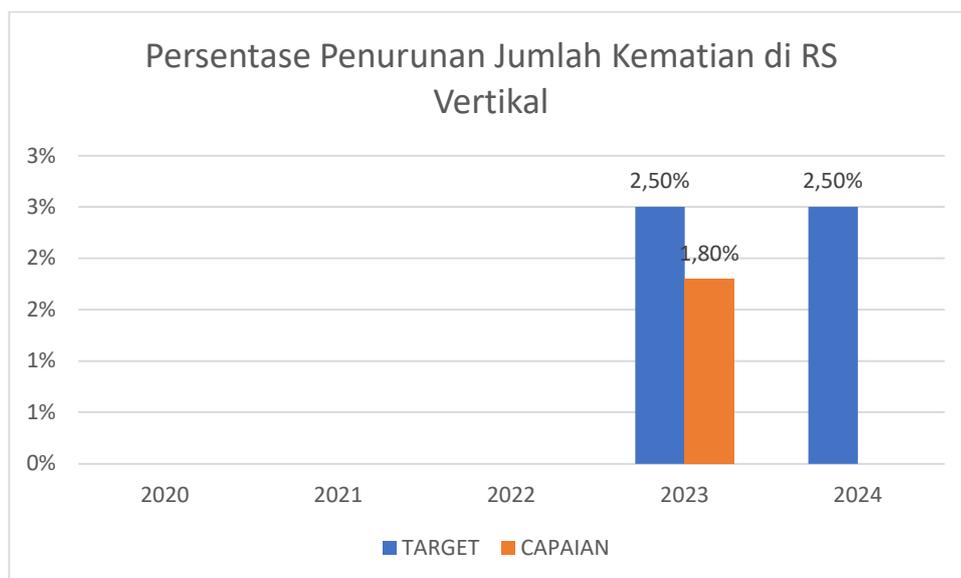
15. Persentase Penurunan jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal

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 5.15
Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal TA 2023
RS. 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)

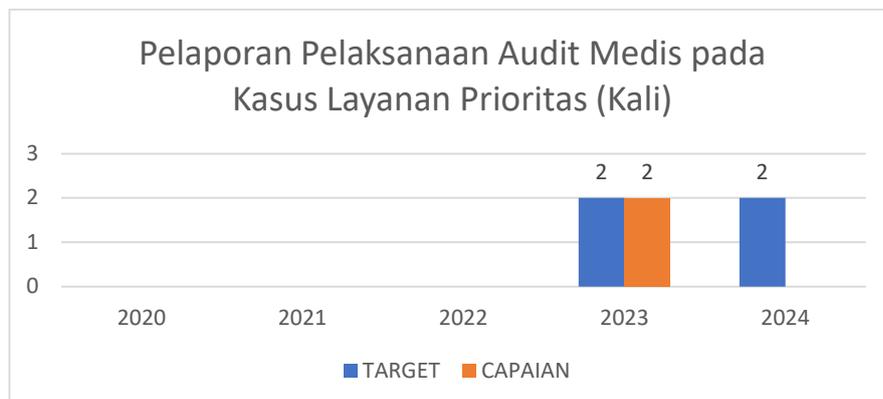
Hasil pelaksanaan audit pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan

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 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) TA 2023
RS. 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(100%) 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

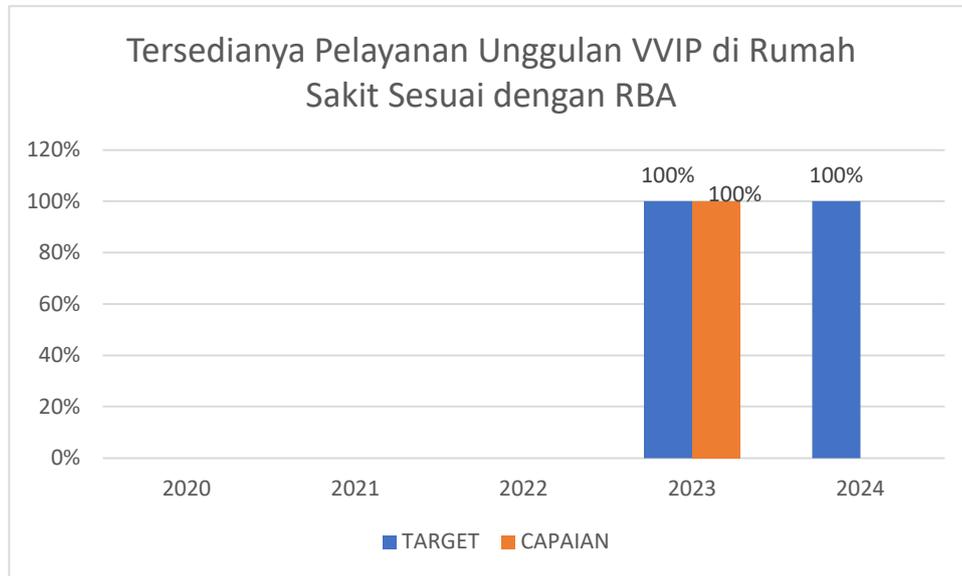
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran adalah pelayanan unggulan VVIP rajal dan atau ranap di RS Vertikal agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Ketersediaan pelayanan unggulan VVIP yang dimaksud adalah penyelenggaraan layanan eksekutif di Rawat Jalan. Sejak bulan April tahun 2023 RSMM 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 5.17
Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran TA 2023
RS. 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 5.18
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP TA 2023
RS. 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 medis spesialis untuk bergabung dalam layanan unggulan eksekutif dan bertaraf internasional

- Dengan meningkatnya fasilitas sarana prasarana dan mutu layanan diharapkan akan berdampak pada perbaikan tarif

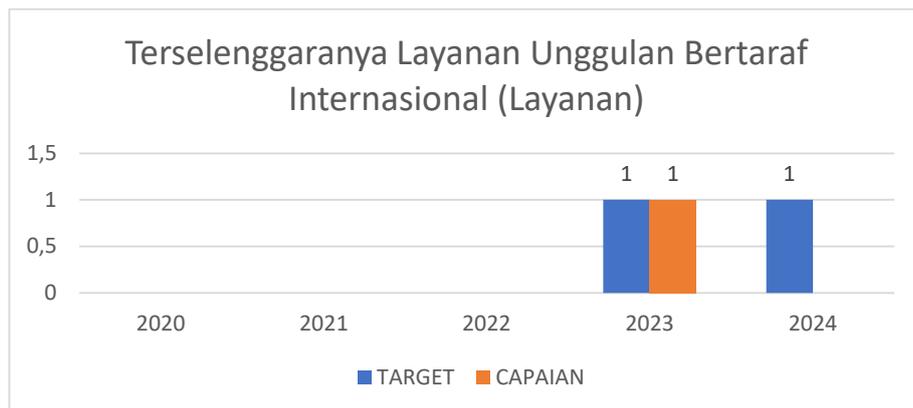
19. Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional

Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional adalah kerjasama RSMM 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 5.19
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP TA 2023
RS. 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 RSMM

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.

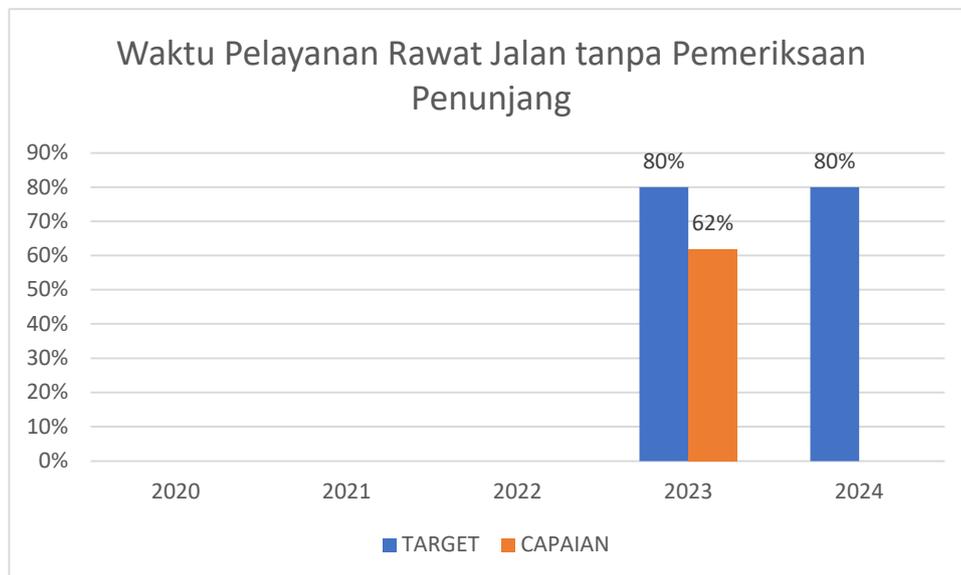
20. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang

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 5.20
Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang TA 2023
RS. 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 RSMM 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 laebih 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

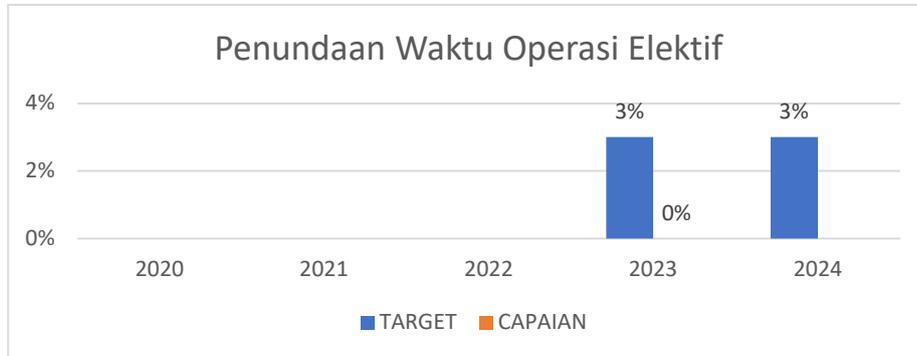
Definisi Operasional Penundaan Waktu Operasi Elektif adalah:

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 5.21
Penundaan Waktu Operasi Elektif TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum adanya displat pasien operasi pada ERM dan sudah dilakukan koorsinasi 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:

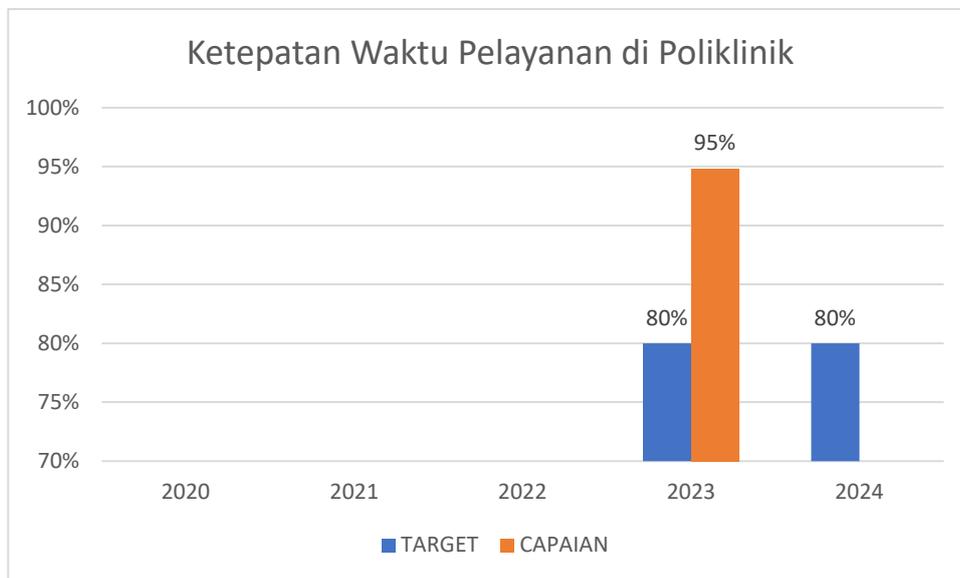
- Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan,
- Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis,
- Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan,
- Rumah 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 5.22
Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik TA 2023
RS. 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*.

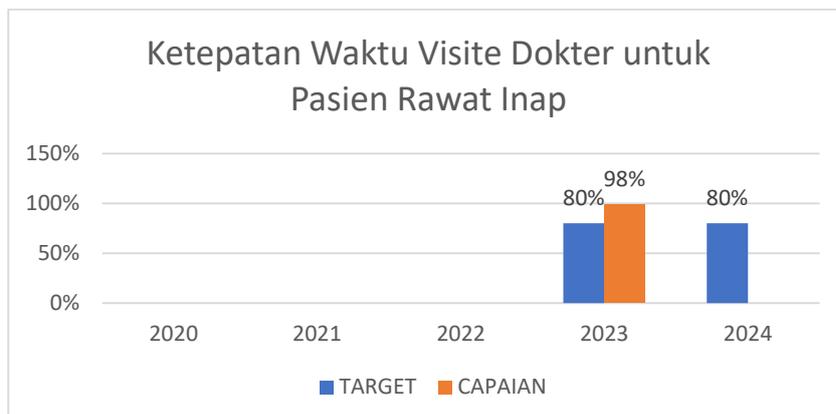
23. Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap

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 5.23
Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap TA 2023
RS. 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.*

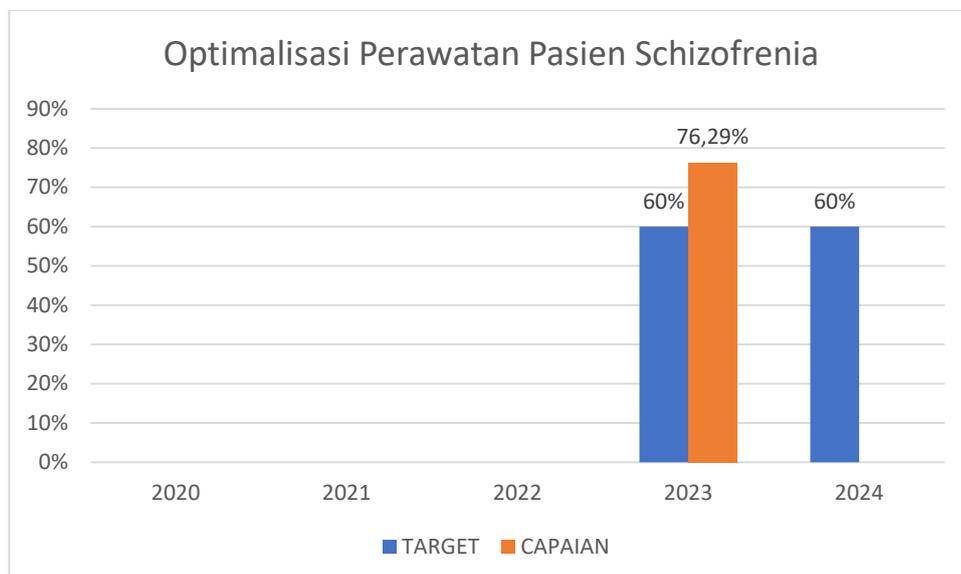
24. Optimalisasi Lama Rawat Pasien Schizofrenia

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 5.24
Optimalisasi Lama Rawat Pasien Schizofrenia TA 2023
RS. 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 5.25
Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup TA 2023
RS. 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 5.26
Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target Masing-masing Indikator TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI,
- Mesin APM 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, pemantauan pasien 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 5.27
Laporan dan pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol
TA 2023
RS. 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, manajer kasus, 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 keselamatan pasien, 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 RS. Marzoeki Mahdi, 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

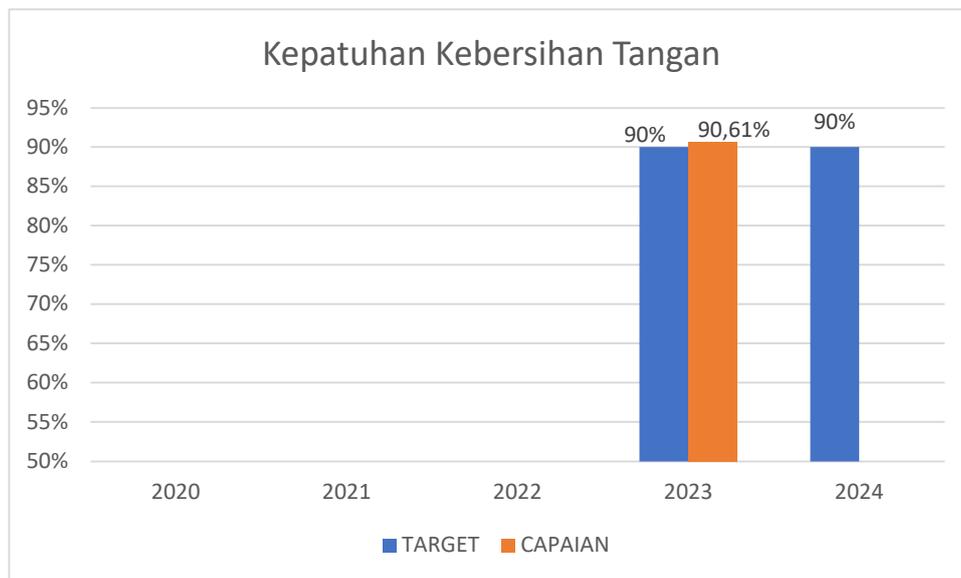
28. Kepatuhan Kebersihan Tangan

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 RS. 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 5.28
Kepatuhan Kebersihan Tangan TA 2023
RS. 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 RS. 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 5.29
Kepatuhan Kebersihan Tangan TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

- Tingkatkan audit monitoring secara berkala oleh IPCD, IPCN, IPLN
- 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.

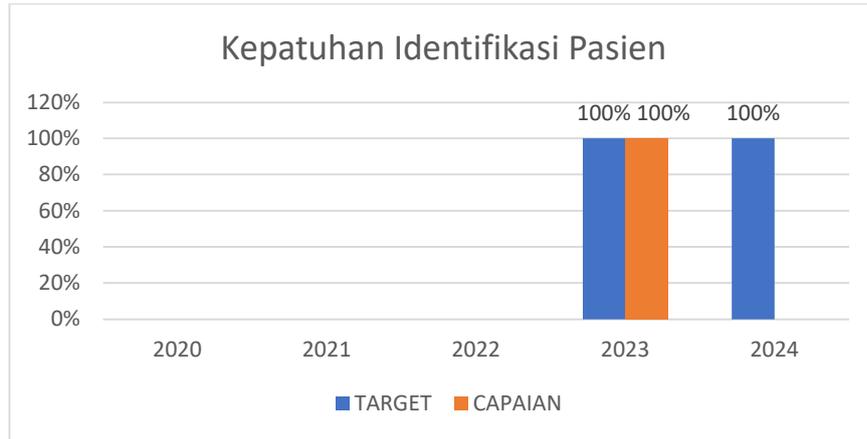
30. Kepatuhan Identifikasi Pasien

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 5.30
Kepatuhan Kebersihan Tangan TA 2023
RS. 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 menubung, gagal vakum/ forseps, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

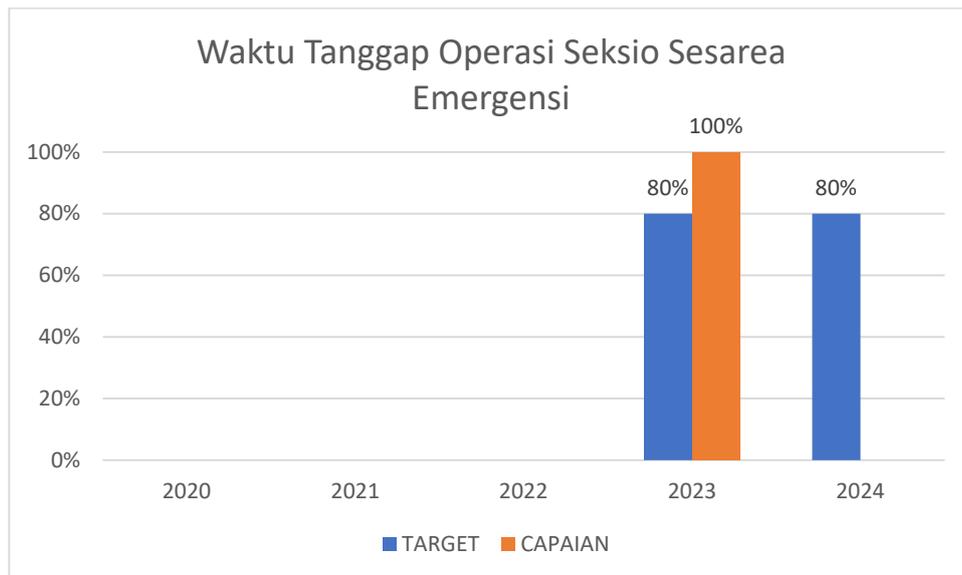
Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

Kondisi yang Dicapai Saat ini:

- Seluruh ibu yang melahirkan dengan SC ditangani \leq 30 menit,
- RSMM 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 5.31
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi TA 2023
RS. 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.

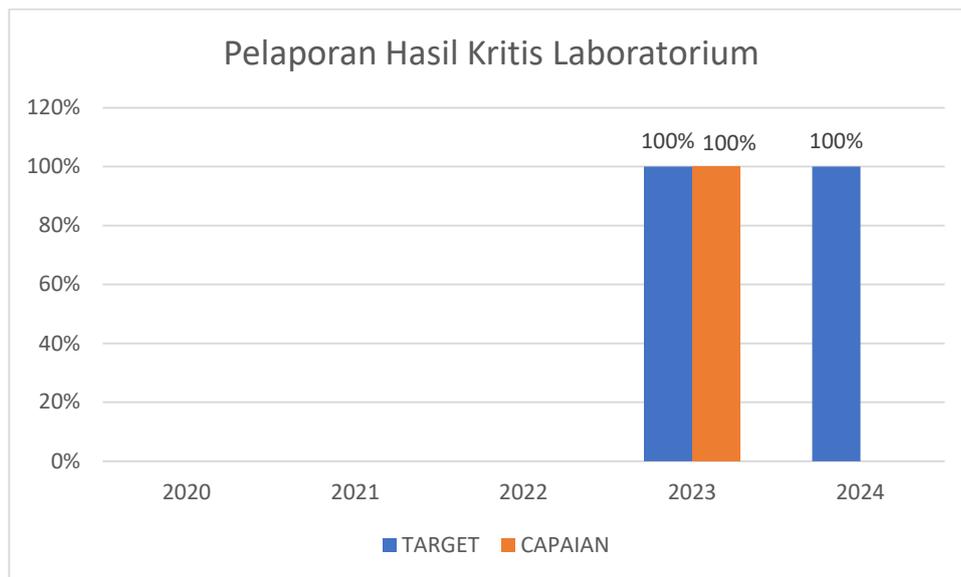
Sedangkan definisi Operasionalnya adalah:

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 5.32
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium TA 2023
RS. 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.

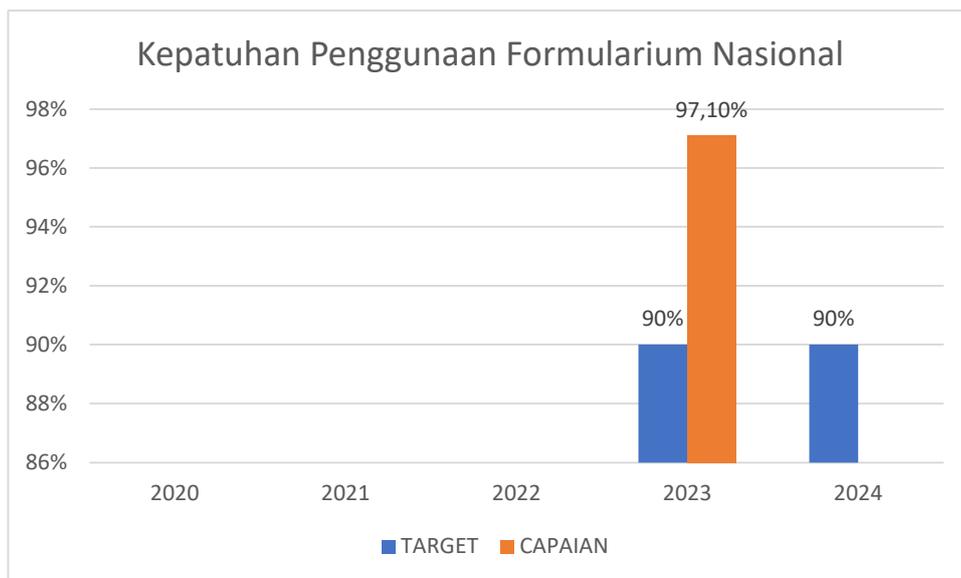
33. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

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 5.33
Pelaporan Penggunaan Formularium Nasional TA 2023
RS. 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

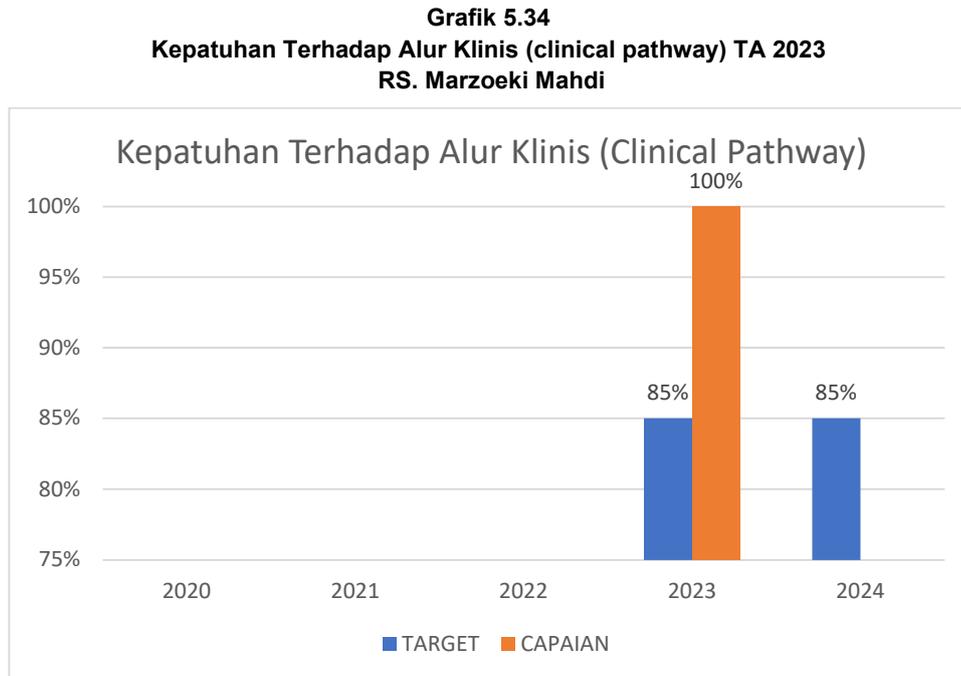
panduan praktek klinik dan penyusunan Formularium Rumah Sakit. Sehingga biaya penggunaan obat pasien JKN dapat ditekan dan dokter memiliki pedoman di dalam memberikan obat yang diperlukan selama perawatan pasien.

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:



Kendala dan Permasalahan:

- Ketidakpatuhan 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,
- Pemebrian terapi sesuai dengan CP yang dibuat,
- Evaluasi / audit kepatuhan CP oleh seluruh PPA,
- Melakukan audit 5 PPK.

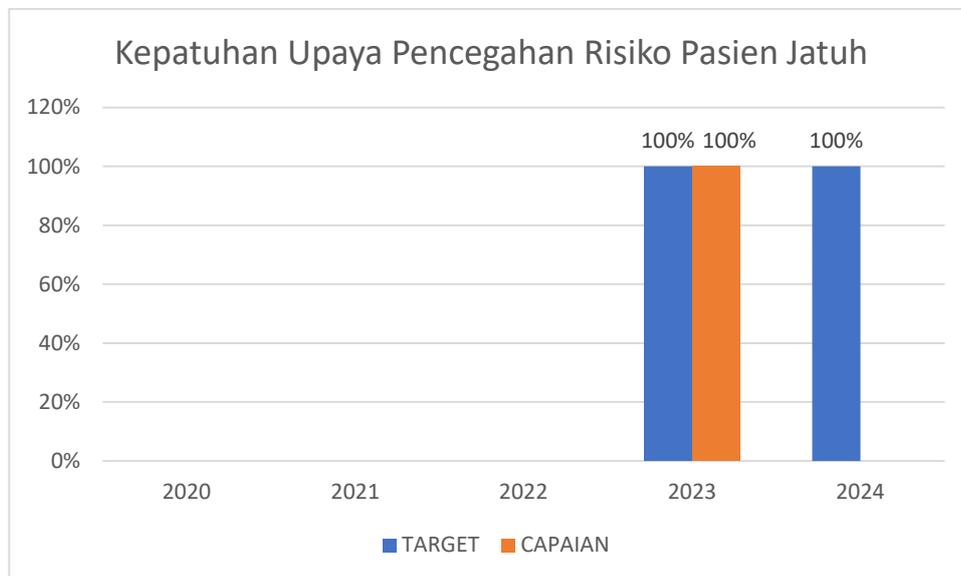
35. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

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 5.35
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

- Hal ini perlu dipertahankan.

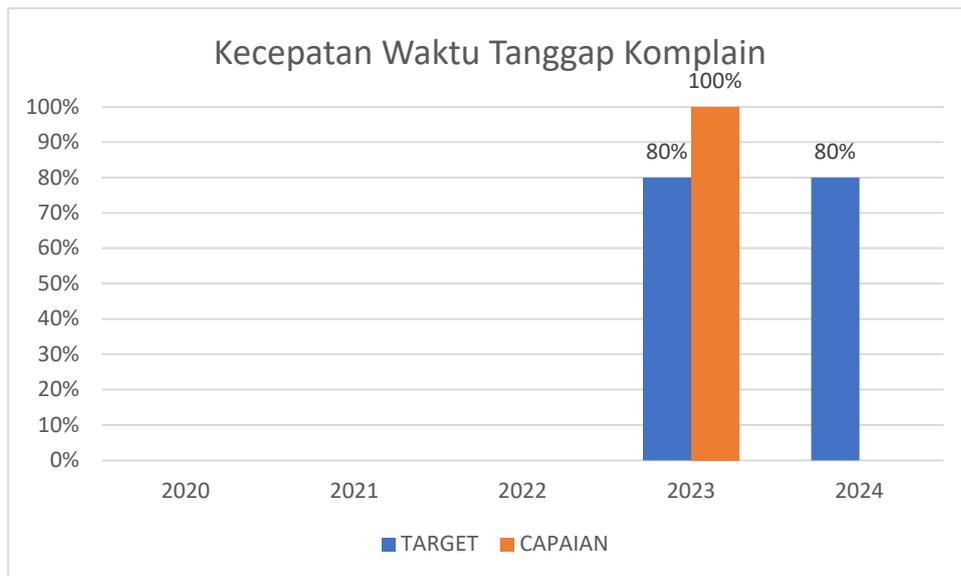
36. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

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 5.36
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain TA 2023
RS. 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 RS. Marzoeki Mahdi baik sebagai peneliti utama maupun contributor yang dipublikasikan nasional dan atau internasional dalam bentuk abstrak, jurnal, poster atau makalah lengkap.

Sumber pembiayaan internal maupun eksternal.

Target publikasi penelitian adalah:

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

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

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

- 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 5.37
Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional TA 2023
RS. 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 RS. Marzoeki Mahdi telah diakreditasi PPSDM upload Sistem Akreditasi Pelatihan (Siakpel). Target pelatihan tersertifikasi adalah:

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

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

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

4. Penyelenggaraan pelatihan 20%
5. Terakreditasi 25%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pelatihan tersertifikasi yang telah dilakukan :

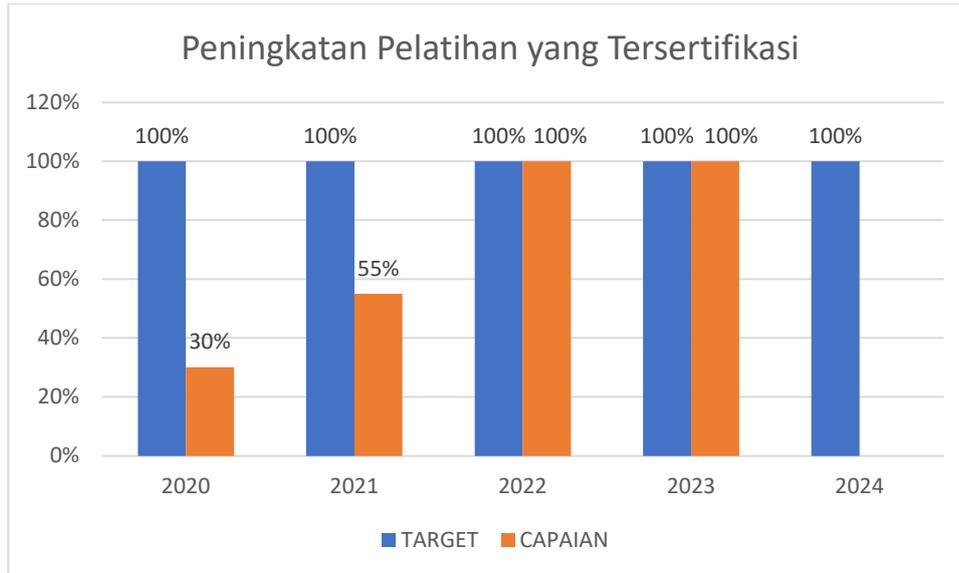
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM dan PPNI yaitu Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Dasar Bagi Tenaga kesehatan di Fasyankes
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM yaitu Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- Penyelenggaraan Pelatihan Terakreditasi PPSDM yaitu Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan di RSMM 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 Soeprapto Provinsi Bengkulu dan RSMM (*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 5.38
Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi TA 2023
RS. 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 RSMM.
- **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.

39. Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM Bogor

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

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

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

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

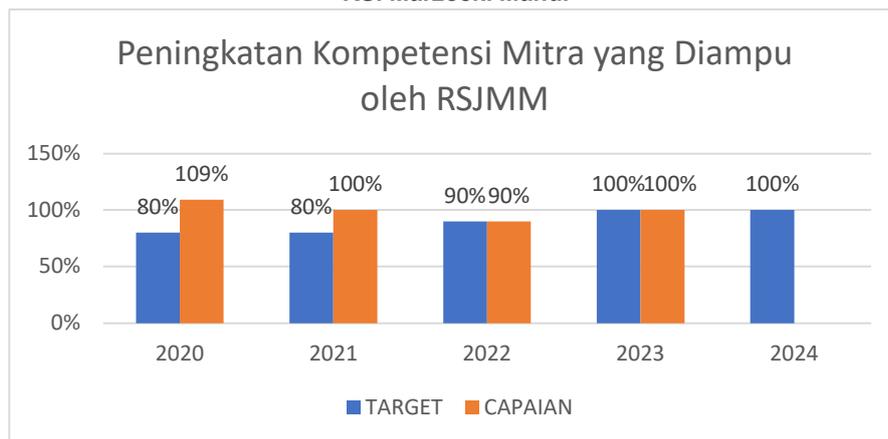
Target capaian terhadap tahapan capaian tahun 2023: 100%

Hasil yang dicapai

- Kunjungan ke 37 Provinsi sebagai RS Pengampu Koordinator dan Pengampu Regional dalam Pengampunan, bimbingan tehknis 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 5.39
Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSMM TA 2023
RS. 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 RSMM 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 pengampunan Keswa, teridentifikasi secara umum Kelengkapan SPA tercapai 65 %
- Dari hasil pemetaan melalui Borang Jejaring Pengampunan, 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 .540
Melakukan Pembinaan RS Daerah Sesuai dengan Kekhususannya Menjadi Utama dan Paripurna TA 2023
RS. 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 pengampunan
- Monitoring dan Evaluasi Program secara berjenjang (RS Pengampu Nasional- RS Pengampu Regional - RS Pengampu - RS yang diampu).

41. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

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

Target yang ditetapkan :

2021 :60%

2022: 70%

2023: 85%

2024: 100%

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

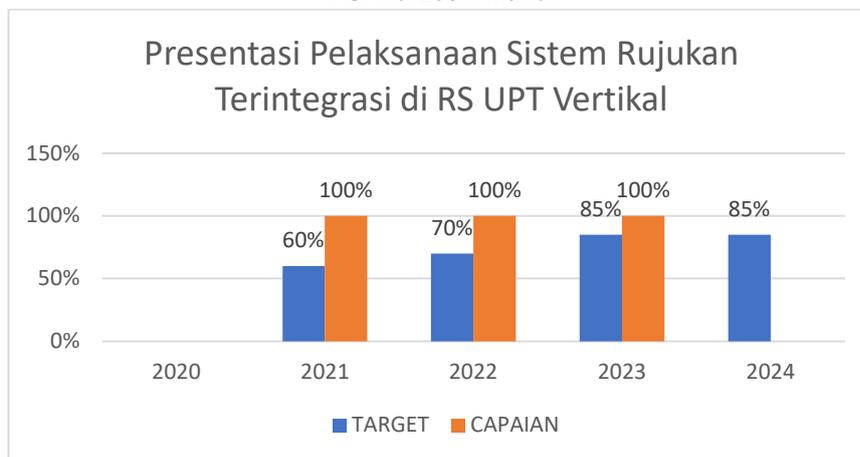
Tabel 5.4
Capaian SISRUTE TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi

NO	KRITERIA PENILAIAN	DOKUMEN	BOBOT (%)	CAPAIAN 2023	PENILAIAN (%)
1	Ada Kebijakan dan Tim Pengembangan SISRUTE di RSMM	Standar Operasional Prosedur (SOP) atau SK Direktur tentang Implementasi SISRUTE di rumah sakit	25	RSMM sudah memiliki SOP dan SK implementasi terkait layanan SISRUTE	25
2	Ada laporan pemanfaatan dan Evaluasi penggunaan SISRUTE di rumah	dokumen evaluasi atau notulensi hasil rapat implementasi SISRUTE	25	secara berkala kepala Instalasi Gawat Darurat mengadakan pertemuan dan evaluasi ke DPMKP	25

	sakit secara berkala				
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 5.41
Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal TA 2023
RS. 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 RSMM 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 5.42
Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna TA 2023
RS. 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.

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

b. Penataan Tatalaksana

Dalam membangun Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor telah melaksanakan beberapa program dan kegiatan dalam hal Penataan Tatalaksana. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1)

Merubah format Standar Operasional Prosedur (SOP) sesuai dengan SOP- (2). Terdapat e-office; (3). serta sudah menjalankan keterbukaan informasi publik melalui website www.rsmmbogor.com, sehingga masyarakat dapat mengetahui berbagai informasi terkait Rumah Sakit Jiwa dr. H. 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 RSMM tahun 2019 telah direview dan sudah disusun draft Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. (3) RSMM Bogor juga sudah mempunyai layanan terpadu yakni sistem informasi integrated. (4)RSMM Bogor telah melakukan survey layanan kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan yang disediakan oleh RSMM Bogor. Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud yaitu:

Grafik 5.43
Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

a. Manajemen Perubahan

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

b. Penataan Tatalaksana

- Belum Optimalnya review SOP-AP pada unit kerja

- Lemahnya koordinasi pihak-pihak terkait untuk menyelesaikan masalah penyelesaian dan pengajuan SPM RSMM Bogor.
- c. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)
 - Kurangnya koordinasi dalam hal monitoring dan evaluasi pemenuhan kebutuhan pegawai, pola mutasi internal. Kurangnya sosialisasi kode etik.
- d. Penguatan Akuntabilitas
 - Belum 100% pegawai mempunyai kesadaran mempunyai kewajiban menyerahkan laporan kinerja tepat waktu.
- e. Penguatan Pengawasan
 - Masih adanya Temuan BPK dan Itjen yang belum selesai ditindaklanjuti yang merupakan hambatan utama tidak dapat dilaksanakan self assessment tahun 2023.

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%,

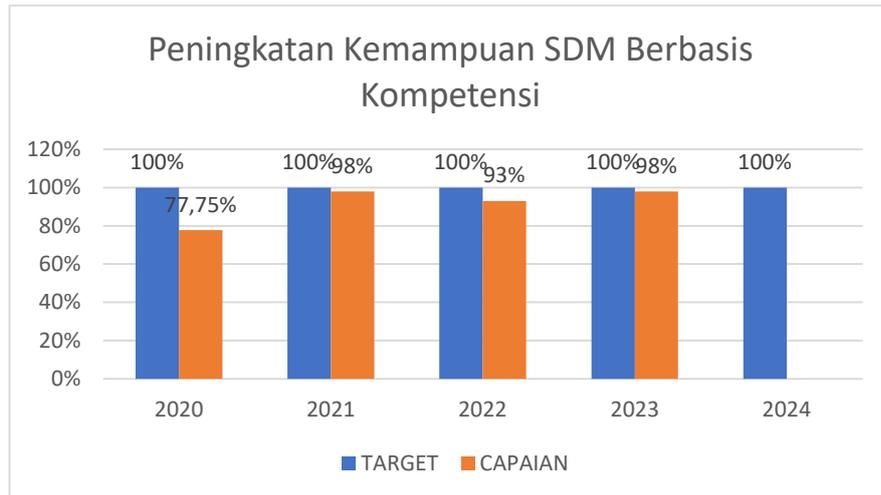
Kegiatan yang telah dilakukan :

- 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 5.44
Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi TA 2023
RS. Marzoeeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

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

Rekomendasi:

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

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:

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud yaitu:

Grafik 5.45
Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- *Staff Shortages*

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

- *Turnover Rates*

Rasio perputaran SDM yang tinggi dapat menyebabkan kendala kurangnya jumlah staf yang dibutuhkan untuk sebuah Rumah Sakit. Dengan demikian upaya

mempertahankan karyawan dengan dedikasi dan kinerja yang baik akan menjadi solusi preventif.

- *Employee Burnout*

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

Rekomendasi:

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

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.

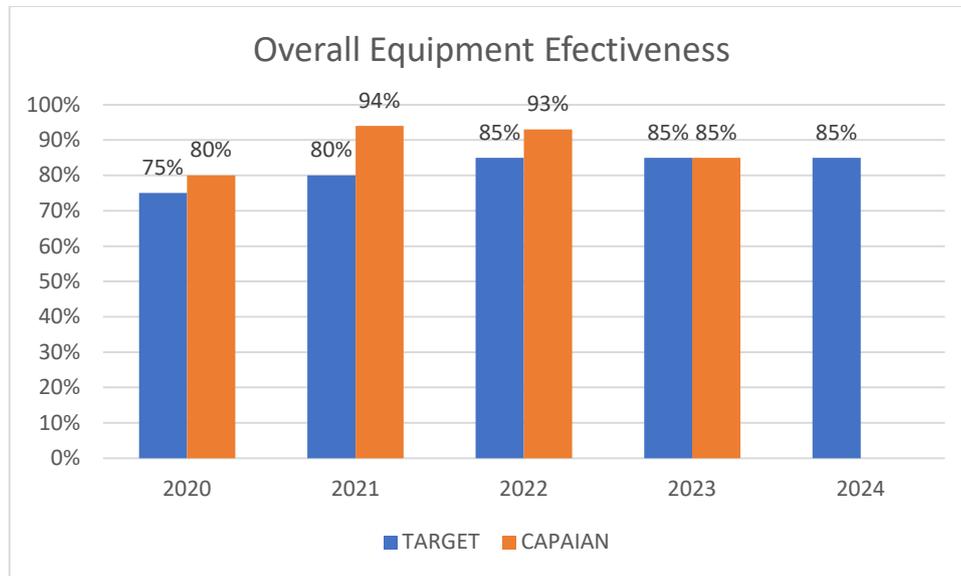
Alat yang diukur adalah Trans Magnetic Stimulation (TMS) dan Neurofeedback.

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 5.46
Overall Equipment Effectiveness (OEE) TA 2023
RS. 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.

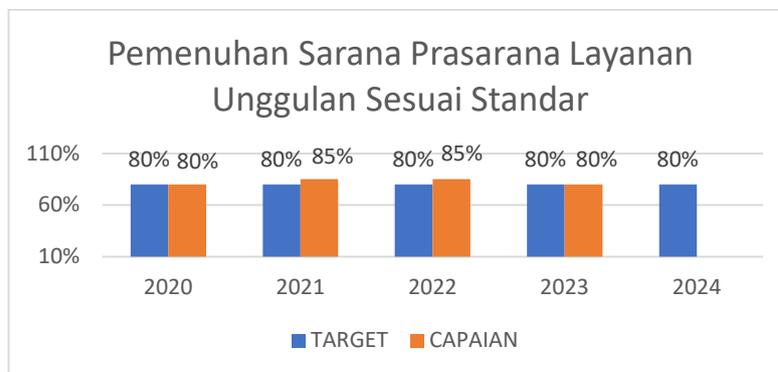
47. Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar

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 5.47
Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar Tahun 2023
RS. 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 RSMM 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.

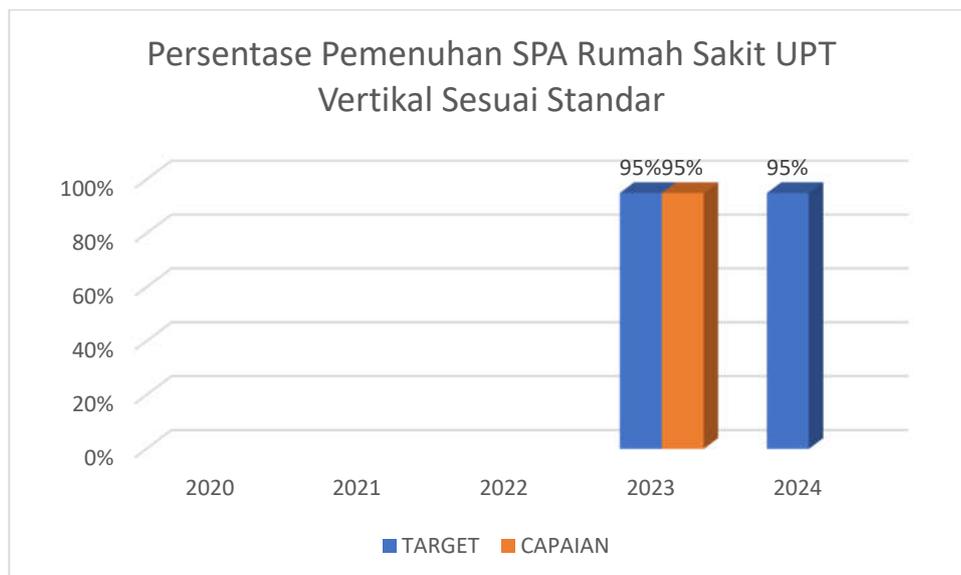
48. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

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 5.48
Persentase Pemenuhan SPA Rumah SAKit UPT Vertikal Sesuai Standar TA 2023
RS. 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 RSMM yang telah ada, disesuaikan dengan KRIS.

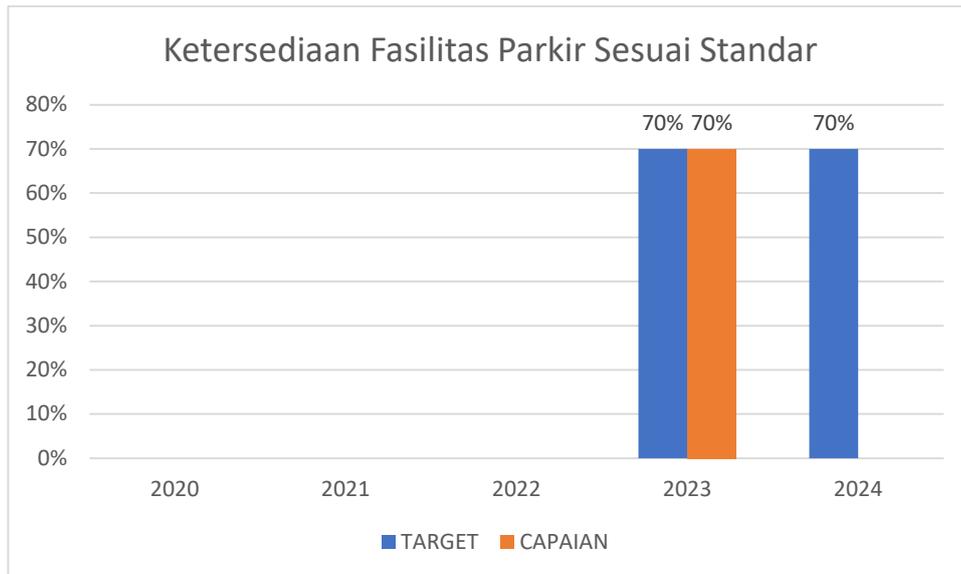
49. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

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 sesuaidengan target sebesar 70%. Berikut adalah grafik yang dimaksud:

Grafik 5.49
Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar TA 2023
RS. 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 RSMM. Pihakketiga selanjutnya akan mengajukan biaya tarif yang baru ke RSMM.

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.

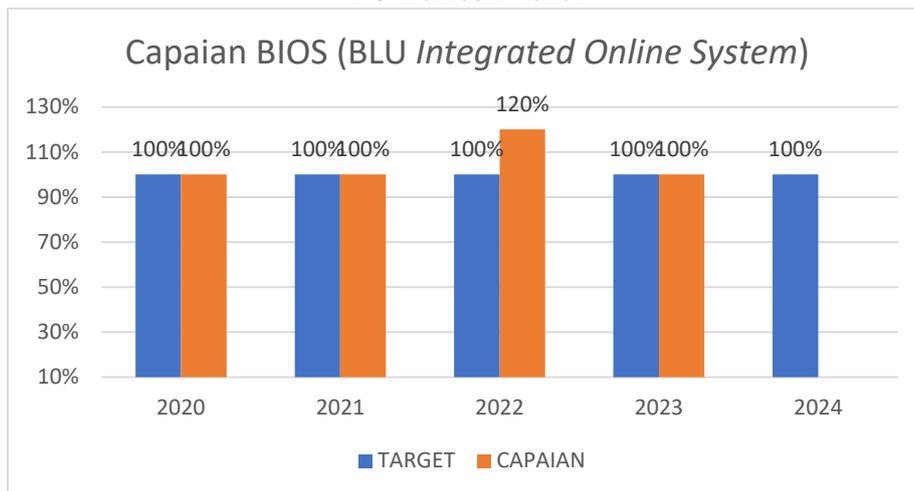
Persentase penyelesaian pengembangan sistem informasi berdasarkan optimalisasi penggunaan aplikasi BIOS dengan tahapan yang harus diselesaikan. Tahapan Modernisasi Pengelolaan BLU yang ditetapkan oleh Direktur PPK BLU Ditjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan.

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 5.50
Capaian BIOS (BLU *Integrated Online System*) TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan:

- Sistem IT belum terintegrasi secara komprehensif

Rekomendasi:

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

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

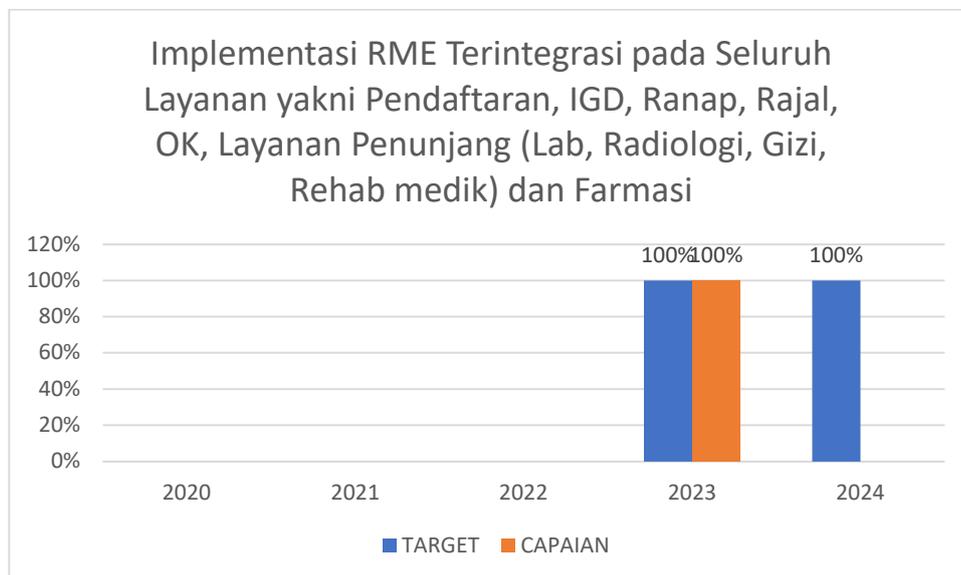
Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

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 5.51

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 RS. 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

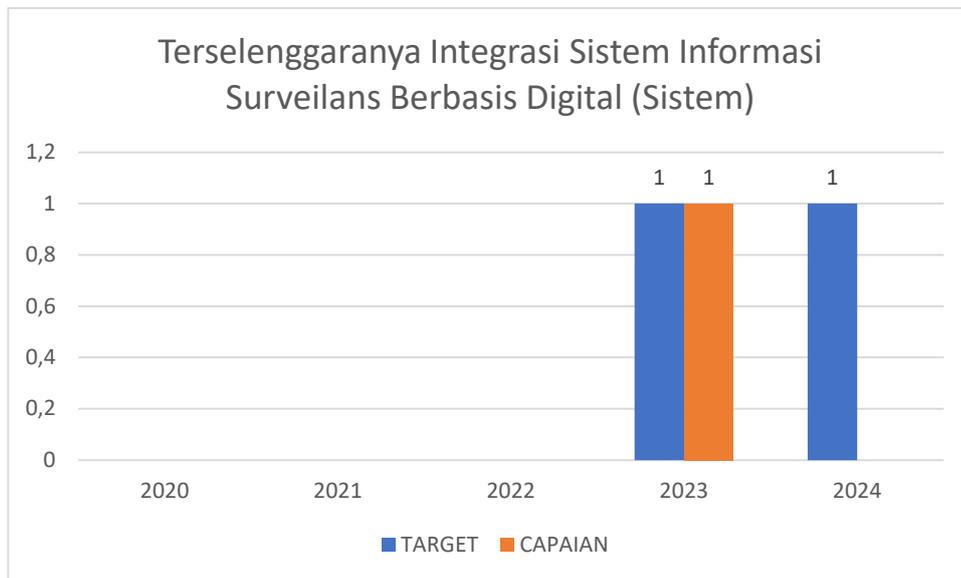
Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital bertujuan Pasien mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang lebih komprehensif dan saling terhubung berkat data yang sudah integrated di SATU SEHAT.

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 5.52

Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital dan Farmasi TA 2023
RS. 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.

5.1.2 Target dan Capaian Indikator Kinerja Terpilih TA 2023

Tabel 5.5
CApaian IKT TA 2023

NO	INDIKATOR	TW I		TW II		TW III		TW IV	
		REALISASI	NILAI CN						
1	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	80	90	85	92,5	100	100,56	100	102,67

2	Rasio PNBP 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

5.1.3 Target dan Capaian Indikator Kinerja Individu TA 2023

Tabel 5.6
Capaian IKI TA 2023

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	TA 2023		
					HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)
PELAYANAN MEDIS							
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP)	100%	0,05	100%	100	5,00
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0,05	97,10%	100	5,00
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0,02%	100	5,00
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (<i>Psychiatric Intensive Care Unit</i>)/UPIP	≤1,5%	0,05	0%	100	5,00
	5	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy</i> (ECT)	100%	0,07	100%	100	7,00
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤5%	0,05	0%	100	5,00
	7	Cuci Tangan (<i>Hand Hygiene</i>)	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0,04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	100	4,00
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	96,80%	100	7,00

	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7,00
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8,00
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8,00
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0,02	64,86 Menit	100	2,00
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0,05	57,45 Menit	100	5,00
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0,05	1.21.00	100	5,00
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0,05	0.47.00	100	5,00
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0,05	0.29.00	100	5,00
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	80%	0,02	92,02%	100	2,00
PELAYANAN KEUANGAN							
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1	54,59%	100	10,00
						JUMLAH TS	100,00
						NILAI IKI	2,0

5.1.4 Target dan Capaian Indikator Mutu Unit TA 2023

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

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

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, Tahun Anggaran 2023 adalah sebagai berikut :

5.1.5 Pencapaian Kinerja Direktorat dan Komite

5.1.5.1 Direktorat Medik dan Keperawatan

5.1.5.1.1 Tim kerja Pelayanan Penunjang

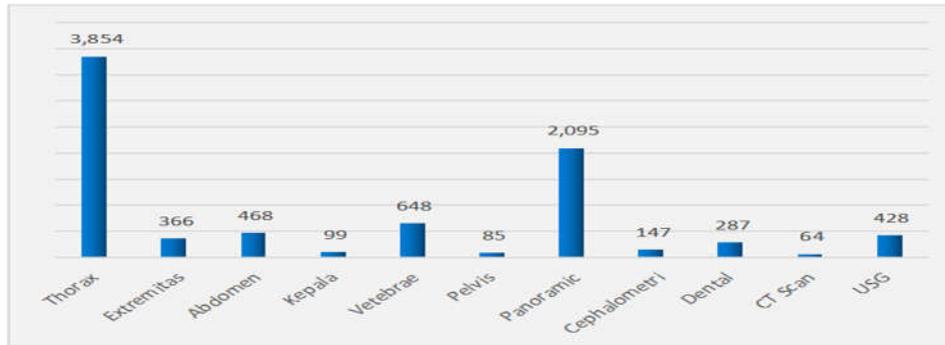
1. Kondisi yang Dicapai Layanan Radiologi, Imaging dan Elektromedik

Tabel. 5.6

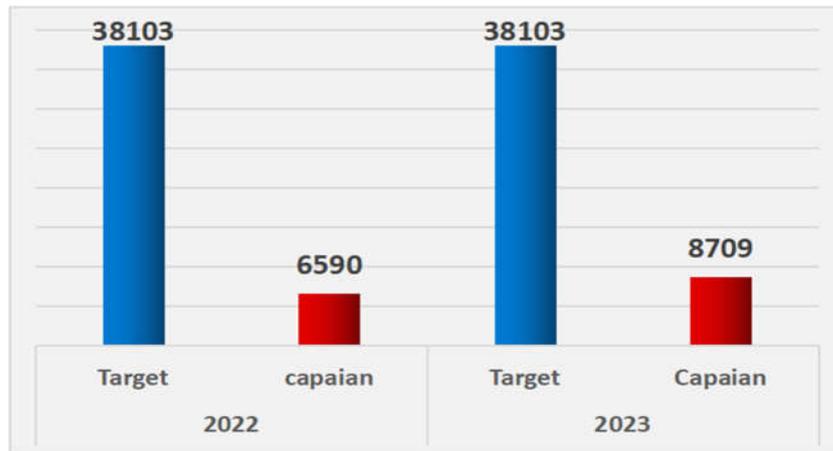
**Perbandingan Capaian Kinerja Radiologi dan Imaging
Tahun 2022 dan 2023**

No	Jenis Pemeriksaan	2022			2023			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	Thorax	10.543	3.589	34	10.543	3.854	37	0,07
2	Extremitas	1.078	241	22	1.078	366	34	0,34
3	Abdomen	507	149	29	507	468	92	0,68
4	Kepala	454	43	9	454	94	21	0,54
5	Vetebrae	1.231	460	37	1.231	648	53	0,29
6	Pelvis	144	31	22	144	86	60	0,64
7	Panoramic	1.709	929	54	1.709	2.095	123	0,56
8	Cephalometri	91	55	61	91	147	162	0,63
9	Dental	250	-	-	250	287	115	1,00
10	CT Scan	401	341	85	401	57	14	(4,98)
11	USG	4414	210	5	4414	427	10	0,51
Total		20.822	6.048	29	20.822	8.529	41	0,29

Grafik Capaian Jumlah Pemeriksaan Radiologi & Imaging Tahun 2023



Grafik Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi Tahun 2022 dan 2023

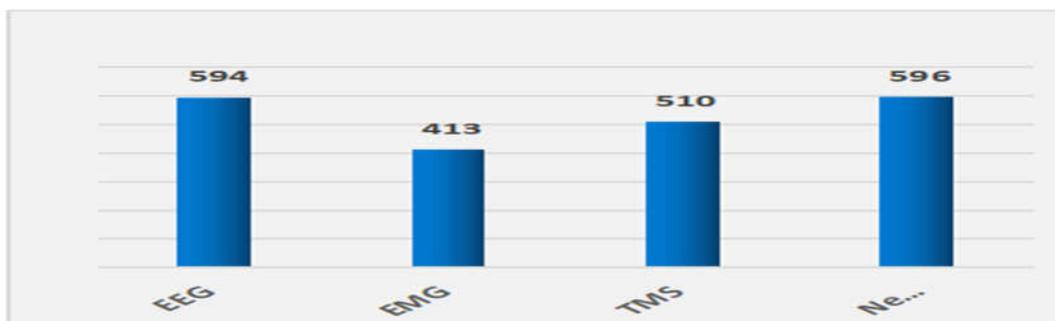


Tabel.

Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Elektromedik
TA 2022 dan TA 2023

No	Jenis Pemeriksaan	2022			2023			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	E.E.G	1.118	516	0,46	1118	594	0,53	0,131
2	EMG	120	270	2,25	300	413	0,00	0,346
3	TMS	50	809	16,18	1118	510	0,46	(0,586)
4	Neuro Feed Back	50	486	9,72	1118	596	0,53	0,185

Grafik Perbandingan Jumlah Kegiatan Elektromedik Tahun 2022 dan 2023



Grafik. Jumlah Pemeriksaan Elektromedik Tahun 2023

Indikator	Standar	Capaian											
		Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Sept	Okt	Nov	Des
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	2:11:00	1:34:00	1:24:00	1:21:00	1:30:00	1:56:00	2:13:00	1:32:00	1:17:00	1:07:00	1:15:00	1:21:00
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi RJ (WTPR Rawat Jalan ≤ 60 menit)	80%	55,73% (34/61)	70% (49/70)	62,69% (42/67)	80,77% (42/52)	78,6% (44/56)	80,95% (34/42)	83,0% (36/43)	81,4% (35/43)	87,9% (51/58)	91,9% (91/99)	94,1% (80/85)	92,97% (119/128)
Waktu tunggu Pemeriksaan Thorax	≤30 menit	00:06:04	00:05:49	0:05:09	0:06:07	0:06:09	0:07:01	0:06:00	0:06:36	00:06:27	00:06:04	00:05:58	0:06:28
Waktu Tunggu Pelayanan Ultrasonografi (USG)	≤ 180 menit	00:00:00	00:51:08	0:56:08	0:55:06	0:47:08	0:52:02	0:45:02	0:39:17	00:46:16	00:34:16	00:46:58	0:50:19
Waktu Tunggu Elektromedik	≤60 menit	00:19:02	00:17:00	0:12:02	0:20:08	0:23:07	0:23:00	0:22:82	0:14:08	00:19:34	00:20:03	00:18:09	0:18:01
Persentase Kerusakan Foto	≤2%	0%	0,32% (3/926)	0,42% (4/945)	0,38% (3/786)	0,29% (3/1044)	0,47% (3/642)	0,45% (3/669)	0,16% (1/638)	0,15% (1/635)	0,17% (1/574)	0,18% (1/548)	0,35%
Tidak Ada Kesalahan Pemberian Label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pelaporan Nilai Kritis	≤30 menit	00:00:00	00:16:05	0:26:00	00:00:00	00:00:00	0:00:00	0:10:00	0:04:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00	0:00:00

- Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging selama tahun 2023 adalah sebanyak 8529 dengan pertumbuhan 0,29 dibandingkan tahun 2022
- Kegiatan radiodiagnostik dan imaging yang terbanyak adalah Pemeriksaan Thorax yaitu sebanyak 3854 pemeriksaan.
- Pencapaian Mutu radiologi sudah tercapai sesuai standar yang telah ditetapkan

2. Kendala dan Permasalahan

- Pemeriksaan radiologi masih belum mencapai target, karena pemeriksaan terutama di Rawat jalan masih rendah
- Alat CT Scan tidak operasional penuh dalam setahun, sehingga pemeriksaan dirujuk ke RS yang bekerja sama dengan RSMM

3. Rencana Pemecahan Masalah

- Optimalisasi dan pelaksanaan program pengembangan RSMM pada tahun 2024 seperti produm layanan di asesmen center, MCU, klinik pemeriksaan calon Umroh dan Haji, pemeriksaan kesehatan pegawai, caleg dengan pemeriksaan radiologi sebagai bagian dalam paket pemeriksaan
- Meningkatkan promosi untuk mendorong peningkatan utilitas alat-alat Radiologi pemeriksaan khusus termasuk pemenuhan CT-scan bagi pasien reguler dan rujukan luar.
- Meningkatkan kompetensi SDM agar dapat melakukan semua jenis pemeriksaan
- Jaminan keamanan alat terkait kelistrikan di RSMM

5.1.5.1.2 Tim kerja Pelayanan Medik

- Capaian Kegiatan
 - ◆ Assessment Center
Assessment center merupakan layanan terpadu yang terdiri dari Layanan MCU, MMPI dan Layanan Vaksin
 - ◆ Layanan hotline service
Konsultasi 24 jam (D'patens24)
 - ◆ Anak dan Remaja terpadu
Adalah layanan untuk usia 10-35 tahun yang terdiri dari Layanan Psikiatri anak dan Remaja, Klinik anak dan Klinik Early Psychosis
 - ◆ 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.
 - ◆ Napza
Layanan Napza adalah layanan rawat jalan diklinik Napza. Layanan Rawat Inap rehabilitasi pemulihan ketergantungan Napza

Tabel 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. <i>Early Psychotic (EP)</i>	3.058	3.381	1.11
3	Geriatri Terpadu			
	a Psikogeriatric	5.295	6.071	1.14
	b Geriatri	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).

- 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
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ 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.

Pencapaian Tujuan dan Sasaran dari Program atau Kegiatan

- Capaian Program PKJN

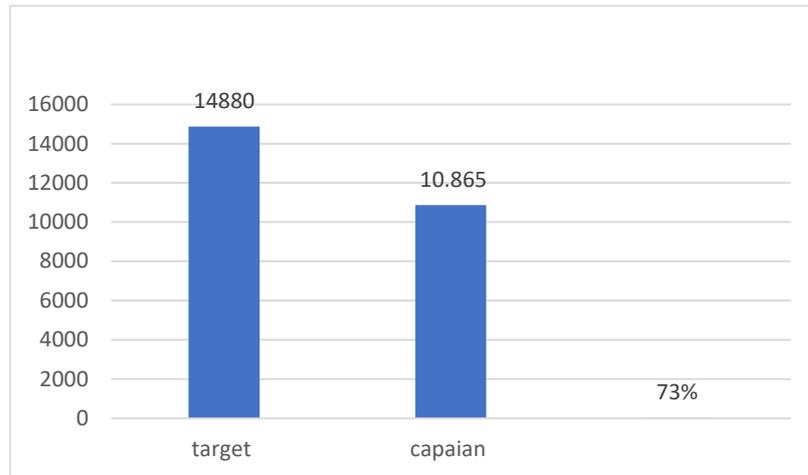
Untuk tahap awal selama tahun 2022 RSMM dalam melaksanakan tugas sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional telah melaksanakan beberapa kegiatan antara lain Jejaring Pengampunan dan *Sister Hospital*

- Capaian Kinerja Layanan Gawat Darurat

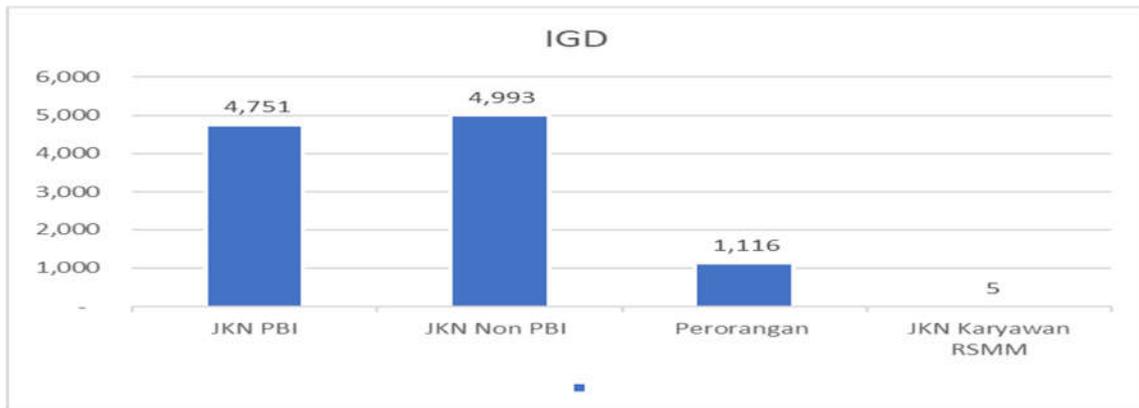
Tabel Perbandingan Jumlah Pasien IGD Tahun 2017-2023

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

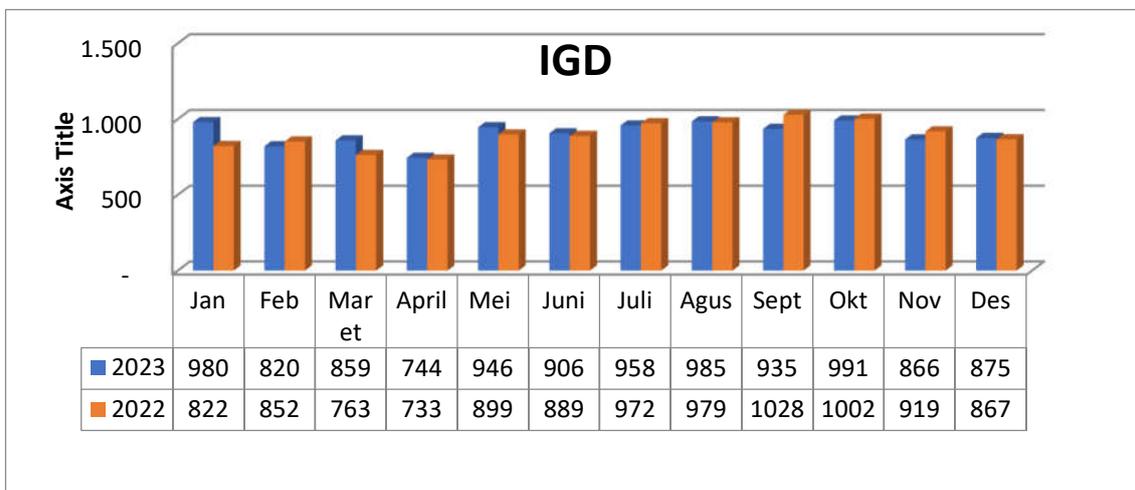
Grafik Perbandingan dan Capaian Kunjungan IGD tahun 2023



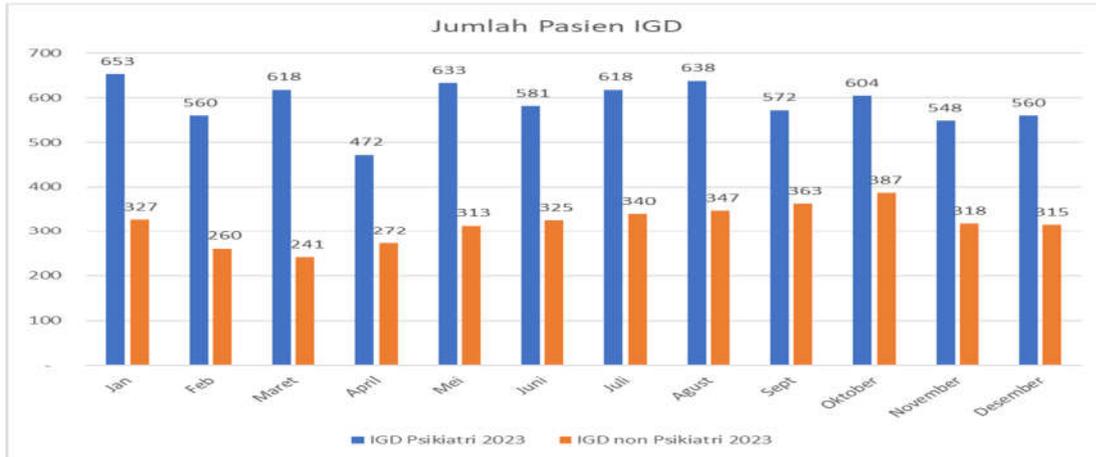
Grafik Perbandingan Jumlah Kunjungan IGD Berdasarkan cara Bayar



Grafik Perbandingan Jumlah IGD Tahun 2022-2023



Grafik Jumlah Pasien IGD Psikiatri dan Non Psikiatri tahun 2023



- ◆ Kondisi yang Dicapai
 - a. Jumlah kunjungan IGD Tahun : 10.865 (Rata-rata per hari 30 Orang)
 - b. Jumlah kunjungan IGD Psikiatri : 7.057 (Rata-rata per hari 19 Orang)
 - c. Jumlah kunjungan IGD Non Psikiatri : 3.808 (Rata-rata per hari 11 Orang)
 - d. Persentase kunjungan berdasarkan jaminan pembayaran terbesar JKN Non PBI (45.6%)
 - e. Pertumbuhan kunjungan IGD 1.01
- ◆ Kendala dan Permasalahan
 - a. Beberapa Sertifikat pelatihan dokter dan perawat sudah mendekati exp
 - b. Mutasi SDM belum merata
 - c. Alur layanan psikiatri dan non psikiatri masih satu pintu dengan ruangan yang berdekatan, sehingga ada keluhan dari pengguna layanan
 - d. Beberapa bagian dan fasilitas bangunan tidak terawat/rusak
 - e. Waktu tunggu layanan masuk rawat inap masih diatas standar
 - f. Layanan administrasi belum 24 jam di IGD, sehingga pengguna layanan perlu keluar ruangan IGD pada jam tertentu
 - g. Tata kelola dan struktur organisasi IGD belum optimal
 - h. Koordinasi antar profesi belum optimal.
- ◆ Rencana Pemecahan Masalah
 - a. *Upgrade* sertifikat pelatihan yang mendekati exp dan koordinasi dengan Substansi SDM dan Pendidikan
 - b. Penataan ulang rencana mutasi SDM sesuai dengan kompetensi
 - c. *Re desain* ruangan IGD
 - d. Koordinasi dengan Instalasi pemeliharaan sarana RS
 - e. Mengevaluasi dan merevisi SOP
 - f. Koordinasi dengan Substansi Keuangan dan Instalasi Verifikasi Penjamin Pasien

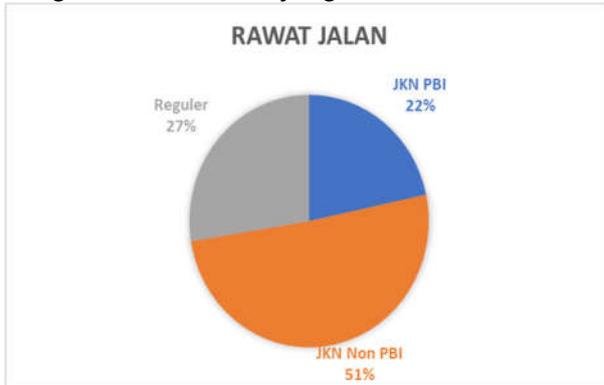
- g. Mengusulkan ketetapan personal yang menempati sesuai dengan SOTK
- h. Optimalisasi koordinasi antar profesi.

- Layanan Rawat Jalan

Tabel Jumlah Kunjungan Rawat Jalan tahun 2023

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

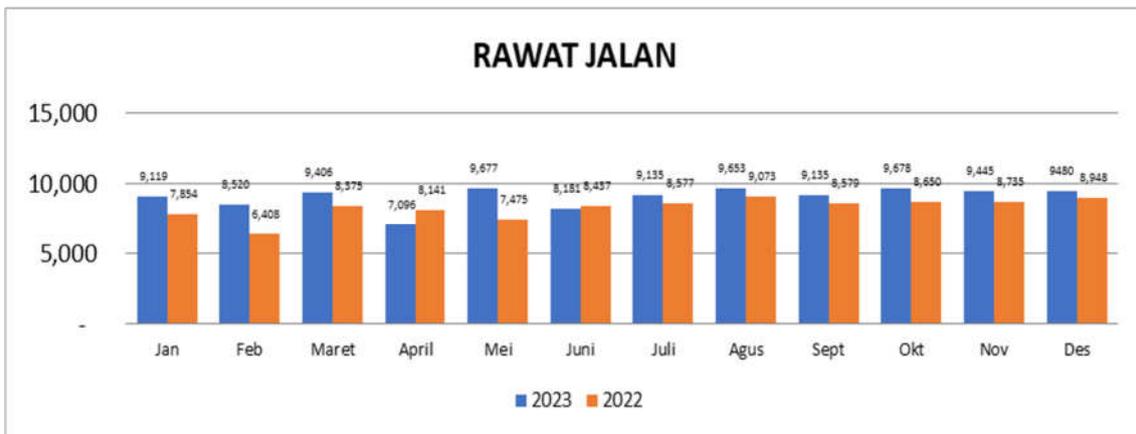
Diagram Jumlah Kunjungan berdasarkan cara bayar



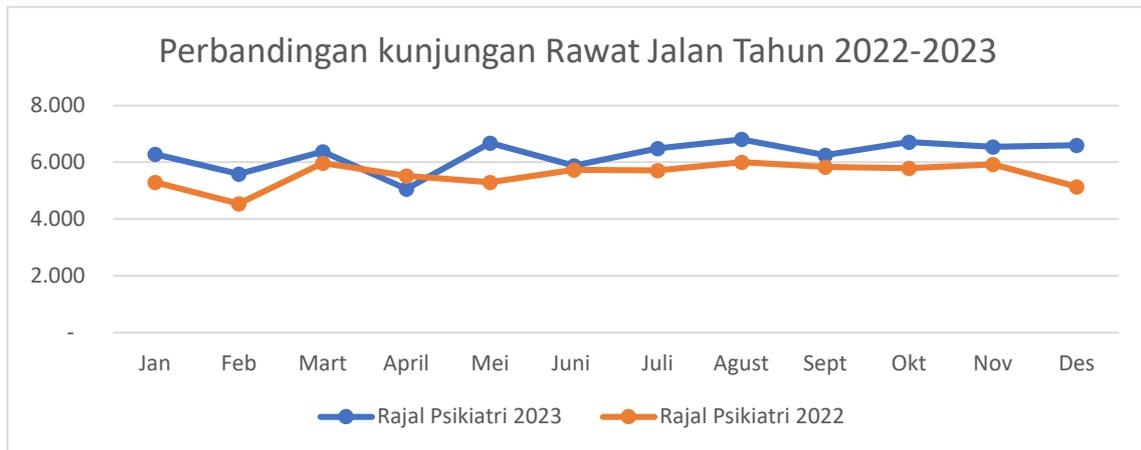
Grafik capaian rawat jalan



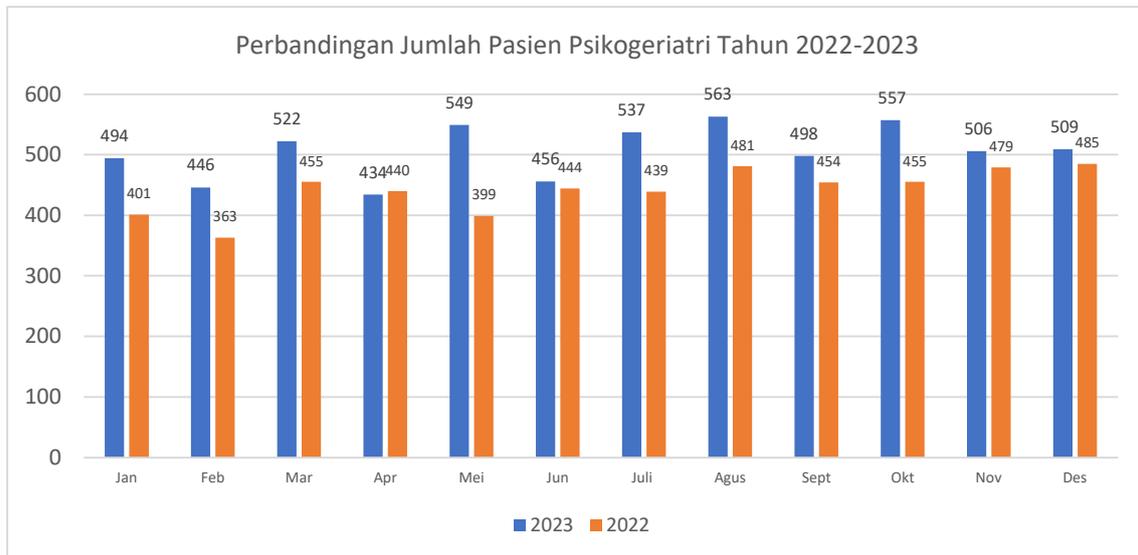
Grafik perbandingan jumlah kunjungan rawat jalan TA 2022-2023



Jumlah Kunjungan Poli Psikiatri dan Non Psikiatri Tahun 2023



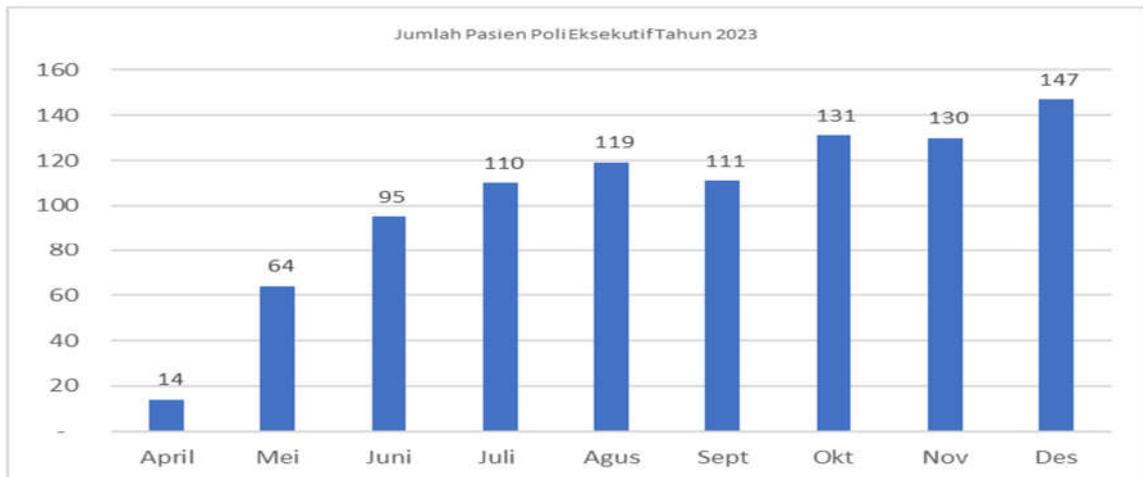
Perbandingan Jumlah Pasien Psikogeriatri Tahun 2022-2023



Perbandingan Jumlah Pasien Assesmen Center Tahun 2022-2023



Jumlah Kunjungan Pasien Poli Eksekutif Tahun 2023



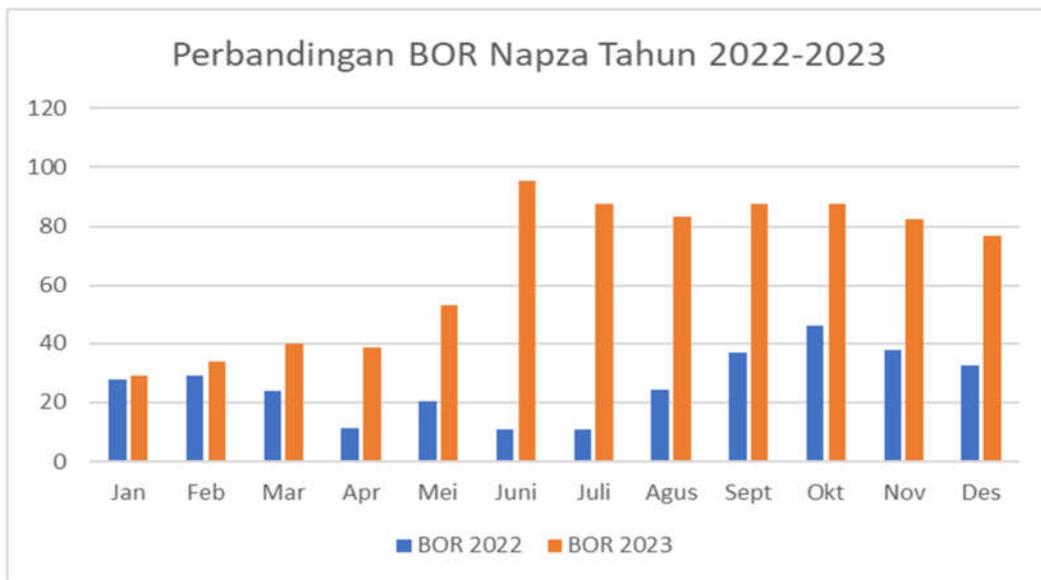
No	Nama Poli	Jumlah Pasien Tahun 2023	Rata2 Per Bulan
Klinik Psikiatri			
1	Psikiatri Anak dan Remaja	5,308	442
2	Psikiatri Dewasa	45,584	3,799
3	Cemas dan depresi	2,493	208
4	CLP	2,408	201
5	Psikogeriatric	6,071	506
6	Early Psychotic	3,381	282
7	Rehabilitasi	6,275	523
8	Geriatric	1,801	150
9	Napza Medikolegal	408	34
10	Psikologi	617	51
11	Poli Eksekutif	921	102
Jumlah		75,267	6,272
Klinik Non Psikiatri			
1	Bedah Umum	145	12
2	Gigi dan Mulut	6,029	502
3	Jantung	1,111	93
4	Kebidanan & Kandungan	342	29
5	Poli Telemedicine	18	5
6	crisis center	1	0
7	Neurologi	4,859	405
8	Paru	540	45
9	Penyakit Anak	1,365	114
10	Pita Aruna/HIV	8,658	722
11	Penyakit Dalam	2,793	233
12	THT	229	23
13	Okupasi dan Umum	257	23
14	MCU	2,406	201
15	Rehabilitasi Medik	4,505	375

Jumlah	33.258	2.772
Total	99.045	8.938

- ◆ Kondisi yang Dicapai
 - a. Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tahun 2023 : 108.525 (Rata-rata per hari 497 Pasien)
 - b. Jumlah kunjungan Poliklinik Psikiatri tertinggi Poli Psikiatri Dewasa (Rata-rata per hari 211 Pasien)
 - c. Jumlah kunjungan Poliklinik Psikiatri terendah Poliklinik CLP (Rata-rata per hari 11 Pasien)
 - d. Jumlah kunjungan Poliklinik Non Psikiatri tertinggi Poliklinik Pita Aruna (Rata-rata per hari 39 Pasien)
 - e. Jumlah kunjungan Poliklinik Non Psikiatri terendah Poliklinik crisis center (Rata-rata per hari 0.01 Pasien)
 - f. Persentase kunjungan Rawat Jalan berdasarkan jaminan pembayaran JKN Non PBI (51%)
 - g. Secara umum ada kenaikan jumlah kunjungan rawat jalan dengan pertumbuhan sebesar: Pertumbuhan kunjungan Rawat Jalan 1.2
- ◆ Kendala dan Permasalahan
 - a. Beberapa tenaga profesi spesialis yang masih satu orang spesialis, pada saat cuti/berhalangan hadir mengakibatkan layanan poliklinik tutup karena tidak ada pengganti
 - b. Mutasi SDM belum merata
 - c. Alur rujukan FKTP yang berjenjang sehingga capaian tidak sesuai target
 - d. Jam buka layanan tidak sesuai dengan jadwal, sehingga waktu tunggu pasien tidak tercapai/memanjang
 - e. Izin layanan vaksin meningitis harus setiap tahun di update
 - f. Adanya perubahan Kebijakan vaksin meningitis bagi jamaah umroh, dari wajib menjadi tidak mensyaratkan bagi jamaah umroh
 - g. Layanan hemodialisa terhenti dikarenakan adanya perubahan persyaratan perizinan
 - h. *Day Care* Geriatri belum berjalan optimal
- ◆ Rencana Pemecahan Masalah
 - a. Mengusulkan penambahan tenaga medis spesialis baik PNS maupun Non PNS
 - b. Perencana rotasi mutasi yang lebih optimal
 - c. Mengusulkan kepada BPJS untuk memberikan kesempatan pada RSMM dapat menerima rujukan langsung dari FKTP.

- d. Komitmen, fakta integritas dan evaluasi berkala bagi spesialis yang memberikan layanan
 - e. Harus secara rutin mempersiapkan dan melakukan *update* izin layanan vaksin meningitis
 - f. Mengurus ulang perizinan layanan hemodialisa
 - g. Mengoptimalisasi layanan *day care* geriatric
- Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza

Grafik Perbandingan BOR Napza Tahun 2022-2023



◆ Kondisi yang Dicapai

Tabel Kondisi yang dicapai Perbandingan BOR Napza Tahun 2022-2023

Indikator	Capaian
BOR	32,47
ALOS	87,00
BTO	0,10
TOI	209,33

Layanan Rehabilitasi Napza Melakukan Kegiatan :

- a. Grup terapi (*morning meeting, jurnal, encounter, Narcotic Anonymous, static Group*)
- b. Sesi terstruktur
- c. Konseling dan edukasi keluarga
- d. Diferensiasi Terapi vokasional

- e. Kegiatan Rohani
- f. Olahraga
- g. Program outbond-outing,
- h. Parents meeting
- i. Program aftercare
- j. Penyuluhan eksternal berkoordinasi dengan PKRS
- k. Pelatihan/magang berkoordinasi dengan diklit
- ◆ **Kendala dan Permasalahan**
 - a. Adanya PMK no 4 Tahun 2020 tentang penyelenggaraan Institusi Penerima Wajib Laport dimana negara menanggung pembiayaan pelayanan IPWL bagi pencandu, penyalahguna, dan korban penyalahgunaan Narkotika hanya bagi WNI yang tidak mampu, dengan adanya Perubahan PMK no.17 tahun 2023 maka kondisi menjadi lebih baik
 - b. Kompetensi SDM belum merata dan penguatan dan diferensiasi layanan
 - c. BOR belum optimal diawal tahun, namun sudah meningkat setelah Perubahan PMK keluar (kondisi menjadi penuh dan menjadi daftar tunggu)
 - d. Belum seluruh petugas memiliki kompetensi tentang program pemulihan ketergantungan Napza
 - e. Perlu adanya renovasi, pemenuhan sarana dan prasarana serta penambahan tempat tidur
- ◆ **Rencana Pemecahan Masalah**
 - a. Kerjasama lintas program dan lintas sektor tentang program layanan pemulihan ketergantungan Napza
 - b. Membuat perencanaan dan berkoordinasi dengan substansi SDM diklit untuk pengembangan kompetensi petugas dan program magang untuk adiksi perilaku
 - c. Merealisasikan renovasi, pemenuhan sarana, prasarana, dan menambah jumlah tempat tidur

5.1.5.2 Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

5.1.5.2.1 Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi

1. Kondisi yang dicapai:

Selama periode berjalan, RS. 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.

Penilaian capaian indikator kinerja utama RSB Tahun 2020-2024 selama TA 2023 dari 52 (Lima Puluh Dua) indikator yaitu sebesar 43 indikator tercapai (82,69%), 9 indikator tidak tercapai (17,30%). Penilaian capaian indikator kinerja terpilih TW IV TA 2023 sebesar 2,00 dari nilai maksimal 3. Penilaian capaian indikator kinerja individu Direktur Utama TA 2023 sebesar 2 (Dua) dengan nilai maksimal 2 (Dua).

5.1.5.2.2 Tim Kerja Akuntansi dan BMN

1. Kondisi yang dicapai:

- a. Telah terselesaikannya Laporan Keuangan Tahun 2023
- b. Telah terselesaikannya Laporan BMN Tahun 2023
- c. Telah dilakukan penghapusan 1 unit Bangunan Lainnya berupa Gazebo karena sudah kondisi rusak berat, melalui penjualan di KPKNL Kota Bogor sesuai dengan Risalah Lelang No. 1097/32/2023 tanggal 04 Juli 2023 dan dihapuskan dari daftar barang sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/D/10122/2023 tanggal 14 September 2023

- d. Telah dilakukan penghapusan Peralatan dan Mesin dari daftar barang sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI No. KN.01.08/D/0409/2023 tanggal 19 Januari 2023
- e. Telah dilakukan ajuan rekomendasi penghapusan 3 Rumah Negara Golongan 1 Jabatan dengan kondisi rusak berat yang rencananya akan digunakan untuk pengembangan layanan Rumah Sakit
- f. Telah dilaksanakan lelang BMN berupa Alat Angkut Kendaraan Bermotor yang dijual secara scrap sesuai dengan Risalah Lelang No. 1671/32/2023 tanggal 13 September 2023, akan tetapi SK Penghapusan belum terbit sehingga belum bisa dihapuskan dalam Daftar Barang Milik Negara
- g. Memfasilitasi PURP dalam menyampaikan Surat Pembatalan dan Pencabutan atas SK Dirjen Cipta Karya tentang Pengalihan RN Golongan II Menjadi RN Golongan III sebanyak 9 unit, sesuai dengan surat No. CK.04.03-Cb/2546 tanggal 27 Oktober 2022 tentang penyampaian Salinan Keputusan Direktur Jenderal Cipta Karya, dan sisanya 3 unit sedang dalam proses pembatalan. SK Pembatalan tersebut, masing-masing telah diberikan kepada perwakilan penghuni sesuai dengan Berita Acara Penyampaian SK No. KN.01.09/XXV.3/092/2023 tanggal 12 Juli 2023
- h. Telah mengajukan permohonan persetujuan penghapusan BMN Berupa Gedung dan Bangunan melalui penjualan kepada KPKNL Kota Bogor sesuai dengan surat permohonan nomor KN.01.08/D.XXXV/3621/2023 tanggal 26 September 2023, yang rencana akan digunakan untuk pengembangan layanan Rumah Sakit
- i. Telah mengajukan permohonan pelaksanaan lelang BMN Berupa Peralatan dan Mesin kepada KPKNL Kota Bogor sesuai dengan surat permohonan nomor KN.01.08/D.XXXV/4729/2023 tanggal 21 Desember 2023

2. Kendala dan Permasalahan

- a. Kekurang telitian petugas dalam menginput transaksi sehingga Laporan Keuangan yang dihasilkan belum mencerminkan kondisi sebenarnya
- b. Realisasi transaksi tinggi diakhir periode sehingga menyulitkan kegiatan verifikasi data transaksi keuangan
- c. Kurang kerjasamanya penghuni rumah negara yang sudah tidak berhak untuk menyerahkan rumah negara kepada RS sebagai Kuasa Pengguna Barang (KPB)
- d. Belum memiliki tempat khusus sebagai pusat penyimpanan barang rusak berat
- e. Belum adanya alokasi anggaran untuk penertiban dan pengamanan asset

3. Rekomendasi

- a. Petugas yang terlibat dalam proses penginputan transaksi keuangan dalam modul-modul yang ada dalam aplikasi SAKTI, harus teliti dan patuh terhadap proses bisnis SAKTI

- b. Patuh terhadap Rencana Penarikan Dana (RPD), sehingga tidak ada lonjakan realisasi transaksi diakhir periode anggaran
- c. Membangun kerjasama dengan pihak ketiga dalam penertiban dan pengamanan rumah negara
- d. Terpenuhinya fasilitas penyimpanan/penampungan barang rusak berat sebelum dilakukan usulan penghapusan dan penjualan (lelang)
- e. Ketersediaan alokasi anggaran untuk kegiatan penertiban dan pengamanan asset

5.1.5.2.3 Tim Kerja Hukum dan Humas

A. Mewujudkan kepuasan pelanggan

- Melakukan survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan sistim Teknologi Informasi (Barcode) dan melakukan survey penilaian dengan pihak external
- Tim pemasaran edukasi dan bekerjasama dengan perusahaan2, Instansi, Klinik2 dan Café.

1) Tingkat Kepuasan Pelanggan

Kondisi yang dicapai

Capaian Tingkat Kepuasan Pelanggan TA 2022 dan 2023 sudah sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Pengukuran dan penilaian tingkat kepuasan pelanggan telah dilakukan secara eksternal dan internal. 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.

Penilaian kepuasan pelanggan secara internal didapatkan dari penyebaran kuesioner dan scan barcode terhadap pengunjung atau pasien.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :



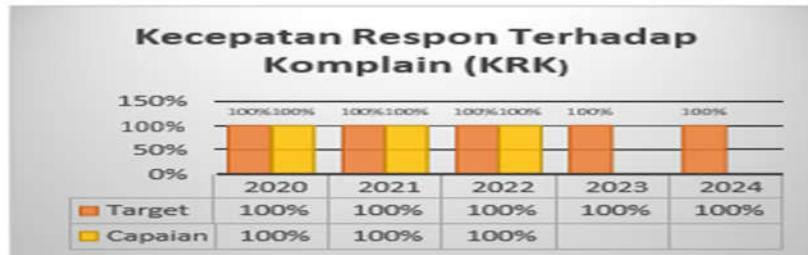
2) Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Kondisi yang dicapai

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

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Grafik Indikator Capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) TA 2023
RS. Marzoeki Mahdi



Kendala dan Permasalahan

Rencana Pemecahan Masalah dan Rekomendasi

1. Penguatan instrument pemantauan tindak lanjut
2. Penguatan SOP dalam penanganan KRK
3. Pemantapan semua fitur Aplikasi Komplain Via Android

Rekomendasi

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

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TARGET BASELINE 2023	EVALUASI				
				2023				
				Capaian	Kondisi yang Dicapai	Kendala dan Permasalahan	Rencana Tindak Lanjut	
B. PERSPEKTIF PELANGGAN								
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	8	<u>Tingkat Kepuasan Pelanggan</u>	85%	88,50%	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien	Survei masih dilakukan secara manual dan belum terintegrasi. pasien juga sulit dimintai survey karena mayoritas pasien jiwa.	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien
		9	<u>Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)</u>	100%	100%	Penambahan fitur aplikasi mendukung KRK	Respons dari unit kerja terkait terkait keluhan belum terlalu cepat.	Pemantapan semua fitur aplikasi Komplain via android
		10	<u>Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan</u>	≥80%	87,81%	Pemenuhan dan monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi	Sikap petugas, ketepatan waktu layanan, dan sarpras masih menjadi hal yang paling dikeluhkan, sehingga memengaruhi hasil.	Pengelolaan IT terintegrasi

5.1.5.3 Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

5.1.5.3.1 Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan

1. Kondisi yang Dicapai

Indikator : Peningkatan Pelatihan Tersertifikasi dengan capaian >100 % dari target 100% (7 pelatihan tersertifikasi dari target 4 penyelenggaraan pelatihan tersertifikasi), Berikut Pelatihan tersertifikasi yang telah dilakukan dan kegiatan lainnya :

- 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 RSMM 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

- 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 Soeprapto Provinsi Bengkulu dan RSMM (*Blended Learning*)

2. Kendala dan Permasalahan

- *Planning*

Perencanaan pendidikan dan pelatihan yang belum detail.

- *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.

- *Process*

Koordinasi antara tim kerja dan instalasi pendidikan dan pelatihan belum bersinergi sepenuhnya.

- *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.

3. Rencana Pemecahan Masalah

- 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.

5.1.5.3.2 Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

Pencapaian Kinerja Tim Kerja OSDM

1. Pencapaian Sasaran Strategis: Terwujudnya SDM Unggul

Indikator:

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

2. Kegiatan yang telah dilakukan:

- a. 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"

5.1.5.3.3 Tim Kerja Penelitian

Pencapaian Tujuan dan Sasaran dari Program atau Kegiatan

1. Realisasi Anggaran

- a. Kondisi yang Dicapai

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

b. Kendala dan Permasalahan

Penelitian Internal masih terbatas

c. Rencana Pemecahan Masalah

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

Kesimpulan dan Saran

- Indikator kinerja tim erja penelitian dapat tercapai yaitu terlaksananya publikasi penelitian nasional dan atau internasional, tetapi sebagai Rumah Sakit Pemberi Pelayanan dan sebagai Pengampu, perlu dikembangkan penelitian klinik dan transasional, untuk pengembangan pelayanan yang berbasis penelitian.

Rekomendasi

- Peningkatan kompetensi peneliti, penguatan regulasi dan peningkatan kerjasama penelitian baik nasional maupun internasional perlu dikembangkan.

5.1.5.4 Pencapaian Kinerja Komite-Komite

5.1.5.4.1 Komite Keperawatan

1. Kondisi yang Dicapai

Pencapaian Kinerja Komite Keperawatan pada tahun 2023 adalah sebagai berikut :

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

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

Capaian target program **kegiatan staf keperawatan klinis** telah dilakukan kredensial/rekredensial 100% dan seluruh staf keperawatan klinis **memiliki SPK RKK**. Jumlah perawat RSM yang sudah dilakukan rekredensial pada tahun 2023 sebanyak 80 orang.

Program kerja **peningkatan mutu asuhan keperawatan** tercapai 90%. Penelitian sudah dilaksanakan. Seluruh staf keperawatan klinis telah dilakukan penilaian OPPE/FPPE sebanyak 391 orang. SIMRS RSMM di rawat inap belum semuanya dokumen rekam medik dalam bentuk elektronik. Fokus pelayanan pada peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan dan pelayanan *Safeward* dan WHO QR di rawat inap

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

2. Kendala dan Permasalahan

Masalah dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan program kerja komite keperawatan adalah

- Belum terlaksananya elektronik kredensial dan elektronik logbook berbasis aplikasi
- Pengurus komite keperawatan belum mengikuti pelatihan audit keperawatan
- Belum adanya rujukan format elektronik aspek Belum terlaksananya kenaikan jenjang level perawat sesuai kompetensi

3. Rencana Pemecahan Masalah

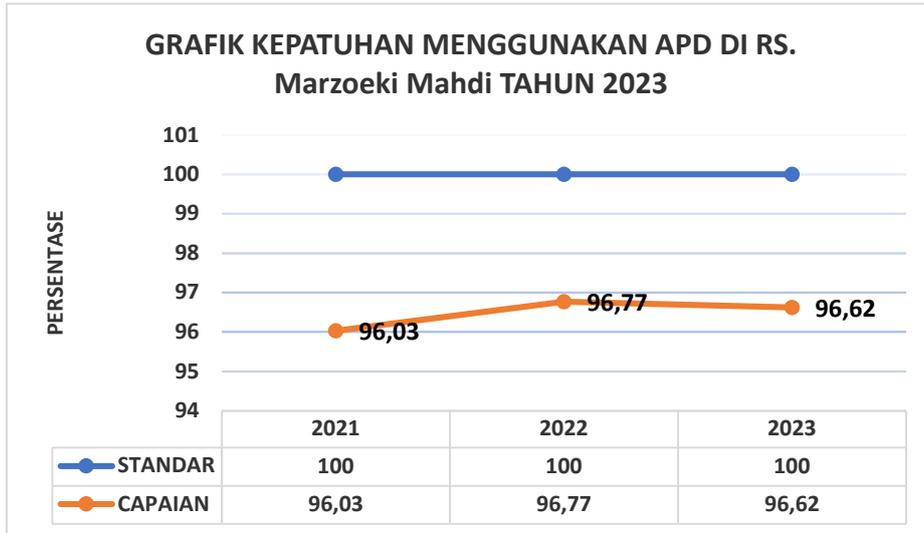
Rencana pemecahan masalah terhadap kendala dan permasalahan diatas adalah:

- Melakukan upaya peningkatan pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan berbasis Sistem Informasi Rumah Sakit: e-askep, e-logbook, e-kredensial
- Mengusulkan peningkatan kapasitas SDM perawat melalui pendidikan formal keperawatan dan pelatihan keperawatan
- Mengusulkan kenaikan jenjang level perawat sesuai kompetensi
- Melakukan upaya-upaya peningkatan mutu layanan
- Meningkatkan koordinasi dengan bidang-bidang terkait (Komite Medik, Komite Mutu Rumah Sakit, Manager pelayanan keperawatan, Diklit, bagian SDM, Komite etik disiplin dan Komite etik penelitian)

5.1.5.4.2 Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Kepatuhan Menggunakan APD

- Kondisi yang Dicapai

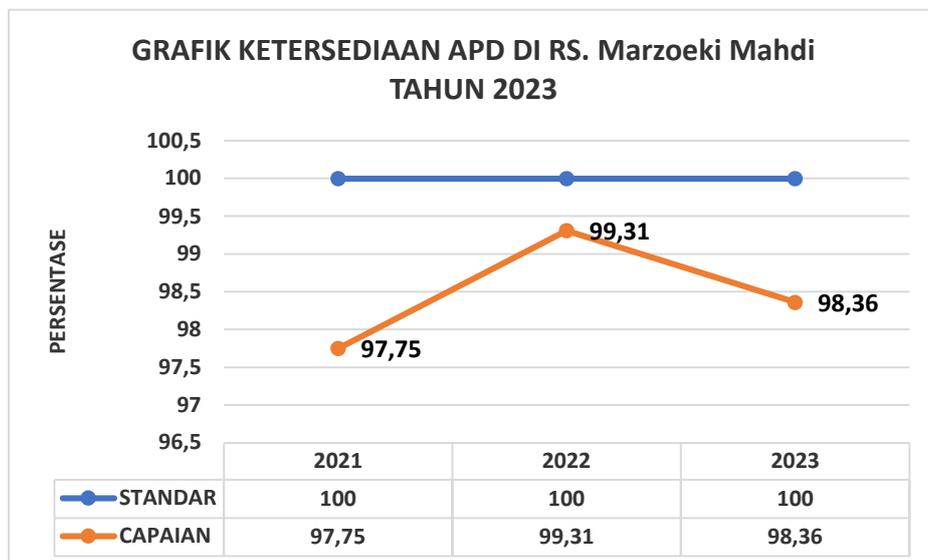


Grafik diatas dapat disimpulkan kepatuhan penggunaan APD di RS. Marzoeki Mahdi 2023 sebesar 96,62% terjadi trend peningkatan kepatuhan dibandingkan tahun 2021 kemudian turun lagi pada tahun 2023.

- Kendala dan Permasalahan
 - Capaian masih dibawah standar sehingga berisiko terjadi transmisi kuman karena penggunaan APD yang tidak tepat.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - a. Tingkatkan audit monitoring secara berkala oleh IPCD, IPCN, IPCLN
 - b. Optimalkan Re-edukasi penggunaan dan pelepasan APD disetiap layanan oleh IPCD, IPCN
 - c. Pertahankan Koordinasi dengan kepala Instalasi, Unit dan Ruang

2. Ketersediaan APD

- Kondisi yang Dicapai

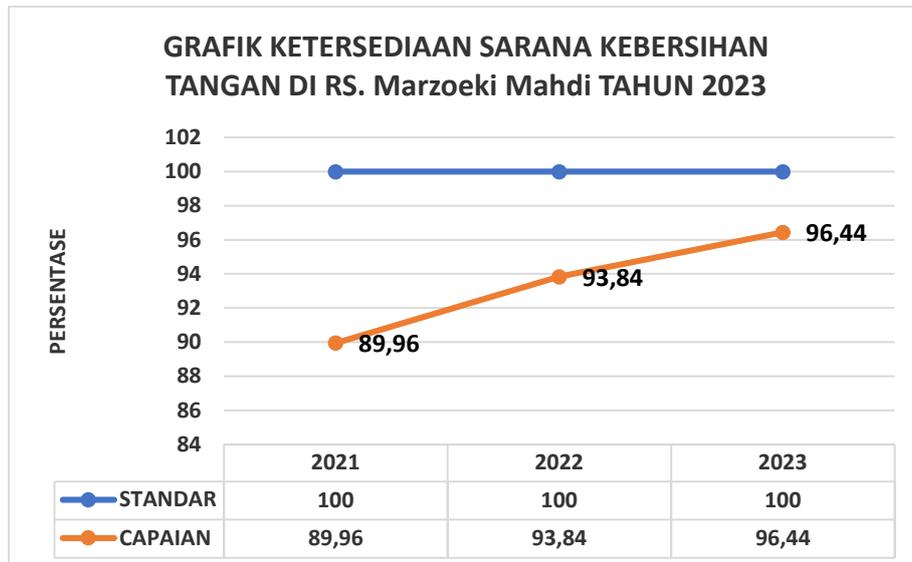


Grafik diatas dapat disimpulkan bahwa ketersediaan APD di RS. Marzoeki Mahdi 2023 sebesar 98,36% dan ada trend penurunan dari tahun 2022, Nilai ini masuk kategori kepatuhan cukup, namun masih dibawah target.

- Kendala dan Permasalahan
Kondisi ini terjadi karena ketersediaan berdasarkan kebutuhan dari setiap kegiatan di unit layanan. Dan juga perubahan status dari pandemi ke endemic turut mempengaruhi angka kepatuhan ini.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Tingkatkan supervisi bersama kepala Instalasi/Unit/ruang terkait dengan ketersediaan APD di masing-masing unit.
 - ◆ Tingkatkan audit, monitoring dan evaluasi secara rutin terkait ketersediaan APD di setiap layanan
 - ◆ Pertahankan koordinasi dengan tim pengadaan dalam penyediaan kebutuhan ketersediaan APD pada tahun anggaran baru sesuai dengan kegiatan di layanan
 - ◆ Tingkatkan terus Koordinasi dengan kepala Instalasi /Unit/ Ruang untuk pengusulan kebutuhan ketersediaan APD sesuai indikasi dan kegiatan

3. Ketersediaan Sarana Kebersihan Tangan

- Kondisi yang Dicapai

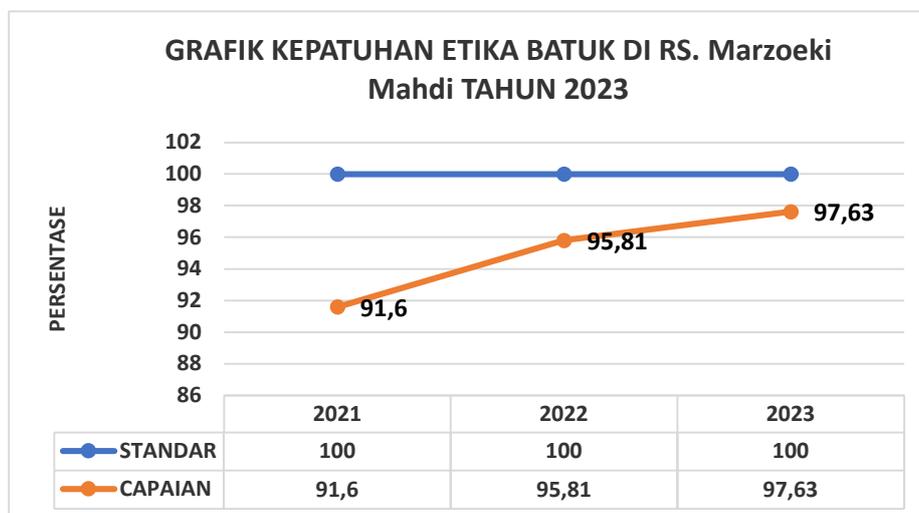


Grafik diatas dapat disimpulkan untuk ketersediaan sarana kebersihan tangan di RS. Marzoeki Mahdi 2023 96,44% mengalami trend peningkatan dibandingkan 2022, nilai ini masuk kategori tinggi meskipun masih dibawah standar.

- Kendala dan Permasalahan
Penyumbang angka ketersediaan kurang terutama ketersediaan tissue wastafel dibatasi oleh bagian umum karena alasan efisiensi dan keterbatasan anggaran.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ 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 layanan
 - ◆ 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

4. Kepatuhan Etika Batuk

- Kondisi yang Dicapai



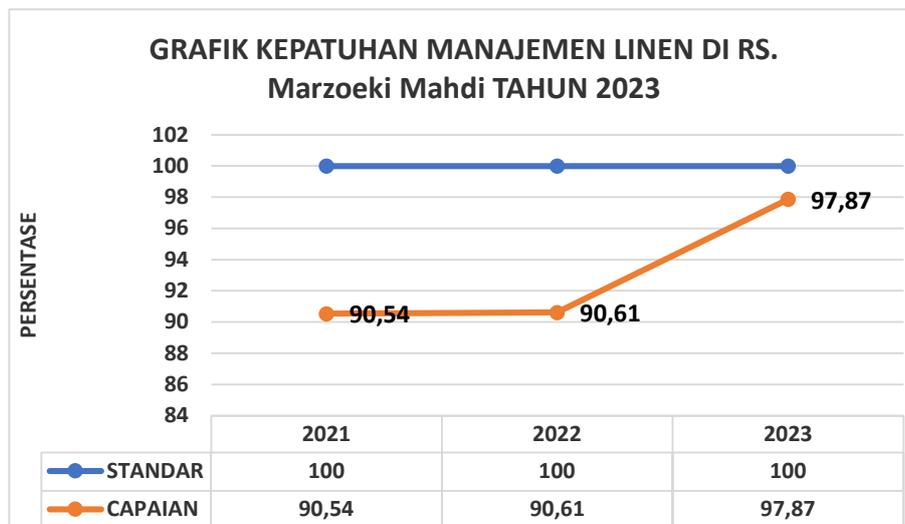
Grafik diatas dapat disimpulkan angka kepatuhan etika batuk (hygiene respirasi) di RS. Marzoeki Mahdi 2023 mencapai 97,63% dan terjadi peningkatan dari tahun 2022, angka pencapaian termasuk kategori kepatuhan yang tinggi dan meskipun belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

- Kendala dan Permasalahan
Kondisi peningkatan ini terjadi karena adanya kesadaran petugas/ karyawan RS. Marzoeki Mahdi dalam penerapan protokol kesehatan, sehingga kepatuhan dalam penggunaan masker mulai berubah meskipun status pandemi sudah dicabut.

- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Pertahankan monitoring secara berkala terkait kepatuhan etika batuk (penggunaan masker) oleh IPCD, IPCN, IPCLN dan K3RS
 - ◆ Optimalkan Re-edukasi secara terus menerus kepada seluruh karyawan dan pengunjung RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi oleh IPCD, IPCN, IPCLN, PKRS dan K3RS
 - ◆ Optimalkan terus pemantauan dan Sosialisasi pelaksanaan SPO etika batuk dan edaran Protokol Kesehatan
 - ◆ Pertahankan koordinasi dengan seluruh kepala Instalasi /unit/ Ruang, karyawan di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi mematuhi protokol kesehatan etika batuk
 - ◆ Memotivasi kepada seluruh karyawan untuk menegur kepada siapapun yang tidak mematuhi dalam penerapan protokol kesehatan etika batuk (penggunaan masker) dan menyediakan stok masker yang cukup.

5. Manajemen Linen

- Kondisi yang Dicapai



Grafik diatas dapat disimpulkan dalam pengelolaan linen di RS. Marzoeki Mahdi 2023 mencapai 97,87% dan terjadi peningkatan dari tahun 2022, pencapaian masih dalam kategori kepatuhan yang tinggi dan meskipun belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

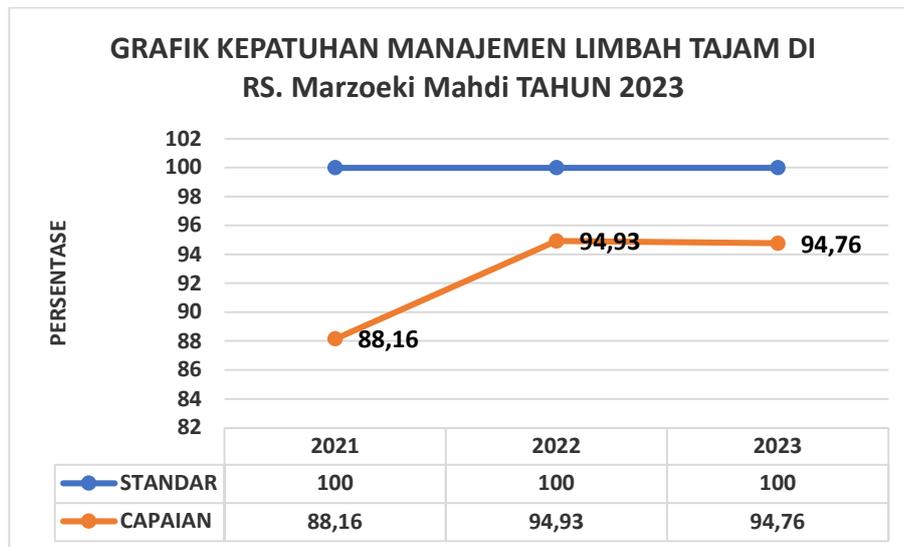
- Kendala dan Permasalahan

Kondisi ini terjadi karena masih ditemukan proses pengemasan linen kotor di ruang perawatan tidak menggunakan plastic/ pewadahan dengan kantong khusus yang disediakan, dan penyusutan linen masih ada yang tidak rapi.
- Rencana Pemecahan Masalah

- ◆ Pertahankan monitoring secara rutin terkait pengelolaan linen di unit kerja oleh IPCN, IPCLN, SPI, Karu, laundry dan kesling
- ◆ Re-edukasi terkait pengelolaan linen di unit kerja
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan kepala Instalasi / Unit untuk melakukan rotasi petugas yang ada di penerimaan dan pencucian linen infeksius
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan Pramu Husada dan jadwalkan pertemuan rutin minimal 6 bulan sekali bersama komite PPI
- ◆ Tingkatkan rounde dan koordinasi bersama laundry dalam inventarisir ketersediaan kantong khusus linen kotor di ruang layanan (perawatan dan penunjang)

6. Manajemen Limbah Tajam

- Kondisi yang Dicapai



Grafik diatas dapat disimpulkan bahwa kepatuhan pengelolaan limbah tajam di RS. Marzoeki Mahdi 2023 mencapai 94,76%, terjadi penurunan dari 2022, nilai ini masih dalam kategori kepatuhan tinggi walaupun masih kurang dari target yang di tetapkan yaitu 100%.

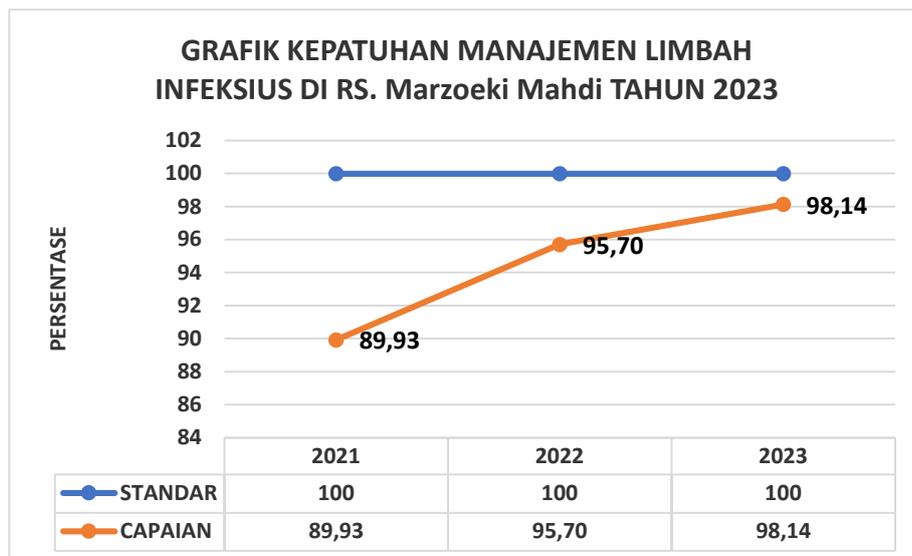
- Kendala dan Permasalahan

Proses ini terjadi karena masih ada beberapa ruang yang belum mematuhi dalam pemberian tanggal penggunaan safety box dan sulit untuk mengontrol dalam pengangkutan, serta ada yang melebihi batas waktu penyimpanan di ruangan (lebih dari 3 hari).

- Rencana Pemecahan Masalah
- ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin terkait pengelolaan limbah tajam oleh IPCN, Kesling, Karu dan Link Nurse
- ◆ Optimalkan edukasi secara komprehensif terkait pengelolaan limbah tajam oleh komite PPI
- ◆ Optimalkan koordinasi kepatuhan dalam pengelolaan (pengangkutan) limbah tajam dengan kepala Instalasi K3RS – Kesling dilengkapi dengan bukti serah terima
- ◆ Tingkatkan pengawasan penggunaan safety box di ruang layanan (perawatan dan penunjang) dalam pemberian tanggal.

7. Manajemen Limbah Infeksius

- Kondisi yang Dicapai



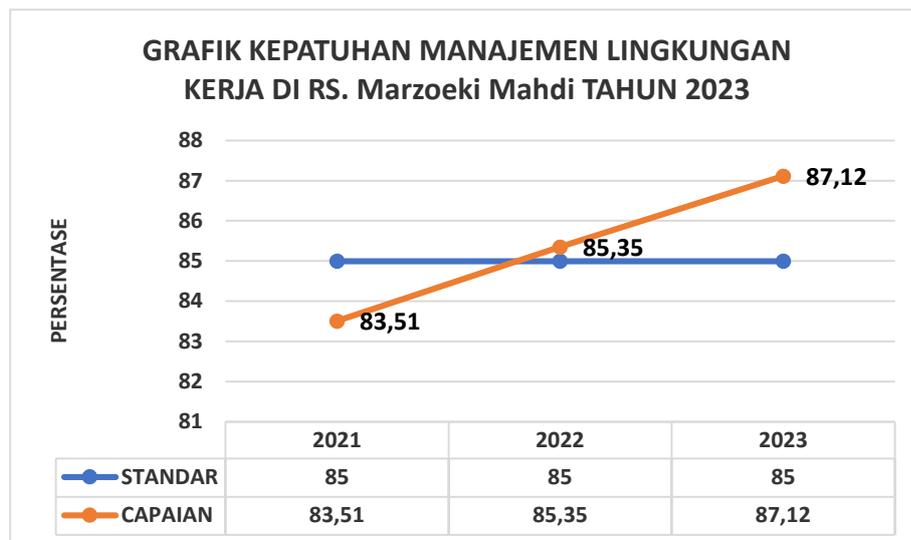
Grafik diatas disimpulkan kepatuhan pengelolaan limbah infeksius di RS. Marzoeki Mahdi 2023 terjadi trend peningkatan dari tahun 2022 mencapai angka 98,14%, nilai ini dalam kategori kepatuhan tinggi meskipun belum mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%.

- Kendala dan Permasalahan
Proses ini terjadi karena, masih ada perilaku petugas yang belum patuh dalam pemilahan isi limbah infeksius dan non infeksius, dan belum semua layanan menggunakan tempat sampah berpedal (kondisi tempat sampah pedal rusak).
- Rencana Pemecahan Masalah

- ◆ Tingkatkan monitoring secara rutin terkait pengelolaan limbah infeksius oleh IPCN dan Kesling (IPAL)
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan pengadaan untuk mengaudit kebutuhan plastik infeksius dan tempat sampah berpedal di setiap unit layanan oleh Komite PPI (Kesling-K3)
- ◆ Optimalkan edukasi kepada seluruh petugas disetiap unit layanan dalam pengelolaan limbah infeksius oleh Komite PPI (IPCN dan Kesling)
- ◆ Tingkatkan koordinasi dengan bagian pemeliharaan RS terkait kondisi tempat sampah yang masih laik pakai.

8. Manajemen Lingkungan Kerja

- Kondisi yang Dicapai



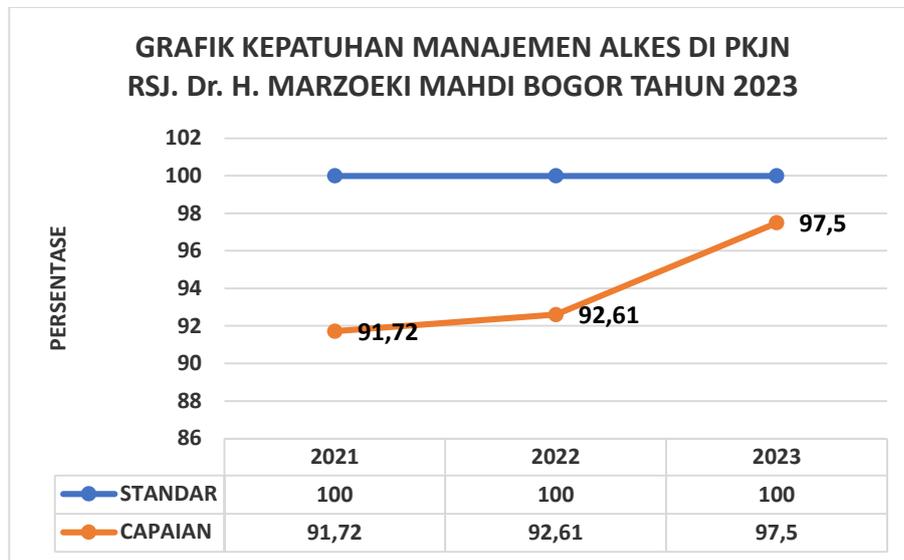
Grafik diatas disimpulkan bahwa kepatuhan pengendalian lingkungan kerja di RS. Marzoeki Mahdi 2023 mengalami peningkatan pada angka capaian 87,12% dari tahun 2022. Pencapaian nilai ini mampu melampaui dari target yang di tetapkan yaitu 85%.

- Kendala dan Permasalahan
Kondisi ini terjadi karena makin intensifnya perhatian semua civitas hospitalia terhadap kebersihan lingkungan kerja (5R).
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Pertahankan monitoring dan evaluasi secara rutin kegiatan pengendalian lingkungan oleh penanggung jawab unit dan komite PPI (IPCN, Kesling)

- ◆ Pertahankan edukasi kepada seluruh petugas terkait pengendalian lingkungan sebelum dan sesudah kegiatan
- ◆ Pertahankan koordinasi Komite PPI dengan supervisor CS dalam menjadwalkan kegiatan spervisi pengendalian lingkungan secara berkala di setiap layanan
- ◆ Mengadakan acara / kegiatan dalam peningkatan motivasi petugas dalam rangka kebersihan ruangan (5R) bersama manajemen dan komite PPI
- ◆ Merevisi target capaian ditingkatkan secara bertahap dari 85% menjadi 90%.

9. Manajemen Alkes

- Kondisi yang Dicapai



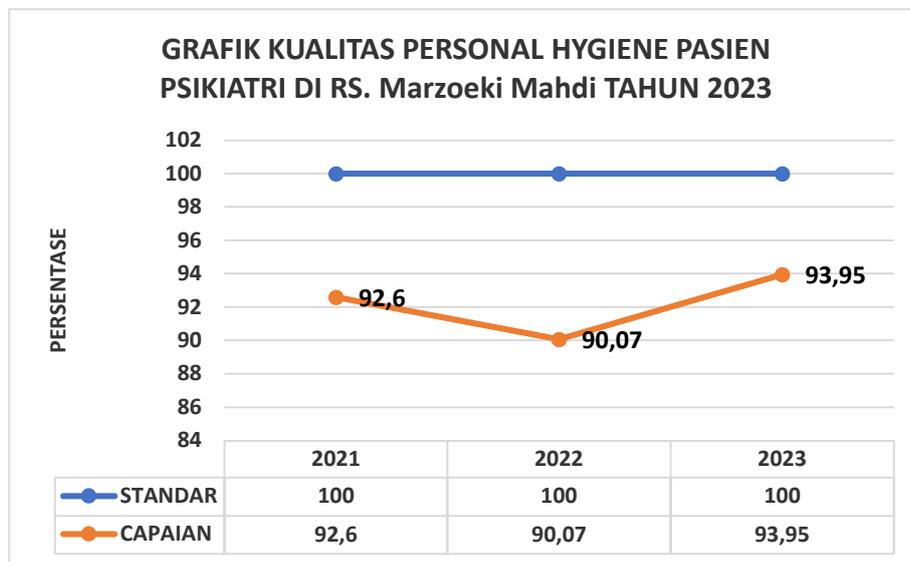
Grafik di atas disimpulkan bahwa kepatuhan pengelolaan peralatan perawatan pasien (ALKES) di RS. Marzoeki Mahdi 2023 mencapai 97,5%, pencapaian ini mengalami peningkatan dari 2022 meskipun masih dibawah dari target yang ditetapkan.

- Kendala dan Permasalahan
 - Proses ini terjadi karena petugas di setiap unit layanan patuh dalam alur pengelolaan perlatan kesehatan pasien (ALKES) dengan melakukan pre cleaning (di rendam dengan air sabun / zat enzyomatik) dan dibilas air, kemudian di kirim ke CSSD menggunakan kontainer box dan tersentralisasi.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Pertahankan monitoring dan evaluasi secara rutin terkait proses pengelolaan peralatan perawatan kesehatan pasien (ALKES) oleh Komite PPI
 - ◆ Pertahankan edukasi terkait proses pengelolaan peralatan perawatan (ALKES) oleh Komite PPI (IPCN dan CSSD)

- ◆ Optimalkan koordinasi dengan kepala ruang / unit terkait kepatuhan petugas terhadap proses pengelolaan peralatan perawatan pasien (ALKES) menuju tersentralisasi di CSSD oleh Komite PPI (IPCD, IPCN dan CSSD)
- ◆ Optimalkan koordinasi dengan CSSD terkait proses dan kebutuhan peralatan perawatan (ALKES) di setiap unit layanan
- ◆ Optimalkan sosialisasi / revisi SPO terkait proses peralatan perawatan (ALKES) di setiap layanan oleh Komite PPI (IPCN, CSSD).

10. Kepatuhan Personal Hygiene Pasien Psikiatri

- Kondisi yang Dicapai



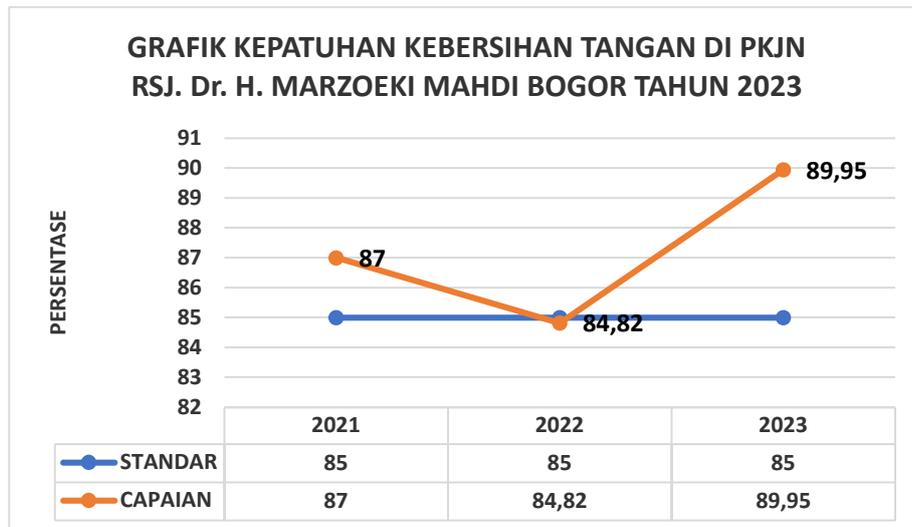
Grafik diatas disimpulkan bahwa kepatuhan personal hygiene pasien psikiatri di RS. Marzoeki Mahdi 2023 mengalami fluktuasi dari tahun 2021 tercatat 92,6%, tahun 2022 turun mencapai 90,07%, kemudian naik lagi menjadi 93,95 pada tahun 2023.

- Kendala dan Permasalahan
 - Meskipun masih dibawah target 100%, terjadinya peningkatan ini merupakan bukti konsistensi kepatuhan petugas dalam manajemen personal hygiene pasien psikiatri.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin pengelolaan alat kebersihan pasien di ruangan oleh Komite PPI (IPCN) dan Kepala ruang
 - ◆ Tingkatkan edukasi terkait kepatuhan personal hygiene pasien dalam pengelolaan alat kebersihan pasien oleh Komite PPI (IPCN) dan Keperawatan
 - ◆ Optimalkan koordinasi dengan manajemen / pengadaan kebutuhan prasarana personal hygiene pasien oleh komite PPI dan Kepala ruang

- ◆ Optimalkan sosialisasi / revisi SPO terkait proses personal hygiene pasien disetiap layanan oleh Komite PPI dan Keperawatan

11. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)

- Kondisi yang Dicapai



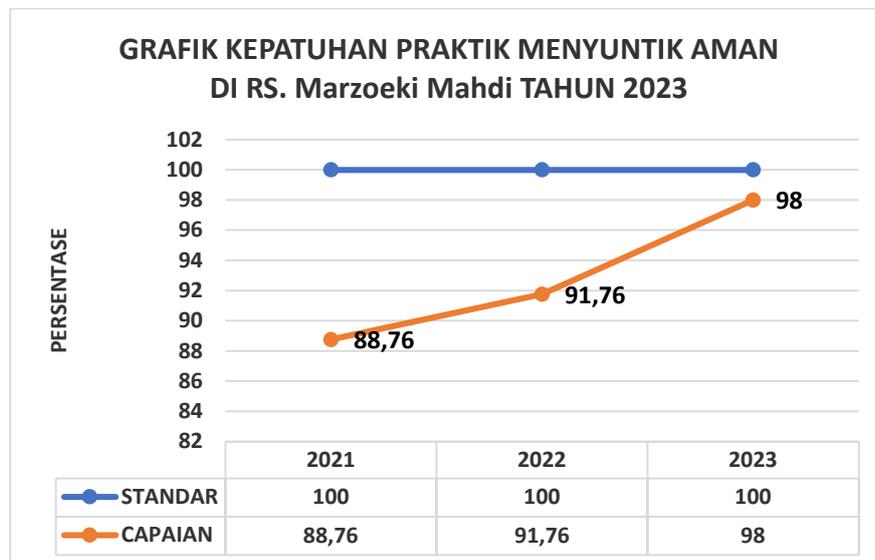
Grafik diatas dapat disimpulkan bahwa kepatuhan kebersihan tangan (hand hygiene) Tenaga kesehatan di RS. Marzoeki Mahdi mengalami fluktuasi, Dimana terjadi penurunan pada tahun 2022 seiring dengan pelanggaran protocol Kesehatan, namun meningkat lagi tahun 2023 mencapai 89,95%.

- Kendala dan Permasalahan
 - Dari standar internal rumah sakit, angka capaian tersebut sudah melampaui standar dari 85%. tetapi jika dibandingkan dengan standar renstra RS (90%) angka capaian kebersihan tangan masih belum tercapai.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin kepatuhan hand hygiene oleh Komite PPI (IPCD dan IPCN)
 - ◆ Tingkatkan edukasi dan re-edukasi kepada seluruh staf terkait kepatuhan hand hygiene oleh Komite PPI (IPCD, IPCN) agar menjadi budaya keselamatan pasien dan K3RS
 - ◆ Tingkatkan koordinasi dengan kepala Instalasi, unit, ruang terkait kepatuhan hand hygiene seluruh staf di bagian masing – masing

- ◆ Tingkatkan koordinasi dengan Direksi /pengadaan dan farmasi dalam memenuhi kebutuhan fasilitas yang menunjang kepatuhan kebersihan tangan terutama tissue wastavel yang persediaannya dikurangi terkait dengan anggaran yang terbatas
- ◆ Optimalkan sosialisasi /revisi SPO terkait proses kebersihan tangan (hand hygiene) dan penggunaan sarung tangan yang tepat disetiap layanan oleh Komite PPI dan Keperawatan.

12. Kepatuhan Menyuntik Aman

- **Kondisi yang Dicapai**



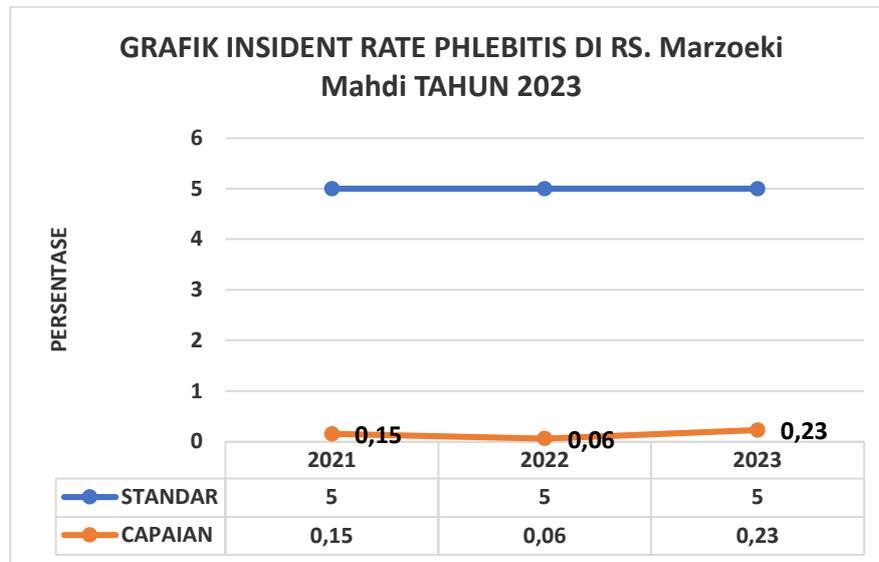
Grafik diatas dapat disimpulkan bahwa kepatuhan presedur menyuntik aman mengalami trend peningkatan dari tahun 2021 capaian 88,76% sampai tahun 2023 tercapai angka tertinggi 98%. Capaian ini karena masivnya kegiatan monitoring dan evaluasi oleh komite PPI (IPCN) ke unit/ ruangan perawatan.

- **Kendala dan Permasalahan**
Meskipun masih di bawah standar yang ditetapkan 100%, keberhasilan ini menunjukkan komitmen dari staf di ruangan untuk memberikan pelayanan yang lebih aman untuk pasien.
- **Rencana Pemecahan Masalah**
 - ◆ Tingkatkan monitoring dan evaluasi secara rutin kepatuhan menyuntik aman oleh Komite PPI (IPCD dan IPCN)
 - ◆ Tingkatkan edukasi dan re-edukasi kepada seluruh staf terkait menyuntik aman oleh Komite PPI (IPCD, IPCN) agar menjadi budaya keselamatan pasien dan K3RS.

- ◆ Tingkatkan koordinasi dengan kepala Instalasi, unit, ruang terkait penyediaan tempat khusus untuk menyiapkan obat injeksi yang bersih di bagian/ unit masing – masing.
- ◆ Tingkatkan koordinasi dengan Direksi /pengadaan alat Kesehatan berupa troly injeksi untuk melengkapi ketersediaan sarana untuk menyiapkan obat injeksi.

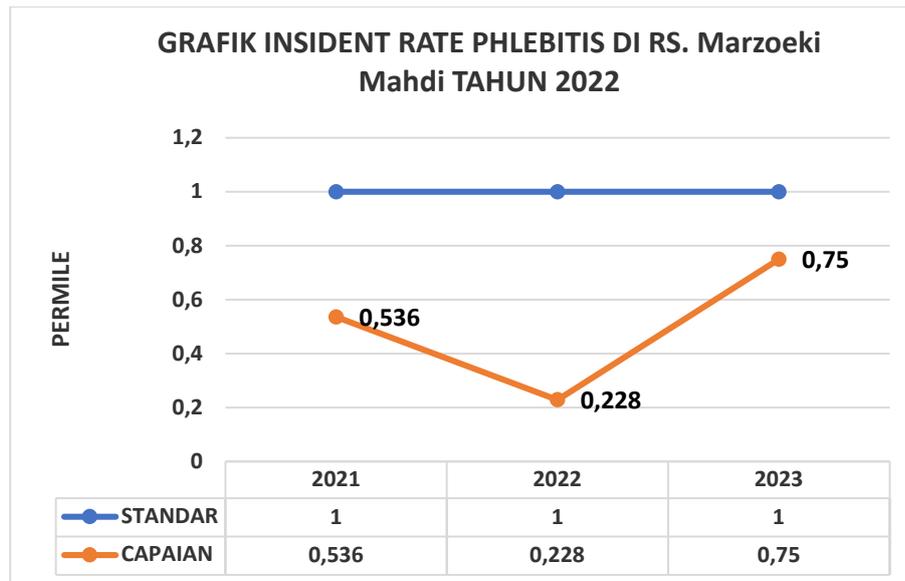
12. Kejadian Phlebitis

- Kondisi yang Dicapai



Grafik diatas dapat disimpulkan adanya insiden rate HAIs Plebitis 2023 mencapai 0,23% dari jumlah 2704 pasien yang terpasang infus, dan terjadi peningkatan insiden rate dari tahun 2021 (0,06%). Nilai ini masih di bawah standar yang ditetapkan yaitu 5%.

- Kendala dan Permasalahan
Terjadinya kasus Phlebitis pada anak karena aktivitas tangan (mekanik) lebih aktif dan sulit diarahkan, kondisi pasien dewasa dengan pembuluh darah yang rentan dan pemberian dari jenis cairan (produk darah).
- Kondisi yang Dicapai

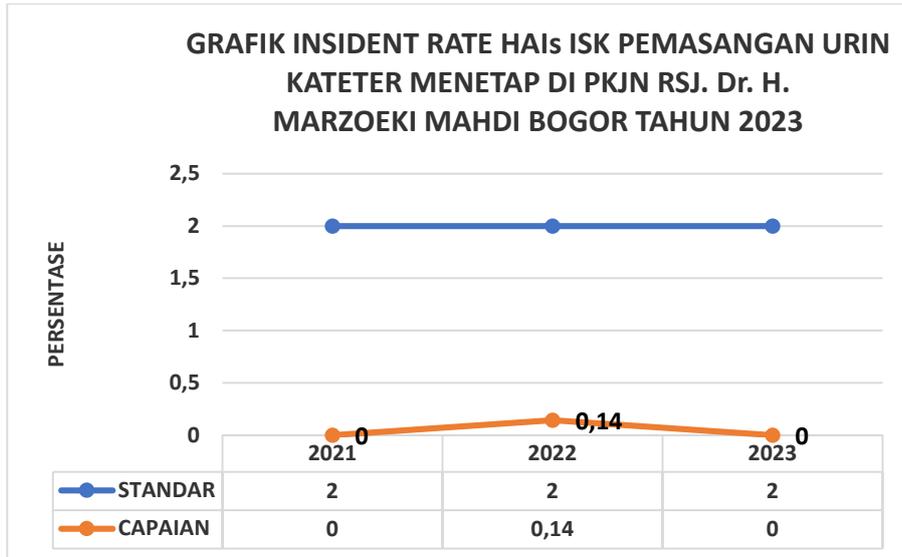


Grafik diatas dapat disimpulkan adanya insiden rate HAls Plebitis 2022 mencapai 0,228‰ angka ini jauh lebih baik dari insiden rate tahun 2023 yang tercatat 0,75%.

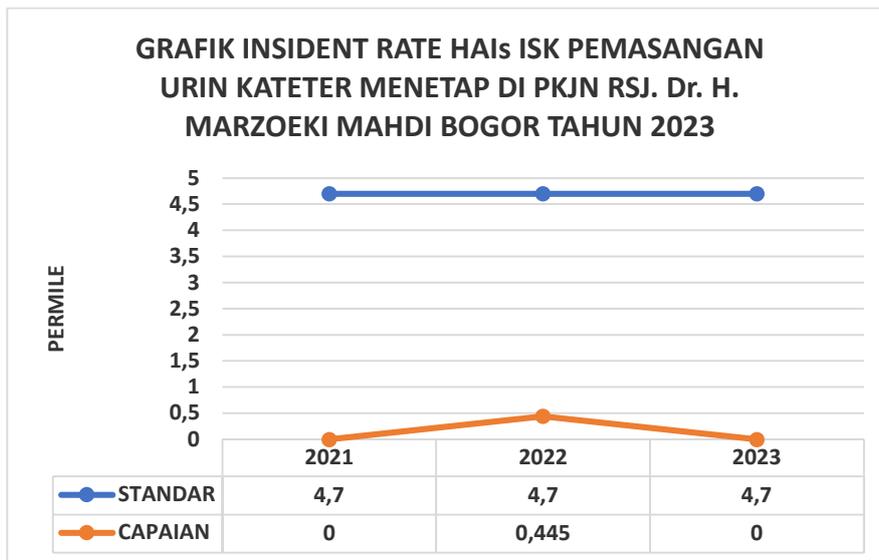
- Kendala dan Permasalahan
Peningkatan ini dipengaruhi oleh pemilihan tempat pemasangan infus, pemberian jenis cairan yang diberikan dan kondisi klinis pasien (komorbid).
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Optimalkan monitoring penerapan Bundles oleh petugas di ruangan
 - ◆ Koordinasi dengan kepala ruang dan katim terkait monitoring dan evaluasi
 - ◆ Koodinasi dengan diklit, manager keperawatan untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam memasang infus dan prosedur maintance secara rutin
 - ◆ Optimalkan sosialisasi SPO penerapan Bundles phlebitis oleh IPCD, IPCN dan Keperawatan

13. Kejadian ISK

- Kondisi yang Dicapai



Grafik diatas dapat disimpulkan adanya insiden rate HAIs ISK 2023 mencapai 0% merupakan kondisi ideal yang diharapkan selalu terjaga. Sehingga pasien benar-benar aman dari risiko infeksi jika terpasang kateter urine.

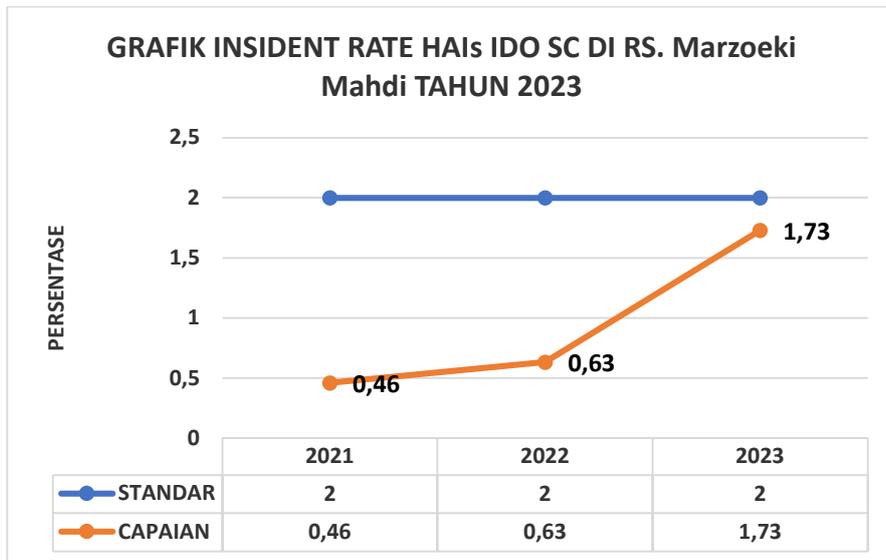


Grafik diatas adalah kondisi ideal dari insiden rate ISK yang diharapkan dalam surveilans HAIs dan kepatuhan pelaksanaan bundles insersi dan bundles maintance Kateter urine.

- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Pertahankan kepatuhan penerapan Bundles Insersi dan maintenance infus secara rutin sesuai dengan sop dan kebutuhan pasien
 - ◆ Tingkatkan koordinasi dengan kepala ruang dan katim terkait monitoring penggunaan Kateter urine
 - ◆ Optimalkan sosialisasi SPO penerapan Bundles oleh IPCD, IPCN dan Keperawatan.

14. Kejadian IDO

- Kondisi yang Dicapai



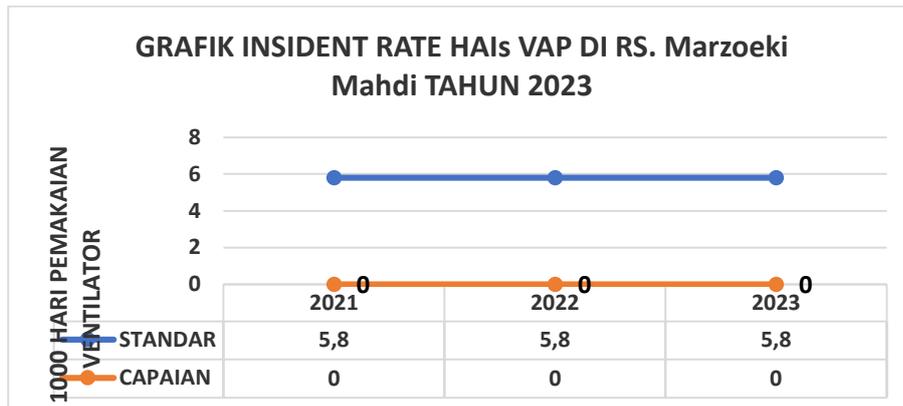
Grafik diatas dapat disimpulkan terjadi insiden rate HAIs IDO di tahun 2023 mengalami peningkatan sampai dengan 0,63% dibandingkan dengan tahun 2021 sebesar 0,63%, target kasus pada operasi SC dimana kejadian infeksi terjadi pasca operasi setelah perawatan di rumah. Petugas sudah menerapkan bundles IDO baik pre, intra maupun pasca operasi. Selain itu, petugas juga mengedukasi Bundles pasca operasi kepada pasien dan keluarga, kemungkinan IDO ini terjadi disebabkan persepsi yang keliru terkait perawatan luka selama di rumah.

- Kendala dan Permasalahan
Terputusnya komunikasi dengan pasien setelah pulang dari perawatan berkontribusi timbulnya IDO. Seharusnya dengan kemudahan alat komunikasi saat ini, hubungan petugas dan pasien tetap harus terjalin meskipun pasien sudah pulang ke rumahnya.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Optimalkan edukasi penerapan Bundles oleh IPCD, IPCN ke petugas dan pasien untuk perawatan luka operasi selama di rumah
 - ◆ Sosialisasi SPO penerapan Bundles HAIs yang lebih masif pada petugas yang merawat pasien
 - ◆ Koordinasi dengan kepala ruang dan katim dalam monitoring penerapan Bundles
 - ◆ Koordinasi secara berkelanjutan dengan diklit dan keperawatan untuk upgrade perawatan luka pasca operasi. dalam pelaksanaan Home Visite pada pasien pasca operasi

- ◆ Manfaatkan jejaring informasi/ komunikasi agar terus terjaga dengan pasien setelah pulang ke rumah melalui hand phone untuk memantau kondisi pasien selama penyembuhan luka di rumah.

14. Kejadian VAP

- Kondisi yang Dicapai

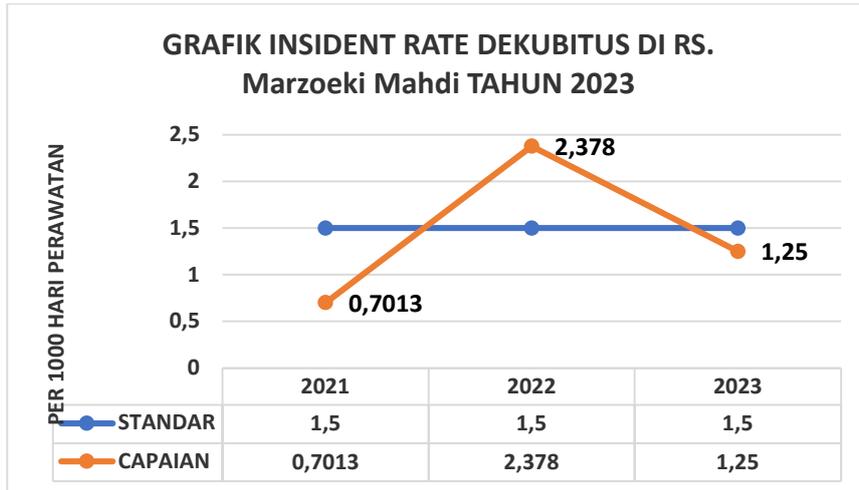


Grafik diatas dapat disimpulkan tidak ditemukan insiden rate HAIs VAP dari tahun 2021 hingga tahun 2023, kondisi ini terjadi karena penggunaan ventilator sangat jarang, setiap tahun hanya 1 pasien yang terpasang ventilator dan itupun pemakaiannya tidak pernah bertahan lama.

- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Laksanakan penerapan Bundles VAP jika ada pasien yang terpasang ventilator.
 - ◆ Sosialisasi kepatuhan bundles VAP secara terjadwal untuk mempertahankan kemampuan petugas merawat pasien dengan ventilator.
 - ◆ Koordinasi dengan kepala ruang dan katim dalam monitoring penerapan Bundles.

15. Kejadian Dekubitus

- Kondisi yang Dicapai

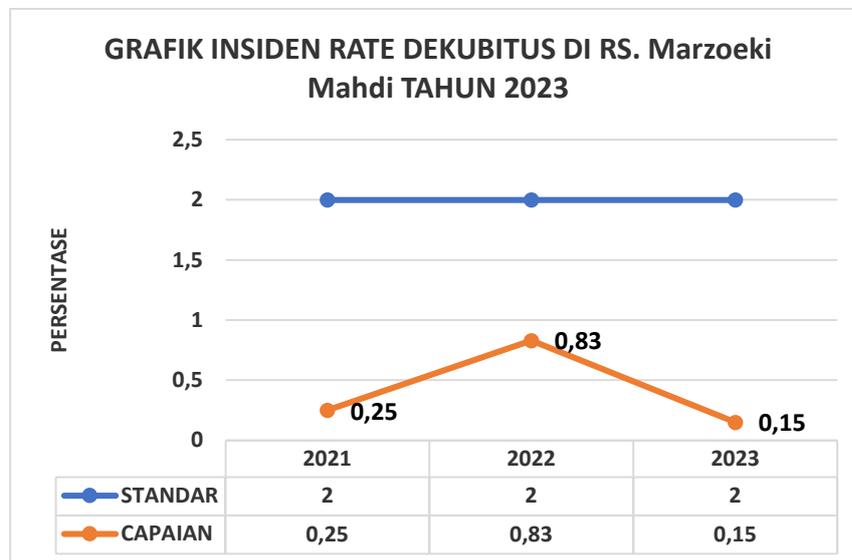


Grafik diatas dapat disimpulkan terjadinya insiden rate Dekubitus di 2023 pada angka 1,25% dari 800 lama tirah baring, terjadi trend penurunan kasus di banding 2022 (2,378%). Meskipun insiden rate ini masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu 1,5%, tetap menjadi perhatian agar kejadian decubitus dapat dicegah.

- Kendala dan Permasalahan

Factor yang turut mempengaruhi insiden rate kemungkinan terjadi karena kondisi klinis pasien dan status nutrisi pasien serta jadwal mobilisasi pasien yang tidak konsisten dilakukan oleh petugas

- Kondisi yang Dicapai



Grafik diatas dapat disimpulkan adanya insiden rate Dekubitus 2023 mencapai 0,15% dari 490 pasien yang tirah baring. Terjadi penurunan kasus dari tahun 2022 (0,83%), kondisi tersebut masih dibawah standar (2%). Perhatian terhadap insiden rate tersebut menjadi perhatian dalam memberikan pelayanan pada pasien.

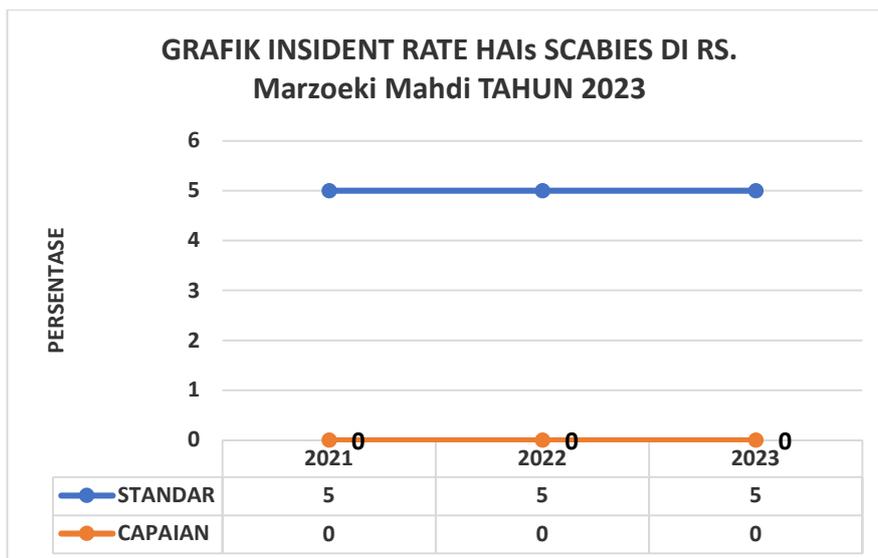
- Kendala dan Permasalahan

Kemungkinan dekubitus terjadi karena kondisi pasien yang diperberat dengan penyakitnya, serta jadwal mobilisasi pasien yang tidak konsisten dilakukan oleh petugas.

- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Optimalkan edukasi dan sosialisasi dalam penerapan pencegahan decubitus
 - ◆ Koordinasi dengan kepala ruang dan katim dalam monitoring penerapan pencegahan decubitus.
 - ◆ Optimalkan koordinasi dengan bagian penunjang untuk memfasilitasi prasarana (matras decubitus) sebagai upaya mencegah insiden rate decubitus.
 - ◆ Supervise/ Rounde berkelanjutan oleh IPCN bersama Keperawatan.

16. Kejadian Scabies

- Kondisi yang Dicapai



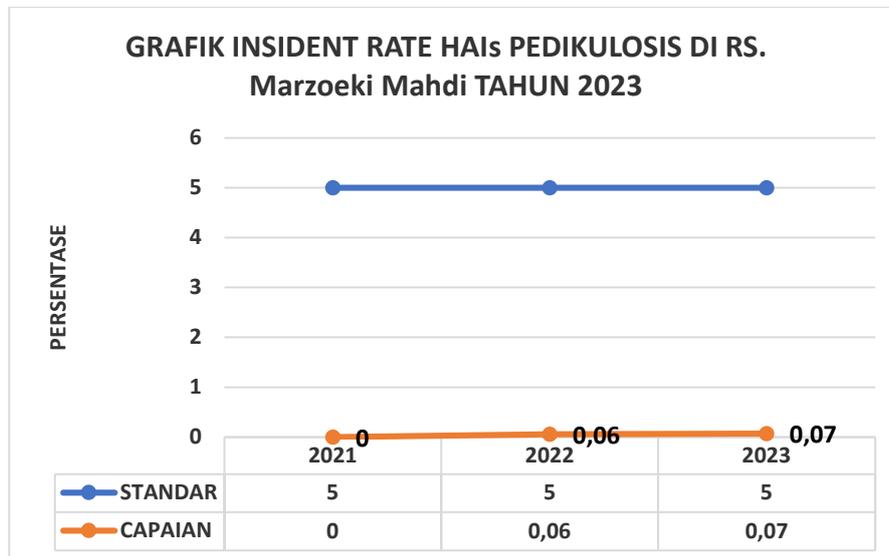
Grafik diatas dapat disimpulkan tidak ditemukan insiden rate HAIs Scabies di 2023, demikian juga tahun 2021 dan tahun 2022, kondisi ini terjadi karena petugas sudah mematuhi penerapan Bundles scabies saat merawat pasien yang memang sudah

menderita scabies dari sebelum masuk RS. Selain hal tersebut di atas juga dipengaruhi oleh kepatuhan pelaksanaan kegiatan personal hygiene pasien yang merupakan bagian kebutuhan dasar pasien.

- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Pertahankan penerapan Bundles scabies
 - ◆ Koordinasi dengan kepala ruang dan katim dalam monitoring penerapan Bundles
 - ◆ Optimalkan edukasi dan sosialisasi penerapan Bundles scabies
 - ◆ Koordinasi dengan penunjang dalam mengalokasikan kebutuhan prasarana personal hygiene masing-masing pasien psikiatri
 - ◆ Optimalkan peran kolaborasi dengan tim medis jika kasus scabies ditemukan mulai dari pintu masuk RS seperti IGD dan poliklinik psikiatri.

17. Kejadian Pedikulosis

- Kondisi yang Dicapai



Grafik diatas dapat disimpulkan ditemukan insiden rate HAIs Pedikulosis pada tahun 2023 sebesar 0,07%. Kasus ditemukan pada bulan januari di ruangan yang masih berupa bangsal dan ditempati oleh 8 pasien.

- Kendala dan Permasalahan

Kondisi ini menyulitkan untuk mengendalikan penyebaran infeksi pediculosis karena tingginya mobilitas pasien. Terjadi trend peningkatan insiden rate dari tahun 2022 (0,06%). Dengan kepatuhan pelaksanaan bundles pediculosis, penyebaran infeksi dapat dihentikan.
- Rencana Pemecahan Masalah
 - ◆ Tingkatkan pemeriksaan kondisi pasien psikiatri dari had to toe dengan lebih teliti
 - ◆ Koordinasi dengan kepala ruang dan katim dalam monitoring penerapan Bundles pediculosis

- ◆ Optimalkan edukasi dan sosialisasi penerapan Bundles pediculosis
- ◆ Pembangunan ruang perawatan harus mempertimbangkan privasi pasien dan tidak berupa bangsal yang besar.
- ◆ Koordinasi dengan penunjang dalam mengalokasikan kebutuhan prasarana personal hygiene pasien psikiatri
- ◆ Optimalkan peran kolaborasi dengan tim medis jika kasus ditemukan
- ◆ Isolasi atau pisahkan dengan pasien yang lain, jika kasus terjadi

5.1.3.4.2 Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis lainnya

Kondisi yang Dicapai

Hasil kegiatan dari Program Komite Staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya selama tahun 2023 adalah sebagai berikut :

No.	Kegiatan	Realisasi
A	Sub Komite Kredensial	
1	Pelatihan Kredensial staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan staf Klinis Lainnya	Belum Terlaksana
2	Pertemuan komite per triwulan	Terlaksana
3	Penyusunan Panduan Kredensial dan Rekredensial	Terlaksana
4	Revisi Pedoman Kewenangan Klinis per Profesi	Sedang dalam proses.
B	Sub Komite Mutu Profesi	
1	Sosialisasi audit kinerja staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan staf Klinis Lainnya	Belum Terlaksana untuk semua profesi
2	Penyusunan Panduan OPPE	Terlaksana.
3	Mengadakan pertemuan – pertemuan ilmiah, pelatihan internal dan eksternal sesuai dengan area praktik	Belum Terlaksana seluruhnya
C	Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi	
1	Sosialisasi etika dan disiplin Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya	Sedang dalam proses

No.	Kegiatan	Realisasi
2	Menyusun tata laksana alur pelaporan penanganan masalah etik dan disiplin staf Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan staf Klinis Lainnya	Sedang dalam proses.

Kendala dan Permasalahan

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

Rencana Pemecahan Masalah

- Komite perlu memiliki ruang yang representative untuk kami berkumpul dan melakukan koordinasi semua profesi (18 Profesi)
- Menambah sarana untuk menunjang kinerja administrasi kesekretariatan berupa computer PC atau Laptop beserta printer nya.
- Menjadwalkan kembali dan berkoordinasi dengan bagian SDM terkait pelatihan kredensial
- Berkoordinasi dengan rumah sakit lain yang telah memiliki Pedoman Kewenangan Klinis sesuai dengan profesi yang belum selesai
- Berkoordinasi dengan setiap profeso agar partisipasi sosialisasi audit kinerja staf PPA dan staf klinis lainnya lebih meningkat lagi
- Berkoordinasi dengan rumah sakit lain yang telah memiliki panduan OPPE
- Berkoordinasi dengan setiap profesi agar manajemen pembagian tugas lebih dapat ditingkatkan lagi
- Sosialisasi etika dan disiplin PPA Lainnya dan Staf Klinis Lainnya dapat dilakukan secara virtual

- Meningkatkan koordinasi antar profesi melalui media virtual

5.2 Realisasi Anggaran

Pada tahun 2023 RS. 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,-.

5.2.1 Kinerja Anggaran

DIPA RS. 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, RS. 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:

- k. 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,-.
- l. 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).
- m. Revisi Ketiga
Pada tanggal 18 April 2023 dilakukan revisi DIPA perpindahan antar akun belanja barang dan belanja modal.
- n. 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.

o. 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.

p. 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.

q. 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.

r. Revisi Kedelapan

Pada tanggal 06 November 2023 dilakukan revisi DIPA berupa perpindahan akun Belanja Pegawai.

s. 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 .

t. Revisi Kesepuluh

Pada tanggal 27 Desember 2023 dilakukan revisi DIPA berupa perpindahan akun pada

akun belanja BLU dan Belanja Rupiah Murni.

Tabel
Anggaran Awal dan Revisi Anggaran TA 2023
RS. 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 RS. 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
Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan TA 2023
RS. 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
Pendapatan Jasa Layanan Umum per 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022

Uraian	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 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 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 Sewa Tanah 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
Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja TA 2023
RS. Marzoeeki 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%.

5.4 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 PRESCRIPURE
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

5.5 Pusat Kesehatan Jiwa Nasional

A. Jejaring Pengampuan

Kondisi yang Dicapai Saat Ini :

1. Komunikasi dengan Kemenkes (Dit PKR) tetap berjalan secara berkala
2. Usulan dan rekomendasi ttg strata RSJ/ RSU kepada Menteri Kesehatan RI
3. 1 (Satu) Rumah Sakit Umum Daerah telah mendapatkan SK menjadi Rumah Sakit Jiwa dan Ketergantungan Obat Daerah (RSJKO)
4. Membuat draft Mou dg stakeholder

Kendala dan Permasalahan :

1. Belum ditetapkannya strata rumah sakit jejaring pengampuan kesehatan jiwa oleh Menteri Kesehatan”
2. Cakupan 350 RSJ untuk pendampingan memerlukan biaya yang cukup besar
3. Kebijakan penyelenggaraan pendidikan Spesialis Kedokteran Jiwa masih terbatas

Rencana Tindak Lanjut :

1. Dukungan dengan Dit PKR untuk ketersediaan anggaran agar pencapaian sumberdaya yang dibutuhkan terpenuhi (SDM, sarpras, sistem layanan dan alkes)
2. Kolaborasi dengan RSJ pengampu membuat instrumen standar layanan yang bermutu dengan memperhatikan HAM
3. Dukungan Dit. PKR Kemenkes melakukan Pendekatan dengan institusi Pendidikan
4. Pelaksanaan pengampuan oleh RS Paripurna dan Utama ke RS Madya agar dapat memberikan layanan sesuai standar dan bermutu

B. Sister Hospital

1. Korea Foundation for Suicide Prevention, Korea Selatan
Terbentuknya layanan telekonsultasi tentang bunuh diri/ hotline support dengan konselor yang tersertifikasi di RSMM

Kondisi yang Dicapai Saat Ini :

1. Sudah adanya MoU dengan KFSP Usulan dan rekomendasi tentang strata RSJ/ RSU kepada Menteri Kesehatan RI
2. Pembentukan tim internal di RSMM untuk korespondensi dan komunikasi dengan RSJSH dan KFSP
3. Pertemuan dengan tim Kemenkes (TKPK) dan RSJ SH untuk bersama-sama mewujudkan layanan konseling di masing-masing rumah sakit

Kendala dan Permasalahan :

1. Belum optimalnya antar RSJ dan dengan pihak KFSP

Rencana Tindak Lanjut :

1. Mengaktifkan korespondensi dengan KFSP melakukan pertemuan dengan RSJSH untuk TLkegiatan yang sudah direncanakan
2. mempersiapkan sarpras untuk adaptasi layanan

2. Yong In Mental Hospital, Korea Selatan

Peningkatan layanan IRP kuantitas dan kualitas diRSMM

Kondisi yang Dicapai Saat Ini :

1. Sudah ada MoU dengan YIMH
2. pembentukan tim internal di RSMM untuk korespondensi dan komunikasi dengan RSJSH dan Yong In Mental hospital

Kendala dan Permasalahan :

Belum optimalnya komunikasi dengan RSJSH, Kemenkes dan YIMH

Rencana Tindak Lanjut :

1. Pembentukan tim bersama dengan RSJSH
2. Pemantapan rencana kegiatan bersama
3. Diskusi dan tukar pengalaman daring
4. Pembentukan tim untuk workshop
5. Korespondensi dan diskusi dengan Yong In Hosital tentang workshop
6. Penentuan peserta untuk Internship
7. Internship di Yong in Mental Hospital

3. Program Mentari, Malaysia

Adopsi, Tiru dan Modifikasi program Mentari di RSMM

Kondisi yang Dicapai Saat Ini :

- korespondensi tetap
- adanya rencana lawatan salah satu RSJ Malaysia ke RSMM

Kendala dan Permasalahan :

Belum adanya MoU dengan pihak Malaysia

Rencana Tindak Lanjut :

- Perlu adanya dukungan dari Kementerian Kesehatan c/q Dit. TKPK
- Pembahasan dan penandatanganan MoU
- Mempersiapkan SDM dan sarpras untuk program Mentari
- ATM program Mentari yang disesuaikan dengan kondisi di RSMM

5.3 Zona Integritas Menuju WBK/WBBM

Penilaian Mandiri Pembangunan Zona Integritas di lingkungan RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dilaksanakan dengan tujuan:

1. Memudahkan RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dalam menyediakan informasi mengenai perkembangan pelaksanaan pembangunan zona integritas dan upaya-upaya perbaikan yang perlu dilakukan ;
2. Menyediakan data/informasi dalam rangka menyusun profil pelaksanaan pembangunan zona integritas pada RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Penilaian Mandiri Pembangunan Zona Integritas mencakup penilaian terhadap dua komponen: Pengungkit (*Enablers*) dan Hasil (*Results*). Pengungkit adalah seluruh upaya yang dilakukan dalam menjalankan fungsinya, sedangkan Hasil adalah kinerja yang diperoleh dari komponen pengungkit. Hubungan sebab-akibat antara komponen pengungkit dan komponen hasil dapat mewujudkan proses perbaikan melalui inovasi dan pembelajaran, dimana proses perbaikan ini akan meningkatkan kinerja secara berkelanjutan. Komponen pengungkit sangat menentukan keberhasilan tugas, sedangkan komponen hasil berhubungan dengan kepuasan para pemangku kepentingan. Hasil penilaian Asesor dari Kementerian Kesehatan terhadap Pembangunan ZI Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

HASIL EVALUASI ZI MENUJU WBK RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun Anggaran 2023

No	KOMPONEN		Bobot	Nilai Absolut	Nilai Presentase
A	PENGUNGKIT		60	50,68	84,47%
I	MANAJEMEN PERUBAHAN (8)		8	5,63	70,43%
	1	Tim Kerja (1)	1	0,75	75%
	2	Rencana Pembangunan Zona Integritas (2)	2	1,17	58%
	3	Pemantauan dan Evaluasi Pembangunan WBK/WBBM (2)	2	1,34	67%
	4	Perubahan pola pikir dan budaya kerja (3)	3	2,38	79%
II	PENATAAN TATALAKSANA (7)		7	5,11	73,05%
	1	Prosedur operasional tetap (SOP) kegiatan utama (2)	2	1,11	56%
	2	E-Office (4)	4	3,50	88%
	3	Keterbukaan Informasi Publik (1)	1	0,50	50%
III	PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM (10)		10	9,57	95,71%

	1	Perencanaan kebutuhan pegawai sesuai dengan kebutuhan organisasi (0,5)	0,5	0,50	100%
	2	Pola Mutasi Internal (1)	1	0,92	92%
	3	Pengembangan pegawai berbasis kompetensi (2,5)	2,5	2,15	86%
	4	Penetapan kinerja individu (4)	4	4,00	100%
	5	Penegakan aturan disiplin/kode etik/kode perilaku pegawai (1,5)	1,5	1,50	100%
	6	Sistem Informasi Kepegawaian (0,5)	0,5	0,50	100%
IV	PENGUATAN AKUNTABILITAS (10)		10	9,14	91,38%
	1	Keterlibatan pimpinan (5)	5	4,45	89%
	2	Pengelolaan Akuntabilitas Kinerja (5)	5	4,69	94%
V	PENGUATAN PENGAWASAN (15)		15	13,74	91,63%
	1	Pengendalian Gratifikasi (3)	3	2,51	84%
	2	Penerapan SPIP (3)	3	2,44	81%
	3	Pengaduan Masyarakat (3)	3	3,00	100%
	4	Whistle-Blowing System (3)	3	3,00	100%
	5	Penanganan Benturan Kepentingan (3)	3	2,80	93%
VI	PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK (10)		10	7,48	74,84%
	1	Standar Pelayanan (3)	3	2,25	75%
	2	Budaya Pelayanan Prima (3)	4	3,06	77%
	3	Penilaian kepuasan terhadap pelayanan (4)	3	2,17	72%
B	HASIL (40)		40	27,50	68,75%
I	PEMERINTAH YANG BERSIH DAN BEBAS KKN (20)		20	12,50	62,50%
	1	Nilai Survey Persepsi Korupsi (Survei Eksternal) (15)	15	10,00	67%
	2	Persentase temuan hasil pemeriksaan (Internal dan eksternal) yang ditindaklanjuti (5)	5	2,50	50%
II	KUALITAS PELAYANAN PUBLIK (20)		20	15,00	75,00%
	1	Nilai Persepsi Kualitas Pelayanan (Survei Eksternal) (20)	20	15,00	75%
NILAI EVALUASI REFORMASI BIROKRASI (A+B)			100	78,18	78,18%

Kesimpulan

Dari hasil uraian monitoring dan evaluasi yang dipaparkan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan sebagai berikut:

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).

(1) SPM RSMM tahun 2019 telah direview dan sudah disusun draft Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. (3) RSMM Bogor juga sudah mempunyai layanan terpadu yakni sistem informasi integrated. (4) RSMM Bogor telah melakukan survey layanan kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan yang disediakan oleh RSMM Bogor.

Hambatan

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

a. Manajemen Perubahan

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

b. Penataan Tatalaksana

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

c. Penataan Sistem Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

- Kurangnya koordinasi dalam hal monitoring dan evaluasi pemenuhan kebutuhan pegawai, pola mutasi internal. Kurangnya sosialisasi kode etik.
- d. Penguatan Akuntabilitas
 - Belum 100% pegawai mempunyai kesadaran mempunyai kewajiban menyerahkan laporan kinerja tepat waktu.
- e. Penguatan Pengawasan
 - Masih adanya Temuan BPK dan Itjen yang belum selesai ditindaklanjuti yang merupakan hambatan utama tidak dapat dilaksanakan self assessment tahun 2023.

BAB VI

PENUTUP

Pencapaian kinerja RS. Marzoeki Mahdi Tahun Anggaran 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 Rencana Strategis RSMM Tahun 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja. Keberhasilan atas pencapaian kinerja Tahun Anggaran 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.

a. Kesimpulan

1. Pencapaian kinerja (IKU RSB) selama tahun anggaran 2023 belum seluruhnya tercapai Atas hal tersebut memerlukan upaya perbaikan dari semua pihak yang terkait agar tercapai sesuai target (100%);
2. Adanya program inovasi dari semua unit kerja khususnya terkait layanan terhadap pasien diharapkan dapat mewujudkan layanan kesehatan jiwa yang bermutu;
3. Untuk mencapai layanan yang bermutu dan terukur maka selama TA 2023 telah merangkum kegiatan yang dilakukan di semua Direktorat.

b. Rekomendasi

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