KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

RSJMM

BLU PROMiSe Profesional, Melayani, Bersinergi

LAPORAN TAHUNAN

RSJ dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Tahun

2021

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Tahunan Tahun Anggaran 2021 RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi (RSJMM) Bogor ini dapat terselesaikan.

Laporan Tahunan TA 2021 RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan merupakan pertanggungjawaban mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu tahun 2021.

Laporan Tahunan RSJ Dr. H. Marzoeki 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 ini, RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor agar mendapatkan umpan balik (*feedback*) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi yang obyektif dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk perbaikan kinerja RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang akan datang.

Bogor, 27 Januari 2022

Direktur Utama

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

NIP. 196306271988121002

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TAHUNAN
RSJ. Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2021

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. **Direktur Utama**
   DR. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH.
   NIP 196306271988121002 .....

2. **Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang**
   dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.
   NIP 196903072008012024 .....

3. **Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum**
   Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.
   NIP 196903081994031002 .....

4. **Direktur Perencanaan, Keuangan, dan BMN**
   Evi Nursafinah, SE., MPH.
   NIP 197406112000032002 .....

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN i
KATA PENGANTAR ii
DAFTAR ISI iii
DAFTAR TABEL v
DAFTAR GRAFIK atau GAMBAR vii
EXECUTIVE SUMMARY ix
BAB I. PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan 2
1.3 Ruang Lingkup Laporan 3
BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN 5
2.1 Hambatan Tahun Lalu 5
2.2 Kelembagaan 6
2.2.1 Struktur Organisasi 6
2.2.2 Tugas dan Fungsi 8
2.3 Sumber Daya 9
2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM) 9
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana atau Aset 12
BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA 14
3.1 Dasar Hukum 14
3.2 Tujuan Strategis, Sasaran dan Indikator 15
3.2.1 Tujuan Strategis 15
3.2.2 Sasaran dan Indikator 16
BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN 19
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran 19
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi 21
4.3 Upaya Tindak Lanjut 23

BAB V. HASIL KERJA 25
5.1 Pencapaian Target Kinerja Rumah Sakit..... 25
5.1.1 Pencapaian Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) 25
5.1.2 Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT)..... 66
5.1.3 Pencapaian Indikator Kinerja Individu Direktur Utama 71
5.1.4 Pencapaian Indikator Kinerja Utama Badan Layanan Umum (IKU BLU)..... 73
5.1.5 Pencapaian Indikator Mutu Unit atau Standar Pelayanan Minimal 76
5.2. Pencapaian Target Kinerja Direktorat 82
5.2.1 Pencapaian Kinerja Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang 82
5.2.2 Pencapaian Kinerja Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Barang Milik Negara. 113
5.2.3 Pencapaian Kinerja Direktorat SDM, Pendidikan dan Umum 121
5.3 Penyerapan Anggaran 127
5.4 Upaya pembentukan Rumah Sakit menjadi Pusat Rujukan Kesehatan Jiwa Nasional 138
5.5 Program Inovasi Rumah Sakit..... 146
5.6 Akreditasi Rumah Sakit 158
5.7 Upaya Pembangunan Zona Integritas Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) 174
BAB VI. PENUTUP 182
6.1 Kesimpulan 182
6.2 Rekomendasi 183

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jumlah Ketenagaan RS TA 2021…….....	9
Tabel 2.2	Hasil Rekonsiliasi Data BMN TA 2021….....	12
Tabel 5.1	Hasil Capaian IKU RSB TA 2020 dan 2021…….....	26
Tabel 5.2	Hasil Capaian IKU RSB TA 2021.....	27
Tabel 5.3	Pertumbuhan layanan PDC tahun 2021…….....….....	37
Tabel 5.4	Capaian Program Inovasi SAFEWARDS ……..……	42
Tabel 5.5	Capaian Akreditasi Tahun 2021..... ……..……..	45
Tabel 5.6	Capaian SISRUTE Tahun 2021……..…….	53
Tabel 5.7	Hasil Penilaian Asesor dari Kementerian Kesehatan.....…..	55
Tabel 5.8	Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 1 Tahun 2021….	67
Tabel 5.9	Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 2 Tahun 2021….	68
Tabel 5.10	Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 3 Tahun 2021….	69
Tabel 5.11	Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 4 Tahun 2021….	70
Tabel 5.12	Target dan Capaian IKI Dirut Tahun 2021…….....…..	72
Tabel 5.13	Pengukuran Kinerja Atas Indikator Kinerja Keuangan TA 2021 …….	73
Tabel 5.14	Pengukuran Kinerja Atas Indikator Kinerja Layanan TA 2021 …….	74
Tabel 5.15	IMU Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang TA 2021……	76
Tabel 5.16	IMU Direktorat Perencanaan, Keuangan dan BMN TA 2021……	79
Tabel 5.17	IMU Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang TA 2021…….	80
Tabel 5.18	Total Layanan Rawat Jalan TA 2021…….....…..	85
Tabel 5.19	Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Jalan TA 2021…….....…..	87
Tabel 5.20	Indikator Rawat Inap TA 2021……..……..	89
Tabel 5.21	Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Inap TA 2021…….....	91
Tabel 5.22	Target dan Jumlah Dosis dalam Pemberian Layanan Vaksin …….	98
Tabel 5.23	Perbandingan Layanan Peresepan / Kegiatan Tahun 2020 dan 2021 …….....	101
Tabel 5.25	Layanan Pemeriksaan Instalasi Laboratorium TA 2021.....	103
Tabel 5.24	Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi Imaging dan Elektromedik Tahun 2020 dan 2021 …….....	105
Tabel 5.25	Kegiatan PKRS dan Keswamas TA 2021 …….	107
Tabel 5.26	Layanan Gizi TA 2020 dan 2021 …….....	110
Tabel 5.27	Realisasi Anggaran Tahun 2021…….....	127
Tabel 5.28	Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan Periode Tahun 2021…….....	129
Tabel 5.29	Perbandingan Realisasi Pendapatan Periode	

	TA 2021 dan 2020 …….....	130
Tabel 5.30	Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja TA 2021……..	131
Tabel 5.31	Perbandingan Realisasi Belanja Pegawai TA 2021 dan TA 2020 …….....	132
Tabel 5.32	Perbandingan Realisasi Belanja Barang TA 2021 dan TA 2020 …….....	132
Tabel 5.33	Perbandingan Realisasi Belanja Peralatan dan Mesin TA 2021 dan TA 2020 ……...	133
Tabel 5.34	Perbandingan Realisasi Belanja Modal Gedung dan Bangunan TA 2021 dan TA 2020 ……	133
Tabel 5.35	Perbandingan Realisasi Belanja Modal Lainnya TA 2021 dan TA 2020….....	134
Tabel 5.36	Laporan Neraca TA 2021……	134
Tabel 5.37	Laporan Operasional TA 2021…….	136
Tabel 5.38	Program dan Kegiatan PKJN..……	142
Tabel 5.39	Pembiayaan Program Persiapan PKJN Tahun 2022-2024…..	144
Tabel 5.40	Capaian Program Inovasi Di RSJMM Tahun 2021……..……	147
Tabel 5.41	Hasil Skor Akreditasi Pokja Tahun 2021….....	158
Tabel 5.42	Capaian Akreditasi RS TA 2021.....……...	159
Tabel 5.43	Hasil Penilaian Zona Integritas RSJMM Bogor Tahun 2021….	175

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSJMM ……..... 6
Gambar 2.2 Ketenagaan RS TA 2021…….. 10
Gambar 2.3 Ketenagaan Medis TA 2021 ……..... 10
Gambar 2.4 Ketenagaan Perawat dan Nakes Lainnya TA 2021……. 11
Gambar 2.5 Ketenagaan RS TA 2017-2021…….…….... 12
Gambar 5.1 Tingkat Pertumbuhan Pendapatan TA 2021 ……..... 29
Gambar 5.2 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional 2021 ……..... 31
Gambar 5.3 Tingkat kepuasan Pelanggan TA 2021……. ……..... 33
Gambar 5.4 Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) TA 2021 ….... 35
Gambar 5.5 Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan TA 2021…..... 38
Gambar 5.6 Perbandingan kemandirian pasien TA 2021…….... 40
Gambar 5.7 Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien TA 2021……..... 40
Gambar 5.8 Capaian Pogram Inovasi RS TA 2021 ……..... 43
Gambar 5.9 Capaian Akreditasi TA 2021…….. 47
Gambar 5.10 Publikasi penelitian TA 2021…….…….... 49
Gambar 5.11 Peningkatan Pelatihan tersertifikasi TA 2021……..... 50
Gambar 5.12. Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM TA 2021 ……..…… 52
Gambar 5.13. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal TA 2021 ……..... 54
Gambar 5.14 Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM TA 2021 …… 57
Gambar 5.15 Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi TA 2021 … 59
Gambar 5.16 Persentase tingkat kepatuhan sesuai Budaya Kinerja TA 2021 ……..... 61
Gambar 5.17 *Overall Equipment Efectiveness* (OEE) TA 2021…… 62
Gambar 5.18 Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar TA 2021 ……..……. 64
Gambar 5.19 Capaian BIOS TA 2021…… 65
Gambar 5.20 Capaian IKT TA 2021…….. 71
Gambar 5.21 Perbandingan Kunjungan Pasien di IGD Tahun 2020 dan tahun 2021 ……..... 82
Gambar 5.22 Perbandingan Kunjungan Pasien IGD per Bulan Tahun 2020 dan tahun 2021 ……..... 83
Gambar 5.23 Perbandingan persentase pasien psikiatri dan non psikiatri tahun 2021 ……... 83
Gambar 5.24 Persentase layanan pasien di IGD berdasarkan cara bayar …. 83
Gambar 5.25 Persentase kunjungan rawat jalan berdasarkan penjamin tahun 2021……..... …… 86
Gambar 5.26 Perbandingan Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2020-2021.... 87
Gambar 5.27 Perbandingan persentase tempat tidur di RSJMM TA 2021… 89
Gambar 5.28 Perbandingan Jumlah Tempat Tidur Psikiatri dan Non

Psikiatri TA 2020-2021 ……..…….. 90
Gambar 5.29 Fluktuasi pasien Covid-19 TA 2020-2021 ……..... 91
Gambar 5.30 Perbandingan Tindakan Hemodialisa
TA 2020-2021……..……... 93
Gambar 5.31 Perbandingan jumlah tindakan Hemodialisa TA 2020-2021… 94
Gambar 5.32 Perbandingan Tindakan Operasi per Bulan
TA 2020-2021……..……... 96
Gambar 5.33 Perbandingan Jumlah Tindakan Operasi
TA 2020-2021……..……..... 96
Gambar 5.34 Persentase yang di beri vaksin covid-19 vaksin tahun 2021... 99
Gambar 5.35 Persentase peruntukan vaksinasi tahun 2021 …… 99
Gambar 5.36 Perbandingan Layanan Farmasi Tahun 2020
dan tahun 2021 ……..... 101
Gambar 5.37 Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Covid-19
Tahun 2020 dan 2021 ……..……..... 103
Gambar 5.38 Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi Tahun
2020 dan 2021 ……..……... 105
Gambar 5.39 Capaian Kelengkapan KLPCM RM 24 jam Tahun 2021..…… 111
Gambar 5.40 Prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia 139
Gambar 5.41 Capaian Indikator Program Inovasi Safewards per Bulan
Tahun 2021……. 150
Gambar 5.42 Capaian Indikator Program Inovasi Safewards per TW Tahun
2021……..……. 150
Gambar 5.43 Jumlah Pasien D'patens 24 Tahun 2021……..……. 155
Gambar 5.44 Perbandingan Layanan Konsultasi di Pusat Krisis TA 2021… 156
Gambar 5.45 Hasil Akreditasi Tahun 2021…… 157
Gambar 5.46 Rekomendasi Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)..…… 158

EXECUTIVE SUMMARY

Struktur Organisasi RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor ditetapkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) nomor 65 tahun 2020 tentang Organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

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

Kinerja Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor diukur berdasarkan indikator-indikator yang terdiri dari :

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

Kenaikan POBO tahun 2021 dibanding tahun 2020 disebabkan kenaikan pendapatan operasional yang berasal dari pelayanan COVID-19 dan beban operasional (beban pegawai, beban persediaan, barang dan jasa, beban pemeliharaan, beban perjalanan dinas, beban penyusutan dan amotisasi, beban penyisihan hutang dan tertagih) yang turun dibandingkan tahun 2020.

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasi, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode Tahun Anggaran 2021. Realisasi Pendapatan Negara pada Tahun Anggaran 2021 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp144.346.606.106,- atau mencapai 126,16% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp114.418.804.000,-. Realisasi Belanja Negara pada Tahun Anggaran 2021 adalah sebesar Rp196.617.555.442,- atau mencapai 94,78% dari alokasi anggaran sebesar Rp207.439.566.000,-.

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Badan Layanan Umum (BLU) berdasarkan Pasal 5 PP Nomor 23 Tahun 2005 dibentuk dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi, produktivitas dan penerapan praktek bisnis yang sehat. Salah satu jenis BLU diantaranya Rumah Sakit (RS) yang berperan sebagai ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi (RSJMM) Bogor 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, RSJMM Bogor sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dan bersifat nirlaba mempunyai tanggung jawab keuangan tidak hanya kepada Kementerian Kesehatan RI namun juga kepada Kementerian Keuangan RI dalam mengelola praktik bisnis yang sehat serta mengacu pada prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi, efektif dan efisiensi.

RSJ Dr.H.Marzoeki Mahdi merupakan UPT atau Satuan Kerja yang bertanggung jawab 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*), RSJMM 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 penunjang pelayanan kesehatan serta pengelolaan aset untuk mendukung pelayanan.

Upaya pengelolaan tersebut dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan melalui reviu 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 1 (Satu) Tahun dalam bentuk Laporan Tahunan pelaksanaan tugas dan fungsi RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun Anggaran 2021.

Laporan ini merupakan bentuk pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020-2024, Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2021 serta Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2021 yang merupakan gambaran kualitas kinerja RSJMM Bogor.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Tahunan RSJMM Bogor 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 Laporan

Ruang lingkup laporan merupakan sistematika penyusunan laporan tahunan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi TA 2021 yang meliputi :

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menjelaskan tentang gambaran secara umum RSJMM Bogor, 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 RSJMM Bogor 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 RSJMM Bogor. Tujuan yang akan dicapai mengacu kepada visi, misi, dan didasarkan pada isu-isu RSB. Kemudian dicapai secara nyata dalam rumusan sasaran yang lebih spesifik, terukur serta berkesinambungan sejalan tujuan yang telah ditetapkan. Tingkat keberhasilan pencapaian sasaran diukur melalui indikator sasaran disertai dengan rencana target. Pengukuran indikator ini mengacu pada dokumen-dokumen Perjanjian Kinerja TA 2021, Indikator Kinerja BLU, *Key Performance Indikator* (KPI) sesuai RSB, dan Standar Pelayanan Minimal (SPM).

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, upaya pembentukan Rumah Sakit menjadi 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 RSJMM dapat dicapai sesuai target yang ditetapkan, namun masih terdapat hambatan-hambatan yang dialami di tahun 2020.

Hambatan pada tahun 2020 mengakibatkan beberapa capaian kinerja tidak tercapai dari target yang telah ditetapkan, yaitu:

- Belum tercapainya peningkatan kompetensi tambahan sesuai kebutuhan;
- Belum optimalnya hasil penelitian yang dapat digunakan sebagai dasar pengembangan layanan terutama di bidang Kesehatan Jiwa;
- Belum terpenuhinya sarana prasarana sesuai dengan kebutuhan pengembangan;
- Sarana prasarana dan peralatan membutuhkan pemeliharaan berkala dan intensif;
- Implementasi SIM RS terintegrasi belum secara keseluruhan, untuk front office dan back office;
- Perubahan perencanaan secara menyeluruh dari beberapa sisi program kegiatan akibat adanya pandemi Covid-19;
- Biaya yang cukup tinggi bagi pemeliharaan seluruh sarana, prasarana dan peralatan di rumah sakit;
- Cepatnya perubahan regulasi di masa pandemi;
- Perubahan penempatan sarana dan prasarana yang dinamis;
- Adanya transisi demografi dan *new emerging dan reemerging disease*;

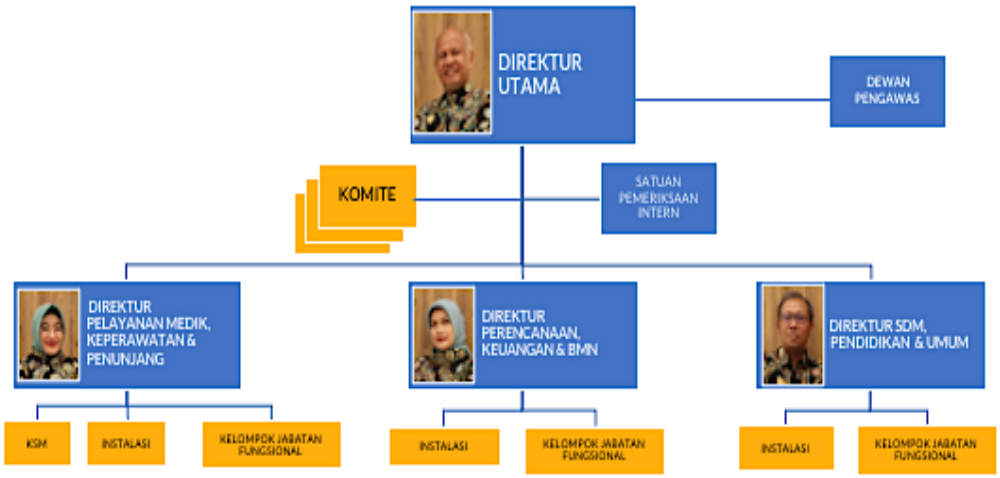
2.2. Kelembagaan

2.2.1 Struktur Organisasi

Secara garis besar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) nomor 65 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Gambar 2.1

Struktur Organisasi RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Penjelasan dari bagan diatas adalah sebagai berikut:

1. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang, terdiri atas:
   a. Kelompok Staf Medik
   b. Instalasi
   c. Kelompok Jabatan Fungsional
2. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara, terdiri atas:
   a. Instalasi
   b. Kelompok Jabatan Fungsional
3. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum, terdiri atas:

a. Instalasi
b. Kelompok Jabatan Fungsional

4. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)
5. Komite-Komite

Susunan Direksi RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

1. Direktur Utama:
   Dr. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH
2. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang:
   dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS
3. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara:
   Evi Nursafinah, SE., MPH
4. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum:
   Heru Tri Subagyo, S.Sos.,MM.

Selain susunan Direksi diatas, terdapat pula Komite-Komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama. Dalam melaksanakan tugas utamanya yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas RS, Direktur Utama dibantu oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI). Struktur Organisasi Dewan Pengawas RSJMM Bogor sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/5078/2021 terdiri dari:

1. Ketua : drg. Rarit Gempari, MARS.
2. Anggota :
   1. Drs. Setyo Budi Hartono, MM
   2. Drs. H. Purwadi, Apt, MM, ME
   3. Drs. Charmeida Tjokrosuwarno, MA.
   4. Raden Patrick Wahyudwisaksono, SE, M.Ak.

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

RSJMM Bogor 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, RSJMM Bogor menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

1. Pelayanan medis dan keperawatan di bidang kesehatan jiwa;
2. Penyusunan rencana program dan anggaran;
3. Pengelolaan pelayanan medis dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa;
4. Pengelolaan pelayanan penunjang medis;
5. Pengelolaan pelayanan penunjang nonmedis;
6. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
7. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
8. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
9. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
10. Pengelolaan sumber daya manusia;
11. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
12. Pelaksanaan kerja sama;
13. Pengelolaan sistem informasi;
14. Pelaksanaan urusan umum; dan

15. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan

2.3 Sumber Daya

2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

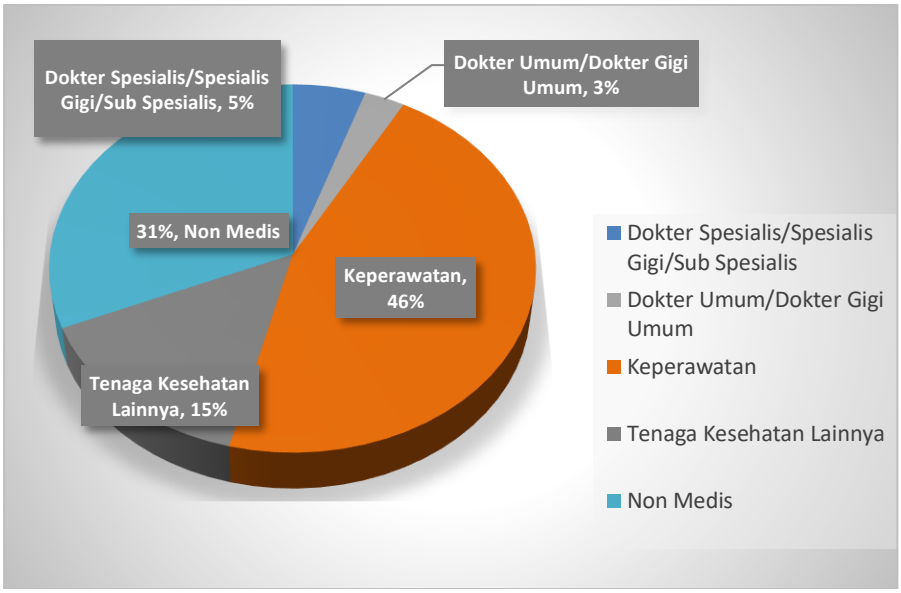
Data pegawai RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Tahun Anggaran 2021 terdiri dari tenaga PNS dan Non PNS serta Dokter Paruh Waktu dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1
Ketenagaan RS TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	KETENAGAAN RS					
		PNS	CPNS	BLU	PKWT	JML	%
1	**Medis**						
	Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis/Dokter Sub Spesialis	39	0	0	8	47	5.2
	Dokter Umum/Dokter Gigi Umum	14	0	0	12	26	2.9
2	**Keperawatan dan Tenaga Kesehatan Lainnya**						
	Keperawatan	331	10	43	33	417	45.8
	Tenaga Kesehatan Lainnya	117	3	5	9	134	14.7
3	**Non Medis**	136	5	26	119	286	31.4
	TOTAL TENAGA	**637**	**18**	**74**	**181**	**910**	**100**

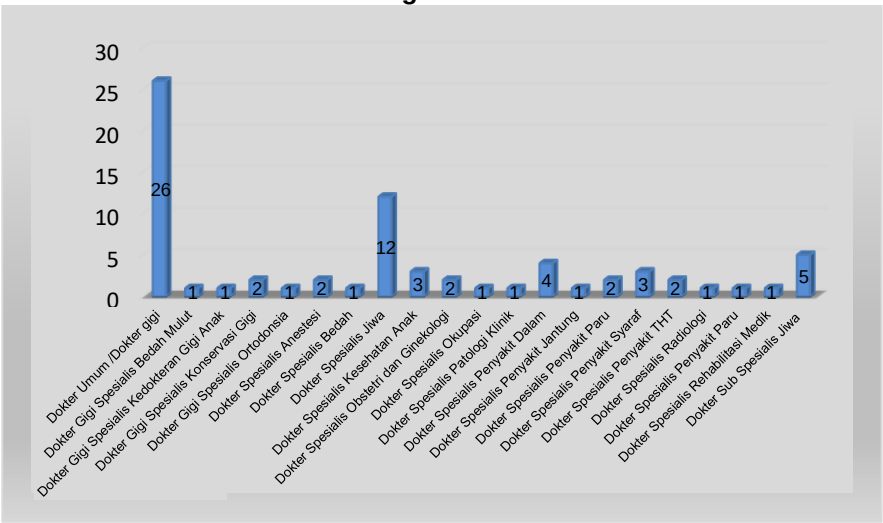
Berikut kami sampaikan grafik di bawah ini dengan prosentase ketenagaan di RSJMM yaitu **Tenaga Medis** terdiri dari tenaga dokter spesialis/ dokter gigi spesialis/ dokter sub spesialis sebesar 5,2% dan Dokter umum/Dokter Gigi umum sebesar 2,9%. **Tenaga keperawatan** sebesar 45,8% dan **Tenaga Kesehatan Lainnya** sebesar 14,7%. Selain itu **Tenaga Non Medis** sebesar 31,4%.

Gambar 2.2
Diagram Ketenagaan Rumah Sakit TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Berikut kami sampaikan prosentase tenaga medis yaitu Dokter umum/ Gigi umum sebanyak 35,62%, Dokter Spesialis dan Sub Spesialis sebesar 64,38%.

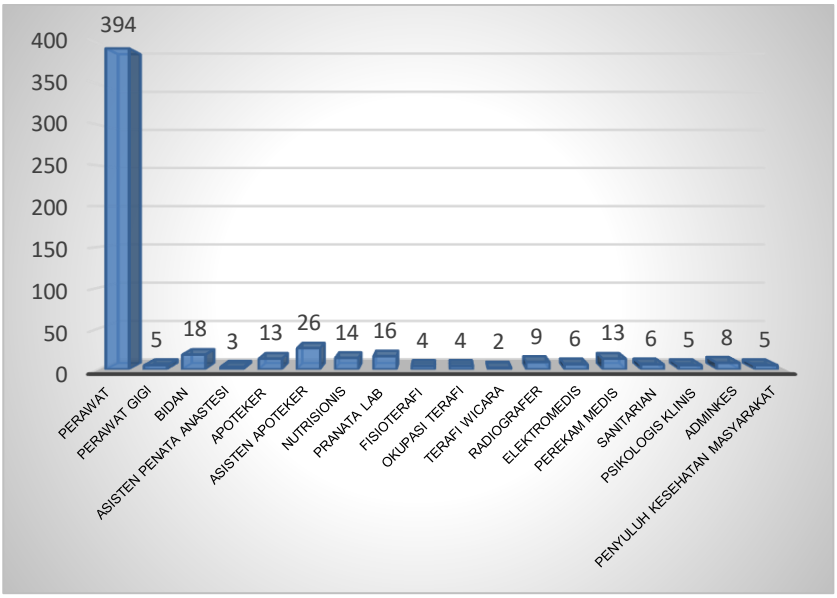
Gambar 2.3
Grafik Ketenagaan Medis TA 2021



Berikut kami sampaikan prosentase tenaga Perawat dan Perawat Gigi yaitu sebesar 44%. Prosentase tenaga Bidan sebesar 2%. Sedangkan prosentase tenaga Penunjang sebesar 15%.

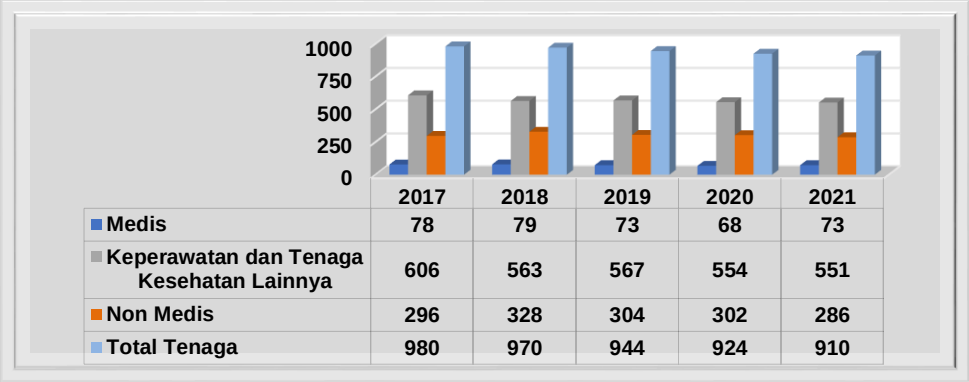
Gambar 2.4

Grafik Ketenagaan Keperawatan dan Tenaga Kesehatan Lainnya TA 2021



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, Rekruitmen 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 2017 sampai dengan Tahun 2021.

Gambar 2.5. Grafik Ketenagaan RS Tahun 2017 - 2021



2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana atau Aset

Pengelolaan sarana dan prasarana dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan di RSJMM Bogor kami laporkan secara administrastif melalui Laporan Rekonsiliasi Pengelolaan Barang Milik Negara yang didalamnya tercantum Berita Acara Rekonsiliasi Barang Milik Negara Kode Satuan Kerja 024.04.0200.415505.000.KD untuk TA 2021 sebagai berikut:

Tabel 2.2

Hasil Rekonsiliasi Data Barang Milik Negara TA 2021

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	AKUN NERACA	TA 2021		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	**POSISI BMN DI NERACA**	**4.562.635.801.941**	**(1.145.746.096)**	**4.561.490.055.845**
A	**ASET LANCAR**	**26.651.879.663**	**654.085.377**	**27.305.965.040**
1	Persediaan	26.651.879.663	654.085.377	27.305.965.040
B	**ASET TETAP**	**4.534.471.480.185**	**(379.774.208)**	**4.534.091.705.977**
1	Tanah	4.393.036.800.000	-	4.393.035.800.000
2	Peralatan Dan Mesin	156.850.550.180	11.116.318.443	167.966.868.623
3	Gedung Dan Bangunan	119.354.371.539	5.771.569.825	125.125.941.364
4	Jalan, Irigasi, Dan Jaringan	3.313.300.291	-	3.313.300.291
5	Aset Tetap Lainnya	553.568.450	983.788.249	1.537.356.699
6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	-	-	-
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(138.637.110.275)	(18.251.450.725)	(156.888.561.000)
C	**ASET LAINNYA**	**1.512.442.093**	**(1.420.057.265)**	**92.384.828**
1	Kerjasama dengan Pihak Ketiga	-	-	-

2	Aset Tak Berwujud	1.949.527.989	196.350.000	2.145.877.989
3	Akumulasi Amortisasi	(1.751.103.167)	(307.631.150)	(2.058.734.317)
4	Aset Lain-Lain (Aset Yang Tidak Digunakan)	16.284.557.994	(1.750.411.000)	14.556.043.719
5	Akumulasi Penyusutan Aset Yang Tidak Digunakan	(14.970.540.723)	441.634.885	(14.528.905.838)
II	**BMN NON NERACA**	**76.828.669**	**(18.871.325)**	**57.957.344**
A	**EKSTRAKOMPTABEL**	**76.828.669**	**(18.871.325)**	**57.957.344**
1	BMN Ekstrakomptabel	647.036.601	-	647.036.601
2	Akumulasi Penyusutan Ekstrakomptabel	*(570.207.932)*	*(18.871.325)*	*(589.079.257)*
TOTAL GABUNGAN (I + II)		**4.567.932.333.647**	**(1.183.876.574)**	**4.561.548.013.189**

BAB III
TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

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

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 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 68 tahun 2019 tentang Organisasi Kementerian Negara;
5. Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata kerja Kementerian Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 ditetapkan menjadi Instansi Pemerintah yang menerapkan PPK-BLU;
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) nomor 65 tahun 2020 tentang Organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor;
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 88 Tahun 2015 tentang Dewan Pedoman Pengawasan, Sistem Pelaporan, dan Sistem Informasi Dalam Penyelenggaraan Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit Oleh Badan Pengawas Rumah Sakit;
11. Surat Keputusan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor HK. 03.05/I/440/09 tentang Ijin

Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Umum di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor;

12. Keputusan Direktur Utama RSJ Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor No. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan.

3.2 Tujuan Strategis, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Tujuan Strategis

Visi :

"*Terwujudnya layanan Personal Development menuju masyarakat sehat, produktif, dan mandiri*".

Misi :

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

Sesuai visi dan misi makaTujuan Strategis RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi adalah:

1. Optimalisasi POBO;
2. Peningkatan kepuasan pelanggan;
3. Penguatan upaya kesehatan bermutu yang berorientasi pada kualitas hidup melalui layanan *Personal Development*;
4. Pemberdayaan masyarakat dan kemitraan dalam

membangun kesehatan jiwa;

5. Peningkatan ketersediaan dan mutu sumber daya yang unggul dalam pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian;
6. Peningkatan tatakelola RS yang transparan, akuntabel, dan inovatif.

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran dan Indikator di Lingkungan RSJMM Bogor Tahun 2021 sebagai berikut:

1. Perspektif Keuangan

a. Sasaran Strategis 1

Terwujudnya Pertumbuhan Revenue.

Indikator: Tingkat pertumbuhan pendapatan.

b. Sasaran Strategis 2

Terwujudnya Efisiensi Anggaran.

Indikator: Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional.

2. Perspektif Pelanggan

a. Sasaran Strategis 3

Terwujudnya Kepuasan Pelanggan.

Indikator:

1) Tingkat Kepuasan Pelanggan.
2) Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK).

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. Sasaran Strategis 4

Terwujudnya Layanan Unggulan *Personal Development Care* (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza.

Indikator:

1) Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan.
2) Terwujudnya Kemandirian Pasien.

b. Sasaran Strategis 5

Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu.

Indikator:

1) Capaian program, inovasi Rumah Sakit
2) Capaian Akreditasi Rumah Sakit

c. Sasaran Strategis 6

Terwujudnya Pusat Riset Pendidikan dan Pelatihan

Indikator:

1) Publikasi penelitian nasional dan atau internasional
2) Peningkatan pelatihan yang tersertifikasi

d. Sasaran Strategis 7

Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan

Indikator:

1) Peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh RSJMM

e. Sasaran Strategis 8

Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi

Indikator:

1) Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

a. Sasaran Strategis 9

Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi.

Indikator: Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM

b. Sasaran Strategis 10

Terwujudnya SDM Unggul.

Indikator:

1) Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi.
2) Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja

c. Sasaran Strategis 11

Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan yang Handal.

Indikator:

1) *Overall Equipment Efectiveness* (OEE).

2) Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar.

d. Sasaran Strategis 12

Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi.

Indikator: Capaian BIOS (BLU Integrated Online System)

Selain indikator tersebut di atas RSJMM Bogor juga mempunyai indikator-indikator kinerja yang terkait dengan keberhasilan program kerja dalam penyelenggaraan operasional di rumah sakit sebagai berikut:

1. Indikator Kinerja Utama Badan Layanan Umum (IKU BLU);
2. Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut);
3. Indikator Kinerja Terpilih (IKT);
4. Indikator Kinerja Layanan BLU
5. Indikator Mutu Unit (IMU).

BAB IV
STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) RSJMM Bogor.

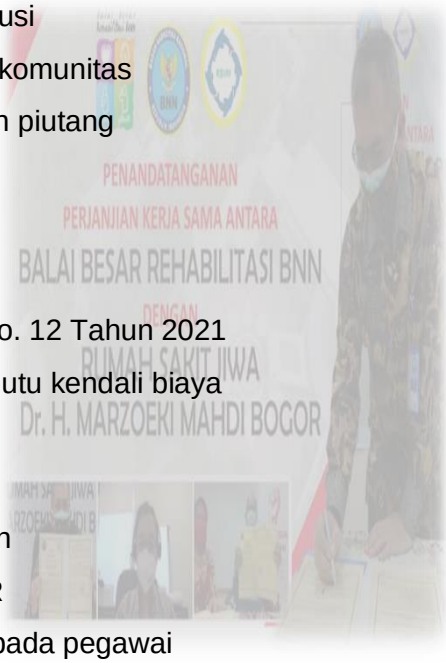
1. Mewujudkan pertumbuhan revenue
- Pengembangan layanan Geriatri terpadu
- Menyelenggarakan layanan terkait pandemik (Covid-19)
- Optimalisasi pemanfaatan aset
- Melakukan Kerjasama dengan berbagai institusi
- Perluasan jejaring kemitraan Kesehatan jiwa komunitas
- Pengendalian pertumbuhan dan penyelesaian piutang

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. Mewujudkan kepuasan pelanggan
- Pemanfaatan IT di unit layanan
- Pemenuhan Sarana, Prasarana dan peralatan
- Pemantauan dan pengawasan penerapan 5R
- Peningkatan kompetensi service excelent kepada pegawai

4. 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

5. Mewujudkan layanan kesehatan jiwa yang bermutu;
- Mutu dan keselamatan pasien tetap menjadi prioritas utama



- Mewujudkan kepuasan pelanggan

6. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

- Terwujudnya sistem optimalisasi advokasi (Si OPA)
- Melaksanakan program pengampuan Rumah Sakit Jiwa

7. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

- Penyiapan regulasi pengembangan program pendidikan dan pelatihan
- Pembentukan Tim persiapan Rumah Sakit Pendidikan, Gugus Kendali Penelitian dan Institusi penyelenggara pelatihan terakreditasi
- Penyiapan Digital Program Pengembangan Penelitian
- Penguatan Sertifikasi Etik Penelitian bagi Komite Etik Penelitian
- Penguatan Tim Penyusun Modul Pelatihan
- Koordinasi jejaring pemangku kepentingan pendidikan, penelitian dan pelatihan

8. 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

9. Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi;

- Mewujudkan wilayah zona integritas (WBK/WBBM)

10. Terwujudnya SDM unggul;

- Meningkatkan kompetensi
- Menjadikan SDM yang BERAKHLAK
- Digitalisasi Sistem Pengelolaan SDM

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

- Pemeliharaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan
- Meningkatkan pemanfaatan alat-alat canggih untuk psikiatri

12. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi.

- Mengintegrasikan IT Front Office dan Back Office
- Mengembangkan aplikasi-aplikasi yang mendukung kinerja

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi

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

A. Mewujudkan pertumbuhan revenue;

- Fokus pelayanan pada tahun 2021 adalah layanan covid
- Kurangnya ketersediaan SDM dalam menghadapi lonjakan pandemi
- Terjadinya kasus hukum dalam pemanfaatan aset

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

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)

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;

- Moratorium visitasi penilaian institusi menjadi rumah sakit pendidikan
- Pembatasan penerimaan praktik dan pelaksanaan pelatihan di masa pandemi

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;

- Belum adekuatnya monitoring dan evaluasi budaya organisasi

I. Mewujudkan SDM unggul;

- Belum memadainya kompetensi teknis dan tambahan sebagian pegawai

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

- Terbatasnya anggaran pemeliharaan
- Sistim pemeliharaan belum berbasis digitalisasi secara terpusat

K. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi;

- IT Belum terintegrasi secara komprehensif

4.3 Upaya Tindak Lanjut

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

A. Mewujudkan pertumbuhan revenue

- Pelayanan pada tahun 2021 fokus pada layanan covid
- Pendayagunaan Relawan Tenaga Kesehatan dalam menghadapi lonjakan pandemi
- Penyelesaian kasus hukum dalam pemanfaatan aset

B. Mewujudkan efisiensi anggaran

- Menyusun Perencanaan Prioritas dan mengutamakan pada pelayanan covid
- Advokasi dan edukasi pada tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan pelayanan Covid 19

C. **Mewujudkan kepuasan pelanggan**

- Melakukan survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan sistim Teknologi Informasi (Barcode)
- Mengedukasi pegawai dan pelanggan dalam pelayanan

D. **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

E. Mewujudkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan;

- Penguatan koordinasi dengan mitra
- Pengalihan sistem koordinasi dan komunikasi secara langsung menjadi tidak langsung

F. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian;

- Follow Up penyiapan menjadi rumah sakit pendidikan
- Penyesuaian penerimaan praktik dan pelaksanaan pelatihan di masa pandemi
- Penguatan protokol kesehatan pada semua praktikan dan peserta latih
- Meningkatkan kompetensi melalui pelatihan blended learning

G. Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi

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

H. Mewujudkan budaya kinerja organisasi yang tinggi;

- Penguatan monitoring dan evaluasi budaya organisasi

I. Mewujudkan SDM unggul;

- Pemetaan kebutuhan kompetensi tambahan sesuai dengan pangsa pasar
- Peningkatan kompetensi tambahan bagi SDM Unggul

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

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

K. Mewujudkan teknologi informasi yang terintegrasi.

- Membangun IT terintegrasi secara komprehensif

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 sistematik 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. Pencapaian Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)

Dalam rangka mewujudkan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi sebagai Manajemen Pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada hasil maka diperlukan Perjanjian Kinerja antara Dirjen Yankes dengan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi. Di dalam Perjanjian Kinerja terdapat 12 sasaran strategis dan 18 Indikator Kinerja Utama RSB yang digunakan untuk mengukur kinerja RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi. Hasil capaian dan analisis Indikator Kinerja Utama dijabarkan secara rinci pada tabel dan grafik berikut ini.

- **Hasil pencapaian target tahun 2021 dibandingkan dengan tahun 2020**

  Perbandingan Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2021 dengan tahun 2020 bahwa terdapat 1(satu) indikator kinerja yang mengalami penurunan prosentasi capaian yaitu Tingkat Kepuasan Pelanggan. Akan tetapi nilai ini sudah tercapai karena telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 80%.

Adapun perincian hasil capaian dijabarkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.1 Perbandingan Hasil Capaian IKU RSB TA 2020 dan 2021

NO	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA	REALISASI 2020	REALISASI 2021	KET
	A. PERSPEKTIF KEUANGAN					
1	Terwujudnya Pertumbuhan *Revenue*	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	-16.05%	72,4%	Meningkat
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	2	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45.39%	79,55%	Meningkat
	B. PERSPEKTIF PELANGGAN					
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	3	Tingkat Kepuasan Pelanggan	87.11%	84.39%	Menurun
		4	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	
	C. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL					
4	Terwujudnya Layanan Unggulan *Personal Development Center* (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	5	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	
		6	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	7	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	91.44%	95.54%	Meningkat
		8	Capaian Akreditasi	100%	100%	
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	9	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	100%	
		10	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	30%	55%	Meningkat
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	11	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	109%	100%	
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	12	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal		100%	
	D. PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN					
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	13	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	100%	
10	Terwujudnya SDM Unggul	14	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	77.75%	98%	Meningkat

		15	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	97.82%	100%	Meningkat
11	Terwujudnya Sarana, Prasaranan, dan Alat Kesehatan yang Handal	16	*Overall Equipment Efectiveness (OEE)*	80%	94%	Meningkat
		17	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80.90%	85%	Meningkat
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi	18	Capaian BIOS (BLU Integrates Inline System)	100%	100%	

- **Hasil pencapaian IKU RSB pada tahun 2021 dibandingkan dengan Target**

  Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Tahun 2021 yang tercapai ada sebanyak 17(tujuh belas) indikator kinerja dan yang tidak tercapai sebanyak 1(satu) indikator kinerja. Indikator yang tidak tercapai adalah peningkatan pelatihan yang tersertifikasi. Adapun perincian hasil capaian dijabarkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.2 Hasil Capaian IKU RSB TA 2021

NO	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET	TAHUN 2021	KET TERCAPAI (1) / TIDAK TERCAPAI (0)
A. PERSPEKTIF KEUANGAN						
1	Terwujudnya Pertumbuhan *Revenue*	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	2.50%	72,4%	1
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	2	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	45%	79,55%	1
B. PERSPEKTIF PELANGGAN						
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	3	Tingkat Kepuasan Pelanggan	80%	84.39%	1
		4	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	1
C. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
4	Terwujudnya Layanan Unggulan *Personal Development Center* (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	5	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	100%	100%	1
		6	Terwujudnya Kemandirian Pasien	100%	100%	1
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	7	Capaian Pogram Inovasi Rumah Sakit	80%	95.54%	1
		8	Capaian Akreditasi	100%	100%	1
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	9	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	100%	100%	1
		10	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	100%	55%	0

7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Perberdayaan	11	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM	80%	100%	1
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	12	Presentasi pelaksanaan system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%	100%	1
D. PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN						
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	13	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	100%	100%	1
10	Terwujudnya SDM Unggul	14	Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi	75%	98%	1
		15	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kerja	80%	100%	1
11	Terwujudnya Sarana, Prasaranan, dan Alat Kesehatan yang Handal	16	*Overall Equipment Efectiveness (OEE)*	80%	94%	1
		17	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	80%	85%	1
12	Terwujudnya Teknologi Informasi Yang Terintegrasi	18	Capaian BIOS (BLU Integrated Online System)	100%	100%	1

- Analisis dan penjabaran masing-masing indikator kinerja utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) TA 2021

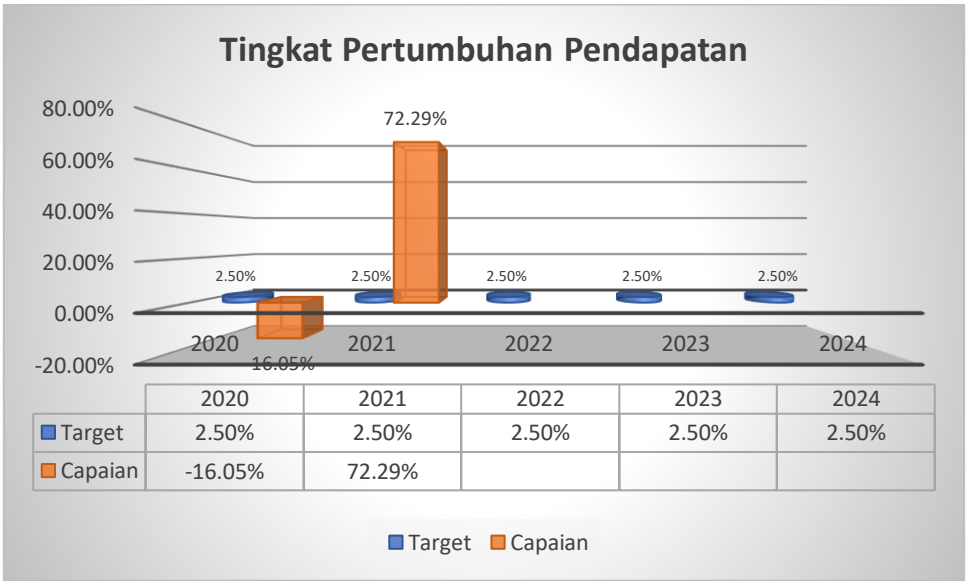
1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

A. Kondisi yang Dicapai

- Capaian tingkat pertumbuhan pendapatan Tahun 2021 sebesar 72,4% dari target yang ditetapkan sebesar 2,5%. Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar -16,05% terjadi peningkatan prosentase sebesar **113.79%.**
- Peningkatan tersebut disebabkan karena adanya kenaikan pendapatan tahun 2021 yang berasal dari pelayanan COVID-19.
- Adanya kebijakan bahwa Rumah Sakit melayani pasien Covid 19 minimal 40% dalam penyediaan kapasitas tempat tidur
- Dengan dibukanya pelayanan BPJS non psikiatri di tahun 2020 sudah terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien walaupun belum signifikan.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.1
Grafik Tingkat Pertumbuhan Pendapatan TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%
Capaian	-16.05%	72.29%			

B. Kendala dan Permasalahan

- Dalam masa pandemi membuat masyarakat datang ke RS dalam kondisi yang emergensi
- Masih adanya pelayanan non Psikiatri yang belum bisa bekerjasama dengan BPJS seperti Hemodialisa dan TMS (Transcranial Magnetic Stimulation)
- Pelayanan vaksin meningitis belum bisa dibuka dikarenakan adanya Kebijakan penundaan Umroh dan Haji dari Pemerintah.
- Adanya sistim rujukan berjenjang yang belum terfasilitasi di Pcare BPJS
- RSJMM sebagai Rumah Sakit Tipe A kekhususan jiwa dimana fasilitas yang diberikan adalah kelas A akan tetapi pembayarannya untuk kelas B

C. Rekomendasi

- Fokus Pelayanan pada tahun 2021 pada layanan covid
- Pendayagunaan Relawan Tenaga Kesehatan dalam menghadapi lonjakan pandemi
- Penyelesaian kasus hukum dalam pemanfaatan aset

D. Efisiensi

- Penggunaan APD sesuai standar yang berdampak pada efisiensi biaya yang dikeluarkan
- Penyelenggaraan e-Office (TNDE) mengurangi pemakaian ATK / paperless
- Standarisasi proses asuhan klinis berdampak pada optimalisasi lama rawat dari rata-rata 23 hari menjadi kurang dari 23 hari sehingga mengakibatkan efisiensi biaya perawatan pasien rawat inap psikiatri.

2. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional

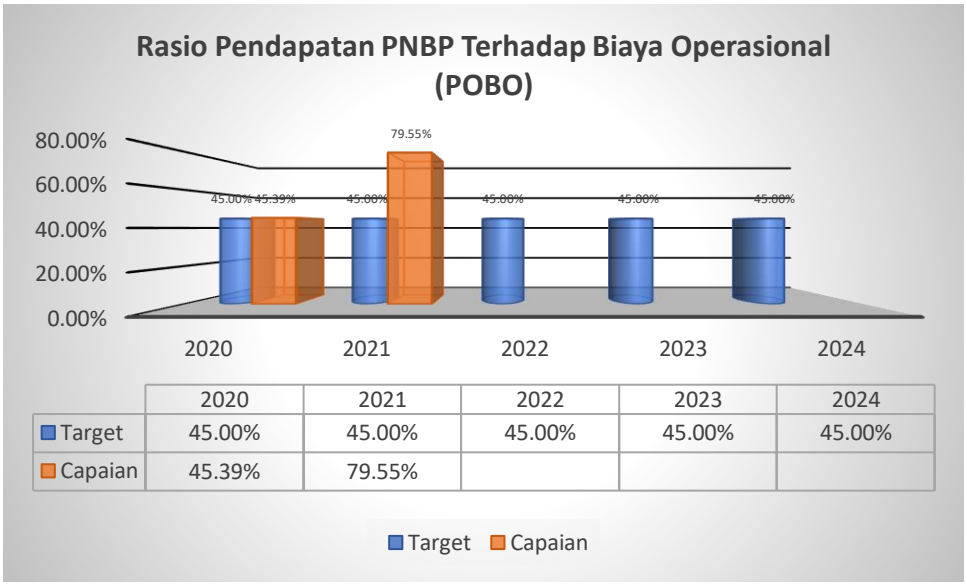
A. Kondisi yang Dicapai

Capaian rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional tahun 2021 yaitu sebesar 79.55% dari target yang ditetapkan sebesar 45%. Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar 45,39% terjadi peningkatan prosentase sebesar **34.16%.**

Kenaikan POBO tahun 2021 dibanding tahun 2020 disebabkan kenaikan pendapatan operasional yang berasal dari pelayanan COVID-19 dan beban operasional (beban pegawai, beban persediaan, barang dan jasa, beban pemeliharaan, beban perjalanan dinas, beban penyusutan dan amotisasi, beban penyisihan hutang dan tertagih) yang turun dibandingkan tahun 2020.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.2
Grafik Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	45.00%	45.00%	45.00%	45.00%	45.00%
Capaian	45.39%	79.55%			

B. Kendala dan Permasalahan

- Dalam masa pandemi membuat masyarakat datang ke RS dalam kondisi yang emergensi
- Masih adanya pelayanan non Psikiatri yang belum bisa bekerjasama dengan BPJS seperti Hemodialisa dan TMS (Transcranial Magnetic Stimulation)
- Pelayanan vaksin meningitis belum bisa dibuka dikarenakan adanya Kebijakan penundaan Umroh dan Haji dari Pemerintah.
- Adanya sistim rujukan berjenjang yang belum terfasilitasi di Pcare BPJS
- RSJMM sebagai Rumah Sakit Tipe A kekhususan jiwa dimana fasilitas yang diberikan adalah kelas A akan tetapi pembayarannya untuk kelas B
- Realisasi atau penggunaan anggaran masih dilakukan di triwulan keempat sehingga belum sesuai dengan perencanaan realisasi anggaran.

C. Rekomendasi

- Klaim pelayanan mencapai 100% setiap bulannya,
- Segera di bukanya pelayanan geriatri,

D. Efisiensi

Pengumpulan data sudah dilakukan dengan menggunakan SIMRS atau Simetris. Data dikumpulkan dan dianalisa tiap bulan dan menjadi satu kesatuan dengan Laporan kinerja rawat inap seperti BOR, TOI, LOS, dan BTO.

3. Tingkat Kepuasan Pelanggan

A. Kondisi yang dicapai

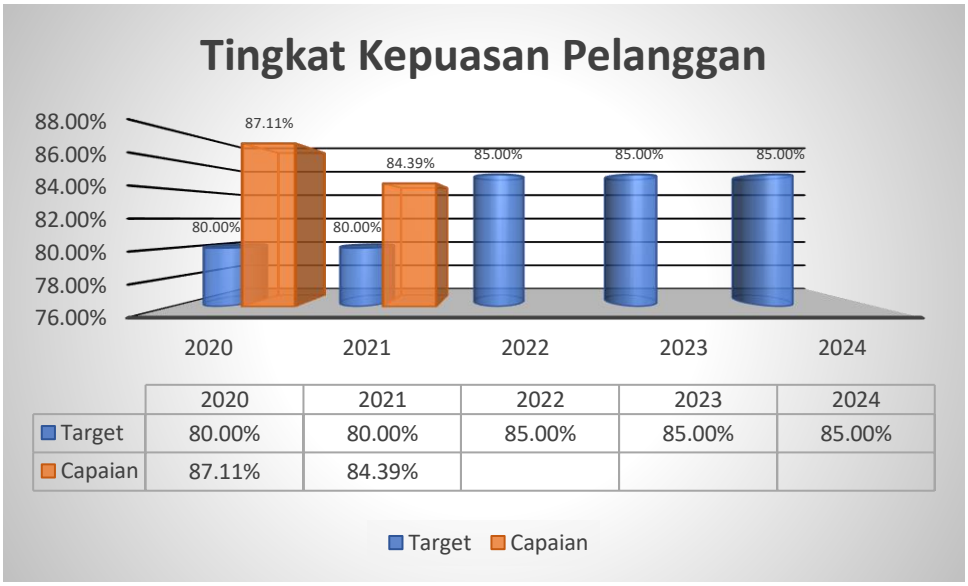
Tingkat Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melaksanakan survei kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instansi pemerintah (Permenpan No. 14 tahun 2017).

Tingkat kepuasan pelanggan tahun 2021 sudah tercapai sebesar 84.39% dengan target sebesar 80%. Capaian tahun 2021 sebesar 84,39% apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar 87,11% terjadi penurunan prosentase sebesar **-2,72%.** Hasil penilaian IKM tahun 2021 sebanyak 2300 dengan skala maksimal penilaian IKM sebesar 2736.

Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan didapatkan dari penyebaran kuesioner dan scan barcode terhadap pengunjung atau pasien.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.3
Grafik Tingkat kepuasan Pelanggan TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	80.00%	80.00%	85.00%	85.00%	85.00%
Capaian	87.11%	84.39%			

B. Kendala dan Permasalahan

Dari penyebaran kuesioner dan scan barcode yang telah diberikan kepada pasien terdapat Sembilan unsur penilaian indikator kepuasan pelanggan. Capaian dari Sembilan indikator tersebut adalah :

1) Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanannya sebesar 86,95%
2) Kemudahan prosedur pelayanan di unit sebesar 84,25%
3) Kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan sebesar 77,71 %
4) Kewajaran biaya atau tarif dalam pelayanan sebesar 89,79%
5) Kesesuaian produk pelayanan antara yang tercantum dalam standar pelayanan dengan hasil yang diberikan sebesar 82,13%
6) Kompetensi atau kemampuan petugas dalam pelayanan 83,59%
7) Perilaku petugas dalam pelayanan terkait kesopanan dan keramahan sebesar 84,59%
8) Kualitas sarana dan prasarana sebesar 81,04%
9) Penanganan pengaduan pengguna layanan sebesar 94,27%

Dari capaian Sembilan indikator terdapat satu indikator yang masih di bawah target yaitu Kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan sebesar **77,71 %.**

C. Rekomendasi

Sesuai Permenkes RI No 129/Menkes/SK/II tahun 2008 yang dimaksud dari Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis - jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah/pemerintah propinsi/pemerintah kabupaten /kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Dan kecepatan pelayanan merupakan salah satu standar pelayanan minimal yang harus dicapai untuk itu dalam meningkatkan capaian nya perlu dilakukan Analisa penyebab dari ketidak tercapainya indikator tersebut diantaranya dengan:

1. Melakukan evaluasi terhadap standar pelayanan minimal lain yang ada keterkaitannya yaitu penyediaan dokumen rekam medik.
2. Melakukan evaluasi terhadap kedisiplinan pegawai pemberi layanan
3. Mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah dengan inovasi – inovasi (memberlakukan e – rekam Medik)

D. Efisiensi

Pada akhir tahun 2021 telah dilakukan penyempurnaan elektronik rekam medik sehingga diharapkan akan mendongkrak percepatan pelayanan terhadap pasien disebabkan oleh dokumen rekam medik pasien telah tersedia secara elektronik di masing – masing petugas pemberi pelayanan, selain itu juga akan terdapat efisiensi tenaga dalam pengantaran dokumen. Evaluasi terhadap capaian indikator kepuasan pelanggan akan dilakukan pada tahun 2022.

4. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

A. Kondisi yang dicapai

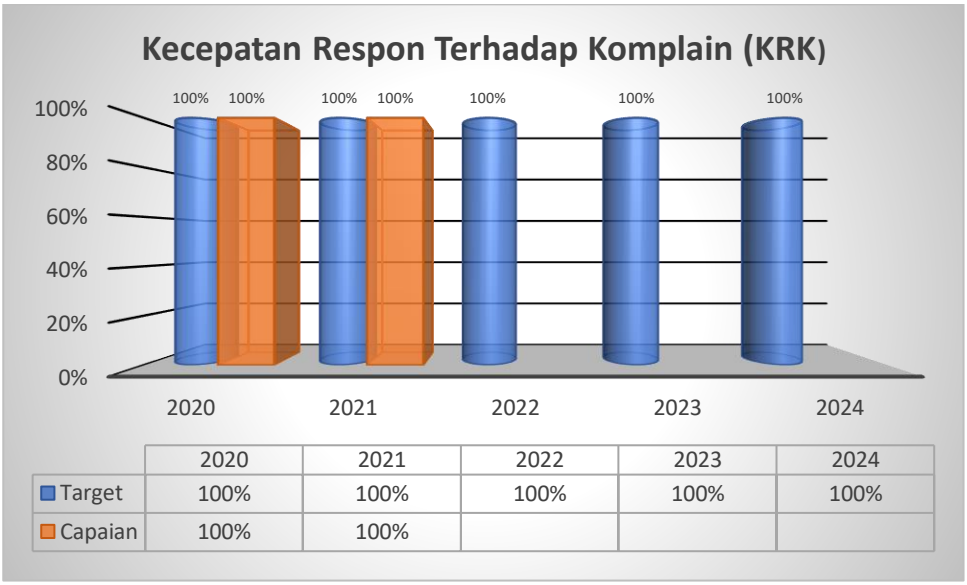
Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan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

Kecepatan respon terhadap komplain tahun 2021 sudah tercapai sesuai target sebesar 100%. Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 masih bernilai

tetap. Selama Tahun 2021 sebanyak ***delapan komplain*** yang sudah ditanggapi dalam waktu < 1x24 jam.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.4
Grafik Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



B. Kendala dan Permasalahan

Penanganan dari Kecepatan Respon terhadap Komplain baru sampai penanggapan, belum kepada rencana tindak lanjut. Akan tetapi untuk kegiatan WBK/WBBM harus tersedia dokumen rencana tindak lanjut.

Keluhan atau komplain dari pasien selama tahun 2021 adalah sebagai berikut :

- Lamanya antrian pengambilan obat dan system antrian pendaftaran
- Kehadiran dokter agar sesuai jadwal
- Kinerja sumber daya manusia dianggap sangat lambat dan kurang ramah
- Kurang memberikan informasi terkait tarif layanan

C. Rekomendasi

Masih perlu dilakukan pemantauan terhadap tindak lanjut dari penyelesaian komplain tersebut agar tidak terdapat pengulangan komplain.

Perlu adanya peningkatan kompetensi pegawai di RSJMM dalam pelayanan prima rumah sakit dan membudayakan 3 S (senyum, sapa, salam)

D. Efisiensi

Dengan adanya penyelesaian tindak lanjut terhadap komplain akan mengakibatkan percepatan pelayanan

5. Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

A. Kondisi yang dicapai

PDC merupakan suatu program layanan yang sudah direncanakan sejak rencana strategis 2020-2024 dicanangkan. Layanan ini bertujuan untuk memberikan penguatan psikososial, mental dan fisik pada perspektif siklus kehidupan seseorang mulai dari kandungan, bayi lahir, masa kanak-kanak, masa remaja, dewasa muda, dewasa dan lanjut usia (geriatri). RSJMM menerjemahkan rangkaian tersebut kedalam layanan konsultasi, penguatan mental dan pemeriksaan fisik yang dilaksanakan dalam layanan terpadu dan terintegrasi, interdisiplin yang melibatkan masyarakat pengguna layanan RSJMM. Sampai dengan tahun 2024 target yang telah ditetapkan untuk mewujudkan visi RSJMM telah disusun tahap-tahap kegiatan yang akan dilakukan yaitu:

a. Layanan Pemeriksaan Terpadu (Assessment Center)
b. Layanan baby and child
c. Layanan Anak dan Remaja
d. Layanan Deteksi Dini bagi dewasa muda
e. Layanan Home Care
f. Layanan Geriatri Terpadu

Tahun 2020 target yang yang sudah tercapai adalah assessment center dalam satu atap tetapi kondisi kapasitas yang terbatas sehingga tahun 2022 akan direnovasi gedung untuk pemenuhan kapasitas dan keterpaduan layanan yang terintegrasi. Selain menjadi pusat pemeriksaan fisik dan mental assessment center juga melayani vaksinasi terpadu, konsultasi premarital dan psikososial.

Tahun 2021 target layanan adalah pertumbuhan assessment center, layanan dan kegiatan Anak Remaja dan Deteksi Dini bagi dewasa muda (*Youth Mental Health Center-YMHC)* yang tercermin pada layanan *Early Psychotic* (EP) dan layanan Geriatri Terpadu. Untuk layanan *Baby Care* dan *Home Care* ditargetkan terlaksana pada tahun 2022.

Adapun pertumbuhan PDC tahun 2021 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :

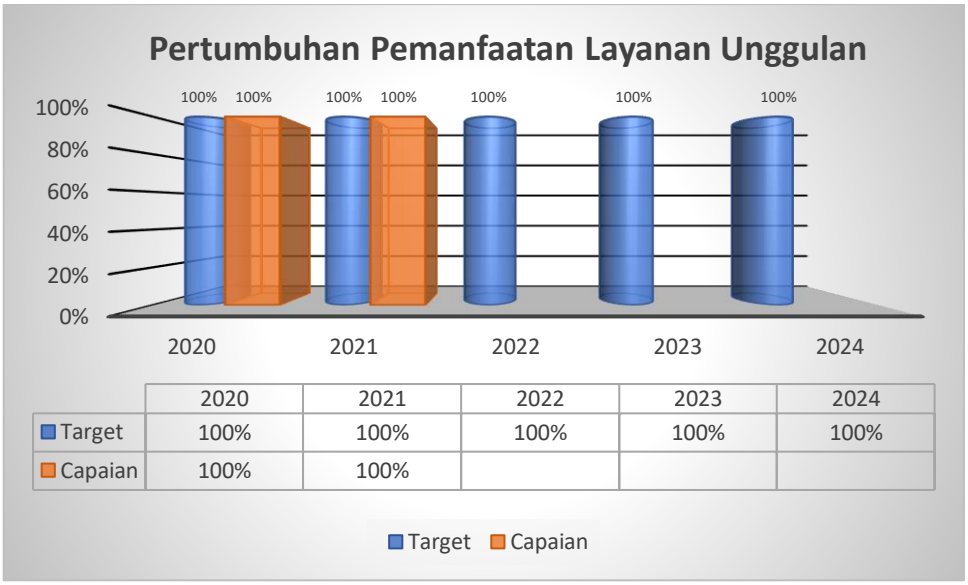
Tabel 5.3 Pertumbuhan layanan PDC tahun 2021

No	Layanan PDC		Kunjungan		Pertumbuhan (%)
			2020	2021	
1	***Assessment Center***				
	a	MCU fisik dan Mental	3.444	1.319	(61,7)
	b	vaksin, haji dan umrah	-	1	
	c	konsultasi premarital	-	-	
	d	Konsultasi Pusat Krisis	124	315	154,0
2	**Anak dan Remaja**				
	a	Psikiatri	4.680	5.594	19,5
	b	non Psikiatri	782	835	6,8
3	***Early Psychotic (EP)***		2.563	2.996	16,9
4	**Geriatri Terpadu**				
	a	Psikogeriatri	3.439	4.426	28,7
	b	Geriatri	151	282	86,8
		Total	**15.183**	**15.768**	**3,9**

1. Adanya pertumbuhan layanan kumulatif PDC sebesar 3,9%: (bertumbuh dengan nilai 100%)
2. Terjadi penurunan pertumbuhan pada layanan MCU (-61,7%)
3. Peningkatan pertumbuhan tertinggi pada layanan pusat krisis (154%)
4. Tenaga kesehatan yang bekerja pada 4 layanan PDC terdiri dari interdisiplin ilmu: psikiatri, neurology, internist, pulmolog, dokter spesialis jantung, dokter umum, psikolog, perawat, farmakolog, nutrisien dan tenaga administrasi lainnya dalam satu gedung terpadu (Assessmet Center dan Geriatri)
5. Gedung *Youth Mental Health* (YMHC) belum terpadu
6. Peralatan penunjang berupa alat kesehatan dan fasilitas lainnya tersedia

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.5
Grafik Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%			

B. Kendala dan Permasalahan

1. Kondisi pandemi dan adanya kebijakan tidak melakukan ibadah haji dan umrah menyebabkan tidak adanya pengunjung yang datang untuk melakukan vaksinasi dan manasik haji (paket yang sudah disediakan oleh RSJMM)
2. Adanya penurunan pertumbuhan pada layanan MCU selain disebabkan karena pandemi juga karena adanya kecemasan masyarakat akan melakukan layanan pemeriksaan berkala.
3. Layanan YMH yang merupakan gabungan layanan Anak & Remaja dan layanan Early Psychotic belum dalam satu atap dan terpadu, namun sudah terintegrasi interdisipln sehingga pasien belum terlayani optimal
4. Adanya pusat-pusat layanan dan gedung yang berjauhan mengakibatkan adanya penambahan tenaga yang terkonsentrasi pada layanan PDC sesuai kebutuhan.

C. Rekomendasi

1. Mengikuti kebijakan pemerintah dan selalu meng up-date berita agar segera diketahui bila layanan haji dan umrah dibuka Kembali
2. Peningkatan kompetensi yang terus menerus bagi tenaga kesehatan yang menangani layanan PDC dan penambahan tenaga sesuai kompetensi dan kebutuhan
3. Promosi, edukasi dan sosialisasi pada masyarakat tentang layanan PDC di RSJMM melalui media sosial, media cetak dan kunjungan langsung
4. Pemasaran aktif dan kerjasama yang mengikat ke institusi yang terkait layanan PDC
5. Membuat tarif paket yang dapat menarik masyarakat
6. Menempati gedung yang telah tersedia dan pemenuhan optimal sarana prasarana agar operasional layanan berjalan lebih lancar dan terfokus.

6. Terwujudnya Kemandirian Pasien

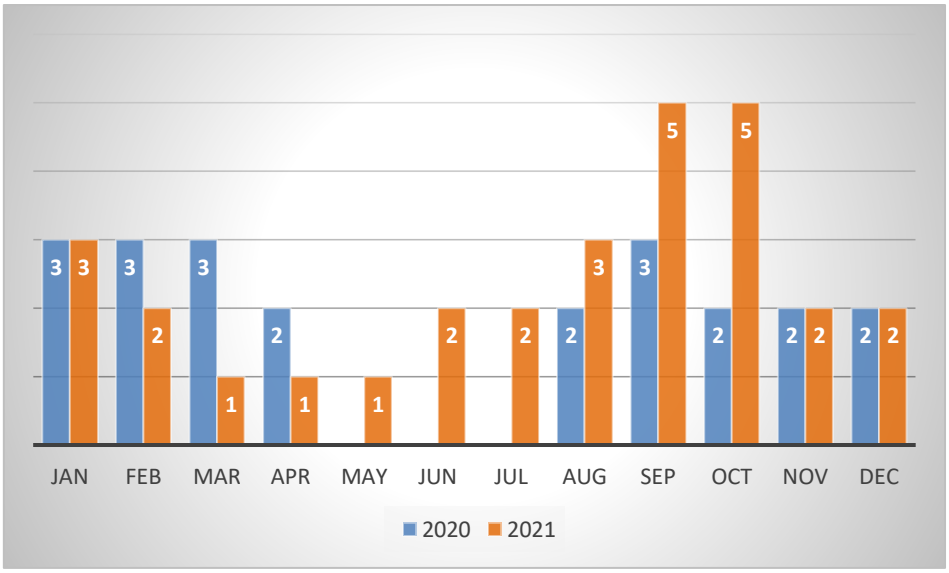
A. Kondisi yang dicapai

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 adalah dua orang Rehabilitan per bulan.

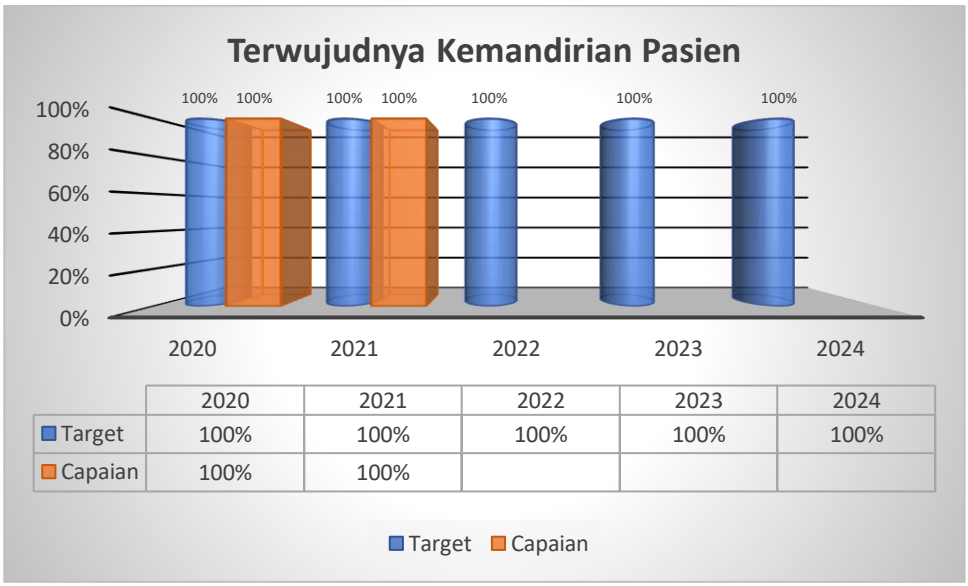
Terwujudnya kemandirian pasien Tahun 2020 dan Tahun 2021 sudah tercapai sesuai target sebesar 100%. Tahun 2021 kegiatan ini menghasilkan 29 rehabilitan yang mandiri. Adapun perbandingan kemandirian rehabilitan dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Gambar 5.6 Grafik perbandingan kemandirian pasien tahun 2021



Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu:

Gambar 5.7
Grafik Capaian Terwujudnya Kemandirian pasien TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



B. Kendala dan Permasalahan

1. Lokasi tempat tinggal rehabilitan jauh dari RSJMM sehingga alasan finansial rehabilitan untuk dapat dilatih di RSJMM terkendala.
2. Tempat usaha masih belum membutuhkan tenaga tambahan, pencarian *Job Club* tidak optimal
3. Pemantauan kondisi rehabilitan terkendala jarak, kondisi pandemi dan SDM yang terbatas

C. Rekomendasi

1. Program *HalfWay House* dapat membantu rehabilitan melakukan kegiatan sebelum terjun kemasyarakat sebagai rehabilitan yang mandiri
2. Advokasi pada pemerintah daerah, perusahaan dan usaha menengah untuk dapat menerima tenaga rehabilitan yang kompeten sesuai kebutuhan
3. Enterprise dan usaha mandiri dirumah lebih difokuskan
4. Pemantauan melalui daring dan komunikasi melalui *whatsapp, video call* atau telepon menjadi alternatif pemantauan

7. Capaian Pogram Inovasi RS

A. Kondisi yang dicapai

Capaian program inovasi adalah prosentase capaian indikator input/proses/output yang digunakan untuk mengukur program inovasi tersebut dibandingkan dengan target yang ditetapkan. Terwujudnya capaian program inovasi Rumah Sakit Tahun 2021 sudah tercapai sebesar 95,54% dengan target sebesar 80%. Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar 91,44% terdapat peningkatan nilai prosentase sebesar **4,1%.**

Program Inovasi yang dilaksanakan di RSJ Dr.H.Marzoeki Mahdi berupa program Inovasi tingkat RS yaitu Implementasi Safewards dan WHO QR, dengan targetnya berdasarkan konsensus antar RSJ vertikal, dirjen Yankes dan Kemkeu, PK BLU. Indikator yang digunakan untuk mengukur ketercapaian implementasi Safewards dan WHO QR adalah :

- Tidak adanya restrain

- Tidak adanya seklusi
- Tingkat kepuasan pelanggan (Ranap)
- Kepatuhan terapi sesuai CP/PPK

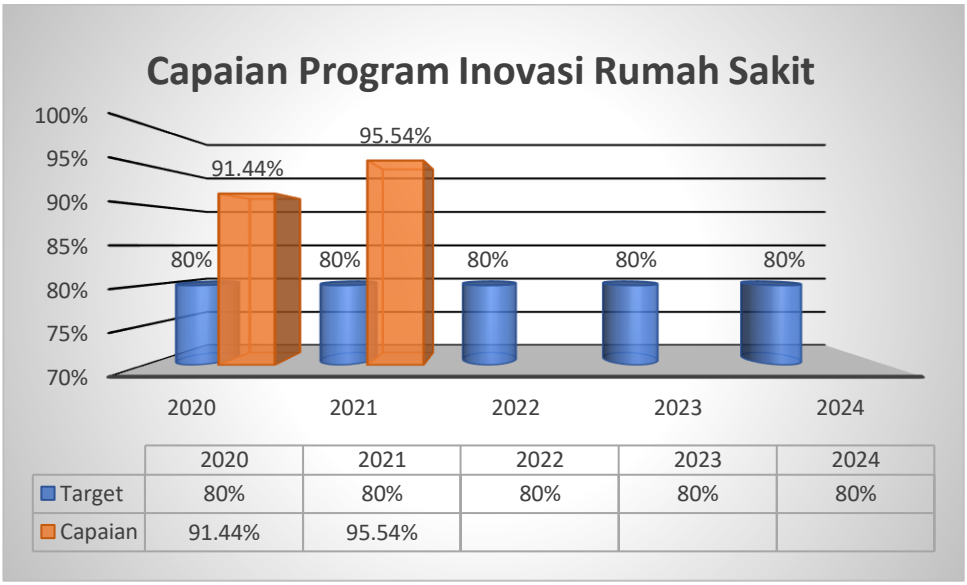
Adapun hasil capaian Safewards tahun 2021 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4. Capaian Program Inovasi SAFEWARDS

Bulan Pelayanan	Tidak adanya Restrain	Tidak adanya Seklusi	Kepuasan Pelanggan	Kepatuhan Therapi	Capaian Program Innovasi
Januari	92,5%	96,23%	87%	61,24%	84,24%
Februari	93,1%	96,8%	90,9%	80,95%	90,44%
Maret	94%	98%	82,51%	53,7%	82.05%
TW I	**93,2%**	**97,01%**	**87,47%**	**65,29%**	**85,58%**
April	95,37%	97,55%	96,82%	44,53%	83,57%
Mei	91,73%	97,74%	94,60%	56,63%	82,03 %
Mei – Rev	93,68%	94,45%	95,5%	56,63%	85,06%
Juni	95,48%	98,06%	92,1%	82,60%	92,06%
TW II	**94,84%**	**96,69%**	**94,81**	**61,25%**	**86,90%**
Smt I	**94,02%**	**96,85%**	**91,14%**	**63,27%**	**86,24%**
Juli	93,42%	96,50%	90,42%	75%	88,84%
Agustus	94,45%	97%	95%	85,71%	93,04%
September	93.68%	96.20%	93.2%	83.72%	91.70%
TW 3	**93.85%**	**96.57%**	**92.87%**	**81.48%**	**91.19%**
Oktober	98.47%	97.02%	93.66%	84,5%	93.41%
November	99,42%	97,46%	93,90%	95,79%	96,64%
Desember	95,13%	97,75%	96,17%	93,1%	95,54%
TW 4	**97.67%**	**97.41%**	**94.58%**	**91.13%**	**95.20%**
Smt II	**99.67%**	**96.99%**	**93.73%**	**86.31%**	**93.20%**

Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator yang dimaksud , yaitu :

Gambar 5.8
Grafik Capaian Pogram Inovasi RS TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	80%	80%	80%	80%	80%
Capaian	91.44%	95.54%			

B. Kendala dan Permasalahan

Capaian program inovasi Safewards pada aspek Kepatuhan Terapi pada bulan Desember sebesar 93,1%. Apabila dibandingkan dengan capaian aspek kepatuhan terapi pada bulan November sebesar 95,79% terjadi penurunan prosentase sebesar **-2,69%.**

C. Rekomendasi

1. Perlu dilakukan Monev ketercapaian sub indikator yang berpengaruh terhadap capaian program Inovasi terutama sub indikator kepatuhan terapi oleh Direktorat Pelayanan Medik Keperawatan dan Penunjang
2. Koordinasi dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi dan kepatuhan CP, PPK
3. Perlu koordinasi dengan Komite medik untuk mensosialisasikan ulang CP PPK dan standar kepatuhan Therapi .
4. Variabel kepatuhan CP, PPK terintegrasi dalam penilaian kinerja PPA

D. Efisiensi

Standarisasi proses asuhan klinis berdampak pada optimalisasi lama rawat dari rata-rata 23 hari menjadi kurang dari 23 hari sehingga mengakibatkan efisiensi biaya perawatan pasien rawat inap psikiatri.

8. Capaian Akreditasi RS

A. Kondisi yang dicapai

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. Terwujudnya capaian akreditasi Rumah Sakit Tahun 2020 dan Tahun 2021 sudah tercapai sesuai target sebesar 100%.

Berdasarkan Laporan Komite Mutu Capaian Akreditasi Tahun 2021 adalah pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.5 Capaian Akreditasi Tahun 2021

NO	POKJA	KEGIATAN
1	PMKP	○ Dilakukan asesmen *hospital readiness* oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 8-10 Maret 2021; ○ Pelatihan internal PMKP dengan tema "*Menjaga Mutu dan Keselamatan Pasien di Masa Pandemi Covid-19*" pada tanggal 09-10 Maret 2021; ○ Mengikuti Webinar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang diselenggarakan oleh Direktorat Mutu Dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan bersama Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) pada tanggal 26 Maret 2021; ○ Mengirim 16 peserta pada kegiatan Pertemuan Ilmiah Tahunan dan Semiloka Nasional Akreditasi RS Ke VI (PITSELNAS VI) dengan tema "*Mutu dan Keselamatan di RS tetap menjadi prioritas utama di masa pandemi Covid-19*" dan "*Penelitian Mutu dan Keselamatan Pasien di Era pandemi Covid-19*" pada tanggal 05-09 April 2021; ○ Workshop internal Duta KPRS pada tanggal 20-21 April 2021; ○ Mengikuti Workshop PERSI Wilayah Jawa Barat dengan Judul "*Kesiapan Rumah Sakit (Hospital Readiness) dan Mitigasi Risiko dalam Menghadapi Covid-19 Bagi RS di Jawa Barat*" pada tanggal 27- 29 April 2021. ○ Pelatihan internal Sistem Manajemen Data Terintegrasi pada tanggal 27 dan 28 Mei 2021; ○ Mengikuti Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKTRL) Wilayah Barat yang diselenggarakan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan pada tanggal 9-11 Juni 2021; ○ Pelaporan indikator mutu nasional dan insiden keselamatan pasien setiap bulan serta *self assessment hospital readiness* triwulan I dan II ke aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/; ○ Pelaksanakan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP; ○ Inovasi: Pembentukan Duta Mutu RS; ○ Membangun aplikasi SIMANDATURI untuk pengumpulan data terintegrasi dan pelaporannya dari yang sebelumnya menggunakan *google spreadsheet*; ○ Pelaporan indikator mutu RS setiap bulan; ○ Pelaporan budaya keselamatan setiap bulan; ○ Melakukan rapat *feedback* capaian mutu unit kerja setiap bulan; ○ Membuat profil manajemen risiko RS; ○ Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja; ○ Mereview regulasi manajemen risiko Covid-19; ○ Melakukan *continuous quality improvement* di semua unit kerja.
2	**TKRS**	oMelakukan evaluasi PKS dengan seluruh institusi yang bekerjasama dengan RSJMM Bogor; ○ Melakukan sosialisasi, pengukuran, dan analisis indikator mutu kontrak; ○ Melakukan audit PPK/CP; ○ Koordinasi Komite Mutu, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain untuk rencana review dan revisi dokumen PPK/CP; Melakukan sosialisasi, implementasi, dan pelaporan budaya keselamatan.

NO	POKJA	KEGIATAN
3	PKPO	○ Melakukan rekonsiliasi obat; ○ Meningkatkan kepatuhan pengisian formulir pemberian obat; ○ Mereview regulasi penyiapan dan penyerahan obat; ○ Implementasi pencampuran dan pengemasan obat: ○ Melakukan pemantauan terapi dan efek samping obat.
4	KKS	○ Pelaksanaan program diklat SDM; ○ Program pendidikan berkelanjutan; ○ Melakukan mapping risiko area berpotensi kekerasan; ○ Implementasi dan tindak lanjut kejadian staf yang terpapar infeksi; ○ Melakukan evaluasi kinerja klinis berdasarkan kompetensi /kewenangan untuk semua staf klinis.
5	MFK	○ Melengkapi sarpras sesuai standar, terutama untuk pelayanan Covid-19; ○ Melakukan manajemen risiko konstruksi dan renovasi; ○ Manajemen risiko fasilitas; ○ Monitoring dan evaluasi uji fungsi alat kesehatan di unit kerja; ○ Pemantauan kalibrasi alat kesehatan; ○ Respon time terhadap kendala mati listrik, mati air, telepon, dll; ○ Pemeliharaan sistem utilitas.
6	ARK	○ Evaluasi berkala pelayanan di masa pandemi Covid-19; ○ Implementasi PRMRJ.
7	AP	○ Melakukan screening nutrisi, asesmen gizi; ○ Meningkatkan kepatuhan asesmen ulang medis; ○ Monitoring dan evaluasi integrasi asesmen awal dan ulang; ○ Supervisi pelayanan laboratorium; ○ Mengirim 2 orang peserta untuk “Pelatihan Pengelolaan Pelayanan Darah bagi Teknisi Bank Darah Rumah Sakit” pada tanggal 14-25 Juni 2021; ○ Melakukan pelaporan nilai kritis laboratorium setiap bulan; ○ Monitoring dan evaluasi berkala radiologi.
8	PAP	○ Ruangan bertekanan positif di R. OK; ○ Ruangan isolasi tekanan negatif di R. Pemping 4TT; ○ Pembuatan regulasi dan revisi regulasi disesuaikan dengan pelayanan di masa pandemi Covid-19; ○ Implementasi regulasi secara konsisten di masa pandemi Covid-19, terutama terhadap perubahan regulasi yang sangat cepat; ○ Pelayanan RS di masa pandemi Covid-19 berfokus pada *patient centered care* dengan asuhankolaboratif dan terintegrasi; ○ Sosialisasi dan edukasi kepada staf, pasien dan pengunjung terkait layanan Covid-19; ○ Keterlibatan seluruh staf PPA dan nakes lain dalam asuhan pasien;
9	PAB	○ Monitoring dan evaluasi asesmen anestesi dan bedah; ○ Implementasi informed anestesi; ○ Edukasi pemberian analgesi pasca tindakan anestesi; ○ Sosialisasi edukasi rencana operasi dan pendokumentasiannya.
10	PN	○ Implementasi program nasional; ○ Pelaporan HIV pada aplikasi SIHA online; ○ Pelaporan TB pada aplikasi http://sitb.id/sitb/app; ○ Pelaporan PPRA dan rekomendasi antibiotik bijak di masa pandemi Covid-19; ○ Pelayanan geriatri.
11	IPKP	○ Usulan Penetapan RSJMM Bogor menjadi RS pendidikan; ○ Pelaksanaan orientasi peserta didik klinis; ○ Pengukuran indikator mutu terkait penyelenggaraan pendidikan di RS.
12	SKP	○ Implementasi 6 sasaran keselamatan pasien; ○ Penerapan komunikasi efektif pada saat *handover* dengan cara memberikan informasi untuk hal-hal kritikal dan penting; ○ Melakukan RCA kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap psikiatri.
13	HPK	○ Kepatuhan implementasi informed consent; ○ Workshop internal tentang Penelitian di RS; ○ Implementasi program Komite Etik Penelitian Kesehatan.
14	MKE	○ Implementasi handover; ○ Edukasi tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan; ○ Pelatihan komunikasi efektif yang diselenggarakan oleh KARS pada PITSELNAS VI pada tanggal 05- 09 April 2021; ○ Monitoring dan evaluasi edukasi terintegrasi. ○ Pelaksanaan pemberian edukasi komunikasi yang efektif.
15	**PPI**	○ Implementasi surveillance PPI; ○ Pelaporan program PPI; ○ Implementasi strategi pengendalian infeksi di masa pandemi Covid-19; ○ Implementasi rancang ulang; ○ Pemantauan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi;

NO	POKJA	KEGIATAN
		○ Implementasi penyimpanan bahan makanan kering; ○ Ruang isolasi IGD bertekanan negative; ○ Ruangan isolasi tekanan negatif di R. Pemping 4TT; ○ Pengumpulan dan analisis data berdasar epidemiologik.
16	MIRM	○ Mengusulkan ke Kemenkes RI untuk pemusnahan dokumen data dan informasi; ○ Membangun elektronik rekam medik untuk layanan IGD, Rawat jalan, Farmasi, Radiologi, dan Laboratorium; ○ Meningkatkan kepatuhan pengisian form MPP di RM; ○ Meningkatkan dan monitoring kepatuhan pengisian rekam medik oleh PPA; ○ Monev pengisian waktu dokumen RM; ○ Meningkatkan kepatuhan pengisian ringkasan pulang.

Berikut disampaikan grafik pencapaian dari indikator, yaitu:

Gambar 5.9
Grafik Capaian Akreditasi RS TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

B. Kendala dan Permasalahan

Koordinasi seluruh pegawai pada masa pandemi Covid-19 dalam penyelenggaraan akreditasi sebagian besar menggunakan metode daring.

C. Rekomendasi

1. Rapat-rapat koordinasi secara luring diselenggarakan dengan menerapkan protokol kesehatan;
2. Optimalisasi penggunaan IT untuk penyelenggaraan RS baik pelayanan, pendidikan,pelatihan, dan penelitian agar tetap sesuai SNARS 1.1.

9. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional dan/atau Internasional

A. Kondisi yang dicapai

Pada tahun 2021, realisasi Indikator Publikasi Penelitian Nasional dan/atau international telah dapat mencapai target yang ditetapkan yakni 1 penelitian dari target 1, Jika dibandingkan dari awal penetapan target maka terjadi peningkatan pencapaian. Keberhasilan pencapaian indikator ini di dukung oleh 2 kontributor pegawai RSJMM Bogor dalam penelitian yang di biayai oleh Litbangkes Kementerian Kesehatan, selain itu telah dilakukan penguatan terhadap 14 orang anggota Komite Etik Penelitian dalam Pelatihan Etik Dasar yang dilaksanakan oleh Komite Etik Penelitian dan Pelayanan Indonesia (KEPPIN) dan telah disusunnya protokol penelitian bagi calon – calon peneliti.

Berikut disampaikan grafik pencapaian yang dimaksud, yaitu :

Gambar 5.10
Grafik Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

B. Kendala dan Permasalahan

a) Kurang dipahaminya alur dukungan penganggaran dan pertanggungjawaban penelitian;
b) Masih minimnya informasi proses penelitian di rumah sakit;
c) Terbatasnya pengetahuan penulisan penelitian
d) Adanya asumsi pelaksanaan penelitian menjadi beban pekerjaan.

C. Rekomendasi

a) Advokasi dan Sosialisasi dukungan penganggaran dan pertanggungjawaban keuangan;
b) Meningkatkan edukasi dan informasi penelitian
c) Pendampingan nara sumber dalam penulisan penelitian
d) Penyiapan aplikasi kemudahan proses pembimbingan dan perpustakaan penelitian
e) Membangun jejaring penelitian dengan Universitas dan forum penelitian RSV – Rumah Sakit Vertikal

10. Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi

A. Kondisi yang dicapai

Indikator Peningkatan Pelatihan yang tersertifikasi pada tahun 2021 belum mencapai target yang ditetapkan secara kumulatif, namun demikian secara tahapan telah mendekati proses penilaian sebagai institusi penyelenggara pelatihan yang tersertifikasi. Jika dibanding dengan tahun sebelumnya maka terjadi peningkatan proses. Keberhasilan pentahapan dikarenakan telah diselesaikannya penyusunan modul dan didapatkan kesepakatan waktu penilaian calon institusi penyelenggara dengan pemangku penilaian. Peran pengampu dalam hal ini BBPK Ciloto sangat membantu dalam pencapaian target dimaksud.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.11
Grafik Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

	2020	2021	2022	2023	2024
Target	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	30%	55%			

B. Kendala dan Permasalahan

a) Masih diperlukan pengujian kurikulum modul pelatihan;

b) Seluruh penyelenggaraan program masih terfokus dalam penanganan Covid 19.

C. Rekomendasi

a) Koordinasi penyiapan penilaian Kurikulum pelatihan dengan Badan PPSDM Kesehatan dan BBPK Ciloto;
b) Penguatan SDM penyusun modul dan model pembelajaran pelatihan;
c) Membangun jejaring penyelenggaraan pelatihan
d) Penyiapan sarana dan prasarana pendukung penyelenggaraan pelatihan
e) Melakukan evaluasi dan pertemuan rutin lintas program dan lintas sektor.

11. Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM

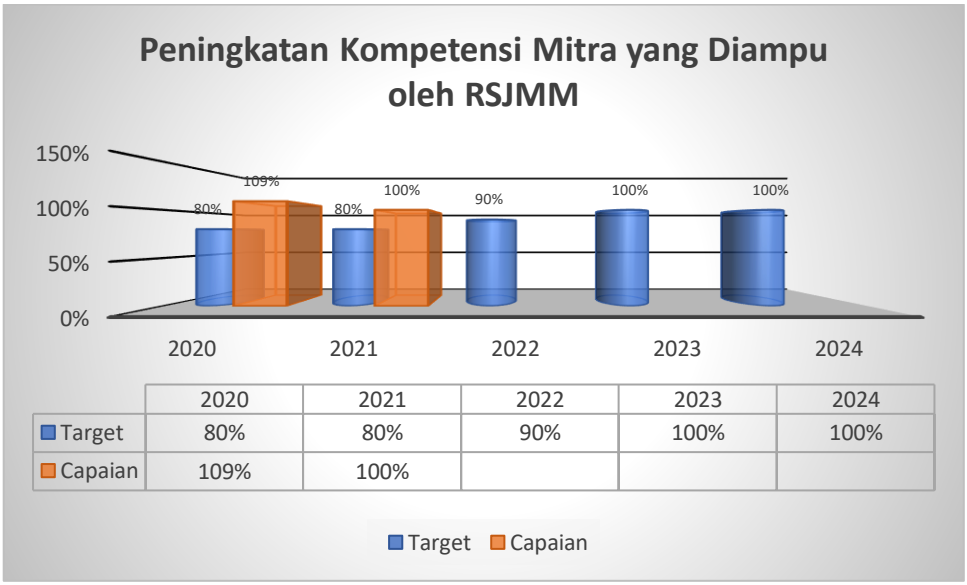
A. Kondisi yang dicapai

Peningkatan kompetensi mitra yang diampu adalah persentase peningkatan kompetensi mitra berdasar program yang telah disepakati bersama antara RSJMM dan mitra yang diampu. Capaian tahun 2021 adalah sebesar 100% sudah sesuai target sebesar 100%. Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar 109% terdapat penurunan prosentase dibandingkan dengan tahun 2021 sebesar **- 9%.**

Target program ini adalah adanya layanan pengembangan untuk layanan psikiatri di rumah sakit jiwa atau rumah sakit umum yang diampu dengan RSJMM sebagai *role model*. Tahun 2021 dengan bekerjasama antara Direktorat P2MKJN Kementerian Kesehatan RI, Pemerintah Daerah Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Puskesmas di NTT dimana RSJMM mengirim 3 (tiga) tenaga perawat untuk melakukan advokasi, pendampingan dan monitoring evaluasi ke 4 Kabupaten (4 Puskesmas). Tenaga Kesehatan yang berjumlah 72 orang telah melakukan magang di RSJMM untuk melihat kondisi layanan yang diharapkan dapat diimplementasikan di NTT.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.12
Grafik Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	80%	80%	90%	100%	100%
Capaian	109%	100%			

B. Kendala dan Permasalahan

1. Komunikasi dan informasi pada rumah sakit atau puskesmas di daerah target jejaring belum optimal.
2. Kompetensi tenaga kesehatan target jejaring belum merata untuk pengetahuan layanan psikiatri
3. Kuantitas tenaga kesehatan target jejaring belum sesuai kebutuhan

C. Rekomendasi

1. Merubah konsep menjadi pendampingan secara daring
2. Tetap berkolaborasi dengan Dit. P2MKJN agar RSJMM dapat menjalankan misi sebagai rumah sakit jiwa pengampu bagi kegiatan layanan jiwa di Indonesia.
3. Optimalisasi program magang dengan cara offline dan pendampingan ditempat, melengkapi kebutuhan tenaga, sarana prasarana dan akomodasi mitra yang diampu

12. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

A. Kondisi yang dicapai

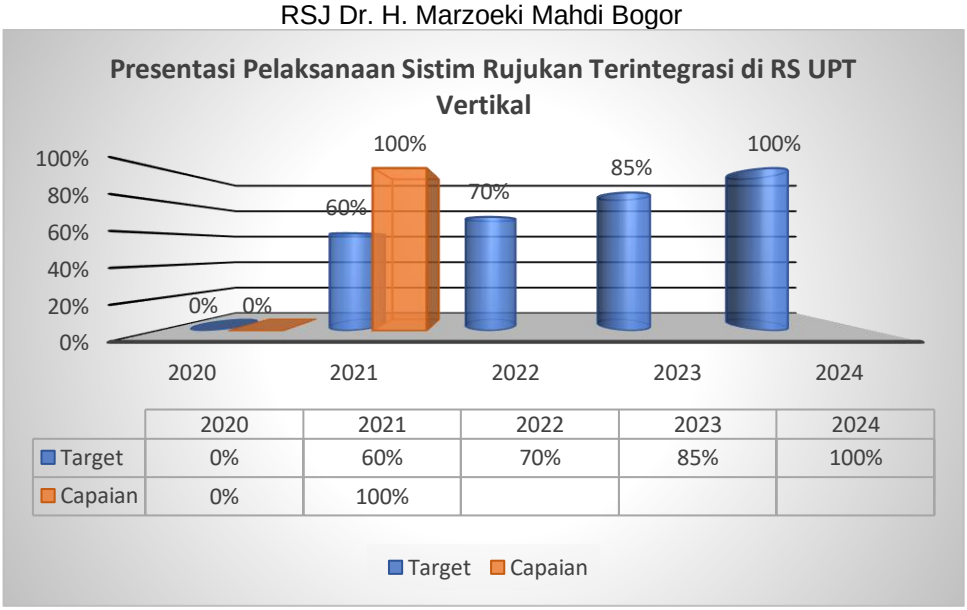
Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terntegrasi di RSJMM tahun 2021 sudah tercapai sebesar 100% dengan target sebesar 60%. Adapun penjabaran hasil capaian Sisrute secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.6 Capaian SISRUTE TA 2021

No	Kriteria Penilaian	Dokumen	Bobot (%)	Capaian 2021	Penilaian (%)
1	Ada Kebijakan dan Tim Pengembangan SISRUTE di RSJMM	Standar Operasional Prosedur (SOP) atau SK Direktur tentang Implementasi SISRUTE di rumah sakit	25	RSJMM sudah memiliki SOP dan SK implementasi terkait layanan SISRUTE	25
2	Ada laporan pemanfaatan dan Evaluasi penggunaan SISRUTE di rumah sakit secara berkala	dokumen evaluasi atau notulensi hasil rapat implementasi SISRUTE	25	secara berkala kepala Instalasi Gawat Darurat mengadakan pertemuan dan evaluasi ke DPMKP	25
3	ada petugas khusus (operator) SISRUTE 24 jam	jadwal petugas atau operator SISRUTE	25	ada petugas shift yang bertanggungjawab terhadap kaegiatan SISRUTE	25
4	Persentase kasus yang memiliki respon time < 1 jam sebesar 50%	Laporan respon time dari aplikasi SISRUTE tahun 2021	25	akumulasi respontime selama 1 tahun mencapai nilai 85%	25
	TOTAL		**100**		**100**

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu :

Gambar 5.13
Grafik Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal
TA 2021
RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



B. Kendala dan Permasalahan

1. Jaringan server (pusat) kadang-kadang tidak stabil sehingga tidak terpantau real time
2. SISRUTE pada kejadian rujukan jarak jauh sulit ditangani cepat, kondisi pasien sudah tidak dapat menunggu
3. Adanya aplikasi lain yaitu dari daerah (e-SIRS) yang memprioritaskan sistim rujukan daerah sehingga menggunakan dua sistim

C. Rekomendasi

1. Melakukan komunikasi langsung pada si pengirim SISRUTE
2. Mengoptimalkan jaringan internal dengan menambah fasilitas yang dibutuhkan
3. Tetap merespon dua sistim dengan fokus pada kondisi pasien

13. Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM

A. Kondisi yang dicapai

Capaian pelaksanaan WBK/WBBM Tahun 2020 dan Tahun 2021 sudah tercapai sesuai target sebesar 100%. 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. Target pada tahun 2021 adalah *Self Assessment* WBK minimal 75.

Pada tanggal 27 – 29 Desember 2021 RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi telah melaksanakan self assessment dengan Asesor dari Kementerian Kesehatan dan mendapatkan nilai 78.

Hasil penilaian Asesor dari Kementerian Kesehatan terhadap Pembangunan ZI Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dapat dilihat pada tabel berikut ini.

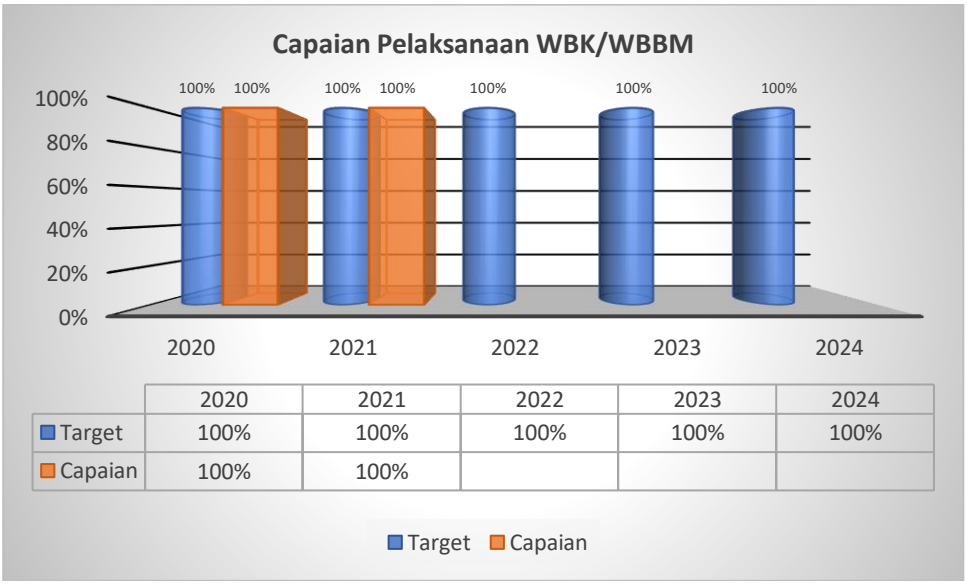
Tabel 5.7 Hasil Penilaian Asesor dari Kementerian Kesehatan

No	KOMPONEN		Bobot	Nilai Absolut	Nilai Prosentase
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%***

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator dimaksud, yaitu:

Gambar 5.14
Grafik Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%			

B. Kendala dan Permasalahan

a. Manajemen Perubahan

- Kurang tertibnya pendokumentasian kegiatan Manajemen Perubahan di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

b. Penataan Tatalaksana

- Kurangnya koordinasi untuk melakukan review SOP AP RSJMM Bogor secara terintegrasi.
- Lemahnya koordinasi pihak-pihak terkait untuk menyelesaikan masalah penyelesaian dan pengajuan SPM RSJMM 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

- Kurangnya sosialisasi program Pengaduan Masyarakat (Dumas) dan *Whistle Blowing System* (WBS) RSJMM Bogor.

C. Rekomendasi

1. Menindaklanjuti pemecahan masalah sesuai arahan asesor dari Kementerian Kesehatan
2. Pelaksanaan bimbingan, self assessment dan penilaian TPI (Tahun 2022)
3. Persiapan dan usulan penilaian TPN (Tahun 2023)
4. Pencanangan WBBM di tahun 2024

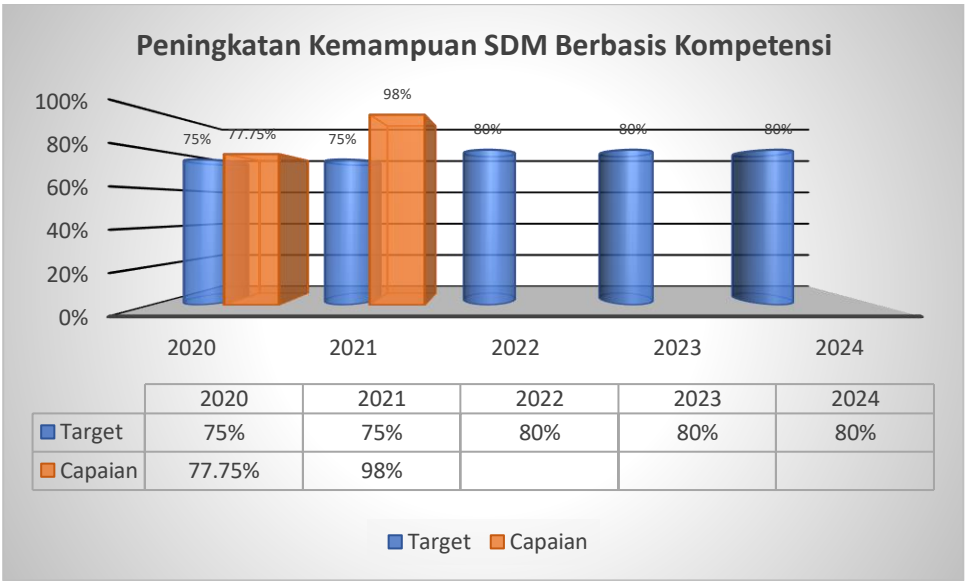
14. Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi

A. Kondisi yang dicapai

Indikator Peningkatan kemampuan SDM berbasis Kompetensi terus meningkat, pada tahun 2021 dari target 75 % telah dapat dicapai sebesar 85%. Peningkatan dari tahun 2020 juga dirasakan sangat signifikan yakni sebesar 7 % dari capaian 78 %. Keberhasilan peningkatan kemampuan SDM di dukung melalui program pemetaan dan kebutuhan pelatihan bagi pegawai dalam menunjang kinerjanya, penyiapan alokasi anggaran berbasis kebutuhan kompetensi, penguatan sistem pengampuan pegawai, sharing session melaui program Reboan bersama SDM yang berisikan pemberian pengetahuan bagi seluruh pegawai , penyelesaian dan pembinaan permasalahan kepegawaian serta info mitra. Selain itu pemberian kesempatan kepada pegawai untuk menimba ilmu dan memberi pengetahuan ke eksternal unit sebagai nara sumber.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud, yaitu :

Gambar 5.15
Grafik Peningkatan Kemampuan SDM Berbasis Kompetensi TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	75%	75%	80%	80%	80%
Capaian	77.75%	98%			

B. Kendala dan Permasalahan

1. Pemberian kesempatan pelatihan yang bersifat keterampilan masih terkendala model pelatihan yang lebih banyak dilaksanakan melalui daring;
2. Belum dilakukan evaluasi pasca pelatihan secara periodik bagi pegawai yang telah mengikuti pelatihan

C. Rekomendasi

1. Melaksanakan pelatihan yang bersifat keterampilan dengan narasumber internal;
2. Penyusunan peta pelatihan yang dimiliki per individu;
3. Penguatan koordinasi antar direktorat dalam pelaksanaan pelatihan yang sesuai kebutuhan;
4. Monitoring dan evaluasi periodik pasca pelatihan.

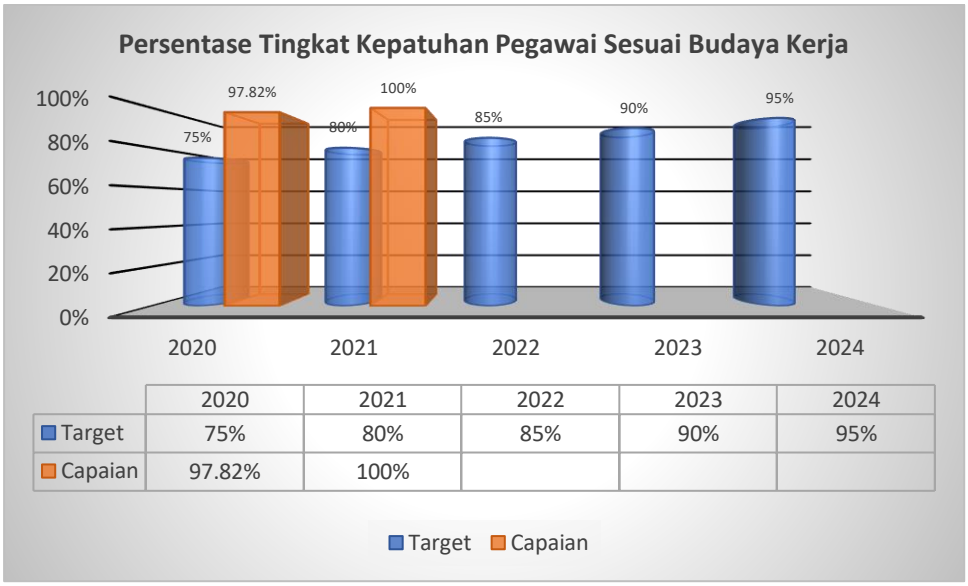
15. Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja

A. Kondisi yang Dicapai

Pada tahun 2021, indikator Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai sesuai Budaya Kinerja telah melebihi target yang ditetapkan yakni sebesar 97,82 % dari target 85%, hal ini terlihat pula peningkatan tingkat kepatuhan sebesar 20,3 % dibandingkan pada tahun 2020 yakni dari target 75% dicapai 77,5% . Keberhasilan pencapaian indikator ini didukung oleh pengawasan dan pendekatan pimpinan dalam program kunjungan lapangan, advokasi dan sosialisasi integrasi tingkat kepatuhan dengan pendapatan dan penilaian. Disamping membuka ruang terbuka secara imbal balik dengan pegawai, juga di berikan link khusus untuk menjalin kesepahaman antar manajemen dengan pegawai.

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud, yaitu:

Gambar 5.16
Grafik Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	75%	80%	85%	90%	95%
Capaian	97.82%	100%			

B. Kendala dan Permasalahan

1. Belum terintegrasinya secara langsung digitalisasi presensi dengan penilaian kinerja;
2. Belum secara keseluruhan dilakukan pengukuran tingkat disiplin yang tinggi dengan tingkat produktivitas kinerja SDM.

C. Rekomendasi

1. Penyempurnaan terintegrasi digitalisasi presensi berbasis mobile sistim;
2. Penyempurnaan instrumen pengukuran tingkat disiplin dan tingkat produktivitas SDM.
3. Advokasi dan sosialisasi keterpaduan kedisiplinan, penilaian dan pemberian penghargaan
4. Evaluasi periodik dan penyampaian oleh pimpinan dalam apel rutin mingguan

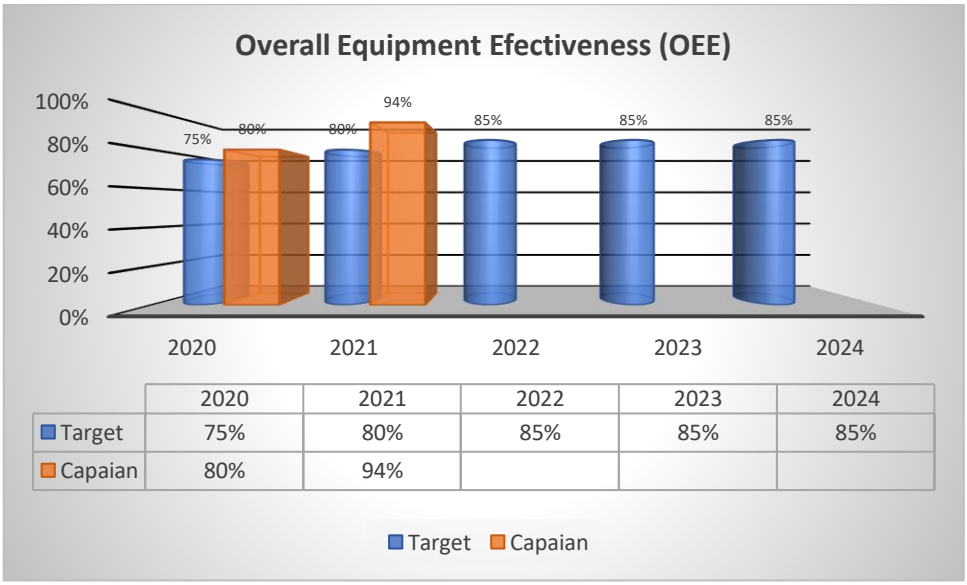
15. *Overall Equipment Efectiveness* (OEE)

A. Kondisi yang dicapai

Overall Equipment Efectiveness (OEE) tahun 2021 sudah tercapai sebesar 94% dengan target 80%. Apabila capaian OEE tahun 2021 dibandingkan dengan tahun 2020 sebesar 80% maka terdapat peningkatan prosentase sebesar **14%**. Overall Equipment Efectiveness (OEE) adalah suatu cara untuk mengukur efektifitas peralatan secara keseluruhan dalam penerapan program Total Productive Maintenance (TPM) yang dilihat dari aspek ketersediaan, kinerja dan kualitas alat kesehatan. Penilaian TMS sudah melebihi target sebesar 1,05 pada penilaian tiga aspek. Untuk Neurofeedback pada penilaian tiga aspek sebesar 0,83 .

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud, yaitu :

Gambar 5.17
Grafik *Overall Equipment Efectiveness* (OEE) TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	75%	80%	85%	85%	85%
Capaian	80%	94%			

B. Kendala dan Permasalahan

1) Terbatasnya anggaran pemeliharaan
2) Sistim pemeliharaan belum berbasis digitalisasi secara terpusat

C. Rekomendasi

1) Mengalokasikan anggaran pemeliharaan secara akurat dan terstruktur
2) Membangun Sistim pemeliharaan berbasis digitalisasi secara terpusat

17. Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar

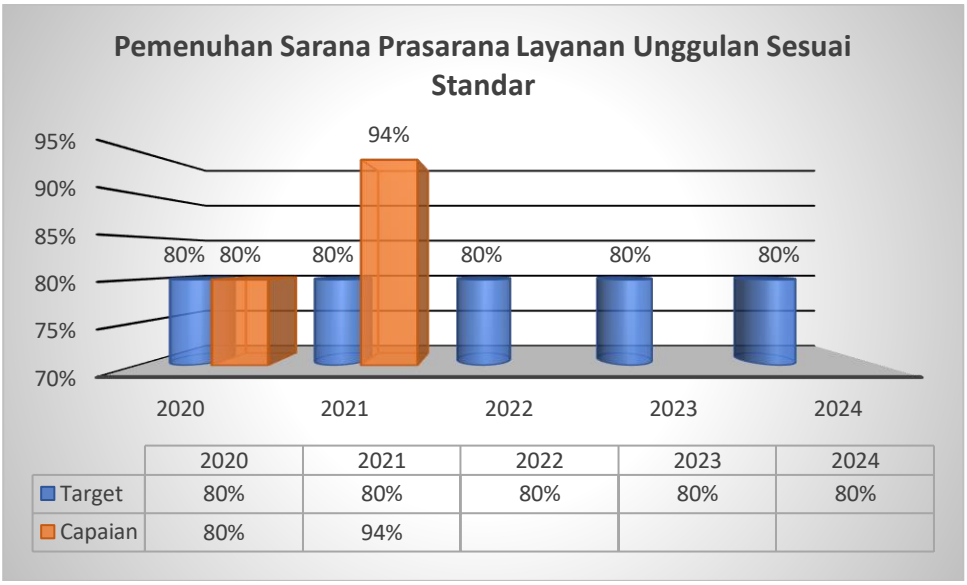
A. Kondisi yang dicapai

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 2021 yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 yaitu Geriatri dan Youth Mental Health.

Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan sesuai standar sudah tercapai sebesar 85% dengan target sebesar 80%. Apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar 80,90% maka terdapat kenaikan prosentase sebesar **4,1%.**

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud, yaitu:

Gambar 5.18
Grafik Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar Tahun 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



B. Kendala dan Permasalahan

1. Terbatasnya anggaran pemeliharaan.

C. Rekomendasi

1) Mengalokasikan anggaran pemeliharaan secara akurat dan terstruktur
2) Perencanaan sarana prasarana dan fasilitas rumah sakit agar mengacu kepada standar Sarana Prasarana Rumah Sakit RSJMM sehingga diharapkan pembiayaan lebih efektif dan efisien.

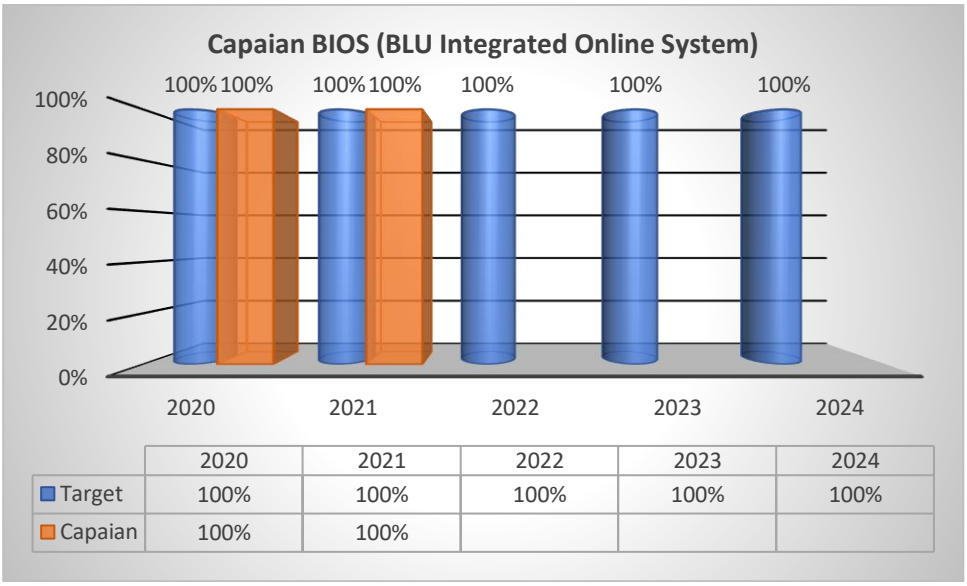
18. Capaian BIOS (BLU *Integrated Online System*)

A. Kondisi yang dicapai

Capaian BIOS Tahun 2020 dan Tahun 2021 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan sebesar 100%

Berikut disampaikan grafik pencapaian indikator yang dimaksud, yaitu:

Gambar 5.19
Grafik Capaian BIOS (BLU *Integrated Online System*) TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%			

B. Kendala dan Permasalahan

1) Aplikasi IT belum terintegrasi secara komprehensif

C. Rekomendasi

1) Membangun IT terintegrasi secara komprehensif
2) Tim SIRS RS terus mengoptimalkan dan rebuild data base

5.1.2 Target dan capaian Indikator Kinerja Terpilih TA 2021

Dalam rangka mewujudkan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi sebagai Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel, dan berorientasi pada hasil maka diperlukan Kontrak Kinerja antara PPK BLU Kementerian Keuangan dengan RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Nomor PRJ-24/PB/2021. Di dalam Kontrak Kinerja terdapat enam Indikator Kinerja Terpilih yang digunakan untuk mengukur kinerja RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi. Indikator tersebut adalah

1. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)
2. Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan
3. Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT
4. Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)
5. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)
6. Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

- **Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 1 Tahun 2021**

Hasil capaian indikator IKT Triwulan 1 pada enam indikator sudah sesuai dengan target yang ditentukan. RME pada TW I sudah tercapai sebesar 38,50% dengan target sebesar 25%. Aplikasi RME sudah tersedia, dan sudah terintegrasi pada enam layanan (Rajal, Ranap, Lab, Farmasi, Radiologi). Kepatuhan pelaksanaan Protokol Kesehatan sudah tercapai sesuai target sebesar 100%. Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT sudah tercapai sesuai target sebesar 85,58% dengan target sebesar 50%, Rasio PNBP terhadap Beban Operasional (PB) sudah tercapai sesuai target sebesar 58,26% dengan target sebesar 48%. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS) sudah tercapai sesuai target sebesar 100%.

Adapun hasil capaian secara terperinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.8 Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 1 TA 2021

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	TARGET	REALISASI
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	Max	%	25	25	38.50
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	Max	%	100	100	100
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT	Max	%	50	50	85.58
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	Max	%	45	48	58.26
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Max	%	100	100	100

- **Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 2 Tahun 2021**

Hasil capaian indikator IKT Triwulan 2 pada enam indikator sudah sesuai dengan target yang ditentukan. Pada Triwulan ke 2 terdapat penambahan indikator yaitu Sisrute yang merupakan program dari Pemerintah. RME pada TW II sudah tercapai sebesar 52,50% dengan target sebesar 50%. Aplikasi RME sudah tersedia, dan sudah terintegrasi pada enam layanan (Rajal, Ranap, Lab, Farmasi, Radiologi). Kepatuhan pelaksanaan protokol Kesehatan sudah tercapai sesuai target sebesar 100%. Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT sudah tercapai sesuai target sebesar 92,06% dengan target sebesar 60%, Rasio PNBP terhadap Beban Operasional (PB) sudah tercapai sesuai target sebesar 49,26% dengan target sebesar 47%, Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS) sudah tercapai sesuai target sebesar 100%, Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal sudah tercapai sesuai target sebesar 100%.

Adapun hasil capaian secara terperinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.9 . Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 2 TA 2021

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	TARGET	REALISASI
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	Max	%	50	50	52.50
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	Max	%	100	100	100
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT	Max	%	60	60	92.06
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	Max	%	45	47	49.26
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Max	%	100	100	100
6	Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Max	%	100	100	100

- **Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 3 Tahun 2021**

A. Kondisi yang Dicapai

Hasil capaian indikator IKT Triwulan 3 pada enam indikator terdapat **satu indikator yang belum sesuai** dengan target yang ditentukan, yaitu Indikator Rekam Medis Elektronik.

RME pada TW III belum tercapai sebesar **68%** dengan target sebesar 75%, Kepatuhan pelaksanaan protokol Kesehatan sudah tercapai sesuai target sebesar 100%, Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT sudah tercapai sesuai target sebesar 91,19% dengan target sebesar 70%, Rasio PNBP terhadap Beban Operasional (PB) sudah tercapai sesuai target sebesar 78,46% dengan target sebesar 46%, Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS) sudah tercapai sesuai target sebesar 100%, Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal sudah tercapai sesuai target sebesar 100%.

Adapun hasil capaian secara terperinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.10 Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 3 TA 2021

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	TARGET	REALISASI
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	Max	%	75	75	68
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	Max	%	100	100	100
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT	Max	%	70	70	91.19
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	Max	%	45	46	78.46
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Max	%	100	100	100
6	Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Max	%	100	100	100

B. Kendala dan Permasalahan

1. RME Belum bisa diimplementasikan di Ruang Rawat Inap dan IGD dikarenakan Hardware belum terfasilitasi

C. Rekomendasi

1. Pemenuhan Hardware untuk aplikasi RME di Ruang Ranap dan IGD
2. Rebuild Data Base

- **Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 4 Tahun 2021**

Hasil capaian indikator IKT Triwulan 4 pada enam indikator sudah sesuai dengan target yang ditentukan. RME pada TW IV sudah tercapai sesuai target sebesar 100%. Aplikasi RME sudah tersedia, dan sudah terintegrasi pada enam layanan (Rajal, Ranap, Lab, Farmasi, Radiologi), Kepatuhan pelaksanaan protokol Kesehatan sudah tercapai sesuai target sebesar 100%, Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT sudah tercapai sesuai target sebesar 95,19% dengan target sebesar 80%, Rasio PNBP terhadap

Beban Operasional (PB) sudah tercapai sesuai target sebesar 79,55% dengan target sebesar 45%, Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS) sudah tercapai sesuai target sebesar 100%, Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal sudah tercapai sesuai target sebesar 100%.

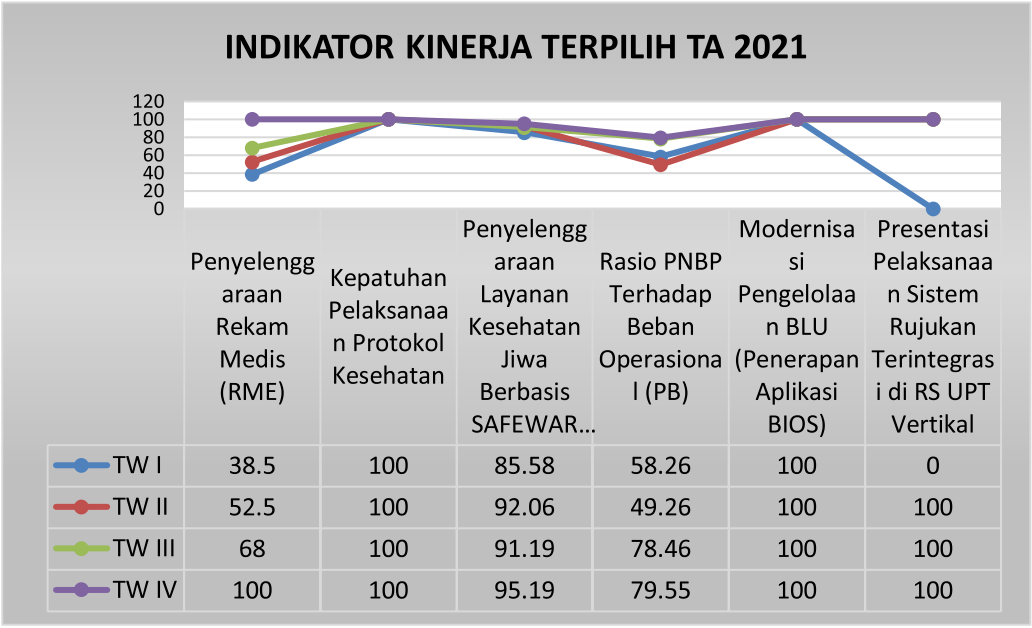
Adapun hasil capaian secara terperinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.11 Capaian Indikator Kinerja Terpilih Triwulan 4 TA 2021

NO	INDIKATOR	TIPE INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	TARGET	REALISASI
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	Max	%	100	100	100
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	Max	%	100	100	100
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWARDS dan WHO – QUALITY RIGHT	Max	%	80	80	95.19
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	Max	%	45	45	79.55
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Max	%	100	100	100
6	Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	Max	%	100	100	100

Berikut adalah grafik capaian IKT selama tahun 2021, yaitu :

Gambar 5.20. Grafik Capaian IKT Tahun 2021



	Penyelenggaraan Rekam Medis (RME)	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis SAFEWAR...	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal
TW I	38.5	100	85.58	58.26	100	0
TW II	52.5	100	92.06	49.26	100	100
TW III	68	100	91.19	78.46	100	100
TW IV	100	100	95.19	79.55	100	100

5.1.3 Pencapaian Indikator Kinerja Individu Direktur Utama

Indikator Kinerja Individu berdasarkan keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/1/2630/2016 tentang Perubahan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes Nomor HK.02.03/1/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama RSU/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI. Capaian Indikator kinerja individu RSJMM Tahun 2021 sesuai dengan tabel sebagai berikut.

A. Kondisi yang dicapai

Pada Indikator kinerja individu terdapat 17 indikator yang tercapai dan satu indikator yang belum tercapai. Indikator yang belum tercapai adalah **Prosentase kejadian pasien jatuh** sebesar 0,03% dengan standar sebesar <3%. Pasien jatuh berjumlah tiga orang dari 9578 pasien.

Adapun penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.12. Target dan Capaian IKI Dirut TA 2021

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2021

Nama Satker BLU : RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
Periode : Bulan Desember 2021

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	DESEMBER		
					HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)
PELAYANAN MEDIS							
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* (CP)	100%	0.05	100.00%	100	5
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0.05	94.76%	100	5
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.05	0.03%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri	≤1,5%	0.05	0.00%	100	5
	5	Penerapan keselamatan *Electro Convulsive Teraphy* (ECT)	100%	0.07	100.00%	100	7
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (*Phlebitis*)	≤5%	0.05	0.00%	100	5
	7	Cuci Tangan (*Hand Hygiene*)	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP	0.04	Ada Kebijakan ada SOP dan dilaksanakan sesuai deengan SOP	100	4
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0.07	95.80%	100	7
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0.07	100%	100	7
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0.08	100	100	8
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0.08	100.00%	100	8
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	*Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)*	≤240 Menit	0.02	65.21 Menit	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0.05	40.08 Menit	100	5
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0.05	2 jam 10 menit	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0.05	0 jam 44 menit	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0.05	0 Jam 29 menit	100	5
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	80%	0.02	85.00%	100	2
PELAYANAN KEUANGAN							
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0.1	53.33%	100	10
					JUMLAH TS		100.00
					NILAI IKI		2.000

B. Kendala dan Permasalahan

1. Pasien jatuh adalah pasien usia lanjut di ruang saraswati dan dapat dikategorikan Instabilitas

C. Rekomendasi

1. Komite mutu melakukan monev dan supervisi
2. Koordinasi antara Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang dan Komite Medik terkait kebijakan adanya eksklusi terhadap Pasien Geriatri
3. Pelaporan pasien jatuh masuk di laporan triwulan Komite Mutu termasuk Analisa dan rekomendasi serta feedback dari Direktur

4. Komite Mutu melaksanakan RCA apabila ada indikator yang capaiannya tidak sesuai target atau standar.

5.1.4 Pencapaian Indikator Kinerja Utama Badan Layanan Umum (IKU BLU)

IKU BLU setiap tahun mengukur kinerja keuangan dan kinerja layanan RS. Hasil capaian IKU BLU diukur per tahun dengan hasil capaian pada TA 2021 adalah **85,67** dengan kategori "**BAIK (AA)**" (Total skor aspek keuangan **23,87** dan aspek pelayanan **61,8**). Berikut adalah hasil pengukurannya:

Tabel 5.13
Pengukuran Kinerja Atas Indikator Kinerja Keuangan TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR	HAPER	SKOR
RASIO KEUANGAN			
1	Rasio Kas	250,32%	2,25
2	Rasio Lancar	16293,14%	2,75
3	Periode penagihan piutang	29,16	2,25
4	Perputaran aset tetap	3,16%	0,50
5	Imbalan atas aset tetap	0,60%	0,00
6	Imbalan ekuitas	0,59%	0,62
7	Perputaran persediaan	44,59	1,75
8	Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional	79,55%	2,75
	Jumlah Rasio Keuangan		**12,87**
KEPATUHAN PENGELOLAAN KEUANGAN BLU			
1	RBA definitif	2	ada
2	Laporan keuangan berdasarkan SAP	2	ada
3	Surat perintah pengesahan pendapatan dan belanja (SP3B) BLU	2	ada
4	Tarif layanan	1	ada
5	Sistem akuntansi	1	ada
6	Persetujuan rekening	0,5	ada
7	SPO pengelolaan kas	0,5	ada
8	SPO pengelolaan piutang	0,5	ada
9	SPO pengelolaan utang	0,5	ada
10	SPO pengelolaan barang dan jasa	0,5	ada
11	SPO pengelolaan barang inventaris	0,5	ada
	Jumlah Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	**11**	**11**

Tabel 5.14
Pengukuran Kinerja Atas Indikator Kinerja Layanan TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR	HAPER	SKOR
	PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS		
1	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan/hari	1,19	3
2	Pertumbuhan rata-rata kunjungan gawat darurat/hari	0,89	0,5
3	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	1,25	2
4	Pertumbuhan pemeriksaan radiologi/hari	1,12	2,5
5	Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium/hari	1,31	2,5
6	Pertumbuhan operasi/hari	1,52	2,5
7	Pertumbuhan rehab medik/hari	1,24	2,5
8	Pertumbuhan perserta didik pendidikan kedokteran		
9	Jumlah penelitian yang dipublikasikan		
	Jumlah Pertumbuhan Produktivitas		**15,5**
	EFEKTIFITAS PELAYANAN		
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	82.89%	2.00
2	Pengembalian Rekam Medik	82.89%	2.00
3	Angka Pembatalan Operasi	0.00%	2.00
4	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	0.30%	2.00
5	Penulisan Resep Sesuai Formularium	94.53%	2.00
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0.05%	2.00
7	*Bed Occupancy Ratio* (BOR)	58%	1.00
	Jumlah Efektifitas Pelayanan		13.00
	PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN		
1	Rata-rata jam pelatihan/karyawan	0,61	1
2	Program reward and punishment	Ada program dilaksanakan	1,5
	Jumlah Pertumbuhan Pembelajaran		2.5
	MUTU PELAYANAN		
1	*Emergency Response Time Rate*	3.31 menit	2.00
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	41.35 menit	1.50
3	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	30 menit	1.00
4	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	20.04 jam	2.00
5	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	47 menit	2.00
6	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2 jam 17 menit	2.00
7	Leng Of Stay	16,31 hari	1.50
	Jumlah Mutu Pelayanan		12.00
	MUTU KLINIK		
1	Angka Kematian di Gawat Darurat	0.04‰	2.00
2	Angka Kematian ≥ 48 jam	2.01%	2.00
3	*Post Operative Death Rate*	0.00%	2.00
4	Angka Infeksi Nosokomial	0.00%	4.00
5	Angka Kematian Ibu di RS	0.00%	2.00
	Jumlah Mutu Klinik		10.00

KEPEDULIAN KEPADA MASYARAKAT			
1	Pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan sarana kesehatan lain	Ada program dilaksanakan	1
2	Penyuluhan kesehatan	Ada program dilaksanakan	1
3	Rasio tempat tidur kelas III	62%	2
	Jumlah Kepedulian Kepada masyarakat		4
KEPUASAN PELANGGAN			
1	Penanganan komplain	84.39%	1.00
2	Kepuasan pelanggan	100%	1.00
	Jumlah kepuasan Pelanggan		2.00
1	Kebersihan lingkungan (Program RS Berseri)		2
2	Proper Lingkungan	hijau	0,8
	Jumlah Kepedulian Terhadap Lingkungan		2,8

Total Skor Aspek Keuangan	**23,87**
Total Skor Aspek Pelayanan	**61,8**
TOTAL PENILAIAN ASPEK KEUANGAN DAN ASPEK PELAYANAN	**85,67**
KATEGORI	**BAIK (AA)**

5.1.5 Pencapaian Indikator Mutu Unit atau Standar Pelayanan Minimal

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. Marzoeki Mahdi diatur juga dalam SK Dirut RSJMM NO. HK.02.03/XXV.I/3131/2020 tentang Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, Indikator Mutu Unit Kerja dan Indikator Mutu Pelayanan.

1) DIREKTORAT PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

Tabel 5.15 IMU Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang TA 2021

NO	JUDUL NDIKATOR	STANDAR	TA 2021	KET*
	PELAYANAN GAWAT DARURAT			
1	Kemampuan menangani kasus gawat darurat (live saving)	100%	100%	1
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter	100%	96.53%	0
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	100%	87.47%	0
4	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	100%	100%	1
5	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	100%	100%	1
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	3.31 menit	1
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	≤ 2 menit	1.57 menit	1
8	*Emergency psychiatric respon time* (EPRT)	≤ 240 menit	58.14 menit	1
9	Angka kematian pasien di IGD	≤ 2perseribu (≤2‰)	0.025‰	1
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	90%	100%	1
	PELAYANAN RAWAT JALAN			
1	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	44.36 menit	1
2	Drop out minum obat (ARV)	12%	0.41%	0
3	Assesment medis dan keperawatan rawat jalan (awal dan ulang)	100%	100%	1
4	Edukasi pada pasien rawat jalan	90%	100%	1
5	Program rujuk balik berkualitas	80%	50%	0
6	Waktu tunggu pasien rehabilitasi medik ≤ 60 menit	100%	98.43%	0

7	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	1
8	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yangdirencanakan	≤ 25 %	0%	0
10	Waktu tunggu pelayanan di assessment terpadu	30 menit	6,12 Menit	1
11	Waktu pelaksanaan pelayanan di asemen terpadu	≤ 3 jam	1 Jam 37Menit	1
12	Waktu pengambilan hasil assesmen terpadu 2 hari	100%	100%	1
PELAYANAN RAWAT INAP				
1	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	99.73%	1
2	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	85.32%	0
3	Assesment awal medis	100%	99.14%	0
4	Assesment awal keperawatan	100%	99.85%	0
5	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalamwaktu ≤ 1 bulan	<10%	5.76%	0
6	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayananan intensif psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0%	0
7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	≥90%	94.22%	0
8	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 23hari	≥90%	90.73%	0
9	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat24 jam di UPIP	≥95%	94.79%	0
10	Waktu tunggu operasi elektif	≤48 jam	19.46 Jam	1
11	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salahpenempatan endotracheal tube	≤6%	0%	0
12	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	1
13	Kepatuhan assessmen pra anestesi	100%	100%	1
14	Kepatuhan assessmen pra bedah	100%	100%	1
15	Kepatuhan pelaksanaan surgical safety cek list	100%	100%	1
16	Tidak ada penundaan operasi elektif	90%	100%	1
17	Penerapan keselamatan ECT	100%	N/A	-
18	Waktu tunggu tindakan ECT	≤48 jam	N/A	-
19	Discrepansi diagnosa pre dan post operasi	100%	100%	1
20	Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	100%	100%	1
21	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan icu dengan kasusyang sama < 72 jam	≤3%	0%	0
22	Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	100%	N/A	-
22	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	1
23	Kemampuan menangani BBLSR dan BBLR	100%	100%	1
24	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	100%	0
25	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%	0%	1
26	Presentase IMD	≥ 80%	47.86%	0
27	Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	60%	52.36%	0
28	Persentase rawat gabung	80%	71.43%	0
29	Perawatan metode kanguru	80%	100%	1
PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL				
1	Pemberi pelayanan di instalasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
2	Jam buka pelayanan di instalasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
3	Paket pelayanan rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
4	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	>75%	90.58%	0
5	Asesmen rehabilitasi psikososial	≥80%	100%	0
6	Rujukan rehab sesuai indikasi	≥80%	100%	0
7	Persentase rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsipersonal dan sosial	85%	96.77%	1

8	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan	<25%	7.10%	0
9	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa3 kelompok	100%	100%	1
PELAYANAN NAPZA				
1	Assesment Adiction Severity Index (max 3x24 jam)	100%	100%	1
2	Ketepatan visite dokter spesialis	80%	100%	1
3	Tidak adanya kejadian pasien lari	100%	100%	1
4	Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal	100%	100%	1
5	Konseling selama pasien dirawat	100%	100%	1
6	Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	100%	100%	1
7	Terlaksananya terapi vokasional	100%	96.88%	0
8	Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100%	1
PELAYANAN PKRS				
1	Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	95%	100%	1
2	Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	85%	97.81%	1
3	Tingkat kualitas kemitraan, kerjasama lintas program dan lintassektor	90%	109.81%	1
4	Promosi kesehatan	85%	99.44%	1
5	Tingkat kualitas intervensi krisis	85%	100%	1
6	Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management	50%	59.94%	1
PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK, IMAGING, DAN ELEKTROMEDIK				
1	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	2 Jam 21Menit	1
2	Kejadian kegagalan pelayanan radiologi	≤ 2%	0.30%	1
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100%	1
4	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	18.5 Menit	1
5	Waktu tunggu pelayanan elektromedis	60 menit	35.14 Menit	1
PELAYANAN LABORATORIUM				
1	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	47,22 Menit	1
2	Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	≤ 30 menit	2.99 Menit	1
3	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaanlaboratorium	100%	100%	1
4	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaanlaboratorium	100%	99.99%	0
5	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	5%	0.05%	1
6	Angka kejadian reaksi transfusi	0%	0.59%	1
7	Efektivitas penggunaan darah	>90%	97.60%	1
8	Waktu tunggu pelayanan CITO	50 Menit	39.05 Menit	1
PELAYANAN FARMASI				
1	Ketersediaan obat sesuai formularium RS	90%	98.51%	1
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	30.17 Menit	1
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	55 Menit	1
4	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (medication errorfase pemberian)	100%	99.99%	0
5	Kejadian kesalahan peresepan obat (medication error faseperesepan)	Tren Menurun	0.38%	1
6	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	94.53%	1
7	Kepatuhan pelaksanaan UDD	100%	100%	1
8	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	100%	1
9	Tidak ada obat expired dalam tahun berjalan	100%	100%	1
PELAYANAN GIZI				
1	Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	90%	92.13%	1
2	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	99.89%	0
3	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	100%	82.30%	0
4	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan	≤20%	18.73%	1

	pasien			
5	Tidak adanya kerusakan makanan	100%	99.74%	0
	PELAYANAN REKAM MEDIK			
1	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	25.07 Menit	0
2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat inap	< 15 menit	17.32 Menit	0
3	Pengembalian rekam medik lengkap dalam 1x 24 jam	80%	82.07%	1
4	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasiyang jelas	100%	99.67%	0
5	Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk fotopada pasien psikiatri ranap dan rajal)	100%	96.23%	0
6	Waktu penginputan data pasien baru	Pasien baru≤ 7 menit	5.82 menit	1
7	Waktu penginputan data pasien lama	Pasien lama≤ 2 menit	1.63 menit	1
8	Kepatuhan pelaksanaan general consent dan general edukasi	100%	99.75%	0

2) DIREKTORAT PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN

Tabel 5.16 IMU Direktorat Perencanaan, Keuangan dan BMN

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TA 2021	KET*
	BAGIAN KEUANGAN DAN BMN			
1	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	100%	100%	1
2	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	100%	100%	1
3	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	1
4	Tingkat efisiensi anggaran	90%		
5	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15%	80.00%	1
		TW II 40%	84.00%	1
		TW III 60%	85.11%	1
		TW IV 90%		
6	Rasio kas	240-300%	266.99%	1
7	Rasio lancar	>600%	5571.80%	1
8	Periode penagihan piutang	<30 hari	28.09	1
9	Perputaran aset tetap	>20%	2.54%	0
10	Imbalan atas aset tetap	>6%	0.20%	0
11	Imbalan ekuitas	>8%	0.14%	0
12	Perputaran persediaan	30-35 hari	52.79	0
13	Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	45%	72,4%	0
	BAGIAN PERENCANAAN DAN EVALUASI			
1	Kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	1
2	Kelengkapan dan ketepatan pelaporan RS	100%	100%	1
	PELAYANAN VERIFIKASI DAN PENJAMINAN PASIEN			
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0.11 Hari	1
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 harikerja	1.74 Hari	1
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	1
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	85.08%	0
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	99.99%	0
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat	100%	99.97%	0

	inap			
PELAYANAN SISTEM INFORMASI RS				
1	Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware	90%	100%	1
2	Waktu tanggap penanganan kerusakan software	90%	100%	1
3	Ketepatan waktu maintenance hardware	90%	100%	1
4	Ketepatan waktu maintenance software	90%	100%	1

3) DIREKTORAT SUMBERDAYA, PENDIDIKAN DAN UMUM

Tabel 5.17 IMU Direktorat Sumberdaya, Pendidikan dan Umum

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TA 2021	KET*
BAGIAN SDM DAN PENDIDIKAN				
1	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis	100%	100%	1
2	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	85%	95.22%	1
3	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	85%	84.37%	0
4	Prosentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	80%	97.55%	1
5	Jumlah pegawai yang melanjutkan pendidikan formal	2%	1.77%	0
6	Jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan non formal	5%	7.20%	1
7	Persentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun	100%	86.86%	0
8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	75%	85.22%	1
9	Riset klinis oleh staf internal	100%	39.55%	0
10	Riset non klinis oleh staf internal	100%	40.45%	0
11	Tingkat partisipasi/ kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	75%	99.80%	1
12	**Evaluasi pasca pelatihan**	**90%**	**100%**	**1**
BAGIAN ORGANISASI DAN UMUM				
1	Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk display, online, real time	100%	99.72%	0
2	Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat	100%	100.00%	1
3	Kecepatan respon terhadap komplain	100%	100.00%	1
4	Kepuasan pelanggan RS	80%	84.71%	1
5	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	100%	100.00%	1
6	Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 Minggu		
7	Penerapan GNSTA	60%	60.39%	1
8	Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	100%	96.84%	0
9	Terlaksananya program manajemen cleaning service	100%	N/A	-
10	Ketersediaan mobil ambulan, jenazah dan keswa	100%	85.58%	0
11	Terlaksananya program pemeliharaan ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa	100%	100.00%	1
12	Waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah ≤ 30 menit	100%	96.37%	0
13	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	≥ 90%	98.73%	0
14	Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit	≥ 90%	100.00%	0
15	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution (UP)	100%	100.00%	0
16	Kepatuhan penggunaan APD sesuai standar (tutup kepala, google, masker, sarung tangan, skort dan sepatu boot)	100%	100.00%	1
17	Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	100%	100.00%	1
18	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	100%	100.00%	1
19	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	80.27%	0
20	Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	100%	100.00%	1

21	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yanghilang	100%	89.82%	0
	PELAYANAN DIKLIT			
1	Tingkat kepuasan pelanggan atas keterlibatan peserta didik dalam pelayanan kepada pasien	80%	85.95%	1
2	Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis Koas 5:1	100%	131.43%	1
	PPDS 3:1	100%	100%	1
	Perawat 7:1	100%	121.39%	1
	Profesi lain 7:1	100%	137.99%	1
3	Kepatuhan peserta didik melaksanakan cuci tangan	85%	85.04%	1
4	Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	85%	84.74%	0
5	Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	85%	85.44%	1
6	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi cuci tangan	80%	88.39%	1
7	Keterlibatan Peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	80%	82.99%	1
	PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN & K3RS			
1	Capaian baku mutu limbah cair	100%	97.96%	0
2	Pengelolaan limbah padat sesuai standar	100%	93.80%	0
3	Pengelolaan limbah B3 dan infeksius sesuai PMK nomor 7 tahun2019	100%	100%	1
4	Penilaian inspeksi kesling sesuai PMK no. 7 tahun 2019	100%	82.57%	0
5	Capaian pemantauan dan pengelolaan lingkungan	100%	93.93%	0
6	Pemeriksaan angka kepadatan vektor	100%	62.92%	0
7	Kejadian penyakit akibat kerja	0%	0%	1
8	Kejadian kecelakaan akibat kerja	0%	0.04%	1
9	Pelaksanaan vaksinasi (pelaksanaan MCU/pelaksanaan vaksinasi Hepatitis B)	100%	77.54%	0
	PELAYANAN CSSD DAN BINATU			
1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	1
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	1
3	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	99.64%	0
4	Ketepatan waktu penyediaan alat sterill	100%	100%	1
5	Ketersediaan alat sterill	100%	100%	1
6	Ketepatan pemrosesan sterillisasi alat	100%	100%	1
7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	1
	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RS			
1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	**100%**	**100%**	**1**
2	Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE)	**80%**	**89.09%**	**1**
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	**≥80%**	**100%**	**1**
4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	**100%**	**100%**	**1**
5	Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	**100%**	**93.65%**	**0**
	UNIT LAYANAN PENGADAAN			
1	Kelengkapan dokumen lelang	100%	100%	1
2	Persentase gagal lelang	<20%	0%	1

Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

5.2 Pencapaian Target Kinerja Direktorat

5.2.1 Pencapaian Kinerja Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

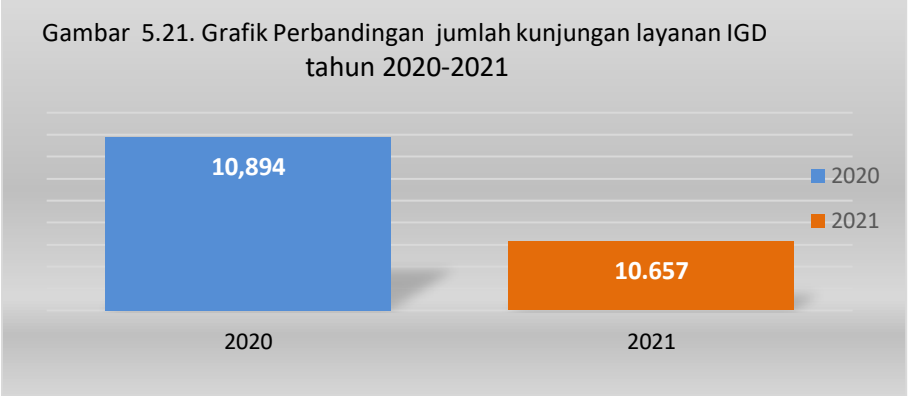
- **Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan**

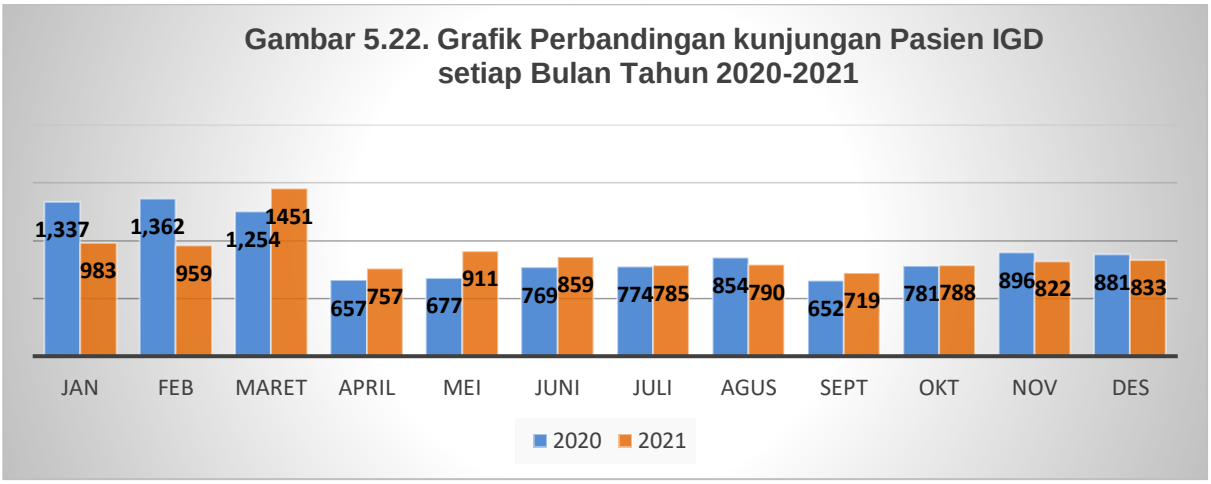
LAYANAN GAWAT DARURAT

A. Kondisi yang dicapai

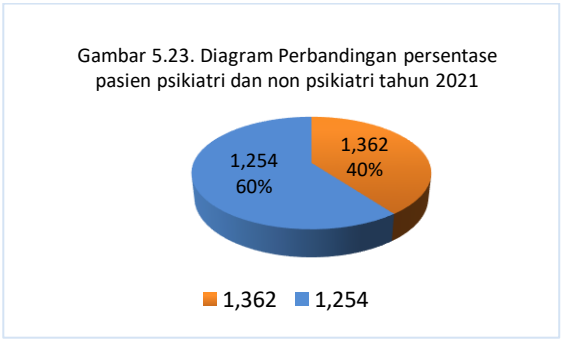
1. Capaian kunjungan layanan di IGD sebanyak 10.657 pasien yaitu (88%) dari yang ditargetkan dengan pertumbuhan (-11,5%). Adapun perbandingan kunjungan pasien antara tahun 2020 dan tahun 2021 di IGD dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Gambar 5.21. Grafik Perbandingan jumlah kunjungan layanan IGD tahun 2020-2021

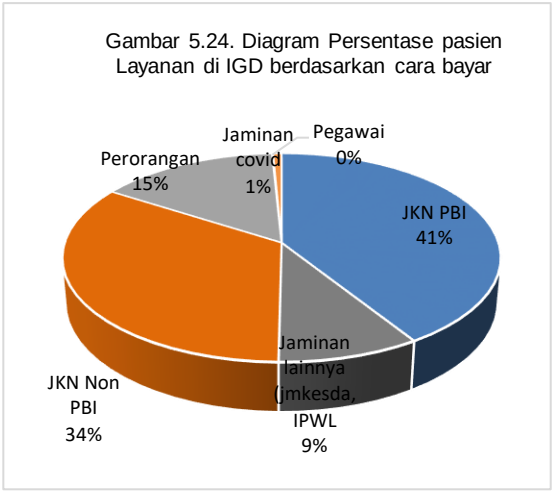




2. Rata-rata kunjungan harian pasien di IGD sebanyak 29 pasien
3. Persentase pasien psikiatri lebih banyak dari pasien non psikiatri (58:42).



4. Cara membayar pasien terbanyak berasal dari JKN (PBI dan non PBI) 75%. Secara rinci dapat dilihat pada grafik berikut ini.



5. Sejak tahun 2020 IGD melayani pemeriksaan PCR dan antigen *drive thru* untuk *traveler* dan keperluan lainnya
6. Gedung IGD sudah difasilitasi ruangan isolasi tekanan negatif (5 Tempat Tidur)

B. Kendala dan Permasalahan

1. Terjadi lonjakan kasus covid-19 pada bulan Juli termasuk tenaga kesehatan terpapar covid-19 sehingga tenaga kesehatan berkurang
2. Adanya prosedur untuk kondisi pandemi tenaga kesehatan hazmat lebih dari 6 jam sehingga kelelahan
3. Lonjakan kasus juga menyebabkan keterbatasan tempat tidur pasien Covid-19 sehingga terjadi overcrowded pasien covid-19
4. Penumpukan pasien dan keluarga pasien di IGD terjadi ketika menunggu hasil lab (hasil PCR) yang membutuhkan waktu lebih dari 6 jam di IGD

C. Rekomendasi

1. Peningkatan kompetensi nakes terutama untuk menghadapi kondisi KLB
2. Rotasi tenaga kesehatan terutama perawat secara teratur
3. Strategi *Emergency Plan* untuk kondisi-kondisi bila terjadi KLB
4. *Updating* kesiapan RS terhadap KLB (*Hospital Readiness*)

LAYANAN RAWAT JALAN

A. Kondisi yang Dicapai

1. Total layanan rawat jalan:
   - Psikiatri :
     59.718 pasien dengan rata-rata harian (241 hari) sebesar 247,8 sebanyak 248 kunjungan
   - Non psikiatri :
     21.414 pasien rata-rata harian sebesar 88,9 sebanyak 89 kunjungan

- Layanan terpadu:
  1.601 dengan rata-rata harian sebesar 6,6 sebanyak 7 kunjungan
- Layanan:
  82.733 dengan rata-rata harian sebesar 343 pasien dengan pertumbuhan sebesar 14.07 (14%).

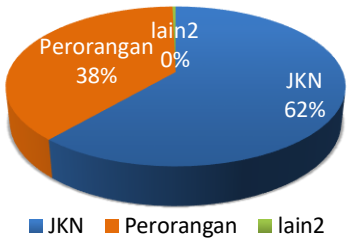
Adapun perincian total layanan rawat jalan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.18 Total Layanan Rawat Jalan TA 2021

No	Nama Poliklinik	2020	2021	Pertumbuhan (%)
A	**Poliklinik Psikiatri**			
1	Psikogeriatri	3.439	4.426	28,70
2	Psikiatri anak remaja	4.680	5.594	19,53
3	Psikiatri Dewasa	34.792	38.852	11,67
4	cemas Depresi	2.076	3.066	47,69
5	Early Psychotic	2.563	2.996	16,89
6	Napza Medikolegal	223	355	59,19
7	CLP	2.086	2.252	7,96
8	Rehabilitasi Psikososial	708	2.177	207,49
Sub Total Psikiatri		**50.567**	**59.718**	**18,10**
B	**Poliklinik Non PsikiatriPsikiatri**			
1	Bedah Umum	88	141	60,23
2	Penyakit dalam	1156	1708	47,75
3	Penyakit anak	782	835	6,78
4	Klinik Kebidanan dan Kandungan	552	595	7,79
5	Jantung	698	688	-1,43
6	Paru	535	777	45,23
7	Klinik Neurologi	2658	3527	32,69
8	THT	315	238	-24,44
9	Pita Aruna/ HIV	8733	8671	-0,71
10	Klinik Konsultasi Anastesi	2	35	1650,00
11	Klinik Gigi dan Mulut	1034	2013	94,68
12	Psikologi	298	464	55,70
13	Klinik Rehabilitasi Medik	979	1214	24,00
14	Klinik aKUpasi dan Umum	539	505	-6,31
15	Gangguan tidur	0	3	0
Sub Total Layanan Non Psikiatri		**18.369**	**21.414**	**16,58**
C	**Layanan Terpadu**			
1	Klinik MCU/assessment center	3444	1319	-61,70
2	Geriatri	151	282	86,75
	Sub Total Layanan Terpadu	**3.595**	**1.601**	-55,47
Total Rawat Jalan		**72.531**	**82.733**	**14,07**

1. Layanan psikiatri terbanyak yaitu klinik psikiatri dewasa
   Layanan non psikiatri terbanyak yaitu klinik Neurologi (penyakit syaraf)
2. Berdasarkan rekanan yang membayar pasien terbanyak berasal dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (62,25%). Secara rinci dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Gambar 5.25. Diagram Persentase kunjungan rawat jalan berdasarkan penjamin tahun 2021

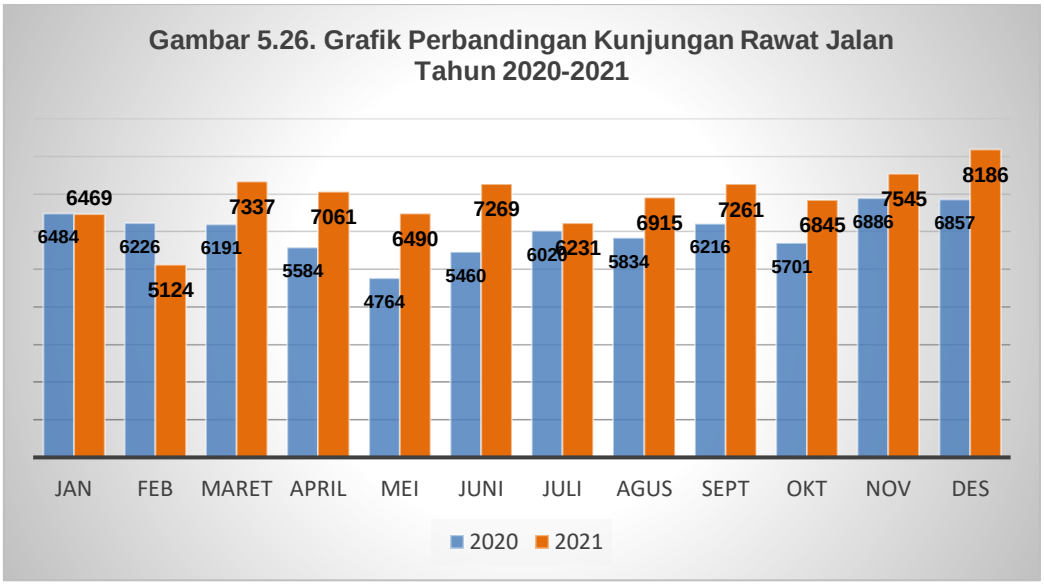


3. Klinik yang mengalami pertumbuhan yang cukup bermakna yaitu Rehabilitasi Psikososial, Anastesi dan Gigi & Mulut.
4. Klinik yang mengalami penurunan pertumbuhan yaitu Jantung dan Pembuluh darah, HIV dan Assessment Center
5. Diagnosa terbanyak di poliklinik rawat jalan yaitu Skizoprenia (F 20.9) dan untuk diagnosa non psikiatri terbanyak HIV (B20.9). Hal ini menunjukkan bahwa RSJMM merupakan rumah sakit rujukan untuk layanan penyakit jiwa dan HIV. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.19. Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Jalan TA 2021

10 Besar Diagnosa Rawat Jalan tahun 2021					
No.	**Kode ICD**	**Diagnosa**	**L**	**P**	**Total**
1	F20.9	Schizophrenia, unspecified	11043	5827	16870
2	F20.0	Paranoid schizophrenia	5836	2696	8532
3	B20.9	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic disease	3340	1641	4982
4	F31.9	Bipolar affective disorder, unspecified	1212	1340	2552
5	F20.3	Undifferentiated schizophrenia	1030	262	1292
6	F31.2	Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms	664	506	1170
7	F25.9	Schizoaffective disorder, unspecified	667	495	1162
8	F20.5	Residual schizophrenia	672	181	853
9	F25.1	Schizoaffective disorder, depressive type	391	414	805
10	G40.9	Epilepsy, unspecified	383	359	742
Jumlah			**25.238**	**13.721**	**38.960**

6. Kerjasama dengan BPJS kembali untuk layanan non psikiatri (sejak bulan Oktober tahun 2020) sudah mulai menunjukkan peningkatan grafik kunjungan. Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.



B. Kendala dan Permasalahan

1. Kondisi pandemi menyebabkan kekhawatiran masyarakat untuk datang ke rumah sakit dan hanya datang bila keadaan emergensi sehingga kunjungan poliklinik mengalami penurunan
2. Karena kondisi kesehatan tenaga medis yang terpapar covid tidak memungkinkan untuk praktek hal ini menyebabkan poliklinik tutup dan mengalami penurunan jumlah kunjungan.
3. Beberapa pengembangan terpadu dalam proses tahun 2021 yaitu: geriatri terpadu dan *Youth Mental Health Center* (YMHC), *Assessment Center* hal ini memerlukan tenaga medis spesialis multidisiplin sehingga saat ini masih memerlukan tenaga medis spesialis kedokteran jiwa, penyakit dalam dan mata
4. Fasilitas pengembangan layanan terpadu baru tersedia diakhir tahun sehingga belum dapat dioperasionalkan sesuai rencana dipertengahan tahun 2021

C. Rekomendasi

Berdasarkan kondisi diatas percepatan peningkatan kunjungan dapat diantisipasi dengan :

1. Memfasilitasi klinik cemas bagi pasien dan atau keluarga pasien yg terpapar covid
2. Memfasilitasi t*elemedicine* untuk seluruh klinik
3. Kesiapan Alat Pelindung Diri (APD) untuk tenaga kesehatan
4. Memberikan pengertian dan pengetahuan tentang layanan disaat kondisi pandemi
5. Merekrut dokter spesialis atau memberikan kesempatan bagi dokter umum untuk mengikuti jenjang pendidikan spesialis
6. Operasional layanan terpadu (Geriatri dan YMHC) segera dilaksanakan dan disosialisasikan pada masyarakat
7. Pemasaran layanan ke masyarakat ditingkatkan, hal ini dapat tergambar pada kenaikan kunjungan layanan poliklinik gigi dan mulut yang cukup signifikan dari sisi pertumbuhan dan kuantitas.

LAYANAN RAWAT INAP

A. Kondisi yang Dicapai

1. Total BOR layanan rawat inap sebesar 58%
   - BOR tertinggi pada layanan Covid-19 (84,42%)
   - BOR terendah pada layanan non Psikiatri (17,04%)

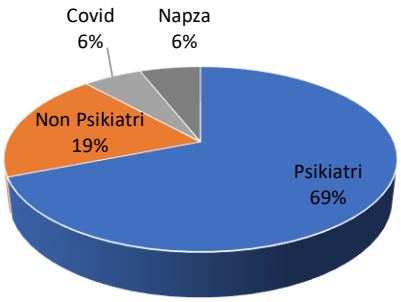
   Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 5.20 Indikator Rawat Inap TA 2021

No	Keterangan	Satuan	Psikiatri	Non Psikiatri	Covid	Napza	Total
1	Jumlah TT	Buah	347	97	29	30	**503**
2	Jumlah Pasien	Pasien	4.493	1.157	959	44	**6.653**
3	hari perawatan	Hari	87.616	6.033	8.936	3.902	**106.487**
4	AvLOS	Hari	19,50	5,21	9,32	88,68	**16,01**
5	BOR	%	69,18	17,04	84,42	35,63	**58**
6	BTO	Kali	0,84	0,52	33	87	**121,36**
7	TOI	Hari	0,56	25	0,91	0,1	**26,57**

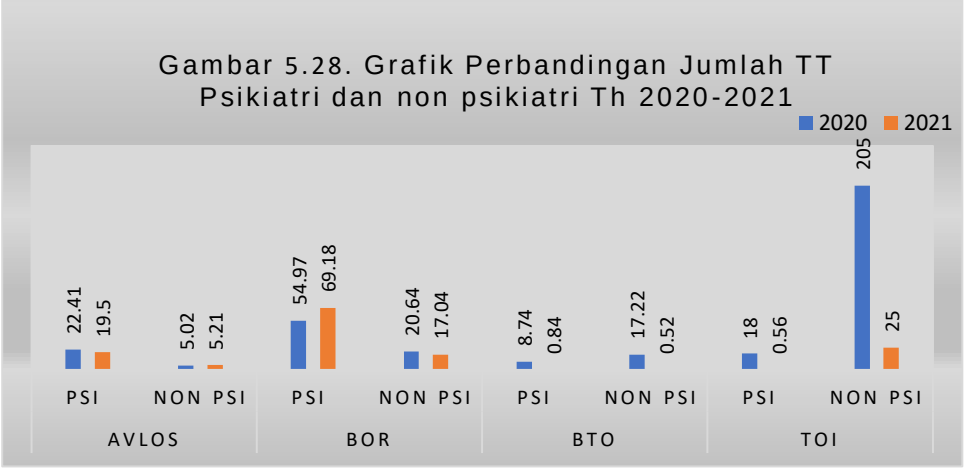
2. Perbandingan jumlah tempat tidur psikiatri dan non psikiatri berbanding lurus dengaan persentase pasien dengan jumlah pasien. Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.

Gambar 5.27. Diagram Perbandingan persentase tempat tidur di RSJMM TA 2021



3. Persentase pasien rehabilitasi Napza 1% hal ini dikarenakan adanya paket IPWL dan paket rehabilitasi regular selama 90 hari (3 bulan).

4. Turn Over Interval (TOI) layanan non psikiatri berkurang dibandingkan dengan tahun 2020. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan tempat tidur mengalami kenaikan. Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.



Gambar 5.28. Grafik Perbandingan Jumlah TT Psikiatri dan non psikiatri Th 2020-2021

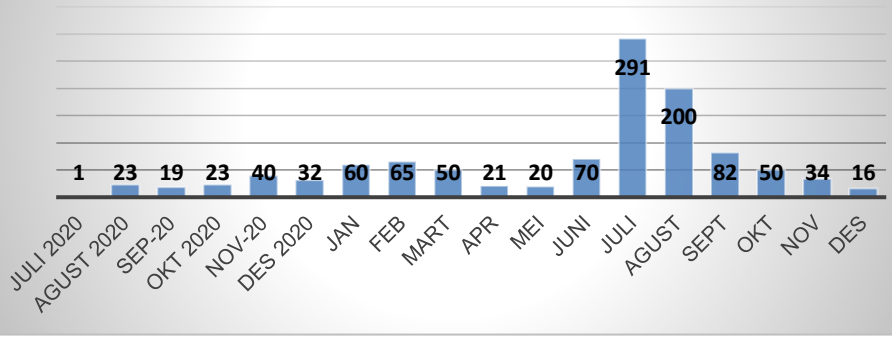
5. Diagnosa terbanyak di rawat inap adalah Skizoprenia (1742 kasus) dan untuk layanan non psikiatri adalah covid-19 (959 kasus). Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 5.21 Sepuluh Besar Diagnosa Rawat Inap TA. 2021

No.	ICD X	10 Besar Diagnosa Di Rawat Inap Tahun 2021	L	P	Total
1	F20.9	Schizophrenia, unspecified	1210	532	1742
2	F20.0	Paranoid schizophrenia	815	329	1144
3	B34.2	Coronavirus infection, unspecified	552	407	959
4	I10	Essential (primary) hypertension	112	80	192
5	F25.9	Schizoaffective disorder, unspecified	88	71	159
6	E11.9	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	64	73	137
7	A16.2	Tb lung without mention of bact or histological confirm	71	30	101
8	G30.9	Alzheimer's disease, unspecified	50	47	97
9	F20.1	Hebephrenic schizophrenia	57	38	95
10	F00.9	Dementia in alzheimer's disease, unspecified	46	48	94
		Jumlah	**3065**	**1655**	**4720**

6. Layanan Covid-19 rawat inap dimulai pada bulan Juli 2021 dengan jumlah pasien sebanyak 1 pasien
7. Fasilitas layanan Covid-19 sejak bulan Desember 2020 yaitu 3 TT ICU bertekanan negatif, 3 TT tekanan negatif, 4 (empat) gedung layanan non psikiatri anterum (Basudewa, Antasena dan Perina), 3 (tiga) gedung psikiatri (Bratasena, Abimanyu dan Antareja)
8. Jumlah pasien Covid-19 tahun 2021 (959) mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2020 (138 pasien) dan mengalami puncak pada bulan Juli 2021 dengan 291 pasien. Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.

Gambar 5.29. Grafik Fluktuasi pasien Covid-19 TA 2020-2021



9. Kondisi pandemi mengakibatkan kurangnya okupasi rawat inap non psikiatri
10. Periode Juni-Agustus RSJMM merekrut tenaga relawan dokter umum (1 orang) dan perawat (11 orang) untuk layanan covid-19 dan dokter tamu (spesialis paru) satu orang

B. Kendala dan Permasalahan

1. Adanya kondisi pandemi menyebabkan perubahan cepat fungsi tempat tidur: untuk pasien covid sehingga terjadi 25 kali perubahan peruntukan fungsi tempat tidur.
2. Beberapa tenaga kesehatan terpapar covid-19 sehingga harus menjalani perawatan dan atau karantina sehingga terjadi kekurangan tenaga.
3. Beberapa tenaga kesehatan cemas dalam melayani pasien covid-19
4. Kompetensi tenaga perawat untuk layanan covid-19 belum merata
5. Adanya diagnosa non psikiatri terbanyak yaitu covid-19, agar RSJMM lebih siap dan waspada baik terhadap pasien maupun terhadap pegawai terutama tenaga kesehatan yang menangani langsung pasien terpapar covid-19
6. Selama tahun 2021 gedung rawat inap Psikiatri kelas 1 dan VIP untuk wanita (Srikandi) dan gedung rawat inap dewasa kelas 1 (Bisma) belum dapat difungsikan karena sedang direnovasi sehingga pada waktu-waktu tertentu terjadi penumpukan pasien psikiatri di IGD (Overcrowded), dimana pasien terbagi menjadi wanita/ pria, covid-19/ non covid-19, akut/ stabil.
7. Adanya kebijakan internal untuk tidak menerima pasien non psikiatri non covid di bulan Maret sampai dengan Agustus tahun 2021 sehingga tingkat hunian layanan rawat inap non psikiatri mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2020

C. Rekomendasi

1. RSJMM selalu mengikuti pedoman hospital readiness untuk antisipasi kondisi Kejadian Luar Biasa (KLB) agar bila terjadi lonjakan selalu siap dengan tempat tidur layanan.
2. Perencanaan yang telah ditetapkan mempunyai *back up (plan A & plan B)*

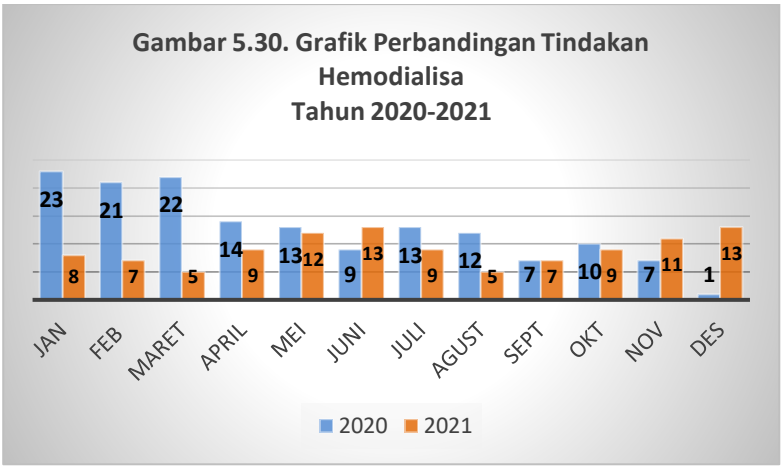
3. Antisipasi kondisi tenaga kesehatan yang terpapar pandemi dengan strategi rolling dan mutasi tenaga kesehatan (perawat)
4. Koordinasi dan kolaborasi antar ruangan lebih ditingkatkan
5. Pelatihan dan workshop lebih ditingkatkan untuk seluruh tenaga kesehatan (perawat) agar mempunyai kompetensi yang sama dan seragam
6. Percepatan operasional gedung-gedung yang direnovasi agar dapat menerima pasien (jiwa).
7. Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar dan kebutuhan.

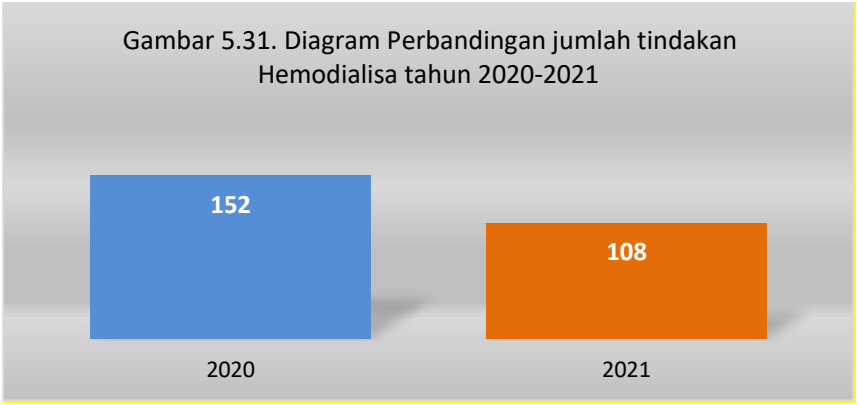
LAYANAN DENGAN TINDAKAN

A. Layanan Hemodialisa

A. Kondisi yang dicapai

1. Sepanjang tahun 2021 tindakan hemodialisa mengalami penurunan sebanyak 44 tindakan (29%) dengan pertumbuhan sebesar (-28%). Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.





2. Saat ini layanan hemodialisa belum mempunyai kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan
3. Pasien pengguna jasa layanan hemodialisa adalah pasien psikiatri, rawat inap yang membutuhkan hemodialisa saat dirawat dan pasien berbayar
4. Jumlah pasien tahun 2021 sebanyak 4 pasien
5. Tenaga kesehatan yang melakukan Tindakan hemodialisa sebanyak 1 (satu) konsulen Kedokteran Ginjal dan Hipertensi (dokter tamu), 1 (satu) dokter spesialis penyakit dalam yang merangkap di poliklinik penyakit dalam, 1(satu) dokter umum yang merangkap bertugas di ruangan rawat inap, 5 (lima) orang perawat tersertifikasi pelatihan hemodialisa
6. Jumlah mesin yang dioperasionalkan sebanyak 4 (empat) mesin yang bekerjasama dengan pihak kedua (PT Abadi Nusa)

B. Kendala dan Permasalahan

1. Sampai dengan bulan Desember tahun 2021 RSJMM belum bekerjasama dengan BPJS untuk layanan hemodialisa, hal ini menyebabkan pasien dengan kepemilikan kartu JKN tidak dapat menggunakan fasilitas hemodialisa di RSJMM
2. Tarif layanan yang cukup tinggi dengan rata-rata setiap pasien menggunakan jasa layanan hemodialisa seminggu dua kali membebani finansial pasien sehingga pasien lebih memilih menggunakan rumah sakit dengan fasilitas BPJS
3. RSJMM belum mempunyai dokter Konsulen Kedokteran Ginjal dan Hipertensi (sedang dalam Pendidikan) dan dokter umum tersertifikasi

layanan hemodialisa sehingga mengontrak dokter tamu untuk menjadi konsulen dan dokter umum

4. Persyaratan dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) dan BPJS untuk dapat melayani kegiatan hemodialisa belum dapat terpenuhi sehubungan dengan tenaga dokter yang belum ada
5. Perbandingan jumlah Tindakan dengan belanja konsumable yang tidak seimbang belum dapat menjadikan layanan hemodialisa sebagai unit revenue

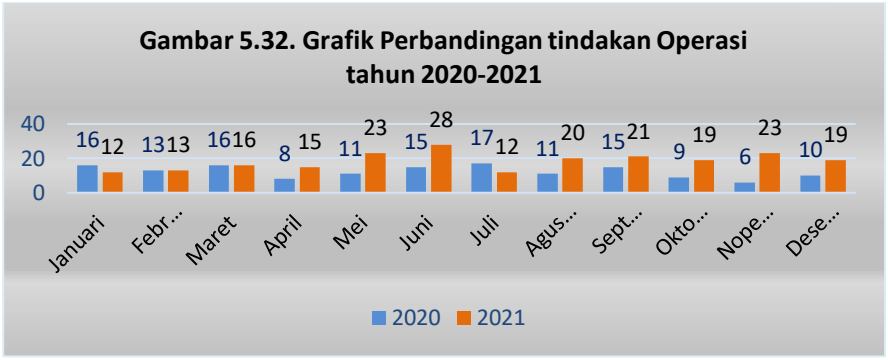
C. Rekomendasi

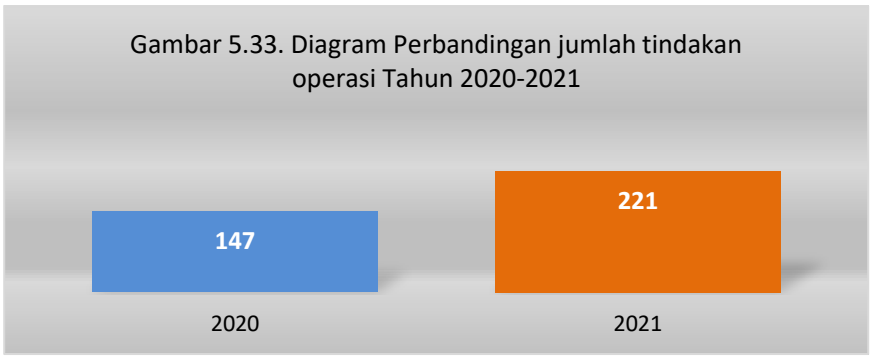
1. Pemenuhan persyaratan layanan hemodialisa terus diadvokasi baik kepada Pernefri maupun kepada BPJS
2. Memberikan kesempatan kepada dokter spesialis penyakit dalam untuk melanjutkan Pendidikan atau merekrut dokter subspesialis di bidang Kedokteran Nefrologi dan Hipertensi (menunggu dokter spesialis penyakit dalam yang sedang melanjutkan Pendidikan subspesialis)
3. Menugaskan dokter umum dan perawat untuk mengikuti *workshop/ shortcourse* hemodialisa
4. Pertimbangan keberlangsungan layanan hemodialisa hasus dihitung ulang dengan menghitung target yang harus dicapai agar menjadi revenue dan kebutuhan pasien (psikiatri) yang membutuhkan layanan hemodialisa.

B. Layanan Operasi

A. Kondisi yang Dicapai

1. Sepanjang tahun 2021 tindakan operasi mengalami kenaikan sebanyak 74 tindakan (29%) dengan pertumbuhan sebesar (50,3%). Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.





2. Tenaga kesehatan yang melakukan Tindakan operasi adalah 2 (dua) dokter spesialis anestesi, 2 (dua) dokter spesialis kebidanan dan kandungan, 1 (satu) dokter spesialis bedah tamu dan 8 (delapan) orang perawat anastesi dan bedah.
3. Jumlah ruangan yang dioperasionalkan sebanyak 2 (dua) ruangan bertekanan positif

B. Kendala dan Permasalahan

1. Dokter spesialis THT belum memanfaatkan ruang operasi sehingga fungsi ruangan belum optimal
2. Dokter spesialis bedah dan spesialis anastesi 1 (satu) orang dan dokter spesialis kandungan dan kebidanan 1(satu) orang merupakan dokter tamu yang sewaktu-waktu dapat berhenti sehingga ruangan operasi tidak dapat dimanfaatkan secara optimal.

3. Fasilitas untuk layanan Electro Convulsive Therapy (ECT) belum dimanfaatkan secara optimal oleh Psikiatri

C. Rekomendasi

1. Memberikan kesempatan kepada dokter spesialis THT untuk melakukan Tindakan hemodialisa
2. Merekrut dokter spesialis CPNS (bedah, kebidanan dan kandungan, THT, mata) untuk dapat bergabung di RSJMM
3. Perlu komitmen psikiatri untuk memanfaatkan fasilitas ECT untuk terapi pada pasien

C. Layanan Vaksin

A. Kondisi yang dicapai

Sejak pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mencanangkan vaksin covid-19 wajib bagi warga maka RSJMM telah turut andil menjadi sentra layanan vaksin covid-19 sejak bulan Januari 2021.

1. Total klien yang telah divaksin sebanyak 12.533 klien. Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

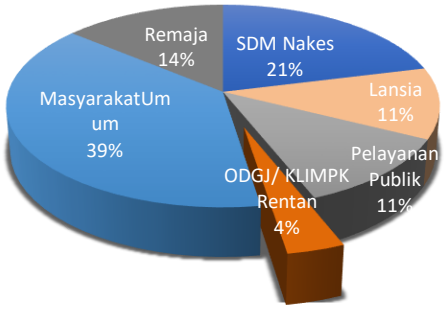
   Tabel 5.22. Target dan Jumlah Dosis dalam Pemberian Layanan Vaksin

No	Bulan	Sdm Kesehatan			Lansia		Pelayanan Publik		Odgj/KImpk Rentan		Masyarakat Umum		Remaja		Total
		Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 1	Dosis 2	
1	Jan	456	31												487
2	Feb	62	430												492
3	Maret	367	258		606		144								1.375
4	April	66	92		36	570	451	165							1.380
5	Mei	2	27		4	23	12	396							464
6	Juni	38			39		105	11	231		151				575
7	Juli	8	8	538	20	10	6	154	42	66	974	130	477	0	2.433
8	Agust	14	7		2	14	0	0	25	51	89	745	43	375	1.365
9	Sept	10	23		35	21			12	20	1077	778	301	297	2.574
10	Okt	0	14	188	4	30			1	4	61	735	19	211	1.267
11	Nov	0	1	0	3	3					9	70	1	13	100
12	Des	2	1	0	0	2			0	1	2	10	0	3	21
TOTAL		1.025	892	726	749	673	718	726	311	142	2.363	2.468	841	899	12.533
%		8,18	7,12	5,79	5,98	5,37	5,73	5,79	2,48	1,13	18,85	19,69	6,71	7,17	100

2. Belum ada laporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) di RSJMM
3. Klien yang terbanyak di vaksin adalah masyarakat umum sebesar 39%.

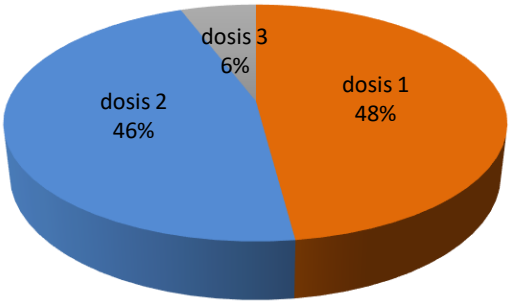
Hal ini menunjukkan antusias masyarakat untuk hidup sehat dan nyaman. Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.

Gambar 5. 34. Diagram Persentase yang di beri vaksin covid-19 vaksin tahun 2021



1. ODGJ/ kelompok rentan yang diberi vaksin 1 sebanyak 311 pasien dan vaksin 2 sebanyak 142 pasien
2. Layanan untuk umum masih sampai dosis 2 sedangkan tenaga kesehatan sudah vaksin booster (vaksin 3 booster). Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.

Gambar 5.35. Diagram Persentase peruntukan vaksinasi tahun 2021



3. ODGJ yang datang untuk vaksin kedua sebanyak 46%

B. Kendala dan Permasalahan

1. Keterbatasan jumlah vaksinator mengakibatkan program vaksinasi berjalan lebih dari 1 (satu) hari
2. Keterbatasan jumlah vaksin mengakibatkan kekecewaan masyarakat
3. Lokasi layanan vaksinasi berpindah-pindah, hal ini disebabkan karena belum adanya ketetapan lokasi untuk layanan vaksinasi
4. Kedatangan vaksin tidak continue sehingga sulit menyampaikan kepada masyarakat
5. Pemantauan terhadap ODGJ yang sudah di vaksin belum optimal, hal ini disebabkan karena lokasi kediaman ODGJ berjauhan sehingga sulit untuk memantau dan berkomunikasi secara langsung

C. Rekomendasi

1. Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk pemenuhan kuantitas vaksinator
2. Kolaboratif dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor untuk penyelenggaraan vaksinasi bagi masyarakat
3. Evaluasi berkala terhadap hasil pemantauan klien yang telah diberikan vaksin 1 maupun vaksin 2

➢ SUBSTANSI PELAYANAN PENUNJANG

INSTALASI FARMASI

A. Kondisi yang Dicapai

1. Resep yang dilayani selama tahun 2021 sebesar 135.847 resep dengan target sebesar 145.731 resep. Adapun perincian layanan resep dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

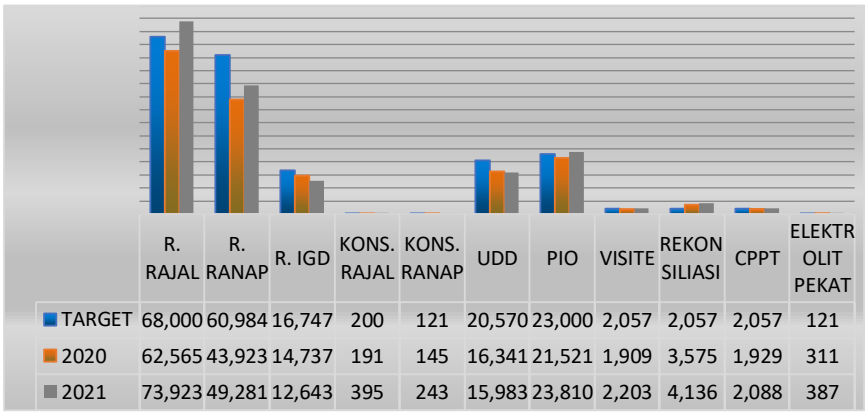
Tabel 5.23
Perbandingan Layanan Peresepan / Kegiatan Tahun 2020 dan 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

No	Kegiatan	Tahun 2020			Tahun 2021		
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian
1	Rawat Jalan	59.400	62.565	105,33	68.000	73.923	108,71
2	Rawat Inap	55.440	43.923	79,23	60.984	49.281	53,08
3	IGD	15.840	14.737	93,04	16.747	12.643	75,49
	Total	130.640	121.225	**92.79**	145.731	**135.847**	**93,22**

2. Capaian Layanan di Instalasi Farmasi dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.

   Di ruang rawat inap dan IGD capaiannya masih dibawah target. Capaian tertinggi di ruang rawat jalan sebesar 73.923

Gambar 5.36. Grafik Perbandingan Layanan Farmasi tahun 2020 dengan Tahun 2021



B. Kendala dan Permasalahan

1. Apoteker berperan di dalam memantau pemberian obat pasien di ruang rawat inap sehingga dibutuhkan tambahan tenaga agar lebih banyak ruangan yang dipantau penggunaan obatnya.
2. Resep masuk ke depo bersamaan pada saat *peak hour* sehingga resep langsung menumpuk.
3. Adanya revisi anggaran maka perencanaan mengalami beberapa kali perubahan menyesuaikan anggaran, sehingga proses pengadaan terhambat.
4. Untuk pemenuhan kebutuhan bulan Januari – April dilakukan beberapa kali pengajuan obat Cito dan pengambilan obat melalui apotik MOU

C. Rekomendasi

1. Implementasi Sistem peresepan elektronik (*e-prescribing*) untuk menghindari kesalahan penulisan/interpretasi resep dan mempercepat pelayanan resep
2. Pelabelan elektronik (*e-labelling*) sehingga mempermudah alur pelayanan
3. Untuk mengatasi kekosongan obat dan BMHP dilakukan pemesanan melalui apotik MOU dengan membuat ajuan pengadaan CITO
4. Untuk pemenuhan obat dan BMHP penanganan Covid 19 membuat permintaan
5. Obat dan BMHP ke Dinas Kota, Dinas Provinsi, Krisis Center dan Pilkobar
6. Sosialisasi terkait hasil audit SPI, tentang pengelolaan sediaan farmasi mulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pengendalian, pencatatan dan pelaporan.

INSTALASI LABORATORIUM

A. Kondisi Yang Dicapai

1. Jumlah pemeriksaan laboratorium selama Tahun 2021 sebanyak 149.997 Pemeriksaan;

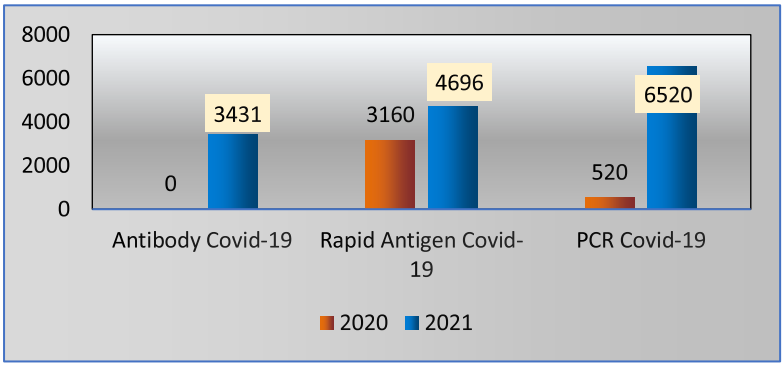
   Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

   Tabel 5.25 Layanan Pemeriksaan Instalasi Laboratorium TA 2021

No	Kegiatan	Tahun 2020			Tahun 2021		
		Target	Capai an	% Capai an	Target	Capai an	% Capai an
1	Kimia	103.824	41.274	39,75	103.824	43.667	42,06
2	Hematologi	112.412	60.352	53,69	112.412	85.764	76,29
3	Serologi/Imunologi	6.656	6.477	97,31	6.656	14.129	212,27
4	Urinalisa	4.708	1.230	26,13	4.708	1.198	25,45
5	Faeces	730	136	18,63	730	77	10,55
6	Benzidin		-			14	- ,00
7	Bacteriologi	852	249	29,23	852	298	34,98
8	Drug of Abuse Test Kwalitatif	7.932	2.952	37,22	7.932	2.624	33,08
9	Analisa Gas darah	556	342	61,51	556	566	101,80
10	Elektrolit	1.009	1.272	126,07	1.009	1.660	164,52
	Total	**238.679**	**114.284**	**47,88**	**238.679**	**149.997**	**62,84**

2. Jenis pemeriksaan laboratorium terbanyak adalah pemeriksaan hematologi, yaitu sebanyak 85.764 dan yang terkecil adalah pemeriksaan benzidin 14
3. Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Covid-19 Tahun 2020 dan 2021 dapat dilihat pada Gambar 5.37. sebagai berikut.

Gambar 5.37. Diagram Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Covid-19 Tahun 2020 dan 2021



3. Tingkat pertumbuhan pemeriksaan laboratorium mengalami kenaikan sebesar 1,31

B. Kendala dan Permasalahan

1. Fasilitas sarana dan prasarana kurang memadai misalnya ruang tunggu, sistem informasi;
2. Hasil-hasil Laboratorium belum terintegrasi dengan SIMRS, sehingga menjadi kendala saat dokter membutuhkan hasil terutama poliklinik Rawat Jalan.
3. Pengembangan Kompetensi Tenaga laboratorium masih kurang (terkendala pandemi)
4. Pemanfaatan alat-alat laboratorium belum optimal
5. Kalibrasi alat belum dilakukan secara teratur;
6. Masalah kelistrikan masih belum teratasi, sehingga pengelolaannya terkadang harus diulang dan merusak sampel;

C. Rekomendasi

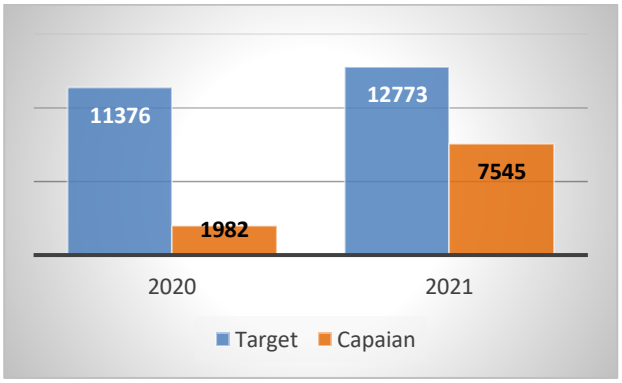
1. Melengkapi Sarana dan Prasarana
2. *Laboratory Information System (LIS) yang terintegrasi dengan SIMRS*
3. Pengembangan kompetensi, dapat terealisasi pada tahun 2022
4. Optimalisasi penggunaan alat-alat laboratorium yang ada, melalui media promosi, Inovasi layanan laboratorium, dengan cara jemput bola dan bekerja sama dengan asuransi-asuransi swasta atau perusahaan
5. Penjadwalan kalibrasi tecara teratur dan direncanakan
6. Melengkapi alat-alat yang ada dengan sistem pengaman/UPS dan stabilizer.

INSTALASI RADIOLOGI

A. Kondisi Yang Dicapai

1. Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik imaging dan elektromedik selama tahun 2021 adalah sebanyak 7574 atau mencapai 59,07% dari target yang telah ditentukan dengan pertumbuhan 1,12. Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.

Gambar 5.38. Diagram Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi Tahun 2020 dan 2021



2. Kegiatan radiodiagnostik dan imaging yang terbanyak adalah Pemeriksaan radiologi biasa yaitu sebanyak 2.614 pemeriksaan. Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 5.24
Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi Imaging dan Elektromedik Tahun 2020 dan 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Tahun 2020			Tahun 2021		
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian
ELEKTROMEDIK							
1	E.E.G	559	148	29,37	504	256	50,79
2	ECT	128	-	0,00	128	-	0,00
3	EMG	60	6	10,00	504	135	26,79
4	TMS	-	105	0,00	504	343	68,06
5	Neuro Feed Back	-	9	1,00	504	215	42,66
	Jumlah Elektromedik	**747**	**268**	2,00	**2.144**	**949**	44,26
RADIOLOGI							
PEMERIKSAAN BIASA							
6	1. Thorax	5.272	1.413	27	5.272	2.380	92
7	2. Extremitas	539	106	20	539	102	43
8	3. Abdomen	254	28	11	254	29	26
9	4. Kepala	227	25	11	227	24	18

10	5. Vetebrae	616	59	10	616	72	29
11	6. Pelvis	72	12	17	72	7	24
	Jumlah Pemeriksaan Biasa	**6.979**	**1.643**	24	**6.979**	**2.614**	77
	PEMERIKSAAN GIGI						
12	1. Panoramic	855	71	8,30	855	461	54
13	2. Cephalometri	45	7	15,56	45	37	82
14	3. Dental	125	46	36,8	125	-	-
	Jumlah Pemeriksaan Gigi	**1.025**	**124**	12,10	**1.025**	498	49
	PEMERIKSAAN KHUSUS						
15	1. BNO-IVP	50	-	0	50	2	4
16	2. Colon In Loop	9	-	0	9	-	-
17	3. Appendicogram	89	1	0	89	4	4
18	4.Cor Analisa	-	-	0	-	-	-
19	5. Osefagogram	3	1	33,33	3	-	-
20	6. Cystogram	36	-	0,00	36	-	-
21	7. Fistulografi	1	-	0,00	1	-	-
22	8. HSG	33	-	0,00	33	-	-
23	9. Uretrografi	-	-	0,00	-	-	-
24	10. OMD	-	-	0,00	-	-	-
	Jumlah Pemeriksaan Khusus	**218**	**2**	0,92	**218**	6	3
	CT SCAN						
25	CT Scan Kepala tanpa kontras	186	107	57,53	186	310	167
26	CT Scan Kepala dengan kontras	9	-	0	9	25	278
27	CT Scan Thorax	5	-	0	5	9	180
28	CT Scan Abdomen	2	-	0	2	1	50
29	CT Scan Orbita	-	-	0	-	-	
	Jumlah CT Scan	201	**107**	53,23	**201**	**345**	172
	USG						
30	Jumlah USG	2207	106	3,62	2207	381	17,26
	TOTAL	11.376	**1982**	17,42	12773	7545	59,07

B. Kendala dan Permasalahan

1. Pencapaian target pelayanan Radiologi imaging dan elektromedik, pada tahun 2021 belum memperlihatkan kenaikan yang signifikan, sebagai akibat dari kasus Covid-19 yang meningkat, sehingga pemeriksaan Radiodiagnostik imaging dan elektromedik sebagian besar adalah dalam penanganan pasien Covid-19
2. Letak Ruangan perawatan yang berjauhan menyulitkan mobilisasi pasien
3. Keterbatasan jumlah Radiografer mengakibatkan antrian pemeriksaan
4. Beberapa pemeriksaan memerlukan pembacaan hasil lebih dari 24 jam.

C. Rekomendasi

1. Optimalisasi pelayanan Radiodiagnostik imaging dan elektromedik berharap dapat tercapai pada Tahun 2022, dengan sistem Pembayaran BPJS dengan pelaksanaan program pengembangan RSJMM seperti klinik asesmen

center, klinik Haji dan Umroh dengan pemeriksaan radiologi sebagai bagian dalam paket pemeriksaan;

2. Meningkatkan promosi untuk mendorong peningkatan utilitas alat-alat Radiologi pemeriksaan khusus termasuk CT-scan bagi pasien regular dan rujukan luar;
3. Meningkatkan kompetensi SDM agar dapat melakukan semua jenis pemeriksaan;
4. Meningkatkan Jumlah Tenaga Radiografer
5. Jaminan keamanan alat terkait kelistrikan di RSJMM;

INSTALASI PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)

A.Kondisi yang Dicapai

Kinerja instalasi PKRS tahun 2021 sangat efektif, terutama dalam melaksanakan advokasi untuk Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) pada pemerintah daerah di wilayah provinsi Jawa Barat dan Banten. Hasil kegiatan advokasi tersebut menyebabkan meningkatnya jumlah ODGJ yang tadinya dipasung diberikan perawatan di Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi dengan kerjasama antara RS, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Puskesmas, dan beberapa Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS). Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 5.25
Kegiatan PKRS dan Keswamas TA 2021
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

No	Kegiatan	Tahun 2020			Tahun 2021		
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian
1	**Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat**						
	Promotif dan Preventif						
a	Penyuluhan di dalam RS	525	492	93,71	3600	3398	94,4
b	Penyuluhan di luar RS	30	22	73,33	72	64	88,9
c	*Self Help Group* (SGH)	96	56	58,33	84	59	70,2
2	**Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa**						
a	Integrasi Layanan Kesehatan Jiwa	96	32	33,33	12	12	100
b	Assertive Community Treatment (ACT)	114	80	70,18	228	216	94,7
c	Advokasi Kesehatan jiwa	18	18	100,00	24	33	137,5
d	Outreach ODGJ	225	161	71,56	360	198	55
e	Pemulangan Pasien (Dropping)	120	110	91,6	300	257	85,7
f	Pemulangan Pasien Outreach	225	161	71,56	360	199	55,3
f	Krisis Intervensi	59	53	89,83	48	43	89,6
g	Home Visite/Homecare	24	5	20,83	48	41	85,4
3	**Tingkat Kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa**						
a	Monev Sistem Rujukan di Rajal & Pendampingan Ke PPK1	24	7	29,17	120	241	200,8

b	Integrasi Layanan Kesehatan Jiwa ; Jumlah kunjungan pasien jiwa melalui jejaring PKRS	249	249	100,00	1500	1597	106
c	Pendampingan Psikiater	48	45	93,75	48	59	122,9

B. Kendala dan Permasalahan

Beberapa permasalahan yang ditemukan selama pelaksanaan program kegiatan Instalasi PKRS sepanjang tahun 2021 diantaranya:

1) Media promosi Kesehatan selama ini hanya menggunakan leaflet, video melalui Media TV sering tidak diputar penyuluhan yang sudah disimpan dalam bentuk flash disk, saat dicek flashdisk sering hilang. Video terkait edukasi Kesehatan belum sepenuhnya sesuai dengan trend masalah yang terjadi.
2) Edukasi kelompok sempat tertunda di awal semester kedua, namun setelah itu dapat dilaksanakan Kembali dengan protocol Kesehatan secara ketat khusunya di rawat jalan, ruang tunggu dan farmasi.
3) Kegiatan *outreach* juga sempat tertunda di akhir semester I dan awal semester II, namun sisanya dapat dilakukan dengan tetap menerapkan protocol Kesehatan dan melakukan pemeriksaan PCR kepada pasien yang akan di jangkau.
4) Kegiatan ACT tidak sepenuhnya dapat berjalan sesuai perencanaaan namun jika ditemukan pasien yang mengalami kekambuhan tetap dilakukan kegiatan intervensi krisis oleh tim ACT rumah sakit.
5) Sumber Daya Manusia Instalasi PKRS masih merangkap pekerjaan di unit kerja lain, diantaranya Poliklinik NAPZA, Psikiatri Terpadu.

C. Rekomendasi

Ada beberapa strategi kegiatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah dan hambatan yang terjadi ditahun ini sehingga tahun 2022 mendatang program kerja dapat dilaksanakan secara optimal, diantaranya:

1) Memotivasi unit kerja untuk mengidentifikasi kebutuhan edukasi berdasarkan masalah dan membuat rancangan media edukasi sesuai standar.
2) Koordinasi dengan bagian Hukormas untuk menyiapkan media komunikasi agar bisa diakses oleh pasien dan keluarganya dapat

mengakses materi edukasi melalui website, media social RSJ MM atau berbasis android sehingga lebih efektif.

3) Koordinasi dengan instalasi lain di RSJ MM Bogor dalam menyelenggarakan promosi kesehatan baik internal maupun eksternal rumah sakit.
4) Mendorong dibuatnya perjanjian kerjasama dengan sekolah wilayah kota bogor untuk pelaksanaan promosi kesehatan jiwa anak dan remaja
5) Meningkatkan kompetensi SDM promosi kesehatan dalam menyiapkan media edukasi melalui pelatihan pengembangan media.
6) Koordinasi dengan instalasi Rawat Inap, Bidang Medik dan Keperawatan, Rawat jalan, IGD, admisi untuk menekan angka *dropping*.
7) Pengajuan pengadaan mobil ambulance untuk fasilitas penjemputan dan droping pasien agar lebih aman dan nyaman.
8) Merencanakan sarana dan prasaranan untuk kegiatan *Mobile Mental Health Service.*

INSTALASI GIZI

A. Kondisi yang Dicapai

Assesmen Gizi pasien baru tahun 2021 memiliki prosentase sebesar 102,6% lebih besar dibandingkan tahun 2020 sebesar 84,8%. Edukasi pasien rawat inap tahun 2021 memiliki prosentase sebesar 122,1% lebih besar dibandingkan tahun 2020 sebesar 103%. Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 5.26
Layanan Gizi Tahun 2020 dan 2021
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

No	Kegiatan	Tahun 2020			Tahun 2021		
		Target/ bln	Capaian (rata2/bl)	% Capaian	Target	Capaian (rata2/bl	% Capaian
1	Assemen Gizi Pasien Baru	690	585	84.8	690	708	102.6
2	Edukasi pasien rawat inap	468	482	103	384	469	122.1

B. Kendala dan Permasalahan

1. Belum dilaksanakannnya pemberian etiket makan untuk pasien psikiatri yang tidak berdiit (karena jumlah pasien yang banyak sehingga membutuhkan waktu untuk pemberian etiket dan SIM RS untuk informasi jumlah pasien yang belum optimal)
2. Kondisi gedung dan sarpras serta peralatan2 yang sudah tua (rata-rata berumur lebih dari 10 tahun)
3. Belum tersedianya instalasi air panas untuk pencucian alat makan dan alat besar
4. Sehubungan dengan sistem penyelenggaraan makan dilaksanakan oleh pihak out soucing maka diperlukan pengawasan penyelengaraan makan yang lebih ketat.

C. Rekomendasi

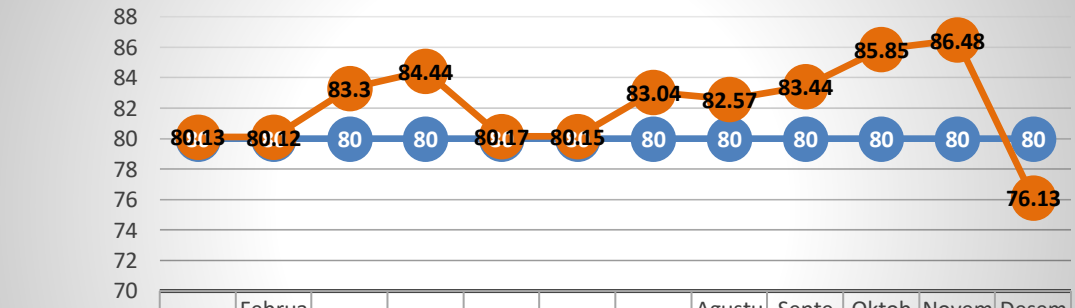
Berkoordinasi dengan pihak manajemen dan pihak katering dalam mengatasi permasalahan yang terjadi, melalui briefing mingguan, rapat koordinasi bulanan dan rapat koordinasi antara Instalasi Gizi dengan satuan kerja terkait.

INSTALASI REKAM MEDIS

A. Kondisi yang dicapai

1. Pencatatan pasien rawat jalan sudah menggunakan Elektronik Rekam Medis
2. Pencapaian waktu tunggu Dokumen Rekam Medis 25 menit tercapai sesuai standar yang ditetapkan RSJMM;
3. Kelengkapan pengisian Informed Consent sudah 100%. Secara rinci dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Gambar 5.39. Grafik
Capaian Kelengkapan KLPCM RM 1x 24 jam



	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Capaian	80.13	80.12	83.3	84.44	80.17	80.15	83.04	82.57	83.44	85.85	86.48	76.13

4. Pelaporan update terkait Covid19.
5. Berkontribusi dalam penyelesaian percepatan klaim Covid-19

B. Kendala dan Permasalahan

1. ERM masih terbatas di Rawat Jalan, sedangkan IGD dan Rawat Inap masih belum diimplementasikan, sehingga kebutuhan formulir masih perlu dan direncanakan pengadaannya.
2. Kegiatan pengelolaan klaim BPJS dan Covid belum dilakukan dalam 1 atap ruang bersama (Verifikasi dan Penjaminan), sehingga sering terjadi miss-comunication, serta tercecer berkas

3. Belum terlaksananya kegiatan peningkatan kompetensi SDM Rekam Medis, karena terkendala Pandemi
4. Kebutuhan SDM Perekam medis berdasarkan ABK, masih sangat dibutuhkan dalam mempercepat penyelesaian klaim.
5. Belum terpenuhinya sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan pengisian Rekam Medis elektronik di dalam SIM RS khususnya ruangan rawat inap;
6. Belum Bridgingnya sistem pendaftaran BPJS (V-klaim), aplikasi klaim eklI(dengan SIMRS, sehingga penginputan dilakukan dua kali

C. Rekomendasi

1. Mendorong terlaksananya seluruh pelayanan di RSJMM menggunakan ERM
2. Mendorong terlaksananya Pelayanan RM dan Verifikasi Klaim
3. Mengusulkan kembali kegiatan peningkatan kompetensi di Tahun 2022
4. Mengusulkan kembali kebutuhan SDM sesuia ABK
5. Belum terpenuhinya sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan pengisian Rekam medis elektronik di dalam SIM RS khususnya ruangan rawat inap;
6. Mendorong segera telaksananya integrasi v-klaim dan Eklaim

5.2.2 Pencapaian Kinerja Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Barang Milik Negara

- **Substansi Perencanaan Dan Evaluasi**

SUB SUBSTANSI PERENCANAAN PROGRAM

A. Kondisi Yang Dicapai

1. Melaksanakan Desk internal dengan Penanggung Jawab Program terkait TOR/RAK per Direktorat tahun anggaran 2022 sebagai bahan penyusunan RKAKL
2. Menyelesaikan pengusulan anggaran tahun 2022, melalui kegiatan pengisian PBE (Penyusunan Belanja Elektronik) dari Kementerian Kesehatan dan pengusulan revisi penggunaan saldo awal
3. Mengkoordinasikan pemenuhan data dukung usulan Anggaran 2022 dengan pihak terkait (penanggung jawab kegiatan dan kementerian Kesehatan)
4. Menyusun revisi RBA 2022 terkait terbitnya pagu definitif tahun 2022 dan perubahan anggaran terkait penggunaan saldo awal
5. Mengkoordinasikan pelaksanaan desk evaluasi Sakip Tahun 2021 yang dilaksanakan oleh Substansi Program dan Informasi Dit Jen Yankes Kementerian Kesehatan yang diselenggarakan tanggal 30 Maret 2021 dan diikuti oleh para Penanggung Jawab Program RSJMM (Para Koordinator) dengan nilai 88.06 (A)
6. 6.Melakukan pengisian E Monev DJA setiap bulan dengan capaian akhir di Bulan Desember adalah 72.6 (cukup) dengan nilai kinerja (IKPA) 86.02.
7. Melakukan pengisian E Monev Bappenas setiap bulan dengan capaian akhir di Bulan Desember 2022 yaitu realisasi program pelayanan kesehatan dan JKN sebesar 93,25% dan realisasi program dukungan manajemen sebesar 97,43% atau secara keseluruhan DIPA realisasinya 94,78%

8. Membuat Aplikasi Perencanaan bekerjasama dengan Instalasi SIRS
9. Mengikuti pelatihan evalusi SAKIP yang dilaksanakan oleh Pusdiklatwas BPKP pada tanggal ..... selain untuk menambah kapasitas
10. Menyusun RBA 2023 yang harus disampaikan ke Kementerian Keuangan cq Diretur PPK BLU melalui aplikasi BiOS sebelum tanggal 31 Desember 2021

B. Kendala dan Permasalahan

1. Hasil evaluasi SAKIP tahun 2020 nilanya A turun dari tahun 2019, karena merupakan penilaian awal dari RSB yang baru
2. Penyusunan perencanaan tahun 2022 masih dibayangi oleh kondisi pandemi covid 19, sehingga masih terdapat potensi perubahan-perubahan di tengah tahun.
3. Terdapat kegiatan dalam rincian output yang tidak terealisasi di Tahun 2021, diantaranya berupa pengadaan kendaraan bermotor
4. Masih terdapat kendala sistem, yang menyebabkan pelaporan monev tertunda

C. Rekomendasi

1. Membuat perencanaan yang lebih adaptif dengan kondisi pandemi.
2. Melaporkan capaian monev di awal waktu sebelum sistem down dan kordinasi dengan admin/pembina RS di Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan

SUB SUBSTANSI EVALUASI DAN PELAPORAN

A. Kondisi yang Dicapai

1. Melaksanakan Evaluasi RSB periode 2020-2024
2. Melakukan evaluasi capaian Indikator Korporasi setiap Bulan dan melaporkan ke Kementerian Kesehatan melalui aplikasi e performance dan ke Kementerian Keuangan cq Direktur PK BLU
3. Melakukan evaluasi Perjanjian Kerja Sama RS yang dilaksanakan oleh RS dengan institusi pendidikan dan institusi komersial lainnya. Per Desember 2021 jumlah institusi yang melakukan kerjasama adalah :
4. Menyusun laporan Semester I, Laporan Kinerja dan Laporan Tahunan RS dan mengirimkannya ke Kementerian Kesehatan
5. Melakukan pegisian RS online yang memuat pelaporan covid 19 dan pelaporan terkait kondisi RS lainnya setiap hari
6. Memantau penyelesaian Monev BIOS, yang merupakan salah satu indikator kinerja terpilih yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan
7. Melakukan revisi DO RSB 2020-2024

B. Kendala dan Permasalahan

1. Pengumpulan data belum terintegrasi dalam SIMRS. Saat ini baru dalam bentuk Spreadsheet dan Google Form.
2. Hasil evaluasi SAKIP tahun 2020 nilanya A turun dari tahun 2019, karena merupakan penilaian awal dari RSB yang baru.
3. Pelaksanaan monev oleh Kementerian Kesehatan masih dilakukan secara daring, sehingga terdapat kesulitan melakukan klarifikasi secara langsung
4. Data penyusunan Laporan Kinerja dan Laporan Tahunan masih berasal dari data manual, sehingga perlu waktu pengumpulan dan menjadikannya sebuah laporan

C. Rekomendasi

1. Pengumpulan data pelaporan RS dalam satu aplikasi integrasi dengan SIMRS (BANK DATA)
2. Dilakukan tindak lanjut atas rekomendasi hasil Evaluasi Sakip tahun 2020.
3. Pelaksanaan monev agar dilaksanakan secara luring, karena dibutuhkan komunikasi yang baik untuk menjelaskan hal-hal yang perlu diklarifikasi
4. Dibuat sistem pelaporan dari setiap unit, agar didapat data yang valid dalam waktu singkat.

➢ Substansi Keuangan Dan Barang Milik Negara

SUB SUBSTANSI PERBENDAHARAAN dan PELAKSANAAN ANGGARAN

A. Kondisi yang dicapai

1. Realisasi pembayaran belanja pegawai tepat waktu;
2. Pengesahan belanja 2 kali per bulan;
3. Penyelesaian administrasi pertanggungjawaban tepat waktu;
4. Penyelesaian dan penyampaian LPJ tepat waktu;
5. Penyelesaian dan penyampaian laporan register kas tepat waktu dan tepat nilai;
6. Penyelesaian dan penyampaian Laporan Rekening Pemerintah tepat waktu;
7. Optimalisasi transaksi melalui aplikasi cash management system (CMS) /cashless;
8. Penyelesaian perhitungan posisi kas dan utang akhir tahun dalam rangka perhitungan cash ratio;

9. Penempatan deposito akhir tahun;
10. Terlaksananya SPT Unifikasi Pajak.

B. Kendala dan Permasalahan

1. Keterlambatan penyampaian berkas tagihan ke Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran, yang menyebabkan penyampaian berkas tagihan ke KPPN memiliki risiko kesalahan yang tinggi;
2. Ketidaksesuaian antara Rencana Penarikan Dana dan Realisasi;
3. Terdapat perusahaan menyampaikan faktur pajak dengan barcode faktur pajak atas nama perusahaan lain;
4. Masih terdapat beberapa tagihan tidak sesuai mata anggarannya (Belanja Barang masuk ke Belanja Modal dan/atau sebaliknya;
5. Dalam 1 (satu) berkas tagihan terdiri atas beberapa faktur pajak sehingga menyulitkan dalam penerapan SPT Unifikasi.
6. Pelaksanaan pengeluaran kas masih dilakukan secara manual;
7. Pelaksanaan Perhitungan PPh 21 masih dilakukan secara manual

C. Rekomendasi

1. Terbentuknya sistem informasi pengeluaran kas;
2. Terbentuknya sistem informasi perhitungan Pajak Penghasilan Pasal 21;
3. Terbentuknya sistem informasi Dashboard Manajemen;
4. Terbentuknya sistem Virtual Account untuk pelanggan RS;
5. Koordinasi dengan PPK, ULP dan PEA;
6. Konsultasi dengan pihak eksternal RS (KPPN, PPK-BLU dan KPP).

SUB SUBSTANSI PENYUSUNAN DAN EVALUASI ANGGARAN

A. Kondisi yang dicapai

1. Telah disusunnya RKAKL RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun Anggaran 2021 sesuai dengan pagu yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebesar Rp193.061.294.000,- , yang terdiri

dari anggaran Rupiah Murni (RM) sebesar Rp78.642.490.000,- dan anggaran BLU sebesar Rp114.418.804.000,- .

2. Revisi atas DIPA yang telah dilakukan :
   - Revisi buka blokir belanja modal peralatan dan mesin (pengadaan kendaraan operasional bus mini untuk penjemputan pasien jiwa 1 unit) sebesar Rp537.500.000,-
   - Revisi pencantuman saldo awal kas BLU sebesar Rp44.318.677.306,-
   - Revisi penggunaan saldo awal kas BLU sebesar Rp16.859.889.000,
   - Refocusing (efiensi) Anggaran RM sebesar Rp2.481.617.000,- dari anggaran Layanan Gaji dan Tunjangan.
   - Revisi anggaran DIPA RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sebanyak 7 kali sampai dengan tanggal 31 Desember 2021 dari pagu anggaran sebesar Rp193.061.294.000,- menjadi Rp207.439.566.000,-
3. Jumlah target PNBP sebesar Rp114.418.804.000,- sampai dengan tanggal 31 Desember 2021 jumlah penerimaan mencapai Rp143.273.178.588,- atau sebesar 125,22% dari TPNBP 2021.
4. Realisasi Belanja RM dan BLU sampai dengan tanggal 31 Desember 2021 sebesar Rp196.617.555.442,- atau 94,78% dari alokasi pagu anggaran RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

B. Kendala dan Permasalahan

1. Pelaksanaan anggaran belum semuanya sesuai dengan Perencanaan awal, karena terdapat beberapa penyesuaian program karena kondisi pandemi.
2. Realisasi anggaran masih tertunda di triwulan III dan IV, karena proses pengadaan yang terhambat, terutama belanja modal.

C. Rekomendasi

1. Penyesuaian atas Kondisi pandemi yang masih berlangsung, dengan merencanakan beberapa alternatif program dari awal.
2. Mempercepat proses pengadaan, melalui pengadaan pra DIPA, dan lelang konsolidasi di kementerian Kesehatan

INSTALASI SIRS

A. Kondisi yang Dicapai

1. Terwujudnya Level IT Terintegrasi
   - Melakukan proses remake aplikasi SIMRS (100%, 16 modul SIMRS telah selesai)
   - Pengembangan aplikasi pendukung lainnya (Telah diselesaikan 6 Aplikasi pendukung, produksi SIRS RSJ MM secara Mandiri (apk Mutu, apk Vaksinasi, apk SIRS Helpdesk, apk Survei Kepuasan Pelanggan dan YuTum&BangTian)
   - Melakukan proses back up data aplikasi SIMRS (100%)
2. Terwujudnya pelayanan hardware dan jaringan komputer
   - Pemeliharaan hardware komputer (100%)
   - Pemeliharaan jaringan komputer (100%)
   - Pengembangan jaringan komputer (70%)
3. Modernisasi Pengelolaan BLU/BIOS
   - Pengisian data profil, layanan dan keuangan pada BIOS secara lengkap dan up to date (90%)
   - Menyediakan website yang representatif dan up to date (90%)
   - Menyediakan database terpusat (90%)
   - Menyediakan webservice untuk transfer data ke Kementerian Keuangan (90%)
   - Menyediakan dashboard kebutuhan manajerial dan realtime (90%)
   - Menyediakan Office Automation(90%)
   - Proses Bisnis Layanan dan Keuangan berbasis TI (90%)
4. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik
   - Penerapan RME (90%)
5. Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM
   - Peningkatan kemampuan SDM (2 orang)

B. Kendala dan Permasalahan

1. Terwujudnya Level IT Terintegrasi :
   - Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rawat Inap
   - Tenaga Programmer yang hanya ada satu orang
2. Terwujudnya pelayanan hardware dan jaringan komputer
   - Masih terdapat 14 titik yang menggunakan radio broadband
   - Terdapat 3 buah Blackbox Fiber Optic yang sudah tidak berfungsi
3. Modernisasi Pengelolaan BLU/BIOS
   - Mapping API SIMRS untuk bridging dengan aplikasi BIOS
   - Mapping API SIMRS untuk bridging dengan aplikasi BIOS dan SIMAK BMN
4. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

   Implementasi RME Rawat Inap memerlukan persiapan yang matang, baik dari sisi form RME bagi PPA, maupun Training bagi user pengguna RME di Rawat Inap

C. Rekomendasi

- Sudah dijadwalkan Workshop petugas Rawat Inap pada Januari 2022
- Usulan Rekrutmen Pegawai dan Pengajuan pengembangan kompetensi SDM SIRS untuk mengikuti Pelatihan Programmer
- Server backup daata base SIM RS Sudah Mumpuni dengan kapasitas 40 TB
- Alih media Dari radio broad band menjadi kabel jaringan agar lebih stabil pada triwulan 2 2022
- Mengaktifkan kembali Black Box Fiber Optic yang tdk berfungsi, agar lebih mudah dalam membuat jaringan baru yang mumpuni pada triwulan 2 2022
- Telah terjadwal Bridging API Pada Maret 2022
- Sudah dijadwalkan live test RME Rawat Inap & Training bagi user pengguna RME di Rawat Inap pada Triwulan 1 2022

5.2.3 Pencapaian Kinerja Direktorat Sumberdaya, Pendidikan dan Umum Milik Negara

- **SUBSTANSI SDM dan DIKLIT**

A. Kondisi yang Dicapai

1. Advokasi dan publikasi penelitian
2. Penghargaan melalui dukungan anggaran pelaksanaan penelitian dan IKI bagi peneliti
3. Pendampingan oleh Ahli (dr Irmansjah dan Dr Atik dari UI) dalam penelitian
4. Fasilitasi aplikasi Yu Tum n Bang Tian sebagai bimbingan penulisan, arsip bimbingan dan perpustakaan penelitian
5. Pendampingan penyusunan modul dan GBPP oleh Tim BPPK Ciloto
6. Kesiapan 2 Modul untuk di laksanakan
7. Pengusulan SIAKPEL
8. Pendampingan kesiapan pelatihan oleh Pusat Peningkatan Mutu Badan PPSDM Kesehatan
9. Mapping kompetensi pegawai di RSJMM dengan hasil : sangat kompeten 22,69%, kompeten 72,75% dan kurang 4,56%
10. Program Reboan : Sharing of Knowledge
11. Pelaksanaan peningkatan kemampuan selaras TNA
12. Verifikasi kehadiran, kepatuhan dan permasalahan melalui pimpinan unit kerja secara berjenjang
13. Tinjauan lapangan dalam rangka validasi kepatuhan

B. Kendala dan Permasalahan

1. Pengelolaan waktu dan metode pendampingan pada masa pandemi
2. Persepsi akan minimnya dukungan administrasi
3. Kesiapan waktu pelaksanaan di akhir tahun
4. Mapping kompetensi sebatas berdasarkan (sumber Dit Yankes) : Kualifikasi Pendidikan, Pelatihan Fungsional/Diklatpim, Seminar, dan Pelatihan 20 JP

5. Evaluasi skill belum dapat dilakukan
6. Presensi dan kunjungan lapangan belum sepenuhnya menggambarkan tingkat kepatuhan

C. Rekomendasi

1. Advokasi secara massif
2. Pengaturan waktu intensif dengan metode daring
3. Informasi dukungan anggaran penelitian
4. Pendampingan penulisan melalui program Blended Learning berbasis Digital
5. Penyiapan 2 Modul Pelatihan
6. Pendampingan Akreditasi RS Penyelenggara Pelatihan Tersertifikasi
7. Rekruit Ahli/NS mendesign evaluasi pengukuran skill
8. Advokasi pentingnya TNA
9. Design komponen tingkat kepatuhan Bersama Ahli/NS
10. Survey pemahaman dan penggambaran tingkat kepatuhan

➢ SUBSTANSI ORGANISASI dan UMUM

A. Kondisi yang Dicapai

1. Hasil pencapaian indikator kinerja tingkat kehandalan Sarana Prasarana tercapai sebesar 80% dengan target sebesar 80%.
2. Hasil pencapaian indikator kinerja Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses oleh masyarakat tercapai sebesar 100% dengan target sebesar 100%
3. Hasil pencapaian indikator kinerja Kecepatan Respon terhadap Komplain tercapai sebesar 100% dengan target sebesar 100%
4. Hasil pencapaian indikator kinerja Kepuasan Pelanggan tercapai sebesar 84,92% dengan target sebesar 80%.
5. Penguatan jejaring dan kolaborasi riset dengan institusi / rumah sakit pendidikan Universitas, badan pengkajian kebijakan pembangunan, brin)
6. Mewajibkan jenjang ahli utama untuk melakukan penelitian = 100% JAU

7. Penguatan sdm per standar kompetensi = 80%
8. Peningkatan sistem penghargaan (benchmark, sekolah, soft competition)
9. Pembangunan, pemeliharaan dan renovasi gedung layanan unggulan target 80 % capaian nya 85%
10. Pemeliharaan sarana, prasarana dan alat dengan pengukuran oee target 80 capaian 88,6%
11. Penguatan layanan administrasi (tnde, sop, e_sign)
12. Penguatan sistem arsip
13. Penyelesaian Pedoman Pengorganisasian
14. Penyelesaian Peta Jabatan, Uraian jabatan dan Info jabatan
15. Penguatan Manajemen SIRS
16. Penguatan unit PERINTIS APEL
17. Terselesaikannya Perjanjian Kerjasama sebanyak 90 PKS per TMT 01 Januari 2021 dan yang masih berjalan sebanyak 121 PKS
18. Terselesaikannya konten website, konten medsos dan konten media cetak
19. Terselesaikannya semua layanan pengaduan pelanggan dan kasus hukum sebanyak tujuh pengaduan

B. Kendala dan Permasalahan

1. Masih diperlukan penguatan perencanaan usulan pembangunan, pemeliharaan dan Renovasi
2. Masih diperlukan kehandalan dan kompetensi tim Humas
3. Masih diperlukan penguatan ketata usahaan
4. Masih diperlukan penguatan tim Advokasi dan penyelesaian Hukum

C. Rekomendasi

1. Kontrak Perencana dan pengawas handal
2. Konsultasi PUPR secara kontinyu
3. Magang daring Tim Perencana RS dengan PUPR
4. Peningkatan kapasitas sesuai kompetensi
5. Kerjasama dengan Biro Komunikasi dan Yanmas dalam hal membentuk dan mendidik Tim Humas
6. Peningkatan kompetensi ketata usahaan

7. Kerjasama dengan ANRI dan kearsipan yankes untuk melakukan penataan arsip rumah sakit
8. Menyekolahkan pegawai dalam bidang Hukum
9. Menyiapkan formasi pegawai di bidang Hukum
10. Meningkatkan pengetahuan pegawai dalam bidang Hukum
11. Meningkatkan koordinasi Hukum dengan Pembina dan pemangku kepentingan Hukum
12. Renovasi Gedung serbaguna untuk Gedung pertemuan dan ruang gymnastic yang representative
13. Penggantian rumput *Green*
14. Jalin kerjasama pemanfaatan Cafetaria yang lebih luas dan beragam
15. Pembuatan area driving range yang representative hingga malam hari
16. Pembuatan system informasi layanan terintegrasi
17. Pengaktifan kembali membership
18. Jalin kerjasama dengan perusahaan lain untuk penyediaan dan pemanfaatan media promosi
19. Perbaikan pagar keliling lapangan
20. Pemanfaatan lahan untuk kegiatan rehabilitasi psikosial yang lebih intensif.
21. Peremajaan Caddie
22. Pelatihan Pemadam kebakaran
23. Persiapan penyusunan dokumen pembangunan Gedung (PHCU, PKJN,
24. Pendaftaran, VIP rawat jalan, Lanscape RSJMM)
25. Kegiatan Romantis (Ronde Manajemen Turun Inspeksi)

INSTALASI SARANA DAN PRASARANA RS

A. Kondisi yang dicapai

1. Penilaian OEE masih dalam pemantauan sehingga belum di dapat nilai yang maksimal;
2. Melakukan pemeliharaan ringan;

3. Melakukan pengawasan dan pemeliharaan berkala sarana , prasarana dan peralatan di RSJMM;
4. Menyusun rencana pemeliharaan dengan membuat RAB pemeliharaan;
5. Melakukan pemeliharaan dan uji kelayakan alat medik;
6. Melakukan pemeliharaan dan operasional genset RS.

B. Kendala dan Permasalahan

1. Belum terstrukturnya koordinasi antar unit;
2. Sering terjadinya perubahan rencana pemeliharaan;
3. Masterplan yang ada sudah tidak sesuai sehingga arah dari pemabangunan belum terencana dengan baik;
4. Terbatasnya alat kerja.

C. Rekomendasi

1. Memaksimalkan pemantauan pengukuran alat dalam penilaian OEE;
2. Melakukan koordinasi yang lebih intens agar sesuai dengan standar;
3. Menyusun rencana pemelihaan sesuai dengan rencana strategi bisnis rumah sakit
4. Penyusunan revieu master plan rumah sakit

Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3 RS

A. Kondisi yang dicapai

1. Melakukan monitoring lingkungan;
2. Melakukan pemantauan dan desinfektan ke seluruh area dalam pemutusan mata rantai penyebaran Covid-19 di RSJMM;
3. Melakukan pengelolaan limbar RS;
4. Melakukan pemantauan makanan dan minuman.
5. Melakukan pemantauan binatang pengganggu
6. Pelakukan pemantauan Kesehatan dan keselamatan kerja Rumah sakit

B. Kendala dan Permasalahan

1. Kurangnya pemahaman dan kompetensi tenaga terhadap pemakaian desinfektan dan sIstem penyebaran Covid -19;
2. Kurangnya sarana dan prasarana dalam melakukan kegiatan program.
3. Tidak tersedianya tenaga yang memiliki kompetensi K3 RS
4. Belum tersedianya data base Kesehatan karyawan

C. Rekomendasi

1. Peningkatan kompetensi tenaga melalui daring atau mencari literatur;
2. Berkoordinasi dengan baik dalam penyediaan sarana dan prasarana dengan unit lain;
3. Melakukan *benchmarking* dengan RS lain untuk meningkatkan kompetensi tenaga dan sistem di tempat lain.
4. Pemenuhan tenaga dengan kompetensi K3 RS
5. Menyusun data base Kesehatan karyawan

Instalasi Sentralisasi Central dan Binatu

A. Kondisi yang dicapai

1. tercapainya pengelolaan binatu tanpa adanya kejadian linen yang hilang dimana pengelolaan linen telah dilakukan secara rutin setiap hari dan mengukur jumlah linen yang Cdikelola sampai pendistribusian nya
2. Tercapainya ketepatan penyediaan linen baik infeksius maupun non infeksius di unit layanan
3. Melakukan pelayanan sterilisasi baik alat ,linen dan bahan habis pakai yang dibutuhkan unit layanan

B. Kendala dan Permasalahan

Belum tersedianya mesin cuci infeksius sesuai standart

C. Rekomendasi

Penyediaan mesin cuci ditahun anggaran 2023

5.3 Penyerapan Anggaran

A. ANGGARAN

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasi, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode Tahun Anggaran 2021. Realisasi Pendapatan Negara pada Tahun Anggaran 2021adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp144.346.606.106,-atau mencapai 126,16% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp114.418.804.000,-. Realisasi Belanja Negara pada Tahun Anggaran 2021 adalah sebesar Rp196.617.555.442,- atau mencapai 94,78% dari alokasi anggaran sebesar Rp207.439.566.000,-.

Adapun perincian realisasi anggaran dijabarkan pada tabel sebagar berikut :

Tabel 5.27 Realisasi Anggaran Tahun 2021

URAIAN KEGIATAN	PAGU DIPA	TA 2021	
		REALISASI ANGGARAN	
		JUMLAH	%
PENDAPATAN			
Penerimaan Negara Bukan Pajak	114.418.804.000	144.346.606.106	126.16%
Jumlah Pendapatan	**114.418.804.000**	**144.346.606.106**	**126.16%**
BELANJA			
Belanja Operasi			
Belanja Pegawai	47.593.508.000	47.005.189.140	98.76%
Belanja Barang	138.032.794.000	131.544.339.785	95.30%
Jumlah Belanja Operasi	**185.626.302.000**	**178.549.528.925**	**96.18%**
Belanja Modal			
Belanja Peralatan dan Mesin	14.334.043.000	11.116.318.443	77.55%
Belanja Gedung dan Bangunan	5.774.221.000	5.771.569.826	99.95%

Belanja Modal lainnya	1.705.000.000	1.180.138.249	69.21%
Jumlah Belanja Modal	**21.813.264.000**	**18.068.026.517**	**82.83%**
JUMLAH BELANJA	**207.439.566.000**	**196.617.555.442**	**94.78%**

Capaian Realisasi Anggaran tahun 2021 untuk PNBP melebihi target sebesar 126,16%. Penyebab keberhasilan Tingkat Pertumbuhan Pendapatan diantaranya adalah peningkatan pertumbuhan pasien corona virus disease 2019, dimana berdasarkan Surat Keputusan Walikota Bogor No. 900.45-282 tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Yang Melayani Pasien dengan Corona Virus Disease 2019 di Kota Bogor, Maka RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi wajib melaksanakan Keputusan Walikota tersebut, yaitu melayani pasien penderita Covid 19. Sejalan dengan terjadinya pandemi Covid 19 menyebabkan peningkatan pasien ODGJ , sehingga terjadi peningkatan jumlah pasien ODGJ mengakibatkan meningkatnya pendapatan RS.

Capaian Realisasi Anggaran tahun 2021 untuk Belanja adalah sebesar 94,78%. Daya serap tertinggi terdapat pada belanja modal gedung dan bangunan sebesar 99,95% hal ini disebabkan adanya pembangunan gedung geriatri yang menjadi layanan unggulan tahun 2022. Sedangkan daya serap belanja terendah ada pada belanja modal lainnya sebesar 69,21%.

B. PENDAPATAN

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir per 31 Desember 2021 adalah sebesar Rp144.346.606.106,-atau mencapai126.16% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp114.418.804.000,-. Pendapatan RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor terdiri dariPendapatan Badan Layanan Umum (Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit) dan Pendapatan PNBP Lainnya. Rincian estimasi pendapatan dan realisasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.29

Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan Periode TA 2021

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	TA 2021		
		ANGGARAN	REALISASI	%
1	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	108.701.804.000	63.322.910.908	58.28%
2	Pendapatan Hasil kerjasama Lembaga/Badan Usaha	-	79.737.984.	0.00
3	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	-	140.495.000	0.00
4	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di Luar kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU	-	140.495.000	0.00
5	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	4.860.000.000	1.544.507.176	31.78%
6	Penerimaan Kembali Belanja Barang BLU TAYL	-	135.507.321	0.00
7	Pendapatan Lain-lain BLU	100.000.000	930.964.272	930.96%
8	Pendapatan Lainnya dari Sewa Tanah	294.000.000	309.703.333	105.34%
9	Pendapatan Lainnya dari Sewa Gedung	463.000.000	151.106.563	32.63%
10	Pendapatan PNBP Lainnya	-	1.073.427.517	0.00
Jumlah		**114.418.804.000**	**114.346.606.106**	**126.16%**

Realisasi Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit per 31 Desember 2021Pendapatan Rumah Sakit melebihi target sebesar 126,16% dengan pendapatan tertinggi Pendapatan dari Pelayanan BLU dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga yang bersumber dari klaim Covid-19 sebesar Rp 74.387.993.950 dan klaim Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa Dan Napza(IPWL) sebesar Rp2.067.910.066, adanya Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU, Penerimaan Kembali Belanja Barang BLU Tahun Anggaran Yang Lalu, Penerimaan Kembali Belanja Barang BLU Tahun Anggaran Yang Lalu, Pendapatan Lain-lain BLU, Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya, Penerimaan Kembali Belanja Pegawai, barang dan Modal Tahun Anggaran Yang Lalu.

Penurunan pada akun Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit yang berakibat tidak tercapainya target pendapatan pada akun tersebut yang telah ditetapkan disebabkan Penerapan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56

Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit sejak tanggal 17 September 2019, yang membawa dampak terhadap jumlah kunjungan pasien non psikiatri kepesertaan BPJS.

Tabel 5.29
Perbandingan Realisasi Pendapatan Periode TA 2021 dan TA 2020
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		TA 2021	TA 2020	%
1	Pendapatan	144.346.606.106	83.232.049.100	73.43%
JUMLAH				

A. Kondisi yang dicapai

Pendapatan rumah sakit pada tahun 2021 mengalami kenaikan sebesar 73,43% dibandingkan dengan penerimaan pada tahun 2020. Peningkatan tersebut disebabkan karena adanya kenaikan pendapatan tahun 2021 yang berasal dari pelayanan COVID-19.

Penyebab keberhasilan Tingkat Pertumbuhan Pendapatan diantaranya adalah peningkatan pertumbuhan pasien corona virus disease 2019.

B. Kendala dan Permasalahan

- Dalam masa pandemi membuat masyarakat datang ke RS dalam kondisi yang emergensi
- Masih adanya pelayanan non Psikiatri yang belum bisa bekerjasama dengan BPJS seperti Hemodialisa dan TMS (Transcranial Magnetic Stimulation)
- Pelayanan vaksin meningitis belum bisa dibuka dikarenakan adanya Kebijakan penundaan Umroh dan Haji dari Pemerintah.
- Adanya sistim rujukan berjenjang yang belum terfaasilitasi di Pcare BPJS
- RSJMM sebagai Rumah Sakit Tipe A kekhususan jiwa , fasilitas yang diberikan adalah kelas A tetapi pembayaran nya
- Realisasi atau penggunaan anggaran masih dilakukan di triwulan keempat sehingga belum sesuai dengan perencanaan realisasi anggaran.

C. Rekomendasi

1. Klaim pelayanan mencapai 100% setiap bulannya,
2. Segera di bukanya pelayanan geriatri,

C. BELANJA

Realisasi Belanja instansi TA 2021 adalah sebesar Rp196.617.555.442,- atau 94,78% dari anggaran belanja sebesar Rp207.439.566.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja TA 2021 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.30

Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja TA 2021

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		ANGGARAN	REALISASI	%
1	Belanja Pegawai	47.593.508.000	47.022.956.488	98.80%
2	Belanja Barang	138.032.794.000	132.146.837.672	95.73%
3	Belanja Modal	21.813.264.000	18.075.226.517	82.86%
	Total Belanja Kotor	207.439.566.000	197.245.020.677	95.08%
4	Pengembalian Belanja Pegawai		17.767.348	
5	Pengembalian Belanja Barang		602.497.887	
6	Pengembalian Belanja Modal		7.200.000	
JUMLAH		**207.439.566.000**	**196.617.555.442**	**94.78%**

Realisasi anggaran TA 2021 mencapai daya serap sebesar 94,78% lebih tinggi di bandingkan dengan daya serap yang terjadi di TA 2020 yang hanya sebesar 85,27%. Daya serap tertinggi ada pada belanja pegawai yang mencapai 98.80%, hal ini di sebabkan adanya penambahan pegawai PNS serta terdapat kenaikan Gaji Berkala (KGB) dan Kenaikan Pangkat (KP). Sedangkan daya serap terendah ada pada belanja modal sebesar 82,86%.

1) Belanja Pegawai

Realisasi Belanja PegawaiTA2021 dan TA2020 adalah masing-masing sebesar Rp47.005.189.140,- dan Rp45.800.915.506,- Realisasi belanja TA 2021 mengalami kenaikan 2,63% dari TA 2020.

Tabel 5.31

Perbandingan Realisasi Belanja Pegawai TA 2021 dan TA 2020

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		TA 2021	TA 2020	%
1	Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	46.928.469.488	45.675.373.460	2.74%
2	Belanja Lembur	94.487.000	137.949.000	(31.51%)
	Jumlah Belanja Kotor	47.022.956.488	45.813.322.460	2.64%
3	Pengembalian Belanja Pegawai	17.767.348	12.406.954	43.20%
JUMLAH		**47.005.189.140**	**45.800.915.506**	**2.63%**

2) Belanja Barang

Realisasi Belanja BarangTA 2021 adalah masing-masing sebesar Rp131.544.339.785,- dan Rp124.739.633.054,-. Realisasi Belanja Barang TA 2021 mengalami kenaikan 5,46% dari Realisasi Belanja Barang TA 2020.

Tabel 5.32

Perbandingan Realisasi Belanja Barang TA 2021 dan TA 2020

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		TA 2021	TA 2020	%
1	Belanja Barang Operasional	950.841.527	2.098.632.554	(54.69%)
2	Belanja Barang Non Operasional	147.150.000	1.657.357.231	(91.12%)
3	Belanja Barang Persediaan	4.839.417.948	21.527.591.833	(77.52%)
4	Belanja Jasa	10.507.380.336	10.506.260.704	0.01%
5	Belanja Pemeliharaan	3.763.399.228	2.025.553.304	85.80%
6	Belanja Barang BLU	111.938.648.633	87.122.262.368	28.48%
	Jumlah Belanja Kotor	132.146.837.672	124.937.657.994	5.77%
7	Pengembalian Belanja	(602.497.887)	(198.024.940)	
JUMLAH		**131.544.339.785**	**124.739.633.054**	**5.46%**

3) Belanja Barang Modal Peralatan dan Mesin

Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin TA 2021 adalah sebesar Rp11.116.318.433,- mengalami penurunan sebesar 29,95% bila dibandingkan

dengan realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin TA sebesar Rp15.870.072.407,-.

Tabel 5.33
Perbandingan Realisasi Belanja Peralatan dan Mesin TA 2021dan TA 2020
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		TA 2021	TA 2020	%
1	Peralatan dan Mesin	11.116.318.433	15.870.072.407	(29.95%)
JUMLAH		**11.116.318.433**	**15.870.072.407**	**(29.95%)**

4) Belanja Barang Modal Gedung dan Bangunan

Realisasi Belanja Modal Gedung dan Bangunan TA 2021 dan TA2020 adalah masing-masing sebesar Rp5.771.569.925,- dan Rp10.798.721.553,-. Realisasi Belanja Modal Gedung dan Bangunan TA 2021 mengalami Penurunan sebesar (87,10%) dibandingkan Realisasi TA 2020.

Tabel 5.34
Perbandingan Realisasi Belanja Modal Gedung dan Bangunan
TA 2021 dan TA 2020
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		TA 2021	TA 2020	%
1	Gedung dan Bangunan	5.771.569.825	10.798.721.553	(87,10%)
JUMLAH		**5.771.569.825**	**10.798.721.553**	**(87,10%)**

5) Belanja Barang Modal Lainnya

Realisasi Belanja Modal Lainnya TA 2021 danTA2020 adalah masing-masing sebesar Rp1.180.423.249,- dan Rp0,-.Tidak ada realisasi atas belanja modal lainnya per 31 Desember 2020 sehingga tidak terdapat perbandingan realisasinya.

Tabel 5.35

Perbandingan Realisasi Belanja Barang Modal Lainnya TA 2021 dan TA 2020

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	REALISASI PENDAPATAN		
		30 Juni 2021	30 Juni 2020	%
1	Belanja Modal Lainnya	1.180.423.249	-	0.00
JUMLAH		**1.180.423.249**	**-**	**0.00**

D. NERACA

Neraca menggambarkan posisi keuangan entitas mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas pada TA 2021. Nilai Aset TA2021 dicatat dan disajikan sebesar Rp4.633.813.807.886,- yang terdiri dari: Aset Lancar sebesar Rp99.607.820.356,-; Aset Tetap (netto) sebesar Rp4.534.091.705.977,-; Piutang dari kegiatan operasional BLU (netto)sebesar Rp7.055.886.221,-; Piutang dari kegiatan non operasional BLU (netto) Rp65.627.828,- dan Aset Lainnya (netto) sebesar Rp114.281.553,-. Nilai Kewajiban dan Ekuitas masing-masing sebesar Rp611.348.405,-dan Rp4.633.202.459.481,-.

Tabel 5.36

Laporan Neraca TA 2021

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	CATATAN	TA 2021	TA 2020
ASET				
ASET LANCAR				
1	Kas Pada Badan Layanan Umum	C.1	1.530.341.267	918.677.306
2	Investasi Jangka Pendek-Badan Layanan Umum	C.2	63.650.000.000	43.400.000.000
3	Piutang Dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	C.3	11.407.195.926	11.105.496.664
4	Penyisihan Piutang Tak Tertagih-Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	C.4	(4.351.309.705))	(6.061.238.387)
5	*Piutang dari Kegiatan Operasional BLU (Netto)*		7.055.886.221	5.044.258.277
6	Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	C.5	211.473.796	275.080.584
7	Penyisihan Piutang Tak Tertagih-Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	C.6	(145.845.968)	(240.689.002)
8	*Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU (Netto)*		65.627.828	34.391.582

9	Persediaan	C.7	27.305.965.040	26.651.879.663
	Jumlah Aset Lancar		99.607.820.356	76.049.206.828
ASET TETAP				
1	Tanah	C.8	4.393.036.800.000	4.393.036.800.000
2	Peralatan dan Mesin	C.9	167.966.868.623	156.850.550.180
3	Gedung dan Bangunan	C.10	125.125.941.364	119.354.371.539
4	Jalan, Irigasi, dan Jaringan	C.11	3.313.300.291	3.313.300.291
5	Aset Tetap Lainnya	C.12	1.537.356.699	553.568.450
6	Akumulasi Penyusutan	C.13	(156.888.561.000)	(138.637.110.275)
	Jumlah Aset Tetap		4.534.091.705.977	4.534.471.480.185
ASET LAINNYA				
1	Aset Tak Berwujud	C.14	2.145.877.989	1.949.527.989
2	Aset Lain-Lain	C.15	14.556.043.719	16.306.454.719
3	Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	C.16	(16.587.640.155)	(16.721.643.890)
	Jumlah Aset Lainnya		114.281.553	1.534.338.818
JUMLAH ASET			4.633.813.807.886	4.612.055.025.831
KEWAJIBAN				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
1	Utang kepada Pihak Ketiga	C.17	508.605.905	356.314.587
2	Pendapatan Diterima di Muka	C.18	102.742.500	82.583.331
	Jumlah Kewajiban Jangka Pendek		611.348.405	438.897.918
JUMLAH KEWAJIBAN				
EKUITAS				
1	Ekuitas	C.19	4.633.202.459.481	4.611.616.127.913
	JUMLAH EKUITAS		4.633.202.459.481	4.611.616.127.913
	JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS		**4.633.813.807.886**	**4.612.055.025.831**

D. OPERASIONAL RUMAH SAKIT

Laporan Operasional menyajikan berbagai unsur pendapatan-LO, beban, surplus/ defisit dari operasi, surplus/ defisit dari kegiatan nonoperasional, surplus/defisit sebelum pos luar biasa, pos luar biasa, dan surplus/ defisit-LO, yang diperlukan untuk penyajian yang wajar. Pendapatan-LO untuk periode TA2021 adalah sebesar Rp150.074.301.863,- sedangkan jumlah beban adalah sebesar Rp205.882.469.807,-. sehingga terdapat Defisit dari Kegiatan Operasional senilai (Rp56.808.167.944),-. Kegiatan Non Operasional defisit sebesar sebesar (Rp378.685.096),- sehingga entitas mengalami Defisit-LO sebesar (Rp56.185.853.040,-).

Tabel 5.37

Laporan Operasional TA 2021

RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	URAIAN	CATATAN	TA 2021	TA 2020
	KEGIATAN OPERASIONAL			
	PENDAPATAN OPERASIONAL			
1	Pendapatan Negara Bukan Pajak Lainnya	D.1	150.074.301.863	77.479.579.635
	JUMLAH PENDAPATAN		150.074.301.863	77.479.579.635
	BEBAN OPERASIONAL			
1	Beban Pegawai	D.2	100.524.357.667	89.449.708.881
2	Beban Persediaan	D.3	37.884.056.709	28.076.405.442
3	Beban Barang dan Jasa	D.4	43.522.454.984	36.658.334.268
4	Beban Pemeliharaan	D.5	7.020.564.662	5.774.171.656
5	Beban Perjalanan Dinas	D.6	447.190.689	344.789.252
6	Beban Penyusutan dan Amortisasi	D.7	18.193.616.812	17.347.326.857
7	Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	D.8	(1.709.771.716)	984.517.941
	JUMLAH BEBAN OPERASIONAL		205.882.469.807	178.635.254.297
	SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL		**(55.808.167.944)**	**(101.155.674.662)**
	KEGIATAN NON OPERASIONAL			
1	Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar		414.205.554	-
2	Beban Pelepasan Aset Non Lancar		1.280.857.759	-
3	Jumlah Surplus (Defisit) Pelepasan Aset Non Lancar		(866.652.205)	-
4	Pendapatan dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		790.960.697	1.042.479.034
5	Beban dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		302.993.588	986.210.068
	Jumlah Surplus (Defisit) dari Kegiatan Non		487.967.109	56.268.966

	Operasional Lainnya			
	SURPLUS /DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL		**(378.685.096)**	**56.268.966**
	SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA		**(56.186.853.040)**	**(101.099.405.696)**
POS LUAR BIASA				
1	Beban Luar Biasa			-
	SURPLUS/DEFISIT LO	D.10	**(56.186.853.040)**	**(101.099.405.696)**

E. PERUBAHAN EKUITAS

Laporan Perubahan Ekuitas menyajikan informasi kenaikan atau penurunan ekuitas tahun pelaporan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Ekuitas pada tanggal 01 Januari 2021 adalah sebesar Rp4.611.616.127.913,- ditambah Defisit-LO sebesar Rp(56.186.853.040),- ditambah koreksi – koreksi sebesar (Rp393.383.419).,- sehingga Ekuitas entitas pada tanggal 31 Desember 2021 adalah senilai Rp4.633.202.459.481,-.

5.4 Upaya Pembentukan Rumah Sakit Menjadi Pusat Rujukan Kesehatan Jiwa Nasional

World Health Organisation (WHO) telah mencanangkan *Sustainable Development Goals* (SDG's) dimana salah satu indikatornya adalah *"good health and well-being"*, sehingga kesehatan merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan manusia di seluruh dunia.

We argue that efforts to eradicate poverty, prevent conflicts and disasters, and promote education will not be successful unless mental health is prioritized.

Poor mental health and unfulfilled human potential pose major risks to the changes that are needed if we are to reach the SDGs.

"World Health Organization"

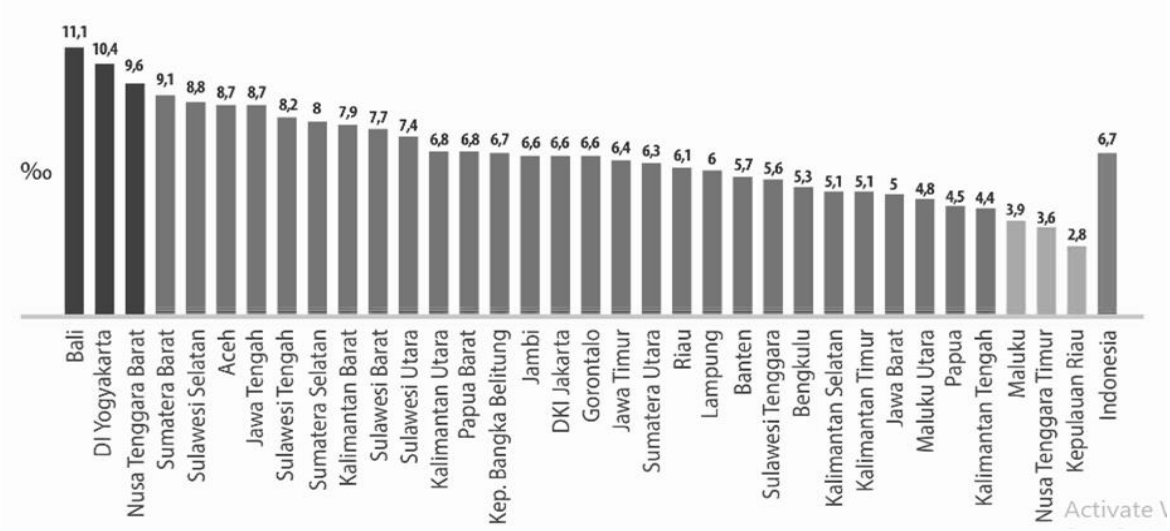
Kesehatan merupakan bagian penting dari kehidupan manusia. Kesehatan yang baik memungkinkan seseorang untuk menjalani kehidupan secara produktif dan berkualitas. Menurut Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi dimana seseorang mampu memahami potensi dirinya, mampu menghadapi tantangan hidup, dapat bekerja secara produktif, dan mampu untuk berkontribusi terhadap lingkungannya (WHO, 2013).

Kesehatan jiwa masih menjadi masalah yang serius di dunia, tidak terkecuali di Indonesia. Menurut data WHO, lebih dari 450 juta penduduk dunia hidup dengan gangguan jiwa, yang menyebabkan disabilitas bagi penderitanya di seluruh dunia (WHO report, Geneva 2001). Di Indonesia,

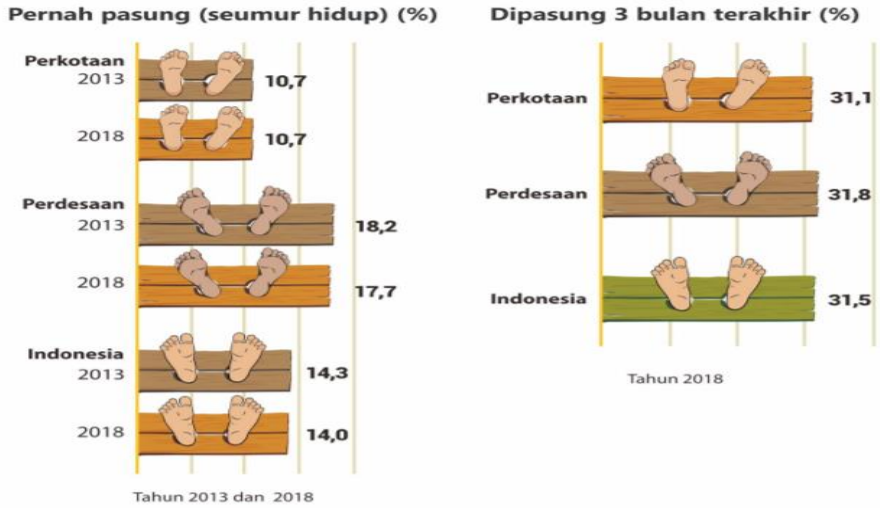
berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, tergambar beberapa masalah kesehatan Jiwa yang menjadi beban penyakit maupun beban biaya tinggi yaitu:

Gambar 5.40. Grafik Prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia (Riskesdas, 2018)



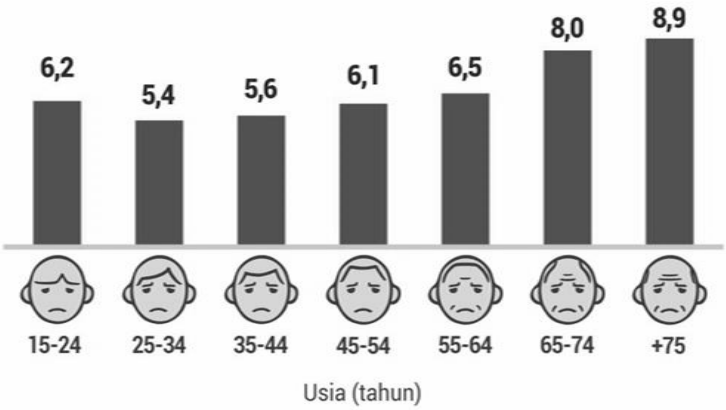
Gambar 8: Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis yang Pernah Dipasung menurut Tempat Tinggal

Sumber: Riskesdas Tahun 2013 dan Riskesdas Tahun 2018



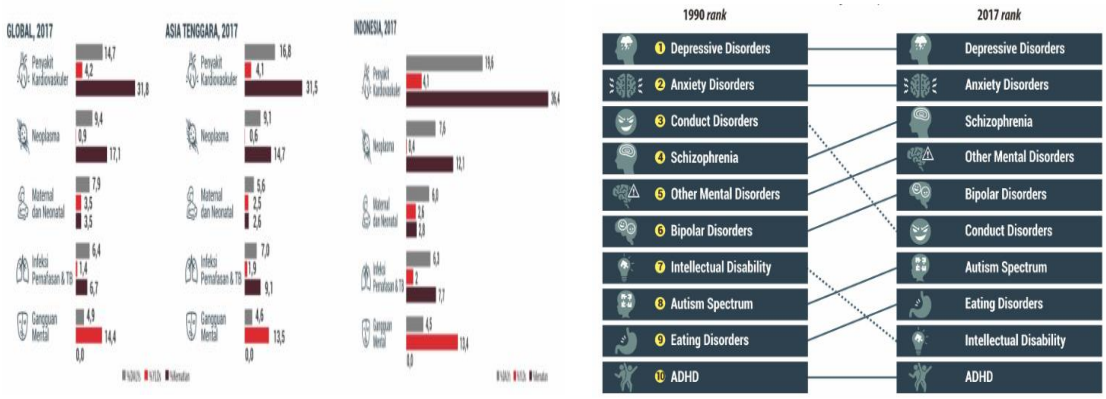
Gambar 4. Prevalensi Depresi pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun menurut Kelompok Umur

Sumber: Riskesdas Tahun 2018



Selama masa pandemic 14,4% adiksi internet dan masa /waktu online meningkat 52%. Penelitian tentang YLD terbaru pada tahun 2017 menemukan hasil bahwa gangguan jiwa menempati urutan ke-lima dari penyakit yang menimbulkan beban global tertinggi.

Beban Penyakit yang ditimbulkan akibat gangguan Jiwa di tingkat Global, tingkat regional Asia tenggara dan tingkat Nasional berdasar data yang dipublikasikan oleh *Institut for Health Metric and Evaluation* (IHME) research thn 2017 menggambarkan bahwa gangguan jiwa mengakibatkan prosentase YLDs terbesar sebagaimana tercantum dalam gambar 1. Di Indonesia, gangguan jiwa menempati urutan lima besar dari penyakit yang menyebabkan beban global tertinggi.



Sumber : *Institut for Health Metric and Evaluation* (IHME) research thn 2017 menggambarkan bahwa gangguan jiwa mengakibatkan prosentase YLDs.

Untuk percepatan mengatasi masalah kesehatan jiwa di Indonesia perlu di bentuk suatu Pusat Kesehatan Jiwa Nasional yang memiliki tugas sebagai berikut :

- Pengampu utama jejaring kesehatan jiwa, meliputi 4 diagnosa gangguan jiwa prioritas yang menimbulkan beban biaya dan disabilitas terbesar
- Koordinator *sister hospital*
- Pengembangan layanan unggulan: Psikogeriatri, Psikiatri Anak dan Remaja, Psikiatri Forensik, Psikiatri Adiksi, Psikiatri Komunitas
- Pusat pendidikan, pelatihan dan Riset kesehatan jiwa

Dengan berjalannya program PKJN diharapkan menghasilkan:

a) *Output*:
   - *Output* Layanan
     - Terwujudnya layanan kesehatan jiwa di setiap Provinsi;
     - Semua rumah sakit jiwa mampu memberikan tata laksana layanan kesehatan jiwa secara komprehensif, promotif, kuratif dan rehabilitatif;
     - Penurunan *treatment gap* pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit sebesar 10 % setiap tahun

- Peran serta lintas sektor dan lintas program dalam kemitraan rujukan pelayanan kesehatan jiwa melalui program PKRS/Keswamas.
- *Output* Klinis: Pasien gangguan Jiwa yang berobat ke RSJ tertangani secara komprehensif sesuai standar.

b) O*utcome*:

Outcome layanan: Kepuasan pelanggan 80%

Outcome Klinis:

- Tercapainya Pemulihan pasien (80%)
- Berfungsinya pasien di masyarakat (80%)
- Tercapainya kemandirian pasien (80%)

Melalui penilaian sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional yang telah di laksanakan oleh Tim Independen, capaian kinerja RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan dukungan Kementerian Kesehatan RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi siap mengemban tugas sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional.

✓ **Tahapan Program dan Kegiatan PKJN**

1. Program dan Kegiatan PKJN

Tabel 5.38 Program dan Kegiatan PKJN

Program	Kegiatan	Target	Waktu				
			2021	2022	2023	2024	2025
Pembentukan Task Force	Persiapan		x				
	SK Pembentukan Tim PKJN		x				
	Sosialisasi Tusi		x				
	Rencana Kerja		x				
	Sosialisasi PKJN untuk Civitas hospitalia		x				
Pemenuhan 5 M	Pemenuhan SDM		x	x	x	x	x
	Perencanaan Anggaran		x	x	x	x	x
	Pemenuhan Sarpras		x	x	x	x	x
	Pemenuhan Alat Kesehatan		x	x	x	x	x
	Pemenuhan Regulasi		x	x			
Pengembangan layanan klinis			x	x	x	x	x
Pengembangan layanan Penunjang			x	x	x	x	x

Meningkatkan upaya Promotif, Preventif			x	x	x	x	x
Mengembangkan Pendidikan			x	x	x	x	x
Mengembangkan Pelatihan			x	x	x	x	x
Mengembangkan Riset			x	x	x	x	x
Kemitraan			x	x	x	x	x
Pemberdayaan masyarakat			x	x	x	x	x
Standarisasi layanan-Penguatan good clinical governance	Akreditasi		x	x	x	x	x
Benchmark dan Sister Hospital	Kerjasama pelayanan, penelitian dan pengambangan Riset kolaboratif Pelatihan, magang SDM		x	x	x	x	x
Pengembangan dan pemanfaatan IT			x	x	x	x	x
Standarisasi Organisasi – Good Corporate Governance			x	x			
Standarisasi Kinerja – kompetensi				x			
Penguatan Budaya Kinerja			x	x	x	x	x
EKSTERNAL (RSJ, Organisasi Profesi, Direktorat PKR, Direktorat P2MKJN, Perhimpunan RSJ Akademisi, Lintas sektor-lintas Program, NGO, Customer Group)							
Sosialisasi tentang PKJN			x				
FGD: Kriteria PKJN			x				
Assessment PKJN			x				
Implementasi WHO QR			x				
Borang PKJN mengacu Permenkes 30 2019 dan regulasi lainya			x				
Penentuan RSJ Pengampu Utama			x				
Pemetaan Kompetensi			x	x			
Pembentukan Jejaring				x			
Penyusunan Program Jejaring Rujukan dan pengampuan PKJN (oleh taskforce perwakilan dari keseluruhan RSJ, draftnya disusun oleh RSJMM - dikritisi dan dibahas Bersama):				x			
Pedoman dan Kebijakan Standar layanan, standar SPA, Standar SDM, SPO, PPK, CP, Alur, Algoritma				x			
Target dan sasaran (indicator klinis, Indikator servis)				x			

Kurikulum dan Modul pelatihan/Pendidikan Penelitian, Pengembangan dan Inovasi				x			
Promotif dan preventif				x			
Sosialisasi			x	x			
TOT				x	x	x	x
Bimtek (Umum Teknis)				x	x	x	x
Pendampingan dan Monev (Umum Teknis)				x	x	x	x
Pengembangan dan Pemanfaatan IT (SIRS, Telemedicine, Sisrute, ERM dll)				x	x	x	x
Pelaporan Online, offline				x	x	x	x

2. Pembiayaan Program Persiapan PKJN Tahun 2022-2024

Pembiayaan persiapan PKJN dimulai pada tahun 2022 sampai dengan tahun 2024, dengan rincian seperti tertera pada tabel 3.4. Meliputi biaya untuk persiapan internal RSJ. dr. H. Marzoeki Mahdi dan eksternal yang terdiri dari: sosialisasi, penyusunan pedoman, proses pengampuan jejaring rujukan, pendidikan SDM, Sarana Prasarana, Penelitian, Pelaksanaan Program *Sister Hospital.* Sumber pembiayaan berasal dari APBN dan APBD masing-masing pemerintah daerah.

Tabel 5.39 Pembiayaan Program Persiapan PKJN Tahun 2022-2024

Program	Kegiatan	Waktu			Total Anggaran
Persiapan					
		2022	2023	2024	Total Anggaran
Pembentukan Task Force	Persiapan	105,000,000			105,000,000
	SK Pembentukan Tim PKJN				
	Sosialisasi Tusi	307,000,000			307,000,000
	Rencana Kerja				
	Sosialisai PKJN utk Civitas hospitalia				
Pemenuhan 5 M	Pemenuhan SDM	1,500,000,000	2,500,000,000	2,000,000,000	6,000,000,000
	Perencanaan Anggaran				
	Pemenuhan Sarpras	9,860,000,000	150,500,000,000	204,000,000,000	364,360,000,000
	Pemenuhan Alat Kesehatan	7,200,000,000	50,500,000,000	62,000,000,000	119,700,000,000
	Pemenuhan Regulasi				
	SUBTOTAL	**18,972,000,000**	**203,500,000,000**	**268,000,000,000**	**490,472,000,000**

Program	Kegiatan	Waktu			
Penguatan Tupoksi					
		2022	**2023**	**2024**	**Total Anggaran**
Pengembangan layanan klinis		100,000,000	125,000,000	150,000,000	375,000,000
Pengembangan layanan Penunjang		100,000,000.00	125,000,000.00	150,000,000	375,000,000
Meningkatkan upaya Promotif, Preventif		8,500,000,000	8,500,000,000	8,500,000,000	25,500,000,000
Pemberdayaan masyarakat					
Kemitraan					
Mengembangkan Pendidikan					
Mengembangkan Pelatihan					
Standarisasi layanan- Penguatan good clinical governance	Akreditasi				
Benchmark dan Sister Hospital	Kerjasama pelayanan, penelitian dan pengambangan	11,475,000,000	11,475,000,000	11,475,000,000	34,425,000,000
	Riset kolaboratif				
	Pelatihan, magang SDM				
Pengembangan dan pemanfaatan IT		41,000,000,000	4,300,000,000	4,300,000,000	49,600,000,000
	SUBTOTAL	**61,175,000,000**	**24,525,000,000**	**24,575,000,000**	**110,275,000,000**
Program	Kegiatan	Waktu			
Penguatan Organisasi					
		2022	**2023**	**2024**	**Total Anggaran**
Standarisasi Organisasi – Good Corporate Governance		100,000,000	90,000,000	90,000,000	280,000,000
Standarisasi Kinerja – kompetensi					
Penguatan Budaya Kinerja		5,000,000,000	5,000,000,000	4,000,000,000	14,000,000,000
	SUBTOTAL	**5,100,000,000**	**5,090,000,000**	**4,090,000,000**	**14,280,000,000**
TOTAL KESELURUHAN		**85,247,000,000**	**233,115,000,000**	**296,665,000,000**	**615,027,000,000**

Rekomendasi

Untuk percepatan tugas PKJN dibutuhkan dukungan dari Kementrian Kesehatan dan *stakeholde*r lainya berupa:

1) Pemetaan Strata Jejaring rujukan dan pengampuan Rumah Sakit Jiwa;
2) Pelaksanaan Tahapan Program dan Kegiatan Pusat Kesehatan Jiwa Nasional;

3) Penerapan *Hospital-based education* untuk PPDS I dan II Psikiatri dengan maksud untuk akselerasi produksi SDM Psikiater;
4) Disusunnya Regulasi tentang distribusi psikiater dan konsultan (minimal WKS) terutama untuk memenuhi kebutuhan tenaga Psikiater di wilayah-wilayah terpencil dan perbatasan;
5) Disusunnya Regulasi tentang ketersedian dan pemerataan distribusi obat psikiatri;
6) Penetapan standar sarana dan prasarana fasilitas Rumah Sakit Jiwa;
7) Mengadvokasi peran Pemerintah Daerah dalam mewujudkan layanan kesehatan jiwa di Provinsi yang belum memiliki Rumah Sakit Jiwa;
8) Pembiayaan layanan kesehatan jiwa yang saat ini belum tercover oleh JKN (*Telemedicine, Home Visite*, *Outreach*, dll).

5.5 Program Inovasi Rumah Sakit

Inovasi merupakan salah satu Indikator Korporasi, IKU RSB 2020-2024 dan IKT 2021 yang diimplementasikan dalam bentuk Inovasi Safewards dan WHO QR. Ketercapaiannya menjadi tanggung jawab seluruh Civitas Hospitalia RSJMM secara berjenjang mulai dari Direksi sampai dengan Petugas Pemberi Layanan sesuai tugas dan fungsinya. Selain itu juga dibentuk Tim Implementasi Safewards dan WHO QR yang bertugas untuk mengkoordinir dan melakukan monev implementasi Safewards dan WHO QR dengan target seluruh ruang ranap Psikiatri (Tahun 2021). Agar dorongan ini lebih kuat dalam percepatan peningkatan kualitas pelayanan, maka perlu dibangun budaya untuk menyusun program inovasi minimal satu inovasi setiap tahunnya yang dikembangkan oleh unit kerja melalui integrasi program inovasi dalam program kerja unit, kompetisi inovasi pelayanan dan pemberian penghargaan inovasi pelayanan. Pengembangan inovasi pelayanan dilakukan dalam satu kesatuan sistem, sehingga pengembangan inovasi bisa dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan serta adanya transfer pengetahuan dari unit kerja yang satu kepada unit kerja lainnya.

A. Kondisi yang Dicapai

Di tahun 2021 RSJMM telah mengembangkan 18 Inovasi yang dilaksanakan oleh unit kerja dan dimotori oleh Tim Agent of Change (AOC).

Tabel 5.40 Capaian Program Inovasi Di RSJMM Tahun 2021

No	Inovasi	Unit Kerja	Keterangan
1	Safewards dan WHO QR	RSJ MM	Terlaksana
2	SiOpA (Strategi Optimalisasi Advokasi)	Instalasi PKRS Keswamas	Terlaksana Penghargaan Kemenkes RI Inovasi bidang layanan kesehatan masyarakat
3	Melati (Melayani di tempat tinggal – *Home care*)	DPMKP	Terlaksana
4	Inovasi Aplikasi Keuangan	Keuangan dan BMN - DPKB	Terlaksana
5	Inovasi Layanan Mandiri Kepegawaian Elektronik (Laman Pernik)	DSPU	Terlaksana
6	Sepekan Hangat Bareng Warga (senam dan Pemeriksaan Kesehatan)	DSPU, DPMKP	Terlaksana
7	Jalur Sutra (Jalinan Ramah Sudut Tentram)	DPMKP	Terlaksana
8	Kopi Latte (Komunikasi PIO dan Layanan Antar Obat)	Instalasi Farmasi	Terlaksana,
9	E_KOFIDI (E_KINERJA ORGANISASI & FASILITASI INDIVIDU)	SDM dan Diklit	Terlaksana
10	Hope Project	Instalasi Rehab Psikososial	Terlaksana
11	Obrolan Jiwa	Organisasi dan Umum – DSPU	Proses
12	Aplikasi Perencanaan Terpadu	PE-DPKB	Proses
13	Sistem Evaluasi Pelaporan Terintegrasi RS	PE-DPKB	Proses
14	WAPER: WA Pendaftaran	Penunjang	Proses
15	D PATENS 24: Dukungan Psikososial Antisipasi melalui Hotline Service 24 Jam	DPMKP	Terlaksana
16	YuTumn Bang Tian: Yuk Tumbuhkan dan Kembangkan Penelitian	SDM dan Diklit	Terlaksana
17	Perintis Apel: Pelayanan terintegrasi asset dengan pelayanan Kesehatan	DSPU	Terlaksana
18	Simandaturi: Sistem Manajemen data mutu terintegrasi	KMRS	Terlaksana Penghargaan Penghargaan Kemenkes RI bidang inovasi manajemen

Pada tahun 2021 RSJMM mengikutkan Enam Inovasi dan semuanya menjadi Finalis lomba Inovasi Kemenkes RI yaitu: D Patens 24, Hope Project, Si

Opa , Safewards dan WHO QR , Simandaturi , Perintis Apel. Dari Enam Inovasi ada Dua Inovasi mendapatkan penghargaan Inovasi terbaik yaitu: SiOpA (Strategi Optimalisasi Advokasi) mendapatkan Penghargaan Kemenkes RI Inovasi bidang layanan kesehatan masyarakat) dan Simandaturi (Sistem Manajemen data mutu terintegrasi) mendapatkan Penghargaan Kemenkes RI bidang inovasi manajemen.

B. Rekomendasi

- Mengintegrasikan Inovasi dalam Program Unit Kerja dan menjadi bagaian dari penilaian performa Unit kerja (IKU);
- Pendampingan pada unit kerja dalam Menyusun Inovasi: ide inovasi - proposal – implementasi;
- Membentuk Tim/ gugus tugas Inovasi yang menggerakkan dan mengkoordinir serta melakukan monev program Inovasi di RSJMM;
- Pendampingan pada unit kerja dalam Menyusun Inovasi: ide inovasi - proposal - implementasi Inovasi;
- Keikutsertaan dalam Kompetisi Inovasi: Kemenkes- Kemenpan;
- Monev berjenjang dan berkelanjutan.

Adapun penjabaran dari Inovasi di RSJMM TA 2021 adalah sebagai berikut :

Safewards dan WHO QR

Safeward Intervention merupakan sekumpulan strategi pencegahan dan intervensi khusus, yang dikembangkan agar sesuai dengan beragam flashpoint yang diidentifikasi dalam model safeward untuk menciptakan layanan kesehatan jiwa dan layanan terkait yang nyaman serta bebas dari kekerasan, pemaksaan dan pelecehan.

Merupakan intervensi keperawatan berbiaya rendah, direkomendasikan oleh *National Institute for Clinical Exellence (NICE), Care Quality Comission (CQC) dan Mental Health Act Code of Practice*.

Intervensi ini dirancang untuk mengurangi konflik dan penahanan/ pengekangan dalam layanan rawat inap Jiwa sehingga mengurangi terjadinya

pengikatan/ restrain dan seklusi pada pasien Jiwa. Intervensi ini telah dilakukan di beberapa negara dan sejak tahun 2019 secara bertahap sudah mulai diterapkan di RSJMM : Tahun 2019 (piloting Ruang Akut Psikiatri), Tahun 2020 (Implementasi Ruang Akut Psikiatri , IKU RSB), Tahun 2021 (Implementasi seluruh ranap Psikiatri, IKU RSB, IKT), Tahun 2022 (diimplementasikan di seluruh ranap psikiatri , merupakan bagian IKU RSB, IKT RSJMM)

Pelaksanaan Safewards berisi tentang 10 model langkah intervensi, bersifat dinamis dan terbuka untuk dikreasikan atau di modifikasi sesuai budaya setempat. Dengan demikian berarti bahwa pasien maupun tenaga Kesehatan harus membangkitkan sebuah perilaku yang dapat mengurangi konflik dan penahanan melalui beberapa intervensi yang terdapat dalam Safewards.

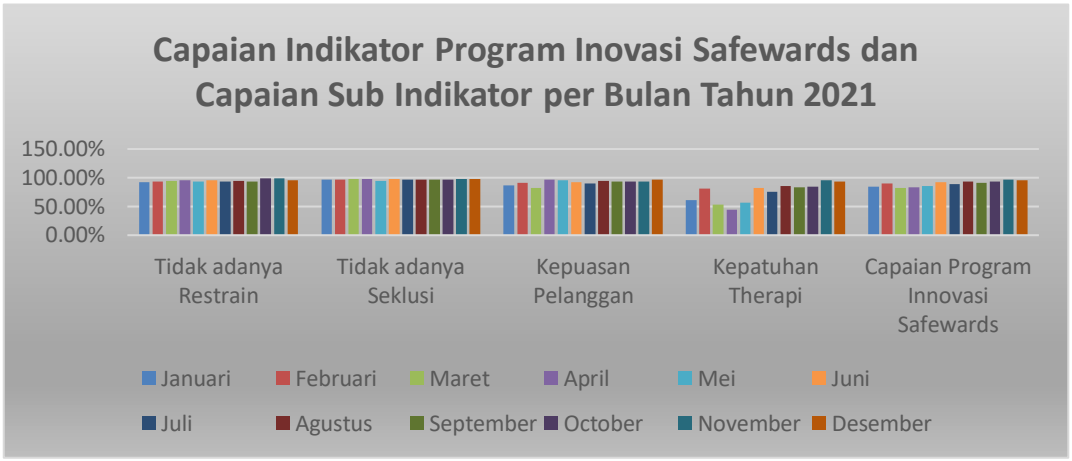
10 Langkah Intervensi Safeward:

- *Know Each Other* (Mengetahui satu sama lain)
- *Clear Mutual Expectation* (Harapan bersama yang jelas)
- *Mutual Help Meeting* (Pertemuan saling membantu)
- *Reassurance* (Jaminan Kepastian)
- *Calm down method* (Metode menenangkan)
- *Talk Down* (berbicara dengan nada rendah)
- *Soft Words* (Kata2 yang lembut)
- *Positive Words* (kata2 Positif)
- *Bad News Mitigation* (Mitigasi kabar buruk)
- *Discharge Massages* (pesan pemulangan)

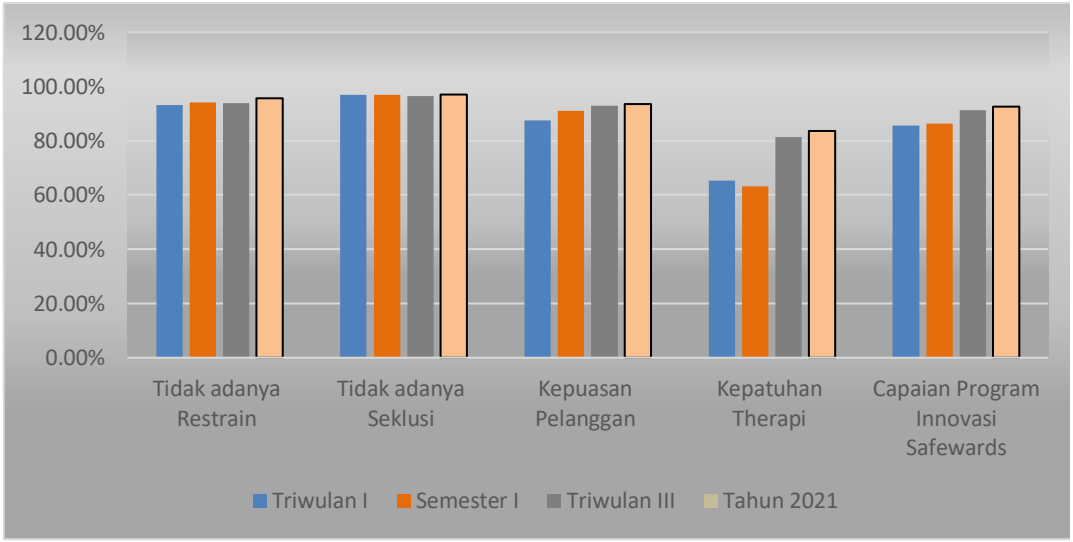
Penilaian 10 langkah intervensi *Safewards* diukur dengan menggunakan form observasi yang dilakukan oleh Tim Implementasi *safewards* dan *WHO QR.*

Adapun penilaian capaian masing-masing indikator pada Inovasi Safewards dijabarkan pada grafik sebagai berikut :

Gambar 5.41. Grafik Capaian Indikator Program Inovasi Safewards per Bulan Tahun 2021



Gambar 5.42. Grafik Capaian Indikator Program Inovasi *safewards* per Triwulan tahun 2021



Capaian Implementasi *Safewards* di RSJMM pada tahun 2021 sudah melampaui standar di setiap waktu pelaporan. Terjadi tren meningkat untuk capaian masing-masing sub indikator dan indikator capaian Safewards terutama di Triwulan 4

Rekomendasi Safewards dan WHO QR

- 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, Karu sebagai duta Safewards
- Monev secara berkala oleh Tim Teknis dan manajemen
- Percepatan pemenuhan Sarpras sesuai standar

Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI)

Sesuai standar akreditasi RS, sistem manajemen data harus terintegrasi. Komite Mutu bersama Instalasi SIRS membuat inovasi membangun aplikasi SIMANDATURI dimulai pada bulan Maret 2021. Aplikasi selesai pada bulan Mei 2021. SIMANDATURI adalah sebuah aplikasi berbasis web sebagai media pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi dan publikasi indikator mutu yang ada di tiap unit /instalasi /ruangan bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses pengelolaan data mutu secara real time.

SIMANDATURI dapat di akses oleh Direktur Utama, Direktur Teknis, Komite Mutu RS, PIC Data, Duta Mutu yang telah memiliki username dan password. Keunggulan SIMANDATURI adalah:

- Kemudahan dalam pengelolaan dan pengaksesan data;
- Pengelolaan data jadi lebih efektif dan aman;
- Pengambilan keputusan lebih relevan, akurat, dan tepat waktu karena akses data yang lebih cepat;
- Koordinasi antar unit /instalasi /ruangan jadi lebih mudah.

Strategi Optimalisasi Advokasi (Si OpA)

A. Kondisi yang Dicapai

Program Inovasi Si OpA merupakan sebuah strategi dalam melakukan advokasi Kesehatan jiwa untuk mengajak institusi pemerintah maupun swasta untuk terlibat dalam membangun layanan Kesehatan jiwa. Untuk menarik minat pimpinan institusi sebagai pemangku kebijakan maka dibutuhkan strategi yang jelas, terstruktur, dan mudah diaplikasikan. Strategi yang diterapkan dalam pelaksanaan program inovasi ini bertujuan mengatasi permasalahan Kesehatan jiwa masyarakat khususnya ODGJ.

Ada 6 strategi khusus dalam melaksanakan program inovasi tersebut diantaranya:

1) Identifikasi masalah Kesehatan jiwa di wilayah yang diadvokasi. Mengidentifikasi masalah merupakan Langkah penting yang harus dilakukan sebelum melaksanakan advokasi, karena apabila institusi yang terkait tidak menyadari adanya masalah di wilayah kerjanya maka akan mengurangi motivasi untuk mencari pemecahan masalah.
2) Identifikasi kebutuhan layanan Kesehatan jiwa di wilayah yang diadvokasi. Apabila Institusi yang terkait merasakan adanya kebutuhan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi maka potensi untuk mencari solusi terbuka lebar.
3) Identifikasi kekuatan dukungan dari berbagai pimpinan institusi yang ada di wilayah tersebut. Semakin besar kekuatan dukungan dari pemangku kebijakan maka semakin tinggi potensi keberhasilan inovasi.
4) Identifikasi potensi layanan Kesehatan jiwa sebagai solusi penyelesaian masalah. Mengidentifikasi jenis layanan yang selama ini sudah dilakukan oleh institusi terkait yang ada di wilayah akan memudahkan untuk menentukan langkah yang tepat dalam membangun layanan Kesehatan jiwa berbasis setempat.
5) Membangun komitmen untuk mengimplementasikan layanan kesehatan jiwa berdasarkan solusi yang ditetapkan. Komitmen bersama merupakan hal yang sangat penting untuk dijadikan acuan dalam Langkah selanjutnya.

6) Menetapkan rencana tindak lanjut dari kegiatan yang dilakukan . Menjaga kontinyuitas dari apa yang telah diimplementasikan melalui serangkaian kegiatan monitoring dan evaluasi dan diperkuat dengan adanya perjanjian Kerjasama.

Evaluasi dilakukan setiap bulan selama tahun 2019 sampai dengan 2020 dengan *outcome* sebagai berikut:

1) ODGJ yang dievakuasi melalui kegiatan *outreach* 1.088 orang.
2) ODGJ pasung yang dilakukan tatalaksana 50 orang.
3) Rujukan jiwa 2.095 orang, dilakukan melalui jejaring komunikasi yang dibangun bersama institusi yang telah diadvokasi.
4) Puskesmas Kota dan Kabupaten Bogor yang melaksanakan kegiatan ACT bekerjasama dengan RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor 19 Puskesmas

Menghadapi pandemi covid 19 program inovasi ini tidak berhenti, namun ada beberapa perubahan dalam teknis pelaksanaannya. Si OpA mencoba beradaptasi dengan kondisi saat ini agar layanan Kesehatan jiwa tetap dilaksanakan di tengah-tengan pandemik. Teknis pelaksanaan inovasi dilakukan melalui dua acara yaitu dalam jaringan (daring) dan luar jaringan (luring). Hal ini dilakukan untuk menjaga protokol Kesehatan guna mencegah penyebaran covid 19. Peserta advokasi yang hadir langsung melalui tatap muka atau luring dibatasi jumlahnya maksimal 25 orang dengan durasi waktu tidak lebih dari dua jam. Mereka diwajibkan menjaga protocol Kesehatan secara ketat dengan memakai masker (diutamakan masker bedah), mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, menjaga jarak minimal 1,5 meter, dan menghindari berkerumun selama kegiatan. Peserta yang mengikuti advokasi melalui daring dipantu oleh moderator dengan dibantu host. Komitmen dari inovasi berupa kegiatan *outreach* ODGJ juga diatur pelaksanaannya mengikuti protokol Kesehatan. Jumlah ODGJ setiap kali kegiatan maksimal 30 orang dengan diantar oleh satu anggota keluarga dan didampingi oleh satu orang petugas dari Puskesmas. ODGJ yang dibawa ke lokasi kegiatan *outreach* adalah yang dinyatakan tidak reaktif berdasarkan pemeriksaan swab antigen oleh petugas Puskesmas. Setiap peserta yang hadir wajib cuci tangan dengan sabun dan air mengalir yang sudah disediakan panitia serta dilakukan pengukuran suhu tubuh. Setiap kendaraan

operasional yang digunakan untuk mengevakuasi ODGJ dengan indikasi rawat inap maksimal terisi 50% dari kapasitas.

Program inovasi Si OpA secara internal mendapat dukungan penuh dari Direktur Utama dan direktur Teknis dengan diterbitkannya kebijakan penyelenggaraan Si OpA. Inovasi ini merupakan bentuk program instalasi yang bertujuan mewujudkan salah satu misi Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yaitu memberdayakan masyarakat dan kemitraan dalam membangun kesehatan jiwa. Program inovasi ini juga mendapat dukungan secara eksternal dari pemangku kepentingan di wilayah kota/ kabupaten dan Provinsi Jawa Barat dan Banten. Keterlibatan Bupati/ Walikota melalui Sekretaris daerah dalam menerbitkan ijin penyelenggaraan kegiatan.

Berdasarkan hasil evaluasi kegiatan inovasi selama dua tahun belakangan ini, keterlibatan Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Dinas Sosial menjadi hal yang sangat penting karena kedua institusi ini dapat menjadi motor penggerak dalam membangun layanan Kesehatan Jiwa. Kedua institusi ini menunjukkan keterlibatannya dalam merencanakan waktu, mengundang pihak-pihak yang akan terlibat, hingga menyiapkan pembiayaan pada saat dilaksanakan kegiatan advokasi. Ketika kedua institusi tersebut menjadi motor penggerak dalam kegiatan advokasi, maka institusi lainnya menunjukan dukungan yang serius.

B. Kendala dan Permasalahan

1. Sebagian besar institusi mengakui adaya masalah Kesehatan jiwa di wilayah kerjanya.
2. Institusi merasakan adanya kebutuhan yang mendesak untuk menyelesaikan masalah Kesehatan Jiwa yang terjadi
3. Institusi menyadari adanya potensi yang besar yang dimiliki wilayah untuk menyelesaikan masalah yang terjadi.

C. Rekomendasi

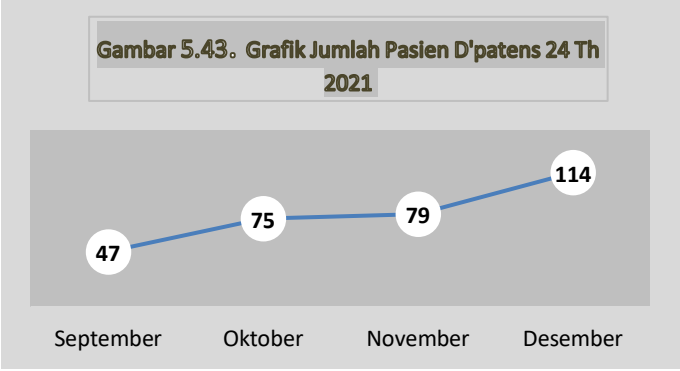
1. Ada kekuatan dukungan yang besar dari pemangku kebijakan di wilayah tersebut.

2. Institusi terkait membuat komitmen bersama untuk menyelesaikan masalah disertai solusi yang nyata.
3. Institusi menetapkan rencana tindak lanjut untuk mengimplementasikan solusi yang telah disepakati.

Layanan D'Patens24

A. Kondisi yang dicapai

1. Inovasi D'Patens24 merupakan bagian dari layanan IGD
2. Sejak bulan September 2021 layanan Pusat Krisis di IGD merubah image kepada masyarakat dengan membuat layanan inovasi *new branding: D'Patens24* (Dukungan Psikososial secara *Online* 24 jam) dimana layanan tersebut merupakan bentuk kepedulian RSJMM akan kebutuhan masyarakat terhadap kondisi mental, layanan ini merupakan hotline service 24 jam yang ditangani oleh profesional psikiatri, psikolog, perawat jiwa dan dokter umum
3. Dari grafik tergambar adanya peningkatan layanan setiap bulan
4. Layanan D'Paten24 sampai bulan Desember 2021 (selama 4 bulan) mengalami peningkatan tiap bulan dengan total layanan sebanyak 315 konsul (26 konsul perbulan). Secara rinci dapat dilihat pada grafik sebagai berikut.



5. Konsul terbanyak melalui whatsapp sebesar 62%. Adapun perincian konsul dijabarkan pada grafik sebagai berikut:

Gambar 5.44. Diagram Perbandingan Layanan Konsultasi Di Pusat Krisis Th 2021

B. Kendala dan Permasalahan

1. Layanan 24 jam memerlukan tenaga professional yang siap siaga, saat ini tenaga professional masih merangkap dinas pagi dan malam oncall untuk layanan D'Patens24
2. Masyarakat belum terpapar adanya layanan D'Patens 24 sehingga rata-rata konsultasi satu klien perhari.
3. Layanan/ komunikasi masih berbayar (*whatsapp* dan *hotline service*) kemungkinan menjadi pertimbangan klien untuk melakukan konsultasi *online*
4. Perangkat komunikasi terbatas sehingga kesulitan Ketika melakukan layanan 24 jam dari kediaman konselor

C. Rekomendasi

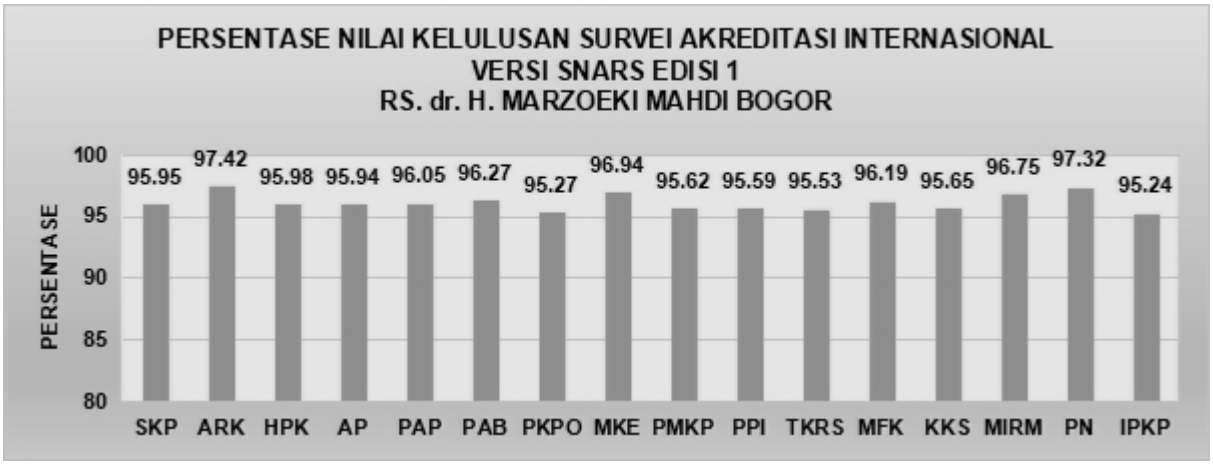
1. Menambah kuantitas dan kualitas tenaga yang kompeten agar dapat melayani klien secara parallel
2. Sosialisasi melalui media sosial (Fb, Instagram, Twitter website) dll, mendatangi langsung klinik-klinik, puskesmas, LSM dll, membuat flyer, banner dan leaflet
3. Pertimbangan layanan online tidak berbayar
4. Menambah jumlah perangkat alat komunikasi

5.6 Akreditasi Rumah Sakit

A. Kondisi yang dicapai

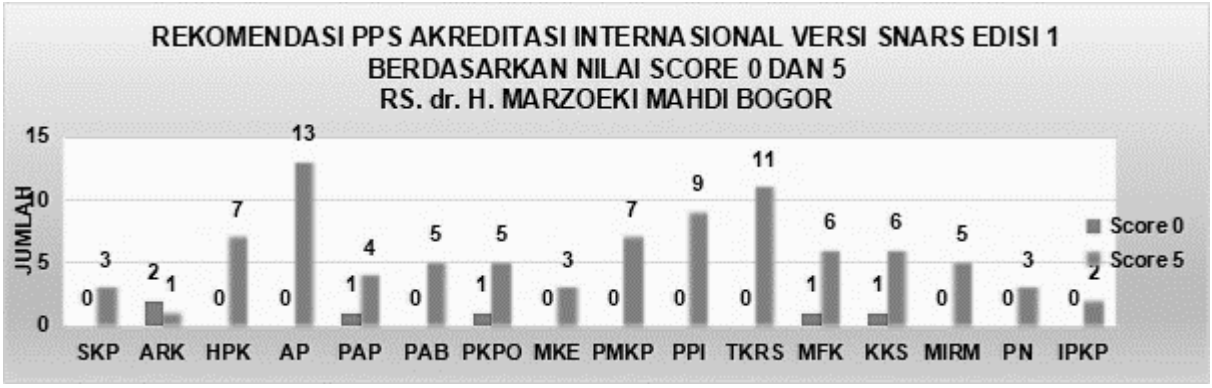
RSJMM Bogor sejak tahun 2019 sudah terakreditasi KARS Internasional. Hingga saat ini RS menyelenggarakan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan penelitian sesuai dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1. Asuhan diberikan oleh selalu mengutamakan mutu dan kepuasan pelanggan dengan berorientasi pada *patient safety* dan *patient centered care*. Pada masa pandemi Covid-19, mutu dan keselamatan pasien tetap menjadi prioritas utama RS. Peran akreditasi menjadi sangat penting. Perubahan kebijakan dan kondisi yang sangat cepat mengharuskan RS membuat regulasi-regulasi baru, alur-alur, dan pelatihan-pelatihan pada semua PPA yang terlibat. RS memberikan pelayanan pasien Covid-19 sesuai dengan HAM. Monitoring evaluasi dan pelaporan-pelaporan baik internal dan eksternal dilaksanakan secara tepat waktu. RS memberikan pelaporan eksternal kepada Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Kementerian Kesehatan RI.

Gambar 5.45
Grafik Hasil Akreditasi Tahun 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rata-rata nilai kelulusan adalah 96.11%.

Gambar 5.46
Grafik Rekomendasi Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Tabel 5.41
Hasil Skor Akreditasi Pokja
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	NAMA BAB	TOTAL STANDAR	TOTAL EP	SCORE 0	SCORE 5	TOTAL NILAI
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	10	36	0	3	95.95
2	Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)	23	100	2	1	97.42
3	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	27	100	0	7	95.98
4	Asesmen Pasien (AP)	39	163	0	13	95.94
5	Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)	21	81	1	4	96.05
6	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	20	71	0	5	96.27
7	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	21	80	1	5	95.27
8	Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)	13	49	0	3	96.94
9	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	19	80	0	7	95.62
10	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	28	107	0	9	95.59
11	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	28	127	0	11	95.53
12	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	24	105	1	6	96.19
13	Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)	26	96	1	6	95.65
14	Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)	21	77	0	5	96.75
15	Program Nasional (PN)	12	58	0	3	97.32
16	Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan RS (IPKP)	6	23	0	2	95.24
	Jumlah	**338**	**1353**	**6**	**90**	**96.11**

Jumlah total rekomendasi adalah 96 EP.

Jumlah Score 0 = 6 EP

Jumlah Score 5 = 90 EP

Kondisi yang dicapai pada tahun 2021 dijabarkan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.42
Capaian Akreditasi RS TA 2021
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	POKJA	KEGIATAN
1	PMKP	○ Dilakukan asesmen *hospital readiness* oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 8-10 Maret 2021; ○ Pelatihan internal PMKP dengan tema "*Menjaga Mutu dan Keselamatan Pasien di Masa Pandemi Covid-19*" pada tanggal 09-10 Maret 2021; ○ Mengikuti Webinar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang diselenggarakan oleh Direktorat Mutu Dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan bersama Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) pada tanggal 26 Maret 2021; ○ Mengirim 16 peserta pada kegiatan Pertemuan Ilmiah Tahunan dan Semiloka Nasional Akreditasi RS Ke VI (PITSELNAS VI) dengan tema "*Mutu dan Keselamatan di RS tetap menjadi prioritas utama di masa 159pidemio Covid-19*" dan "*Penelitian Mutu dan Keselamatan Pasien di Era 159pidemio Covid-19*" pada tanggal 05-09 April 2021; ○ Workshop internal Duta KPRS pada tanggal 20-21 April 2021; ○ Mengikuti Workshop PERSI Wilayah Jawa Barat dengan Judul "*Kesiapan Rumah Sakit (Hospital Readiness) dan Mitigasi Risiko dalam Menghadapi Covid-19 Bagi RS di Jawa Barat*" pada tanggal 27-29 April 2021. ○ Pelatihan internal Sistem Manajemen Data Terintegrasi pada tanggal 27 dan 28 Mei 2021; ○ Mengikuti Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKTRL) Wilayah Barat yang diselenggarakan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan pada tanggal 9-11 Juni 2021; ○ Mengikuti Pelatihan Konsep Dasar Manajemen Risiko K3 Rumah Sakit pada tanggal 27 Oktober 2021; ○ Mengikuti Kegiatan Kursus Edurisk HIS DRRS-UI pada tanggal 3-13 November 2021; ○ Mengikuti Workshop Peningkatan Kapasitas SPI dan SKI mengenai Penerapan Manajemen Risiko sesuai Permenkes No. 25 Tahun 2019 pada tanggal 29 Desember 2021 ○ Pelaporan indikator mutu nasional dan insiden keselamatan pasien setiap bulan serta *self assessment hospital readiness* triwulan I dan II ke aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/; ○ Pelaksanakan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP; ○ Inovasi: Pembentukan Duta Mutu RS; ○ Membangun aplikasi SIMANDATURI untuk pengumpulan data terintegrasi dan pelaporannya dari yang sebelumnya menggunakan *google spreadsheet*; ○ Pelaporan indikator mutu RS setiap bulan; ○ Pelaporan budaya keselamatan setiap bulan; ○ Melakukan rapat *feedback* capaian mutu unit kerja setiap bulan; ○ Membuat profil manajemen risiko RS; ○ Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja; ○ Mereview regulasi manajemen risiko Covid-19; ○ Melakukan *continuous quality improvement* di semua unit kerja.
2	TKRS	○ Melakukan evaluasi PKS dengan seluruh institusi yang bekerjasama dengan RSJMM Bogor; ○ Melakukan sosialisasi, pengukuran, dan analisis indikator mutu kontrak; ○ Melakukan audit PPK/CP; ○ Koordinasi Komite Mutu, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain untuk rencana review dan revisi dokumen PPK/CP; ○ Melakukan sosialisasi, implementasi, dan pelaporan budaya keselamatan.
3	PKPO	○ Melakukan rekonsiliasi obat; ○ Meningkatkan kepatuhan pengisian formulir pemberian obat;

		○ Mereview regulasi penyiapan dan penyerahan obat; ○ Implementasi pencampuran dan pengemasan obat: ○ Melakukan pemantauan terapi dan efek samping obat.
4	KKS	○ Pelaksanaan program diklat SDM; ○ Program 160pidemiolo berkelanjutan; ○ Melakukan mapping risiko area berpotensi kekerasan; ○ Implementasi dan tindak lanjut kejadian staf yang terpapar infeksi; ○ Melakukan evaluasi kinerja klinis berdasarkan kompetensi /kewenangan untuk semua staf klinis.
5	MFK	○ Melengkapi sarpras sesuai standar, terutama untuk pelayanan Covid-19; ○ Melakukan manajemen risiko konstruksi dan renovasi; ○ Manajemen risiko fasilitas; ○ Monitoring dan evaluasi uji fungsi alat 160pidemiol di unit kerja; ○ Pemantauan kalibrasi alat kesehatan; ○ Respon time terhadap kendala mati listrik, mati air, telepon, dll; ○ Pemeliharaan 160pidem utilitas.
6	ARK	○ Evaluasi berkala pelayanan di masa 160pidemio Covid-19; ○ Implementasi PRMRJ.
7	AP	○ Melakukan screening nutrisi, asesmen gizi; ○ Meningkatkan kepatuhan asesmen ulang medis; ○ Monitoring dan evaluasi integrasi asesmen awal dan ulang; ○ Supervisi pelayanan laboratorium; ○ Mengirim 2 orang peserta untuk "Pelatihan Pengelolaan Pelayanan Darah bagi Teknisi Bank Darah Rumah Sakit" pada tanggal 14-25 Juni 2021; ○ Melakukan pelaporan nilai kritis laboratorium setiap bulan; ○ Monitoring dan evaluasi berkala radiologi.
8	PAP	○ Ruangan bertekanan positif di R. OK; ○ Ruangan isolasi tekanan negatif di R. Pemping 4TT; ○ Pembuatan regulasi dan revisi regulasi disesuaikan dengan pelayanan di masa 160pidemio Covid-19; ○ Implementasi regulasi secara konsisten di masa 160pidemio Covid-19, terutama terhadap perubahan regulasi yang sangat cepat; ○ Pelayanan RS di masa pandemi Covid-19 berfokus pada *patient centered care* dengan asuhan kolaboratif dan terintegrasi; ○ Sosialisasi dan edukasi kepada staf, pasien dan pengunjung terkait layanan Covid-19; ○ Keterlibatan seluruh staf PPA dan nakes lain dalam asuhan pasien;
9	PAB	○ Monitoring dan evaluasi asesmen anestesi dan bedah; ○ Implementasi informed anestesi; ○ Edukasi pemberian analgesi pasca tindakan anestesi; ○ Sosialisasi edukasi rencana operasi dan pendokumentasiannya.
10	PN	○ Implementasi program nasional; ○ Pelaporan HIV pada aplikasi SIHA online; ○ Pelaporan TB pada aplikasi http://sitb.id/sitb/app; ○ Pelaporan PPRA dan rekomendasi antibiotik bijak di masa pandemi Covid-19; ○ Pelayanan Geriatri
11	IPKP	○ Usulan Penetapan RSJMM Bogor menjadi RS Pendidikan ○ Pelaksanaan orientasi peserta didik klinis; ○ Pengukuran indikator mutu terkait penyelenggaraan pendidikan di RS.
12	SKP	○ Implementasi 6 sasaran keselamatan pasien; ○ Penerapan komunikasi efektif pada saat *handover* dengan cara memberikan informasi untuk hal-hal kritikal dan penting; ○ Melakukan RCA kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap psikiatri.
13	HPK	○ Kepatuhan implementasi informed consent; ○ Workshop internal tentang Penelitian di RS; ○ Implementasi program Komite Etik Penelitian Kesehatan.
14	MKE	○ Implementasi handover; ○ Edukasi tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan; ○ Pelatihan komunikasi efektif yang diselenggarakan oleh KARS pada PITSELNAS VI pada tanggal 05-09 April 2021; ○ Monitoring dan evaluasi edukasi terintegrasi. ○ Pelaksanaan pemberian edukasi komunikasi yang efektif.
15	PPI	○ Implementasi surveillance PPI; ○ Pelaporan program PPI;

		○ Implementasi strategi pengendalian infeksi di masa 161pidemio Covid-19; ○ Implementasi rancang ulang; ○ Pemantauan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi; ○ Implementasi penyimpanan bahan makanan kering; ○ Ruang isolasi IGD bertekanan negative; ○ Ruangan isolasi tekanan negatif di R. Pemping 4TT; ○ Pengumpulan dan analisis data berdasar epidemiologic.
16	MIRM	○ Mengusulkan ke Kemenkes RI untuk pemusnahan dokumen data dan informasi; ○ Membangun elektronik rekam medik untuk layanan IGD, Rawat jalan, Farmasi, Radiologi, dan Laboratorium; ○ Meningkatkan kepatuhan pengisian form MPP di RM; ○ Meningkatkan dan monitoring kepatuhan pengisian rekam medik oleh PPA; ○ Monev pengisian waktu dokumen RM; ○ Meningkatkan kepatuhan pengisian ringkasan pulang.

B. Kendala dan Rekomendasi

1. Pokja SKP

Kendala dan Permasalahan

1) Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (hand over) (lihat juga MKE 5). (D,W)
2) Formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (hand over) bila mungkin melibatkan pasien. (D,W)
3) Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (hand over) untuk memperbaiki proses. (D,W)

Rekomendasi

Pastikan hal hal kritikal dikomunikasikan diantara perawat pada saat pertukaran sif dan ada bukti nya dalam rekam medis pasien

2. Pokja ARK

Kendala dan Permasalahan

1) Dilakukan evaluasi terhadap pengaturan alur pasien secara berkala dan melaksanakan upaya perbaikannya. (D,O,W)
2) Informasi penting yang dimasukkan ke dalam PRMRJ diidentifikasi oleh DPJP. (R,D)
3) Proses tersebut dievaluasi untuk memenuhi kebutuhan para DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. (D,W)

Rekomendasi

1) lakukan evaluasi berkala terhadap apa yg sudah dilakukan bila tidak berhasil maka dirubah cara yg sudah dilakukan
2) implementasikan pelaksanaan PMRJM oleh masing2 DPJP harus sesui dengan kriteria pasien rawat jalan yang ditetapkandan diidentifikasi oleh DPJP
3) lakukan PMRJ minimal 3 bulan setelah dilaksanakan lakukan evaluasi apakah semua DPJP merasa terbantu dengan adanya PRMRJ

3. Pokja HPK

Kendala dan Permasalahan

1) Pasien diberi tahu bilamana persetujuan tindakan (informed consent) diperlukan dan bagaimana proses memberikan persetujuan. (D,W)
2) Pasien dijelaskan dan memahami tentang hasil yang diharapkan dari proses asuhan dan pengobatan (lihat juga ARK.2.1 EP 2 dan PAP.2.4). (D,W)
3) DPJP menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dapat dibantu staf terlatih. (D,W)
4) Ada bukti pelaksanaan tentang persetujuan khusus (informed consent) yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya. (D, W)
5) Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi subyek. (D,W)
6) Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian. (D,W)
7) Kegiatan meliputi pengawasan saat pelaksanaan penelitian (D,W)

Rekomendasi

1) Setiap pasien akan dilakukan tindakan medis berisiko inggi harus diberi informasi tentang proses memperoleh persetujuan dan diminta persetujuannnya dalam bentuk informed consent sesuai dengan regulasi yang telah dibuat
2) Pastikan DPJP menjelaskan kepada setiap pasien keluarga yang menjadi tanggung jawabnya tentang hasil yang diharapkan dari proses asuhan dan pengobatan Catat bukti pelaksanaan nya dengan lengkap dalam form edukasi terintegrasi
3) Pastikan DPJP atau staf yang terlatih agar secara konsisten sesuai regulasi menjelaskan informasi tindakan berisiko tinggi yang akan dilakukan kepada pasien dan atau keluarganya Catat bukti pelaksanaannya dalam form IC dengan lengkap
4) Pastikan setiap pasien sebelum tindakan ECT dan Restrain diminta persetujuannya dan ada bukti pelaksanaannnya dalam form informed concent dan lakukan monitoring kepatuhannya
5) Agar Komite Etik Penelitian RS segera berfungsi dan menjalankan tugas sesuai yang telah ditetapkan untuk memastikan setiap penelitian dilakukan pengawasan yang mencakup prosedur dengan mempertimbangkan faktor risiko dan mafaat bagi subyek Bukti pelaksanaan pengawasan tersebut didokumentasikan dengan lengkap
6) Agar Komite Etik Penelitian RS segera berfungsi dan menjalankan tugas sesuai yang telah ditetapkan untuk memastikan setiap penelitian dilakukan pengawasan yang mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan kemanan informasi penelitian Bukti pelaksanaan pengawasan tersebut didokumentasikan dengan lengkap
7) Pastikan dilakukan pengawasan pada saat pelaksanaan penelitian yang dilakukan oleh Komite Etik Penelitian dan pengawas lapangan Dokumentasikan hasil pengawasan tersebut dengan lengkap sebagi bukti

4. Pokja AP

Kendala dan Permasalahan

1) Pasien diskrining untuk risiko nutrisional sebagai bagian dari asesmen awal . (D,W) (lihat SKP 1 EP 4)
2) Pasien dengan risiko nutrisional dilanjutkan dengan asesmen gizi. (D,W)
3) Apabila diidentifikasi ada rasa nyeri pada asesmen awal, lakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan/frekuensi, lokasi dan lamanya. (D,W) (lihat juga PAP 6 EP 1)
4) Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh RS dan kebutuhan pasien. (D,W)
5) Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut (D,W)
6) Ada bukti asesmen ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan dengan interval sesuai regulasi RS. (D,W)
7) Ada bukti hasil asesmen awal dan asesmen ulang oleh masing-masing PPA diintegrasikan. (D,W)
8) Ada bukti hasil asesmen dianalisis untuk membuat rencana asuhan. (D,W)
9) Berdasarkan hasil asesmen dan rencana asuhan PPA lainnya, DPJP mengintegrasikan rencana asuhan dan tindak lanjutnya. (lihat PAP 2.1, PAP 5) (D,W)
10) Ada pelaksanaan supervisi pelayanan laboratorium di RS. (D,W)
11) Ada bukti pelaksanaan evaluasi dan tindak lanjut terhadap seluruh proses, agar memenuhi ketentuan serta dimodifikasi sesuai kebutuhan. (D,W)
12) Ada bukti pelaksanaan program kendali mutu. (D,W)
13) Terhadap kegiatan a) sampai dengan h) dalam Maksud dan tujuan dilakukan evaluasi berkala dan tindak lanjut (D,W)

Rekomendasi

1) Tingkatkan kepatuhan pencatatan hasil skrining termasuk jika tak ada resiko nutrisi
2) Laksanakan asesmen gizi di setiap asien yang terdeteksi ada resiko nutrisi diasesmen awal
3) Form asesmen nyeri lanjutan agar dapat diisi dan dilaksankan sesuai regulasinya
4) Sosialisasikan kembali Panduan menejemn nyeri termasuk identifikasi dan tata pelayanan dan asuhannya Form Asesmen nyeri lanjutan agar dapat diisi yang akan dijadikan parameter tindak lebih lanjut
5) Pahami bahwa kewenangan DPJP itu paripurna hindari pendelegasian dan laksanakan verifikasi kolaborasi dgn konsisten
6) Tingkatkan pemahamam asuhan terintegrasi dan laksanakan asesmen ulang sesuai regulasinya
7) Tingkatkan pemahaman dan kepatuhan pengintegrasian asuhan di fase asesmen awal dengan DPJP wajib memverifikasi rencana asuhan PPA lainnya
8) Sosialisasikan kembali Regulasi Pelayanan dan asuhan terintegrasi

laksanakan dan buat monevnya

9) Tingkatkan kepatuhan pengintegrasian asuhan di asesmen awal oleh DPJP dan pertahankan kepatuhan pengintegrasian di asesmen ulang
10) Perhatikan dan pahami uraian tugas staf Lab sempurnakan Checklist dgn mencatatkan siapa yg disupervisi dan yang mensupervisi serta kewenangan yang disupervisi sertakan evaluasi sehingga ybs tdk lagi disupervisi pada waktunya 3 atau 6 bulan
11) Revisi SPO pelaporan Nilai Kritis ke DPJP yang meminta bukan ke perawat ruangan dn tingaktkan pemahaman dan monev pelaporanannya terkait sebagai Indikator Mutu Nasional
12) Lengkapi subprogram kendali mutu Pelayanan Darah RS disesuaikan dengan kemampuan RS yaitu pengambilan pendistribusian dan pemusnahan darah
13) Laksanakan monev berkala bisa triwulan semester

5. Pokja PAP

Kendala dan Permasalahan

1) Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien immuno- suppressed sesuai dengan regulasi. (D,W).
2) Pasien dan keluarga diberikan edukasi tentang pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien, dan keluarga. (D,W)
3) Hasil asesmen menentukan asuhan dan layanan yang diberikan. (D,W)
4) Asuhan dalam tahap terminal memperhatikan rasa nyeri pasien. (lihat juga HPK 2.2). (D,W)
5) Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan upaya mengatasi rasa nyeri pasien (lihat juga HPK 2.2). (D,W)

Rekomendasi

1) Untuk asuhan ps risiko tinggi immunosuppresed harus sesuai regulasi mengacu ke PPI ruangan harus bertekanan positif
2) Sebaiknya menggunakan form kosong sehingga jelas edukasi apa yg akan diberikan dan menggunakan alat bantu apa ketika menjelaskan kepada ps dan kel ps
3) Walaupun asuhan diberikan kepada ps yg dalam tahap terminal ada tetapi harus ada juga asesmen awal dan asesmen ulang sebagai landasan asuhan
4) sebaiknya ps di skrining untuk mengetahui nyerinya
5) untuk melakukan pelayanan nyeri sebelumnya ps diskrining dulu untuk mengetahui skala berapa krn pelayanan nyeri berdasarkan skalanya

6. Pokja PAB

Kendala dan Permasalahan

1) Pasien dan keluarga atau pihak lain yangg berwenang diberi edukasi tentang pemberian analgesi pasca tindakan sedasi. (D,W)
2) Pasien dan atau keluarga atau pihak lain yg berwenang diberi edukasi tentang pemberian analgesi pasca tindakan anestesi. (D,W)
3) Pasien, keluarga dan mereka yg memutuskan diberi edukasi ttg risiko, manfaat, komplikasi, dampak dan alternatif prosedur/teknik terkait rencana operasi. (D,W)

4) Edukasi memuat kebutuhan, risiko, manfaat dan alternatif penggunaan darah dan produk darah (D,W)
5) Edukasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan dicatat pada bagian pemberian informasi dalam form persetujuan tindakan kedokteran (D,W)

Rekomendasi

1) Pastikan saat pemberian edukasi tentang persetujuan tindakan medik dr Anestesi sekaligus menjelaskan pemberian analgesi pasca tindakan anestesi
2) Pastikan DPJP selalu melakuan pemberian edukasi tentang pemberian analgesi paska tindakan dan mendokumentasikan
3) Sosialisasikan lebih lanjut bahwa DPJP harus melakuan pemberian edukasi sendiri dan tidak boleh diwakilkan
4) Sosialisasikan lebih lanjut bahwa DPJP harus melakuan pemberian edukasi sendiri dan tidak boleh diwakilkan
5) Sosialisasikan lebih lanjut bahwa DPJP harus melakuan pemberian informasi sendiri mendokumentasikan dalam Rekam Medis

7. Pokja PKPO
Kendala dan Permasalahan

1) Ada bukti pelaksanaan apoteker melakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah unit pelayanan, dan sebelum pulang. (D,W)
2) Ada bukti pelaksanaan daftar tersebut di atas disimpan dalam rekam medis pasien dan menyertai pasien ketika pasien dipindahkan. Salinan daftar resep obat pulang kepada pasien. (D)(lihat ARK 4.2 EP 4)
3) Ada regulasi penyiapan dan penyerahan obat yang sesuai dengan peraturan perundang- undangan dan praktik profesi. (R)
4) Ada bukti pencampuran obat intravena, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik dilakukan sesuai dengan praktik profesi (O,W)
5) Ada bukti pelaksanaan pemantauan terapi obat. (D,W)
6) Ada bukti pemantauan efek samping obat dan pelaporannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

Rekomendasi

1) Lakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien datang pindah ruangan dan pulang selama 24 jam perbaiki form yang ada
2) lengkapi Formulir pemberian obat selama di ranap disertakan ke pasien saat pasien pulang
3) Buat regulasi penyiapan dan penyerahan obat dibawah tanggung jawab Apoteker termasuk penyiapan obat high concentrate
4) Laksanakan pencampuran dan pengemasan sesuai dengan praktik profesi Apoteker
5) laksanakan tugas Apoteker melakukan visitasi untuk melaksanakan pemantauan terapi obat
6) Laksanakan tugas Apoteker melakukan visitasi untuk melaksanakan pemantauan efek samping obat PTO dan ESO

8. Pokja MKE

Kendala dan Permasalahan

1) Terdapat bukti dokumentasi pada proses serah terima (hand over). (D,W) (lihat juga SKP.2.2)
2) Terdapat bukti pasien dijelaskan tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan. (D,W) (Lihat juga PAP.2.4 dan HPK 2.1)
3) Profesional pemberi asuhan (PPA) harus menyediakan waktu yang adekuat dalam memberikan edukasi (W)

Rekomendasi

1) Pastikan hal hal yang kritikal pasien diserah terimakan pada waktu transfer rujukan dan antar sif serta didokumentasikan dengan lengkap dalam form
2) Pastikan DPJP menjelaskan kepada setiap pasien keluarga yang menjadi tanggung jawabnya tentang hasil yang diharapkan dari proses asuhan dan pengobatan Catat bukti pelaksanaan nya dengan lengkap dalam form edukasi terintegrasi
3) Tingkatkan pemahaman semua PPA melalui pelatihan tentang proses pelaksanaan pemberian edukasi komunikasi yang efektif agar mereka dapat melaksanakan pemberian edukasi dengan baik sehingga materi edukasi yang disampaikan dipahami oleh keluarga

9. Pokja PMKP

Kendala dan Permasalahan

1) Direktur rumah sakit dan komite/tim PMKP melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data. (D,W)
2) Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya perbaikan variasi dalam lima fokus area pada pemberian pelayanan. (D,W)
3) Pimpinan unit kerja melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasarkan hasil capaian indikator mutu (D,W)
4) Komite/Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya telah mengumpulkan dan menganalisis data program PMKP prioritas yang meliputi a) sampai dengan d) yang ada di maksud dan tujuan (lihat PMKP 5) (D,W)
5) Tersedia data yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan (Lihat juga TKRS 11, EP 2) (D,W)
6) Ada bukti perubahan-perubahan regulasi yang diperlukan dalam membuat rencana , melaksanakan dan mempertahankan perbaikan (D,W)
7) Keberhasilan-keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP (D,W)

Rekomendasi

1) Mohon dilengkapi bukti dokumen supervisi atas proses atau progres pengumpulan data oleh Komite PMKP dan Dirut Agar terlebih dahulu direview dan atau direvisi formulir check list nya dan pastikan isinya lebih spesifik fokus pada pengumpulan data
2) Agar monev tingkat kepatuhan DPJP pada 5 PPK pelayanan prioritas dilengkapi Pastikan bahwa hasilnya dianalisis dengan benar lebih spesifik tepat guna sehingga akan tergambar adanya perbaikan variasi dalam

lima fokus area pada pemberian pelayanan

3) Agar supervisi kepala unit dilakukan lebih terfokus jelas spesifik terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan yang terkait unitnya serta dilakukan upaya perbaikan mutu berdasarkan capaian indikator mutu di unitnya
4) Mohon dicheck kembali data yang dikumpulkan di lapangan sejak pengumpulan data sampai analisisnya Pastikan bahwa analisis yang dilakukan lebih tepat dan spesifik serta dielaborasi secara lebih tepat guna untuk mengarahkan pada rekomendasi perbaikan mutu
5) Agar tahapan PDSA dapat dideskripsikan lebih baik lagi dari segi metodologinya sejak uji coba sampai implementasi sehingga tersedia data dan hasil analisisnya yang dapat menggambarkan kesinambungan perbaikan di tingkat implementasi sistem
6) Agar hasil implementasi peningkatan mutu design atau redesign dalam sistem dapat berupa perubahan dalam regulasi misalnya perubahan kebijakan dalam membuat rencana melaksanakan dan mempertahankan perbaikan Artinya perbaikan bersifat sistemik
7) Mohon agar didokumentasikan semua perubahan yang diterapkan dari hasil pelaksanaan PDSA yang lebih tepat

10. Pokja PPI

Kendala dan Permasalahan

1) Rumah sakit mempunyai sistem informasi untuk mendukung program PPI, khususnya terkait dengan data dan analisis angka infeksi. (D,O,W)
2) Ada bukti pelaksanaan program PPI untuk menurunkan risiko tertular infeksi pada pasien. (D,O,W,S)
3) Ada bukti pelaksanaan strategi pengendalian infeksi berdasar atas prioritas untuk menurunkan tingkat infeksi. (D,W)
4) Ada bukti rumah sakit telah melaksanakan rancang ulang yang ada di EP 2 (D,W)
5) Rumah sakit melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi. (D,O,W,S)
6) Rumah sakit mengoordinasikan pelayanan sterilisasi dan disinfeksi di luar pusat sterilisasi. (D,O,W)
7) Ada bukti pelaksanaan penyimpanan makanan, bahan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi. (O,W)
8) Penempatan dan transfer pasien airborne diseases sesuai dengan peraturan perundang- undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya. (O,W)
9) Ada bukti data dikumpulkan dan dianalisis untuk mendukung kegiatan PPI termasuk data infeksi berdasar atas epidemiologik penting dimonitor dan didokumentasikan (lihat PPI 6 EP 2 dan EP 3). (D,W)

Rekomendasi

1) Tingkatkan penggunaan SIMRS untuk mendukung program PPI khususnya terkait dengan pengolahan data dan analisis angka infeksi untuk seluruh unit terkait yang ada pengumpulan data surveilance
2) Buat laporan pelaksanaan program PPI secara lengkap koordinasikan

dengan Komite PPRA terkait pengawasan terhadap penggunaan antimikroba Lakukan tindak lanjut hasil anal swab petugas penjamah makanan dan swab alat makan untuk mencegah penularan pada pasien Koordinasikan pemeriksaan air RO di unit HD dan buat rencana tindak lanjut terhadap hasil yang tidak sesuai standar

3) 1 Tingkatkan pelaksanakan strategi pengendalian infeksi berdasar atas prioritas sesuai dengan EP 2 diantaranya pelaksanaan strategi pengendalian infeksi dengan pencampuran semua obat injeksi dilakukan di LAF Instalasi Farmasi Termasuk pelaksanaan strategi pencegahan dan penanganan pasien psikiatri skabies dan pedikulosis 2 Libatkan seluruh pimpinan unit kerja dalam mendukung keberhasilan penurunan tingkat infeksi seperti Kabid Kasi Ka Inst Kep ru IPCLN dan IPCN 3 Kumpulkan bukti bukti kegiatan berupa dokumen pencatatan dan pelaporan dokumen rapat Undangan daftar hadir Notulen rapat dan foto foto kegiatan
4) Laksanaan rancang ulang yang sudah dibuat sebagai tindak lanjut dari EP 2 seperti pencampuran obat secara steril dalam LAF oleh petugas yang kompeten pencgahan dan penanganan skabies dan pedikulosis
5) Laksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi pada prosedur yang berisiko infeksi dengan melaksanakan pencampuran obat sesuai prinsip prinsip PPI yaitu dilakukan dalam LAF di Instalasi Farmasi oleh Apoteker sesuai strategi yang dibuat
6) 1 Lakukan koordinasi dan monitoring terhadap proses disinfeksi di unit pelayanan Kamar bersalin dan HD secara berkala dan buat laporan hasil monitoring 2 Sediakan bukti koordinasi bisa dalam bentuk rapat siapkan bukti dokumentasi UMAN undangan materi rapat absensi dan notulen
7) 1 Laksanakan penyimpanan bahan makanan kering sesuai prinsip PPI yaitu beri jarak minimal 15 cm antara rak bahan makanan ke dinding 2 Tutup lobang terbuka pada saluran air yang ada pada area pengolahan makanan untuk mencegah masuknya vektor
8) Siapkan ruang isolasi di IGD bertekanan negatif dan atur alur transfer pasien sesuai prinsip PPPI
9) Laksanakan pengumpulan data dan analisis termasuk data infeksi berdasar atas epidemiologik penting yang dimonitor dan didokumentasikan

10. Pokja TKRS

Kendala dan Permasalahan

1) Kepala bidang/kepala divisi klinis dan manajemen ikut berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dengan menindaklanjuti hasil analisis informasi mutu pelayanan yang yang dilaksanakan melalui kontrak/pihak ketiga. (D,W)
2) Kepala bidang/divisi telah melakukan evaluasi mutu dan keselamatan pasien terhadap hasil dari pengadaan dan penggunaan teknologi medik serta obat menggunakan indikator mutu dan laporan insiden keselamatan pasien. (D,W)
3) Ada bukti bahwa setiap tahun, panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol dipilih sesuai regulasi. (D,W)
4) Ada bukti bahwa Komite Medik telah melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinik, alur dan atau protokol klinis sehingga

berhasil menekan terjadinya keberagaman proses dan hasil. (D,W)

5) Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasikan dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima. (D,O,W)
6) Direktur rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (seperti bahan pustaka dan laporan) yang terkait dengan budaya keselamatan Rumah Sakit bagi semua individu yang bekerja dalam Rumah Sakit. (D,O,W)
7) Direktur Rumah Sakit menjelaskan bagaimana masalah terkait budaya keselamatan dalam Rumah Sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan. (W)
8) Direktur rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam Rumah Sakit.(D,O,W)
9) Sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses oleh fihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam RS telah disediakan (O, W)
10) Semua laporan terkait budaya keselamatan rumah sakit telah di investigasi secara tepat waktu. (D,W)
11) Ada bukti bahwa identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya telah dilaksanakan. (D,W)

Rekomendasi

1) Disarankan agar tindak lanjut atas hasil analisis data mutu indikator pelayanan yang dikontrakkan oleh para kepala bidang unit pelayanan atau unit kerja yang terkait dengan kontraknya dilengkapi pendokumentasiannya dan dijadikan pertimbangan untuk misalnya perpanjangan kontrak
2) Agar evaluasi data indikator mutu dari pengelolaan pengadaan dan penggunaan alat baru misalnya ECT direview dan atau direvisi sesuai kebutuhan Pastikan bahwa pendekatan PDSAnya dilakukan dengan lebih tepat yaitu terhadap upaya perbaikan yang direkomendasikan dan sesuai dengan hasil analisis yang lebih spesifik
3) Mohon agar setiap Ketua Kelompok Staf Medis setiap tahun memilih dan melengkapi paling sedikit 5 panduan praktik klinis alur klinis atau protokol untuk diimplementasikan dan dievaluasi di unit pelayanan
4) Agar ditingkatkan pelaksanaan monitoring dan evaluasi tingkat kepatukan DPJP untuk semua PPK
5) Agar dilengkapi pendokumentasian perilaku yang tidak dapat diterima dan tindak lanjut upaya perbaikannya
6) Mohon ditingkatkan pelatihan budaya keselamatan Lengkapi referensi tentang budaya keselamatan yang mudah diakses oleh semua individu yang bekerja dalam rumah sakit ini
7) Agar dapat ditingkatkan pemahaman dan identifikasi serta upaya upaya pengendalian budaya keselamatan di RS khususnya dalam membedakan antara insiden keselamatan pasien etik pegawai dan budaya keselamatan
8) Disarankan agar RS meningkatkan sumberdaya yang lebih memadai berupa anggaran SDM terlatih serta anggaran untuk mendukung dan mendorong terciptanya budaya keselamatan di RS
9) Pelaksanaan sistem pelaporan yang rahasia dan lebih sederhana agar ditingkatkan benar benar difahami oleh staf yang melaksanakannya

10) Agar ditingkatkan pelaksanaan dan pendokumentasian yang tepat atas investigasi yang dilakukan kalau ada kejadian atau pelaporan
11) Agar dilengkapi identifikasi risiko dan dokumentasikan upaya upaya perbaikan terhadap perilaku yang membahayakan asuhan atau pelayanan

10. Pokja MFK

Kendala dan Permasalahan

1) RS telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)
2) RS mengambil tindakan berdasarkan hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi dan renovasi. (D,O,W)
3) RS memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan (lihat juga MFK 3). (D,O,W)
4) RS mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang bisa menyebabkan terjadinya risiko yang signifikan. (D,W)
5) Seluruh program, atau setidaknya elemen- elemen kritis program dari c) hingga h) di maksud dan tujuan MFK 6 disimulasikan setiap tahun. (D, W)
6) Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (upgrade) teknologi medis, peralatan, sistem dan menurunkan risiko di lingkungan. (D,O,W)
7) Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.(D,W,S)

Rekomendasi

1) lengkapi semua fasilitas yang aman dan disediakan oleh RS ada SPO pencegahan risiko kekerasan yang mungkin terjadi dan ramah geriatri
2) Laksanakan rencana tindak lanjut dari asesmen risiko dan tindakan pencegahannya sesuai hasil analisis
3) lengkapi bukti ceklis monitoring pada saat kontraktor bekerja Lengkapi dengan tanggal dan jam waktu monitoring dan didokumentasikan
4) Agar RS melakukan identifikasi bencana eksternal sesuai dengan yang diminta MFK 6 ep 2
5) Lakukan simulasi pada bencana internal dan eksternal
6) Lengkapi Analisa dan laksanakan tindak lanjut menurunkan risiko fasilitas sesuai dengan insiden kecelakaan yang terjadi
7) Agar diselenggarakan pelatihan internal terkait peningkatan pengetahuan staf dalam pemeliharaan sistem utilitas

11. Pokja KKS

Kendala dan Permasalahan

1) Pendidikan dan pelatihan dilaksanakan sesuai program. (D,W)
2) Staf rumah sakit diberi pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di dalam dan di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya. (D,W)
3) Rumah sakit menyediakan waktu, anggaran dan fasilitas untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang

diperlukan. (D,W)

4) Rumah sakit mengidentifikasi area yang berpotensi terjadinya kekerasan di tempat kerja dan melaksanakan upaya-upaya terukur untuk mengurangi risiko tersebut. (D,O,W)
5) Rumah sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling dan melaksanakan tindak lanjut terhadap staf yang cedera akibat kekerasan di tempat kerja. (D,W)
6) Kejadian staf terpapar infeksi dan mengalami kekerasan dicatat dan didokumentasikan. (D,W)
7) Bila ada temuan yang berdampak terhadap pemberian kewenangan staf klinis, ada proses untuk tindak lanjut terhadap temuan dan tindakan tersebut didokumentasi dalam file staf medis dan disampaikan ke tempat staf medis memberikan pelayanan. (D,W)

Rekomendasi

1) Laksanakan seluruh kegiatan programdiklat SDM 2019 Lengkapi laporan kegiatan pelaksanaannya
2) Tingkatkan kesempatan staf untuk pendidikan berkelanjutan Laksanakan semua kegiatan sesuai program yang dibuat
3) Tingkatkan kesempatan staf untuk mengikuti diklat minimal mencapai standar SPM 60 staf RS telah mengikuti diklat 20 jam perorang pertahun dan staf yang bekerja diunit kritis TNA lebih dari 20 jam
4) lengkapi dan Laksanakan mapping risiko area yang berpotensi kekerasan di tempat kerja laksanakan upaya untuk mengurangi risiko tersebut
5) Laksanakan pendokumentasikan evaluasi pelaksanaan tindak lanjut terhadap kekerasan
6) Laksanakan pendokumentasikan semua kejadian staf yang terpapar infeksi dan mengalami kekerasan
7) Laksanakan temuan yang berdampak terhadap pemberian kewenangan staf klinis ada proses untuk tindak lanjut terhadap temuan dan tindakan tersebut didokumentasi dalam file staf medis dan disampaikan ke tempat staf medis memberikan pelayanan

12. Pokja MIRM

Kendala dan Permasalahan

1) Proses perencanaan kebutuhan informasi melibatkan a) sampai dengan c) sesuai dengan maksud dan tujuan. (D,W)
2) Dokumen, data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan (D,W)
3) Aktivitas manajer pelayanan pasien dicatat dalam rekam medis. (MPP) (D,O)
4) Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar dari unit pelayanan gawat darurat. (D,O)
5) Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (status present) saat akan pulang rumah sakit. (D,W)

Rekomendasi

1) Libatkan pihak luar yang terkait pelayanan dalam membuat perencanaan kebutuhan informasi Lengkapi bukti keterlibatan dalam bentuk undangan materi absensi dan notulen

2) Laksanakan pemusnahan dokumen data dan informasi dalam bentuk berkas setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai peraturan perundangan
3) Tingkatkan aktivitas MPP pada pasien yang masuk kriteria yang perlu ditangani oleh MPP dan dokumentasikan bukti aktivitas MPP dalam form A dan form B yang ada dalam berkas RM pasien
4) Tingkatkan konsistensi pengisian waktu keluar pasien dari unit pelayanan gawat darurat dalam rekam medis pasien gawat darurat dan lakukan monev pelaksanaanya
5) Lengkapi ringkasan pulang yang memuat kondisi kesehatan pasien atau status present saat akan pulang yang berisi antara lain keadaan umum TTV pemeriksaan fisik catatan hal penting.

13. Pokja PN

Kendala dan Permasalahan

1) Ada bukti pelaksanaan program tim PONEK. (D,W)
2) Ada bukti kegiatan organisasi yang meliputi a) sampai dengan d) di maksud dan tujuan. (D,W)
3) Ada evaluasi dan laporan kegiatan pelayanan. (D,W)

Rekomendasi

1) Lakukan program sesuai dengan Program Ponek lakukan aevaluasi program untuk perencanaan selanjutnya
2) Lakukan dan buat program sesuai dengan maksud dan tujuan a kegiatan sosialisasi dan pelatihan staf tenaga kesehatan tentang pengendalian resistensi antimikroba b surveilans pola penggunaan antibiotik di RS termasuklaporan pelaksanaan pengendalian antibiotik c surveilans pola resistensi antimikroba d forum kajian penyakit infeksi terintegrasi
3) Lengkapi evaluasi kegiatan riil dan buat laporan dan sampaikan kepada yang berwenang dengan menggunakan buku expedisi

14. Pokja IPKP

Kendala dan Permasalahan

1) Ada penetapan rumah sakit pendidikan yang masih berlaku. (D)
2) Ada bukti pelaksanaan dan sertifikat program orientasi peserta pendidikan klinis. (D,W)

Rekomendasi

1) Segera tindak lanjuti Penyelesaian Penetapan RSMM sebagai RS Pendidikan oleh Kemenkes
2) Agar pelaksanaan orientasi peserta didik klinis dapat lebih di tingkatkan

5.7 Upaya Pembangunan Zona Integritas Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)

A. Kondisi yang dicapai

Reformasi birokrasi merupakan salah satu langkah awal untuk melakukan penataan terhadap sistem penyelenggaraan pemerintah yang baik, efektif dan efisien, sehingga dapat melayani masyarakat secara cepat, tepat dan professional. Dalam melaksanakan reformasi birokrasi banyak kendala yang dihadapi, antara lain adalah penyalahgunaan wewenang, praktek KKN, dan lemahnya pengawasan.

Salah satu upaya pencegahan untuk mengurangi terjadinya tindak pidana korupsi adalah dengan cara mewujudkan zona integritas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PAN&RB nomor 52 tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani di Lingkungan Instansi Pemerintah. Untuk menuju terbentuknya WBK, maka terlebih dahulu perlu dibangun Zona Integritas di RSJMM Bogor.

RSJMM Bogor melakukan berbagai upaya untuk meraih WBK dan WBBM, antara lain:

1. Penetapan regulasi berupa kebijakan, Standar Prosedur Operasional (SPO), *Clinical Pathway (CP)*, revisi *Hospital By Laws (HBL)*, dll;
2. Pengembangan Sistem Informasi Kinerja (e-Kin) untuk menilai kinerja pegawai;
3. Pembentukan Tim Zona Integritas Menuju WBK dan WBBM;
4. Pembentukan Unit Pengendalian Gratifikasi;
5. Pelaporan *self assessment* PAN RB dan Pelaporan Pokja Pengawasan tahun 2020 ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI;
6. Pendampingan dan sosialisasi oleh Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI terkait pembangunan ZI, pemenuhan elemen penilaian, SPIP, PIPK, dll;

7. Pencanangan zona integritas yang telah ditandatangani oleh Direktur Utama, Para Direktur Teknis, Dewan Pengawas RS, dan seluruh pegawai RSJMM Bogor pada bulan November 2021;
8. Bimbingan teknis dan evaluasi self assessment kegiatan Pembangunan Zona Integritas Menuju WBK dan WBBM oleh Inspektorat jenderal Kementerian Kesehatan RI pada bulan Maret 2021;
9. Melakukan review SPO;
10. Penilaian akuntabilitas kinerja RSJMM Bogor
11. Membuat maklumat pelayanan sesuai dengan standar mutu RS;
12. Mengikuti seminar atau bimbingan melalui zoominar tentang pemenuhan dokumen WBK dan WBBM.

Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah membentuk Tim Pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi(WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Tim Pembangunan Zona Integritas ini meliputi 5 Kelompok Kerja yaitu Manajemen Perubahan, Penataan Tatalaksana, Penataan Sistim Manajemen SDM, Penguatan Akuntabilitas, Penguatan Pengawasan, Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik.

Pada tanggal 27-29 Desember 2021 telah dilakukan penilaian atau self assessment oleh Asesor dari Kementerian Kesehatan terhadap Pembangunan ZI Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan mendapatkan nilai 78. Adapun hasil penilaian Zona Integritas dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 5.43. Hasil Penilaian Zona Integritas RSJMM Bogor Tahun 2021

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%***

A. Kondisi yang Dicapai

1. 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) Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor; (2). Telah disusunnya Rencana Kerja Pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang terdiri dari penanggungjawab, ketua, sekretaris, sekretariat, dan anggota tim; (3). Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga sudah membentuk tim agen perubahan sejak tahun 2019; (4). Tim agen perubahan ini terdiri dari para pimpinan dilingkungan Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, yakni Direktur Utama, Para Direktur, Pejabat Fungsional dan Pejabat Pelaksana di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

2. 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 programdan kegiatan tersebut adalah: (1) Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) RSJMM Bogor yang telah disahkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tahun

2015. SOP Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor memuat tentang 1823 SOP Bagian –Bagian yang ada di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor; (2). Terdapat e-office; (3). serta sudah menjalankan keterbukaan informasi publik melalui websi www.rsmmbogor.com, sehingga masyarakat bisa mengetahui berbagai informasi terkait Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.; (4). Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah mempunyai Standar Pelayanan Minimal. Standar pelayanan minimal ini sudah direview dan sudah disusun draft Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

3. 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 Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor; (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.

4. 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. Beberapa program dan kegiatan tersebut adalah: (1) pimpinan Rumah

Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor terlibat secara langsung dalam penyusunan Perencanaan seperti penyusunan RKAKL, RKT, Rencana Strategis Bisnis (RSB), Rencana Induk Pengembangan (RIP). (2). Pimpinan Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga terlibat secara langsung dalam penyusunan penetapan kinerja. (3). Pimpinan Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah melakukan penilaian pencapaian kinerja secara berkala. (4) Telah 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 kauntabilitas kinerja di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dilakukan oleh orang yang kompeten di bidangnya.

5. 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) Untuk mengendalikan gratifikasi Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah melakukan public campaign Gratifikasi, yakni melalui website Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor di www.rsmmbogor.com dan banner. Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga telah membuat laporan pelaksanaan Gratifikasi di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. (2) Penerapan Sistem Pengawasan Internal Pemerintah.Hingga bulan Mei 2017, Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sudah membuat draft Sistem Pengawasan Internal Pemerintah. Pembahasan ini sudah dilakukan di satuan Pengawas Internal Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Akan tetapi karena suatu hal, Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor belum melakukan sosialisasi kepada semua pimpinan dan staf, serta unit yang ada di lingkungan Rumah Sakit Jiwa dr. H.

Marzoeki Mahdi Bogor. (3) Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah melakukan Sosialisasi Pengaduan Masyarakat (Dumas). Ada beberapa pengaduan masyarakat yang masuk. Selanjutya pengaduan masyarakat tersebut sudah ditindaklanjuti. (4) Sejak tahun 2016, RSJMM Sudah mempunyai WBS. Akan tetapi belum ada yang mengisi WBS di lingkungan Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor melalui Sistem Pengawasan Internal (SPI) RSJMM, telah melakukan Monitoring dan Evaluasi pada Triwulan 1. Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah melakukan berbagai kegiatan terkait program Pengaduan Masyarakat (Dumas) dan WBS. Pada bulan Januari hingga Maret 2017, RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, melalui kegiatan SPI RSJMM, telah melakukan perencanaan dalam program kerja SPI untuk mendukung Pembangunan Zona Integritas RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. perencanaan tersebut adalah: (1). Penyusunan Pedoman Pengaduan Masyarakat dan WBS RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor; (2) Penetapan Pedoman Pengaduan Masyarakat dan WBS RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. (3). Perihal Pengaduan Masyarakat dan WBS, RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Telah melakukan perencanaan sosialisasi dan penanganan Pengaduan Masyarakat dan WBS; Telah menghimpun bahan pedoman Penanganan Pengaduan Masyarakat dan WBS; Tidak ada Pengaduan Masyarakat secara umum maupun yang spesifik dalam kategori WBS; Belum dilakukan penyusunan Pedoman Pengaduan Masyarakat dan WBS; Belum dilakukan sosialisasi. (4) RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah menerapkan kebijakan penanganan benturan kepentingan. Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga telah menerapkan penanganan benturan kepentingan. Hal ini terlihat dari laporan beberapa kasus yang masuk ke SPI Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga menerapkan penanganan benturan kepentingan ini juga terlihat dengan adanya kebijakan tentang pengadaan barang dan jasa di RSJMM Bogor. RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga telah melakukan

identifikasi/ pemetaan benturan kepentingan dalam tugas fungsi utama. penanganan benturan kepentingan juga telah disosialisasikan di lingkungan RS Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

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

B. Kendala dan Permasalahan

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

a. Manajemen Perubahan
   - Kurang tertibnya pendokumentasian kegiatan Manajemen Perubahan di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

b. Penataan Tatalaksana
   - Kurangnya koordinasi untuk melakukan review SOP AP RSJMM Bogor secara terintegrasi.
   - Lemahnya koordinasi pihak-pihak terkait untuk menyelesaikan masalah penyelesaian dan pengajuan SPM RSJMM 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
   - Kurangnya sosialisasi program Pengaduan Masyarakat (Dumas) dan *Whistle Blowing System* (WBS) RSJMM Bogor.

C. Rekomendasi

1. Menindaklanjuti pemecahan masalah sesuai arahan asesor dari Kementerian Kesehatan
2. Pelaksanaan bimbingan, self assessment dan penilaian TPI (Tahun 2022)
3. Persiapan dan usulan penilaian TPN (Tahun 2023)
4. Pencanangan WBBM di tahun 2024

BAB VI
PENUTUP

Pencapaian kinerja RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor TA 2021 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 RSJMM Bogor Tahun 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja.

Keberhasilan atas pencapaian kinerja TA 2021 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.

6.1 Kesimpulan

Pencapaian kinerja Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2021 merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai RSB RSJMM Bogor periode 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja.

Secara umum pencapaian kinerja tahun 2021 dari 12 sasaran strategis dan 18 indikator kinerja utama yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2021, sudah mencapai target yaitu 17 indikator atau tercapai 94,44%. Indikator yang belum tercapai adalah pelatihan yang tersertifikasi. Keberhasilan atas pencapaian kinerja tahun 2021 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.

6.2 Rekomendasi

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