



LAPORAN TAHUNAN

RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR



2016

KATA PENGANTAR



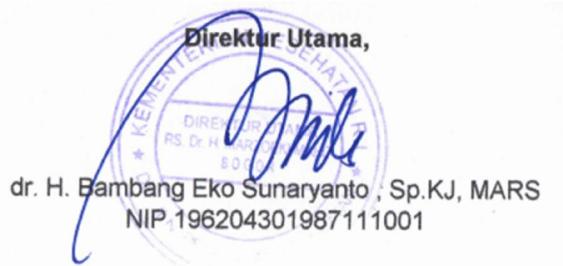
Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Tahunan RS dr. H. Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor Tahun 2016 ini dapat terselesaikan.

Laporan ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja RS dr. H. Marzoeki Mahdi dan merupakan pertanggungjawaban mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan di RS dr. H. Marzoeki Mahdi. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mengenai pelaksanaantugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Januari – Desember tahun 2016.

Diharapkan dengan adanya laporan ini, RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor agar mendapatkan umpan balik(*feed back*) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi yang obyektif dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk perbaikan kinerja RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang akan datang.

Bogor, Januari 2017



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I: PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	2
1.3 Sistematika Penulisan	3
BAB II: ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	5
2.1 Hambatan Tahun Lalu	5
2.2 Kelembagaan	5
2.2.1 Struktur Organisasi.....	5
2.2.2 Tugas dan Fungsi.....	8
2.2.2.1 Tugas	8
2.2.2.2 Fungsi	9
2.3 Sumber Daya	9
2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM).....	9
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	15
BAB III: TUJUAN DAN SASARAN KERJA	17
3.1 Dasar Hukum	17
3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator.....	18
3.2.1 Tujuan	18
3.2.2 Sasaran dan Indikator	19
BAB IV: STRATEGI PELAKSANAAN	23
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	23
4.2 Hambatan dalam pelaksanaan Strategi	24
4.3 Upaya Tindak Lanjut	24
BAB V: HASIL KERJA	25
5.1 Pencapaian Tujuan dan Sasaran	25
5.1.1 Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB 2016	25
5.1.1.1 Perspektif Stakeholder/Customer.....	27
5.1.1.2 Perspektif Broses Bisnis Internal.....	37
5.1.1.3 Perspektif Finansial.....	44
5.1.1.4 Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	46
5.1.2 Pencapaian Indikator BLU 2016	55
5.2 Pencapaian Kinerja Rumah Sakit	57
5.2.1 Pencapaian Kinerja Program Unggulan:	
Rehabilitasi Psikososial	57
5.2.2 Pencapaian Kinerja Promotif dan Preventif	63
5.2.3 Pencapaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM)	69
5.2.4 Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut).....	86
5.2.5 Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Terpilih (IKT).....	89

5.2.6	Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Prioritas	90
5.2.7	Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	94
5.2.8	Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien	96
5.2.9	Pencapaian Kinerja Unit Kerja Rumah Sakit.....	97
5.2.9.1	Pencapaian Kinerja IGD.....	97
5.2.9.2	Pencapaian Kinerja Rawat Jalan.....	99
5.2.9.3	Pencapaian Kinerja Rawat Inap	104
5.2.9.4	Pencapaian Kinerja Instalasi Laboratorium	109
5.2.9.5	Pencapaian Kinerja Instalasi Farmasi	110
5.2.9.6	Pencapaian Kinerja Instalasi Gizi	111
5.3	Realisasi Anggaran	112
5.3.1	Pendapatan.....	112
5.3.2	Belanja	113
5.3.3	Belanja Pegawai.....	114
5.3.4	Belanja Barang.....	115
5.3.5	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	116
5.3.6	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	116
5.3.7	Belanja Modal Lainnya	116
	BAB VI: PENUTUP	117
	LAMPIRAN	iii

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebuah 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 praktik bisnis yang sehat. Salah satu jenis BLU diantaranya rumah sakit yang berperan sebagai ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

Rumah sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor (RSMM Bogor) berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 tentang Penetapan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada Kementerian Kesehatan RI sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) disusul dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan 15 (Lima Belas) Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI dengan menerapkan PPK-BLU.

Merujuk pada penjelasan diatas, RSMM Bogor sebagai organisasi pemerintah yang mengalami perubahan menjadi 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.

Sebagai rumah sakit yang mendambakan tata pemerintahan yang baik (*good governance*) serta dapat mengelola praktik bisnis rumah sakit yang sehat, RSMM Bogor telah mengupayakan peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Hal ini dilakukan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum terutama aspek pelayanan kesehatan dan berupaya untuk meraih predikat Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) di tahun 2016 dengan melakukan pemberian internal,

khususnya aspek manajemen pelayanan kesehatan, manajemen keuangan, pengadaan barang dan jasa sebagai penunjang pelayanan kesehatan serta pengelolaan inventori berdasarkan Sistem Informasi Manajemen Akuntansi Barang Milik Negara (SIMAK BMN).

Selanjutnya, upaya-upaya tersebut dievaluasi oleh RSMM Bogor melalui penyusunan laporan berkala yang pelaksanaanya telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan Pasal 996 bahwa setiap kepala satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk serta bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya.

Laporan berkala yang disusun terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari satuan kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun.

Pada kesempatan ini RSMM Bogor melakukan evaluasi terhadap upaya-upaya yang telah dicapai selama kurun waktu 12 (dua belas) bulan dalam bentuk Laporan Tahun RSMM Bogor Tahun 2016 yang tentunya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSMM Bogor Tahun 2015-2019.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Penyusunan Laporan Tahunan RSMM Bogor Tahun 2016 bertujuan untuk mempertanggungjawabkan secara tertulis upaya pengelolaan rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan program dan kegiatan yang telah direncanakan. Disamping itu, laporan ini dapat memberikan gambaran tentang sejauh mana fleksibilitas pengelolaan keuangan dilaksanakan dengan menonjolkan produktivitas, efisiensi dan efektivitas.

Laporan Tahunan RSMM Bogor Tahun 2016 merupakan rangkuman dari suatu proses pencapaian kinerja kegiatan dan anggaran di masing-masing unit kerja serta sebagai dasar perbaikan dan perencanaan pada waktu yang akan datang.

1.3 Sistematika Penulisan

Laporan Tahunan RSMM Bogor Tahun 2016 menjelaskan pencapaian kinerja RSMM Bogor Tahun 2016. Capaian tersebut mengacu kepada Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) tahun 2015-2019 sebagai tolak ukur keberhasilan tahunan. Analisis atas capaian kinerja terhadap rencana kinerja memungkinkan diidentifikasinya sejumlah perbaikan kinerja di masa yang akan datang, dengan kerangka berpikir seperti itu, sistematika penyajian Laporan Tahunan RSMM Tahun Bogor disusun sebagai berikut:

BAB I. PENDAHULUAN

Padabab ini menjelaskan tentang gambaran secara umum RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi 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 RSMM Bogor dalam kurun waktu satu tahun meliputi sumber daya manusia, sumber daya sarana dan prasarana, serta sumber dana.

BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA

Pada bab ini menguraikan tentang dasar hukum/peraturan yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran dan indikator RSMM Bogor. Tujuan yang akan dicapai mengacu kepada visi, misi, dan didasarkan pada isu-isu Rencana Strategik (Renstra). Kemudian dicapai secara nyata dalam rumusan sasaran yang lebih spesifik, terukur serta berkesinambungan sejalan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Tingkat keberhasilan pencapaian sasaran diukur melalui indikator sasaran disertai dengan rencana target. Pengukuran indikator ini mengacu pada dokumen: Indikator Kinerja BLU (RBA), *Key Performance Indicator* (KPI) sesuai Renstra, Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Penetapan Kinerja.

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 menguraikan tentang hasil pencapaian tujuan dan sasaran, hasil pencapaian kinerja rumah sakit dan realisasi anggaran. Hasil pencapaian indikator ini berdasarkan Indikator Kinerja BLU (RBA), *Key Performance Indicator* (KPI) sesuai Renstra, Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Penetapan Kinerja.

BAB VI. PENUTUP

Pada bab ini menguraikan kesimpulan dan saran dari uraian sebelumnya.

LAMPIRAN

BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

2.1 Hambatan Tahun Lalu

Beberapa hambatan dalam pelaksanaan program tahun 2016 antara lain adalah:

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

- a. Kompetensi SDM pada masing-masing satuan kerja belum merata;
- b. Perencanaan dan pengendalian kinerja unit kerja belum efektif;
- c. Koordinasi antar unit kerja belum optimal;
- d. Mekanisme kerja dan prosedur kerja terpadu belum terlaksana;
- e. Ketersediaan sarana dan prasarana belum optimal;
- f. Sistem pelaporan, monitoring dan evaluasi belum berjalan optimal.

2. Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan

- a. Banyaknya perubahan sistem yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan berdampak pada kegiatan pelaksanaan di Bagian SDM;
- b. Adanya pelaksanaan kegiatan baru yang menambah beban kerja di Bagian SDM;
- c. Tenaga yang pindah/mutasi ke tempat lain.

3. Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

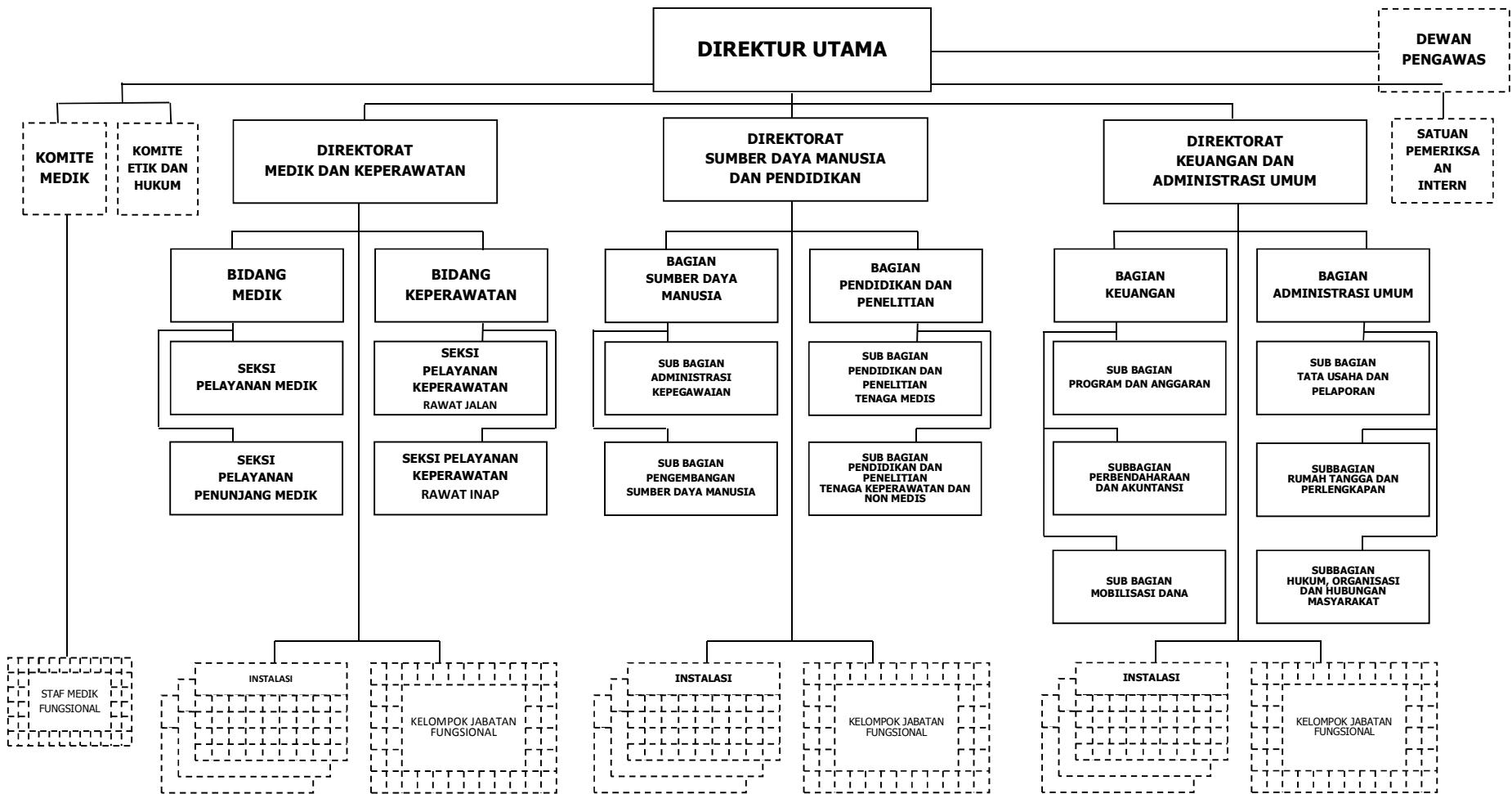
- a. Ketersediaan sarana dan prasarana belum sesuai kebutuhan;
- b. Pemeliharaan sarana dan prasarana belum optimal;
- c. Sistem pelaporan, monitoring dan evaluasi belum berjalan optimal.

2.2 Kelembagaan

2.2.1 Struktur Organisasi

Secara garis besar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 255/MENKES/PER/III/2008 tentang Struktur Organisasi RSMM Bogor yang dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Gambar 2.1
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR



Adapun penjelasan dari bagan diatas adalah sebagai berikut:

1. **Direktorat Medik dan Keperawatan**, terdiri atas :
 - a. Kepala Bidang Medik, terdiri atas:
 - 1) Kepala Seksi Pelayanan Medik
 - 2) Kepala Seksi Penunjang Medik
 - b. Kepala Bidang Keperawatan, terdiri atas:
 - 1) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan
 - 2) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap
2. **Direktorat SDM dan Pendidikan**, terdiri atas:
 - a. Kepala Bagian SDM, terdiri atas:
 - 1) Kepala Sub Bagian Administrasi Kepegawaian
 - 2) Kepala Sub Bagian Pengembangan SDM
 - b. Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian (Diklit), terdiri atas:
 - 1) Kepala Sub Bagian Diklit Tenaga Medis
 - 2) Kepala Sub Bagian Diklit Tenaga Non Medis dan Keperawatan
3. **Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum**, terdiri atas:
 - a. Kepala Bagian Keuangan, terdiri atas:
 - 1) Kepala Sub Bagian Program dan Anggaran
 - 2) Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi
 - 3) Kepala Sub Bagian Mobilisasi Dana
 - b. Kepala Bagian Administrasi Umum, terdiri atas:
 - 1) Kepala Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan
 - 2) Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan
 - 3) Kepala Sub Bagian Hukormas
4. Instalasi-Instalasi
5. Kelompok Jabatan Fungsional
6. Satuan Pengawas Intern (SPI)
7. Komite Medik
8. Komite Etik dan Hukum
9. Staf Medik Fungsional (SMF)
10. Unit-Unit Non Struktural

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

1. Direktur Utama: dr. Bambang Eko Sunaryanto, Sp.KJ., MARS.
2. Direktur Medik dan Keperawatan: dr. Siti Khalimah, SpKJ, MARS.
3. Direktur SDM dan Pendidikan: Heru Prastyo, SH.,MARS.
4. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum: Hj. Syahnas Rasyid, SE,MM.

Selain susunan Direksi diatas, dalam Permenkes terdapat pula empat komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan mutu dan pengembangan pelayanan rumah sakit, yaitu:

1. Komite Medik
2. Komite Etik dan Hukum
3. Komite Keperawatan
4. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan tugas utamanya yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

Struktur Organisasi RSMM Bogor juga dilengkapi dengan Dewan Pengawas yang susunannya terdiri dari:

1. Ketua: dr. Desak Made Wismarini, MKM
2. Anggota:
 - a. dr. Ilham Musba, MARS
 - b. dr. Hartati Hermes, MQIH
 - c. Drs. Charmeida Tjokrosuwarno, MA
 - d. Suminto, S.Sos, MSc, PHd
3. Sekretaris Dewan Pengawas: Arief Fahrozi, SKM

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

RSMM Bogor mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan jiwa secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan lainnya serta melaksanakan upaya rujukan.

2.2.2.2 Fungsi

Dalam melaksanakan tugas diatas, RSMM Bogor menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

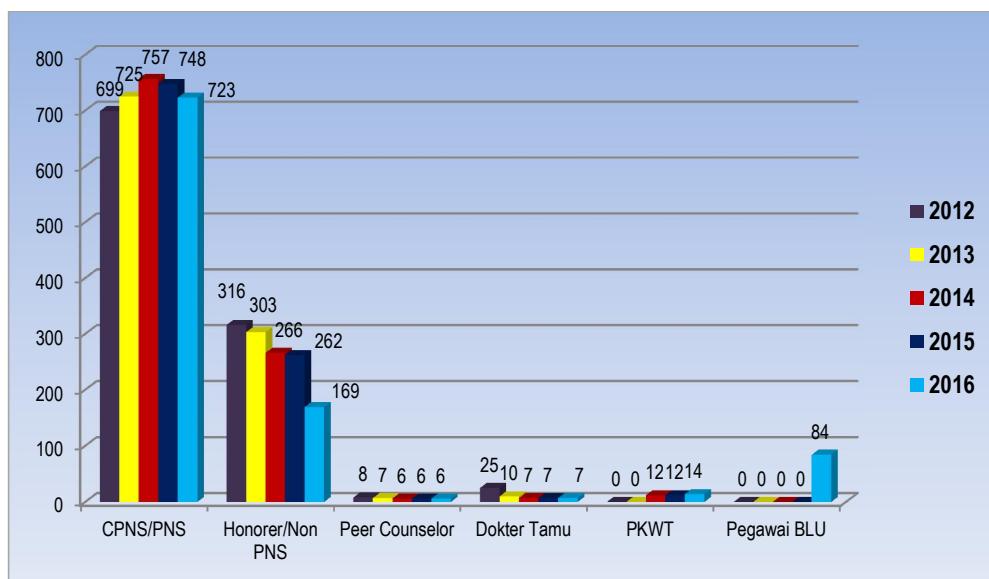
1. Pelayanan medis di bidang kesehatan jiwa;
2. Pelayanan dan asuhan di bidang kesehatan jiwa;
3. Penunjang medis dan non medis di bidang kesehatan jiwa;
4. Pengelolaan sumber daya manusia;
5. Pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang profesi kedokteran dan pendidikan kedokteran berkelanjutan di bidang kesehatan lainnya;
6. Pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan lainnya;
7. Penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan jiwa;
8. Pelayanan rujukan di bidang kesehatan jiwa;
9. Administrasi Umum dan Keuangan.

2.3 Sumber Daya

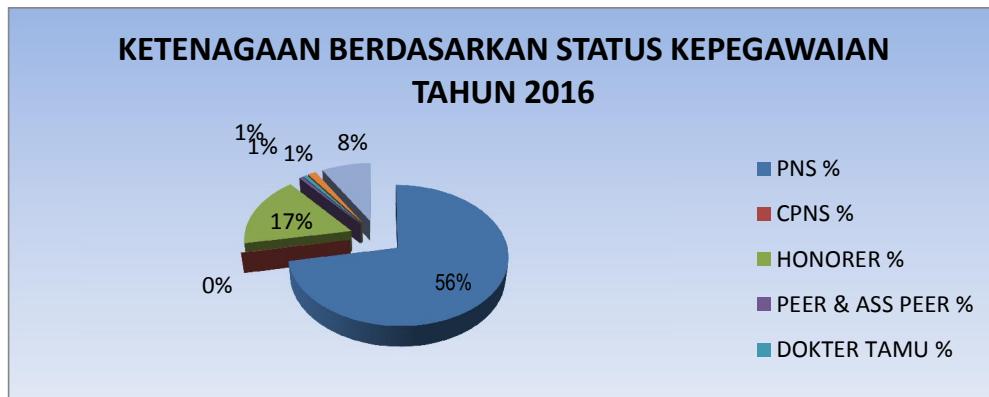
2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

Data pegawai RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi periode Tahun 2016 terdiri dari Tenaga PNS/CPNS, Honor, dan Peer/ass peer serta ditambah dengan antena Dokter Tamu dengan rincian sebagai berikut :

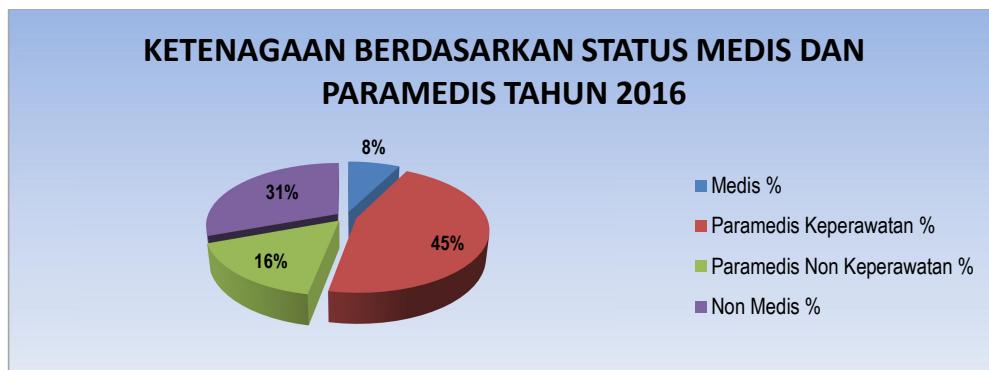
Gambar 2.2
Ketenagaan Rumah Sakit Selama 5 Tahun Terakhir
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



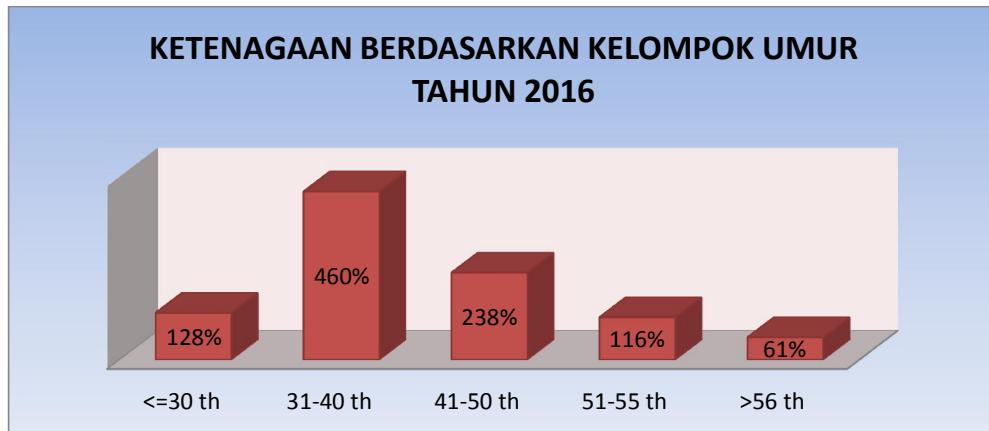
Gambar 2.3
Ketenagaan Berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



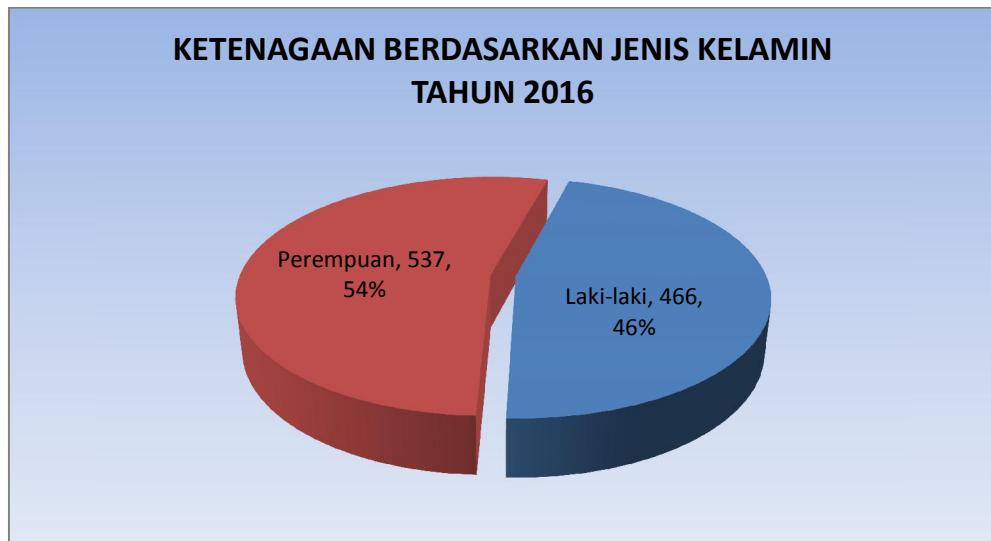
Gambar 2.4
Ketenagaan Berdasarkan Status Medis dan Paramedis Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



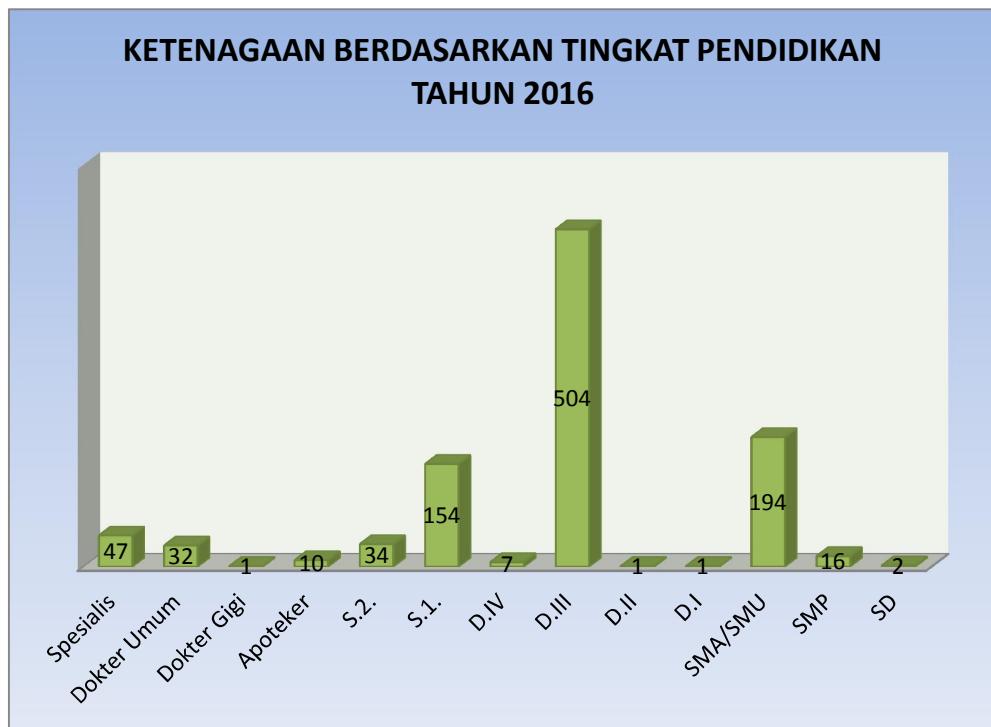
Gambar 2.5
Ketenagaan Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



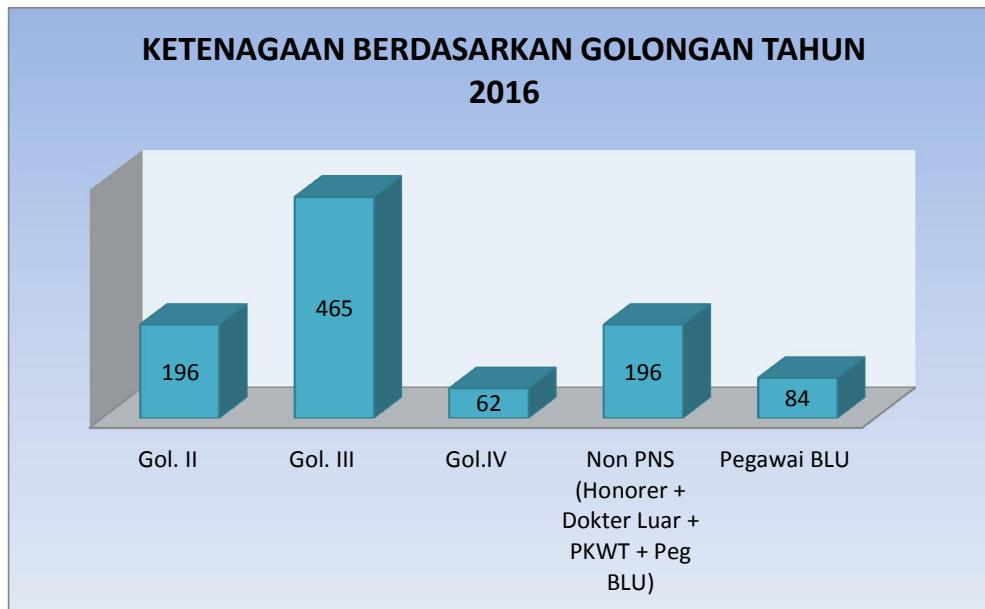
Gambar 2.6
Ketenagaan Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 2.7
Ketenagaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 2.8
Ketenagaan Berdasarkan Golongan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 2.9
SDM Berdasarkan Jabatan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Tabel 2.1
Ketenagaan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	JENIS PEGAWAI	JUMLAH 31 Des 2015	MUTASI		JUMLAH 31 Des 2016			
			+	-				
A. PNS/CPNS								
1. Tenaga Medis								
-	Dokter Spesialis	40	2	5	37			
-	Dokter Umum	22	1	4	19			
-	Dokter Gigi	1			1			
Jumlah Tenaga Medis								
2.	Keperawatan	355		7	348			
3.	Bidan	17			17			
4.	Paramedis Non Perawat	127		3	124			
5.	Non Medis	186	4	13	177			
JUMLAH PNS/CPNS		748			723			
B. NON PNS								
1.	Dokter Tamu	7			7			
2.	Honorer	262		93	169			
3.	PKWT	12	4	2	14			
4.	Peer Counselor	6			6			
5.	Pegawai BLU	0	85	1	84			
JUMLAH NON PNS		287			280			
TOTAL JUMLAH		1035 org			1.003 org			

Tabel 2.2
Tenaga Medis Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	PENDIDIKAN	PNS	NON PNS	JML	\sum SEKOL AH	BUP 5 TH KE DEPAN
1	Dokter Gigi *)	3		3		
2	Dokter Umum *)	22	11	33	4	1
3	Spesialis I Anastesi	2		2		1
4	Spesialis I Bedah	1		1		
5	Spesialis I Bedah Mulut	1		1		
6	Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa *)	7	6	12		
7	Spesialis I Kedokteran Gigi Anak	1		1		
8	Spesialis I Kesehatan Anak	3		3		1
9	Spesialis I Konservasi Gigi	1		1		
10	Spesialis I Mata	1		1		
11	Spesialis I Obstetri & Ginekologi	2		2		
12	Spesialis I Ortodontia	1		1		
13	Spesialis Patologis Klinis	1		1		
14	Spesialis I Penyakit Dalam	5		5		1
15	Spesialis I Penyakit Jantung	1	1	2		
16	Spesialis I Penyakit Paru	1		1		
17	Spesialis I Penyakit Syaraf	1		1		
18	Spesialis I Penyakit THT	2		2		1
19	Spesialis I Periodensi	1		1		
20	Spesialis I Prostodontia	1		1		1
21	Spesialis I Radiologi	2		2		
22	Spesialis I Rehabilitasi Medis	2		2		
23	Spesialis II Bedah Orthopedi	1		1		
24	Spesialis II Kedokteran Jiwa Komunitas	1		1		
25	Konsultan Psikiatri					
25	Spesialis Konsultasi Jiwa	1		1		
	Spesialis Okupasi	1		1		
JUMLAH		66	18	85	4	7

2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Pengelolaan sarana dan prasarana dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan di RSMM Bogor kami laporan secara administratif melalui Laporan Rekonsiliasi Pengelolaan Barang Milik Negara yang didalamnya tercantum Berita Acara Rekonsiliasi Internal Data Barang Milik Negara No. IR.00.05/II/546/2017 tanggal 16 Januari 2017 untuk periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2016 dengan informasi sebagai berikut:

Tabel 2.3
Rekonsiliasi Internal Data Barang Milik Negara Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	AKUN NERACA	NILAI BMN PERIODE TAHUNAN TA. 2016		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)
I	POSI SI BMN DI NERACA	480,979,594,318	27,215,428,976	508,195,023,294
A	ASET LANCAR	8,782,215,718	(1,543,641,384)	7,238,574,334
1	Persediaan	8,782,215,718	(1,543,641,384)	7,238,574,334
B	ASET TETAP	471,971,786,618	27,886,537,342	499,858,323,960
1	Tanah	387,952,507,620	-	387,952,507,620
2	Peralatan dan Mesin	100,404,382,983	13,030,389,442	113,434,772,425
3	Gedung dan Bangunan	88,697,479,625	24,959,038,341	113,656,517,966
4	jalan, Irigasi dan Jaringan	7,603,302,663	430,960,802	8,034,263,465
5	Aset Tetap Lainnya	480,402,950	-	480,402,950
6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	-	-	-
7	Akumulasi Penyusutan Aset tetap	(113,166,289,223)	(10,533,851,24 3)	(123,700,140,46 6)
C	ASET LAINNYA	225,591,982	872,533,018	1,098,125,000
1	Aset Tak Berwujud	175,198,589	1,255,000,000	1,430,198,589
2	Aset Lain-Lain (Aset Yang tidak Digunakan)	1,010,414,500	-	1,010,414,500
3	Kerjasama dengan Pihak ketiga	-	-	-
4	Akumulasi Penyusutan Aset Lainnya	(960,021,107)	(382,466,982)	(1,342,488,089)
II	BMN NON NERACA	85,642,325	(22,114,616)	63,527,709
A	EKSTRAKOMPTABEL	85,642,325	(22,114,616)	63,527,709
1	BMN Ekstrakomptabel	449,183,304	6,498,822	455,682,126
2	Akumulasi Penyusutan Ekstrakomptabel	(363,540,979)	(28,613,438)	(392,154,417)
TOTAL GABUNGAN (I + II)		481,065,236,643	27,193,314,360	508,258,551,003

Tabel 2.4
Rekonsiliasi Saldo Awal Data Barang Milik Negara Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

PERKIRAAN NERACA		SALDO AWAL SEBELUM KOREKSI	KOREKSI		SALDO AWAL SETELAH KOREKSI
KODE	URAIAN	(3)	(+) (4)	(-) (5)	(6)
(1)	(2)				
I	BMN DI NERACA	476,380,605,855	175,198,589	(6,122,067)	476,211,529,333
11	ASET LANCAR	8,004,081,123	0	(6,122,067)	8,010,203,190
1171	Persediaan 1)	8,004,081,123	0	(6,122,067)	8,010,203,190
13	ASET TETAP	468,201,326,143	0	0	468,201,326,143
1311	Tanah	387,952,507,620	0	0	387,952,507,620
1321	Peralatan dan Mesin	101,472,030,855	0	0	101,472,030,855
1371	Akum. Penyusutan	(84,496,755,189)	0	0	(84,496,755,189)
1331	Gedung dan Bangunan	88,758,969,625	0	0	88,758,969,625
1372	Akum. Penyusutan	(28,474,723,946)	0	0	(28,474,723,946)
1341	Jalan, Irigasi dan Jaringan	7,603,302,663	0	0	7,603,302,663
1373	Akum. Penyusutan	(5,030,010,835)	0	0	(5,030,010,835)
1351	Aset Tetap Lainnya	480,402,950	0	0	480,402,950
1374	Akum. Penyusutan	(64,392,600)	0	0	(64,392,600)
1361	Konstruksi Dalam penggerjaan	0	0	0	0
16	ASET LAINNYA	175,198,589	175,198,589	0	0
1611	Kemitraan dengan Pihak Ketiga	0	0	0	0
169111	Akum. Penyusutan	0	0	0	0
162	Aset Tidak Berwujud	175,198,589	0	0	175,198,589
16931	Akum. Amortisasi	0	175,198,589	0	(175,198,589)
1661	Aset Lain-lain 2)	1,010,414,500	0	0	1,010,414,500
169122	Akum. Penyusutan	(1,010,414,500)	0	0	(1,010,414,500)
16932	Akum. Amortisasi	0	0	0	0
II	BMN NON NERACA	70,856,098	0	0	70,856,098
A	EKSTRAKOMPTABEL	70,856,098	0	0	70,856,098
1	BMN Ekstrakomptabel	449,183,304	0	0	449,183,304
2	Akum. Penyusutan Ekstrakomptabel	(378,327,206)	0	0	(378,327,206)
B	BPYBDS	0	0	0	0
C	BARANG HILANG	0	0	0	0
D	BARANG RUSAK BERAT	0	0	0	0
E	ASET BMN EKS				
	DK/TP	0	0	0	0
	SEBELUM TA 2011				
TOTAL 1 + II		476,451,461,953	175,198,589	(6,122,067)	476,282,385,431

BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

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

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Peraturan Presiden No. 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (LN RI tahun 2005 nomor 48 tambahan lembaran Negara RI nomor: 4502);
4. Peraturan Presiden No. 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
5. Instruksi Presiden No. 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan;
6. Instruksi Presiden No. 14 tahun 2011 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2011;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 135 Tahun 1978 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1103/MENKES/SK/XII/1992 tentang Susunan Jabatan Dalam Lingkungan Organisasi Rumah Sakit Jiwa Pusat Departemen Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 ditetapkan menjadi Instansi Pemerintah yang menerapkan PPK-BLU;
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/Men.Kes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan 15 (lima belas) Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 255/Menkes/Per/I/III/2008, tentang Kedudukan, tugas dan fungsi RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor;
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
13. Surat Keputusan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor HK. 03.05/I/440/09 tentang Ijin Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Umum di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi;
14. Surat Keputusan Direktur Utama RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor No. KP.00.03.6/IV.I/2851/2011, tentang Standar Pelayanan Minimal;
15. Rencana Strategi yang ditetapkan Direktur Utama dengan persetujuan Dewan Pengawas Tahun 2015-2019;
16. Rencana Bisnis Anggaran RSMM Bogor yang ditetapkan Direktur Utama Tahun 2016;
17. Perjanjian Kinerja RSMM Bogor Tahun 2016.

3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator

3.2.1 Tujuan

Tujuan adalah target yang akan dicapai atau dihasilkan dalam waktu tertentu (satu atau lima tahun) dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta didasarkan pada isu-isu dan analisis strategik. Adapun visi yang hendak dicapai oleh RSMM Bogor yang tertuang dalam Rencana Startegis Tahun 2015-2019 adalah ***“Menjadi Rumah Sakit Jiwa Rujukan Nasional dengan Unggulan Layanan Rehabilitasi Psikososial pada Tahun 2019”***.

Untuk mencapai visi tersebut RSMM Bogor telah menetapkan misi sebagai berikut:

1. Mewujudkan layanan kesehatan jiwa dengan unggulan rehabilitasi psikososial;
2. Meningkatkan penyelenggaraan pendidikan, pelatihan dan riset unggulan dalam bidang kesehatan jiwa;
3. Meningkatkan peran strategis dalam program kesehatan jiwa nasional;
4. Meningkatkan kemitraan dan pemberdayaan *stakeholder*;
5. Meningkatkan komitmen dan kinerja pegawai untuk mencapai kesejahteraan

Selain itu untuk mencapai Misi yang telah ditetapkan di atas, keberadaan Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mempunyai maksud dan tujuan untuk:

1. Mengembangkan layanan unggulan menjadi rumah sakit rujukan nasional kesehatan jiwa;
2. Mengembangkan layanan yang spesifik, komprehensif dan kolaboratif;
3. Meningkatkan mutu layanan kesehatan dan *patient safety*;
4. Mengimplementasikan tata kelola organisasi yang baik;
5. Melakukan transformasi layanan fokus pada tupoksi;
6. Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengembangan layanan kesehatan jiwa;
7. Menjadi pusat pendidikan dan riset kesehatan jiwa;
8. Mewujudkan kehandalan sarana dan prasarana;
9. Mewujudkan sistem informasi RS yang terintegrasi;
10. Meningkatkan SDM yang kompeten dan berbudaya kinerja;
11. Mewujudkan sistem penganggaran berbasis kebutuhan;

Nilai-nilai yang terdapat di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

1. Belajar dan berkembang
2. Profesionalisme
3. Bekerja seimbang
4. Kekeluargaan
5. Saling menghargai
6. Motivasi dan komitmen

Motto Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah **SEHAT (Smart, Empati, Harmonis, Antusias dan Tertib)**.

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSMM Bogor dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu yang lebih pendek dari tujuan (tahunan). Indikator adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada tahun laporan. Setiap dari indikator sasaran disertai dengan rencana target masing-masing. Indikator dan target unit kerja RSMM Bogor mengacu pada dokumen:

1. Indikator Kinerja BLU (RBA) yang terdiri atas indikator kinerja pelayanan, indikator kinerja keuangan serta indikator kinerja mutu dan manfaat;
2. Indikator Kinerja Utama (IKU) sesuai Rencana Strategis;
3. Standar Pelayanan Minimal (SPM);
4. Perjanjian Kinerja.

Sehubungan dengan berakhirnya Rencana Strategis Tahun 2010-2014 disertai dengan perubahan-perubahan kebijakan dari Kementerian Kesehatan RI, maka RSMM Bogor menyusun Rencana Strategis Tahun 2015-2019 dimana setiap sasaran dan indikator juga tidak luput dari perubahan. Dengan banyaknya jumlah sasaran dan indikator, maka kami sampaikan sasaran dan indikator berdasarkan Rencana Strategis RSMM Bogor Tahun 2015-2019 sebagai berikut:

1. Perspektif Stakeholder/Customer

a. Sasaran Strategis 1

Terwujudnya kepuasan pelanggan/stakeholder.

Indikator:

- 1) Kepuasan pelanggan.
- 2) Kecepatan respon terhadap komplain (KRK).

b. Sasaran Strategis 2

Terwujudnya peran strategis menjadi RS Rujukan Nasional.

Indikator:

- 1) Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa.
- 2) Pengembangan model layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan pelayanan multidisiplin.
- 3) Pusat promosi kesehatan jiwa.
- 4) Kerjasama nasional dan internasional dalam pendidikan, penelitian dan layanan di bidang rehabilitasi psikososial.

2. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. Sasaran Strategis 3

Terwujudnya layanan unggulan rehabilitasi psikososial.

Indikator:

- 1) Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial.
- 2) Persentase rehabilitan yang mandiri di masyarakat.

b. Sasaran Strategis 4

Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu.

Indikator: Akreditasi paripurna.

c. Sasaran Strategis 5

Terwujudnya pusat riset dan pendidikan kesehatan jiwa yang aplikabel untuk mendukung layanan ungulan rehabilitasi psikososial.

Indikator: Licensi sebagai pusat riset dan pendidikan di bidang rehabilitasi psikososial dari lembaga yang berwenang (Kementerian Kesehatan RI).

d. Sasaran Strategis 6

Terwujudnya kemitraan yang berkualitas di bidang kesehatan jiwa.

Indikator: Tingkat kualitas kemitraan layanan kesehatan jiwa.

e. Sasaran Strategis 7

Terwujudnya transformasi layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan layanan multi disiplin.

Indikator: Proses bisnis yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan jiwa.

f. Sasaran Strategis 8

Terwujudnya pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan jiwa.

Indikator: Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa.

3. Perspektif Finansial

a. Sasaran Strategis 9

Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kebutuhan.

Indikator: Tingkat efisiensi anggaran.

b. Sasaran Strategis 10

Terwujudnya POBO yang optimal.

Indikator: Rasio PNBP terhadap biaya operasional (PB).

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

a. Sasaran Strategis 11

Terwujudnya budaya kinerja yang efektif.

Indikator:

- 1) Tingkat proses budaya kinerja.
- 2) Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar.

b. Sasaran Strategis 12

Terwujudnya Sistem Informasi RS yang terintegrasi.

Indikator: Level IT yang terintegrasi.

c. Sasaran Strategis 13

Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana.

Indikator: Tingkat kehandalan sarana dan prasarana/*Overall Equipment Effectiveness (OEE)*.

d. Sasaran Strategis 14

Terwujudnya SDM yang handal dan kompeten.

Indikator:

- 1) Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar.
- 2) Persentase SDM yang mendapat pelatihan sesuai standar.

Selain sasaran dan indikator yang tertuang dalam Rencana Strategis diatas, Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor juga menyampaikan indikator-indikator kinerja lain yang terkait dengan keberhasilan program kerja dalam penyelenggaraan operasional di rumah sakit yang kami rangkum sebagai berikut:

Tabel 3.1
Indikator Kinerja Rumah Sakit 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR KINERJA	Σ INDIKATOR
1	Standar Pelayanan Minimal (SPM)	177
2	Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut)	18
3	Indikator Kinerja Terpilih (IKT)	5
4	Indikator Kinerja Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)	21
5	Indikator BLU	32
6	Perjanjian Kinerja	34

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) RSMM Bogor. Strategi yang dimaksud meliputi:

1. Inovasi layanan sesuai kebutuhan masyarakat;
2. Memberikan layanan psikiatri yang berhubungan dengan hukum;
3. Mengembangkan tempat pelayanan pasien psikiatri sesuai dengan standar;
4. Peningkatan layanan rehabilitasi psikososial;
5. Meningkatkan kinerja pelayanan assesment psikologis dan psikiatrik;
6. Inovasi layanan poliklinik psikiatri sesuai kebutuhan dan perkembangan pengetahuan di bidang kesehatan jiwa;
7. Memperbaiki sistem dan prosedur pelayanan;
8. Meningkatkan mutu pelayanan medik;
9. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan;
10. Memberikan pelayanan dengan memperhatikan keselamatan pasien;
11. Mencegah terjadinya KTD dan KNC selama pasien menjalani perawatan;
12. Meningkatkan kepuasan pelanggan;
13. Meningkatkan akses pelayanan bagi masyarakat;
14. Meningkatkan layanan rumah sakit;
15. Meningkatkan mutu layanan administrasi pasien rawat jalan;
16. Meningkatkan kualitas layanan *crisis center*;
17. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan;
18. Menjaga mutu sarana pelayanan dan penunjang medik;
19. Meningkatkan tingkat akurasi alat penunjang medik;
20. Melengkapi sarana penunjang medik;
21. Meningkatkan kualitas pelayanan penunjang medik;
22. Inovasi layanan sesuai perkembangan teknologi rekam medik;
23. Meningkatkan kerjasama lintas sektoral dalam penanganan pasien;
24. Meningkatkan upaya promotif dan preventif;
25. Meningkatkan promosi layanan rumah sakit.

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi

Agar rencana kegiatan berjalan dengan baik dan tercapai sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan diawal tahun maka RSMM Bogor berusaha menjalankan kegiatan program sebaik dan seefektif mungkin, tetapi dalam pelaksanaannya ada beberapa hambatan yang ditemui antara lain:

1. Belum optimalnya koordinasi antar unit kerja, Instalasi dan Direktorat sehingga memperlambat jalannya program yang direncanakan.
2. Belum optimalnya sosialisasi pada seluruh jajaran sehingga hal-hal yang sudah direncanakan di tingkat manajemen tidak diketahui pada tingkat pelaksana.
3. Sistem pembagian tugas SDM dalam unit kerja belum tertata secara optimal.
4. Belum optimalnya sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan.
5. Proses pengadaan kebutuhan sarana dan prasarana belum bisa dilaksanakan sesuai dengan perencanaan.

4.3 Upaya Tindak Lanjut

Beberapa upaya untuk meminimalkan hambatan dalam pelaksanaan strategi yang dilakukan antara lain adalah:

1. Meningkatkan koordinasi antar unit kerja, Instalasi dan Direktorat melalui pertemuan rutin sesuai dengan jadwal yang sudah dibuat.
2. Mengoptimalkan sosialisasi pada seluruh jajaran di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor agar hal-hal yang sudah direncanakan di tingkat manajemen dapat diketahui pada tingkat pelaksana.
3. Menata kembali sistem pembagian tugas SDM sesuai kompetensi dan kebutuhan pelayanan.
4. Mengoptimalkan penyediaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan.
5. Penyusunan sistem perencanaan kebutuhan rumah sakit dilaksanakan secara berkala.

BAB V

HASIL KERJA

5.1 Pencapaian Tujuan dan Sasaran

5.1.1 Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB 2016

Hasil capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB tahun 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1
Pengukuran Kinerja Atas Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	TARGET 2016	CAPAIAN 2016	
A. PERSEPEKTIF STAKEHOLDER/ CUSTOMER					
1.	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan/ Stakeholder	1 Tingkat Kepuasan Pelanggan 2 Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	85% 75%	90.5% 100%	
Tingkat Kualitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa					
2.	Terwujudnya Peran Strategis Menjadi RS Jiwa Rujukan Nasional	3 a. Persentase rujukan yang berkualitas b. Persentase Konsultasi c. Persentase Pencapaian Integrasi Layanan	50% 50% 100%	95% 64% 100%	
		4 Pengembangan Model Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Pelayanan Multidisiplin	1 Model Layanan	1 Model Layanan	
		5 Pusat Promosi Kesehatan Jiwa	75%	82.44%	
Kerjasama Nasional dan Internasional Dalam Pendidikan, Penelitian dan Layanan di Bidang Rehabilitasi Psikososial					
B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL					
3.	Terwujudnya Layanan Ungulan Rehabilitasi Psikososial	7 Persentase Rehabilitan yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal dan Sosial	65%	99.6%	
		8 Persentase Rehabilitan Yang Mandiri di	45%	19.4%	

Masyarakat					
4.	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	9	Akreditasi Paripurna	Lulus Akreditasi Versi 2012 paripurna	Lulus Akreditasi Versi 2012 paripurna
5.	Terwujudnya Pusat Riset dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Yang Aplikabel untuk Mendukung Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial	10	Lisensi Sebagai Pusat Riset dan Pendidikan di Bidang Rehabilitasi Psikososial dari Lembaga yang Berwenang (Kementerian Kesehatan RI)	Penyusunan kurikulum	Proses
6.	Terwujudnya Kemitraan yang Berkualitas diBidang Kesehatan Jiwa	11	Tingkat Kualitas Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa	60%	85.7%
7.	Terwujudnya Transformasi Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Layanan Multidisiplin	12	Proses bisnis yang Terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	4 Layanan	4 Layanan
8.	Terwujudnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Jiwa	13	Pembinaan Kelompok Swabantu Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	2 Kelompok	2 Kelompok
C. PERSPEKTIF FINANSIAL					
9.	Terwujudnya Efisiensi Anggaran Berbasis Kebutuhan	14	Tingkat Efisiensi Anggaran	89%	78.81%
10.	Terwujudnya POBO yang Optimal	15	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	70%	56%
D. PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN					
11.	Terwujudnya Budaya Kinerja yang Efektif	16	Tingkat Proses Budaya Kinerja	75%	86.77%
		17	Percentase SDM yang memiliki Kinerja Sesuai Standar	65%	74.13%
12.	Terwujudnya Sistem Informasi	18	Level IT yang Terintegrasi	Siloed 2	Siloed 1

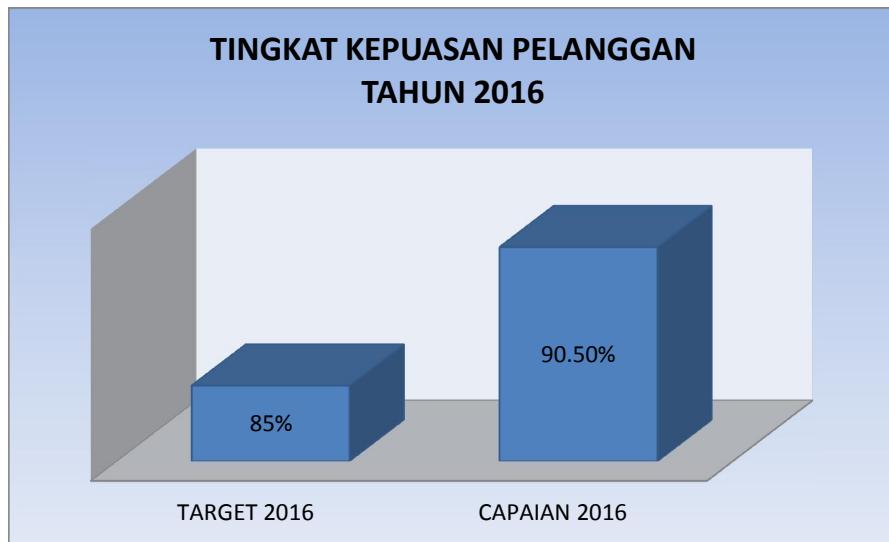
	Rumah Sakit yang Terintegrasi				
13.	Terwujudnya Kehandalan Sarana dan Prasarana	19	Tingkat Kehandalan Sarpras / <i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	80%	64%
14.	Terwujudnya SDM yang Handal dan Kompeten	20	Percentase SDM yang Memiliki Kompetensi Sesuai Standar	65%	96.28%
		21	Percentase SDM yang Mendapat Pelatihan Sesuai Standar	65%	104.55%

5.1.1.1 Perspektif Stakeholder/Customer

I. Terwujudnya Kepuasan Pelanggan/Stakeholder

1. Tingkat Kepuasan Pelanggan

Gambar 5.1
Tingkat Kepuasan Pelanggan Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Dari survei kepuasan pelanggan yang dilakukan selama tahun 2016 didapat data rata-rata kepuasan pelanggan 90.5 %.

Skor yang didapat 100% dengan bobot 0,03.

Sehingga perbandingan dengan tahun 2015 ada peningkatan kepuasan pelanggan selama satu tahun berjalan yaitu dari 81.85% menjadi 90.5%

sebesar 8.65%, hal ini dimungkinkan karena adanya perbaikan layanan serta sarana dan prasarana.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya fasilitas keselamatan dan kenyamanan untuk pasien;
- b. Belum optimalnya edukasi pada pasien dan keluarga;
- c. Belum adanya evaluasi independen yang menganalisis survei kepuasan pelanggan;
- d. Belum optimalnya layanan *customer service* yang dapat menampung komplain pasien;

Usulan Pemecahan masalah

- a. Melengkapi fasilitas untuk keselamatan dan kenyamanan pasien dan pengunjung
- b. Edukasi/penyuluhan berkala pada pasien dan keluarga pasien
- c. Mengadakan layanan customer service untuk menampung komplain pasien dan memberikan layanan langsung yang dibutuhkan oleh pengunjung.

2. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Gambar 5.2
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Formula penghitungan Kecepatan Respon terhadap Komplain adalah (Komplain Kategori Merah/KKM + Komplain Kategori Kuning/KKK + Komplain Kategori Hijau/KKH yang ditindak lanjuti) dikurangi (KKM+KKK+KKH yang tidak ditindak lanjuti) dibagi Jumlah seluruh komplain x 100%

$$20/20 \times 100\% = 100\%$$

Kriteria Penilaian:

- a) KRK < 75% s.d. 100% Skor 100
- b) KRK < 50% s.d. < 75% Skor 75
- c) KRK < 25% s.d. < 50% Skor 50
- d) KRK < 25% Skor 25

Kondisi yang dicapai saat ini:

Capaian tahun 2016 adalah 100% atau Skor 100, artinya seluruh komplain yang masuk sudah ditindaklanjuti, Dengan demikian capaian tahun 2016 sudah sesuai dengan target yang ada.

Kendala dan permasalahan:

Kecepatan respon terhadap komplain sudah dapat dilaksanakan sesuai target dibawah kendali sub bagian hukum organisasi dan hubungan masyarakat, namun tercapainya target 100 % dalam kecepatan respon terhadap komplain bukan berarti tidak terjadi kendala sama sekali di lapangan ada beberapa kendala seperti salah satunya adalah kurang terlatihnya pegawai yang menangani komplain sehingga kemungkinan dapat menjadi hambatan di kemudian hari.

Usulan pemecahan masalah:

Perlu adanya pelatihan atau peningkatan kompetensi pegawai terkait penanganan komplain.

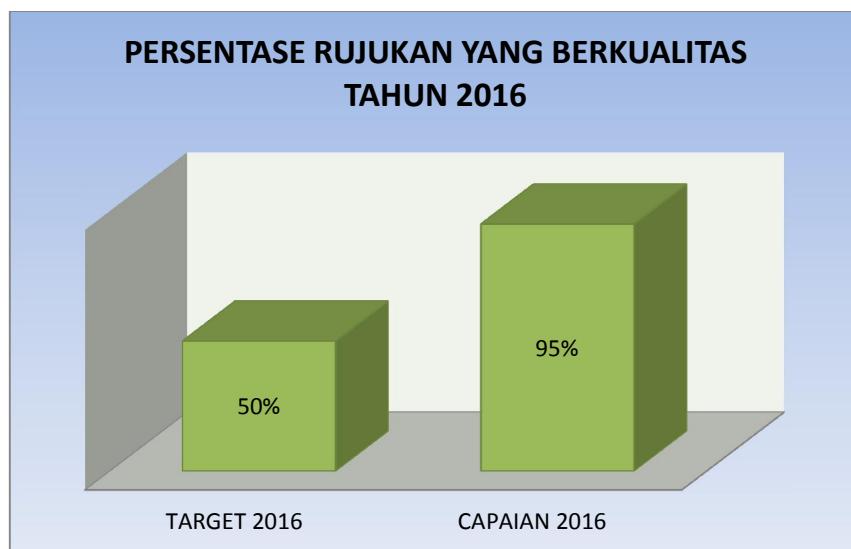
II. Terwujudnya Peran Strategis Menjadi RS Jiwa Rujukan Nasional

3. Tingkat Kualitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Kondisi yang dicapai saat ini:

a. Persentase Rujukan yang Berkualitas

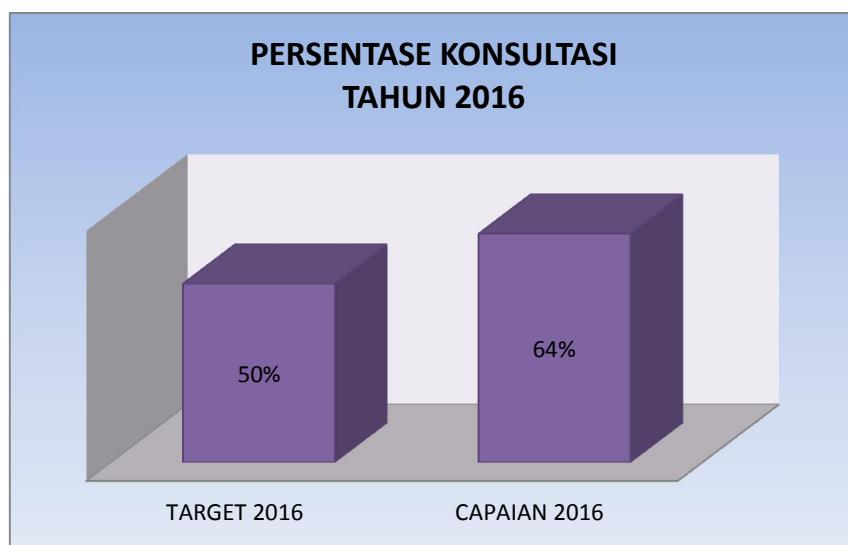
Gambar 5.3
Persentase Rujukan yang Berkualitas Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Persentase rujukan yang berkualitas yaitu dengan mengukur jumlah rujukan tepat indikasi dibandingkan dengan jumlah rujukan, sudah dilaksanakan dengan persentase 95 %. Rujukan yang dimaksud adalah rujukan pasien dengan gangguan jiwa ke RSMM atas indikasi medis. Tingginya angka capaian rujukan yang berkualitas ini disebabkan karena sudah terjalinnya koordinasi antara RSMM melalui Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat dengan Puskesmas-Puskesmas di wilayah binaan RSMM, melalui MoU dengan Dinas Kesehatan. RSMM juga rutin mengadakan pertemuan dengan petugas kesehatan Puskesmas untuk menjalin kemitraan dan meningkatkan koordinasi, sehingga petugas Puskesmas dapat memberikan penanganan awal pasien dengan gangguan jiwa dan melakukan rujukan ke RSMM sesuai indikasi.

b. Persentase Konsultasi

Gambar 5.4
Persentase Konsultasi Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

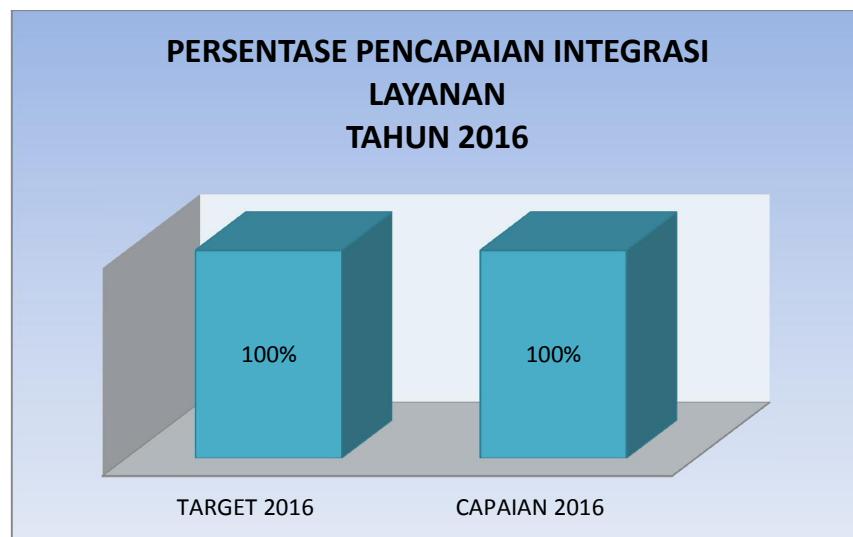


Persentase konsultasi adalah menghitung jumlah konsultasi yang terlaksana dibandingkan dengan target konsultasi. Sampai dengan tahun 2016 capaian konsultasi (psikiatri) sudah mencapai 64% dari target yang ditetapkan yaitu 40%. Capaian tahun lalu sudah mencapai

40%. Konsultasi yang dimaksud adalah konsultasi dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa yang dilakukan oleh petugas kesehatan Puskesmas kepada tim kesehatan jiwa di RSMM. Konsultasi dilakukan dengan berbagai cara, baik melalui konsultasi langsung pada saat kunjungan pendampingan petugas RSMM ke Puskesmas, maupun konsultasi lewat telepon atau cara lain.

c. Persentase Pencapaian Integrasi Layanan

Gambar 5.5
Persentase Pencapaian Integrasi Layanan Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Dari target kerjasama dengan 2 institusi pencapaian saat ini sudah mencapai 100%. Integrasi layanan kesehatan jiwa saat ini telah dilaksanakan di dua institusi, yaitu PSBL Phalamarta yang merupakan kerjasama antara RSMM dengan Kementerian Sosial dan integrasi di Kebon Pedes yang merupakan kerjasama antara RSMM dengan Dinas Sosial Propinsi Jawa Barat.

Kendala dan permasalahan:

- 1) Belum optimalnya monitoring dan evaluasi yang menganalisis tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa;
- 2) Belum optimalnya koordinasi dengan instansi luar terkait.

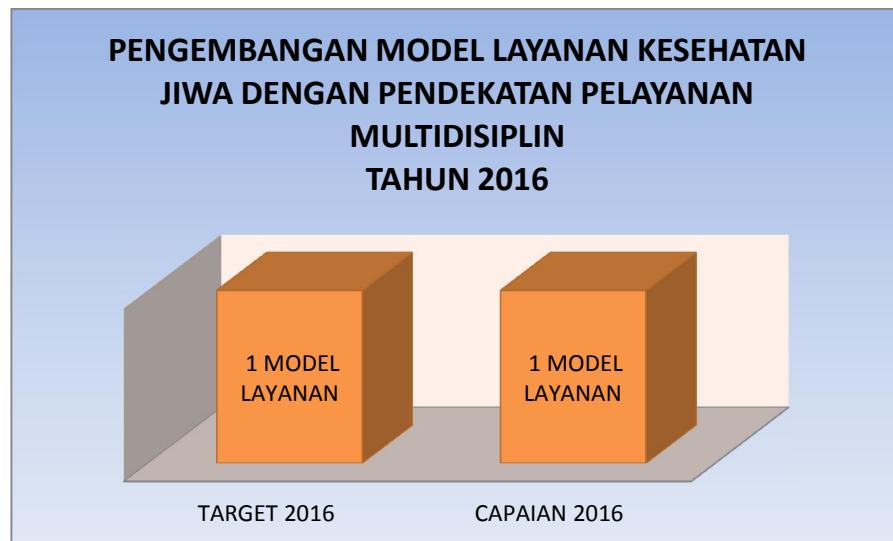
Usulan Pemecahan masalah:

- 1) Monitoring dan evaluasi oleh manajemen ditingkatkan;
- 2) Mengoptimalkan koordinasi dengan instansi terkait (Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten Bogor, Dinas Sosial, rumah sakit sekitar, Puskesmas, Sekolah-sekolah, perusahaan dll).

4. Pengembangan Model Layanan Kesehatan Jiwa Dengan Pendekatan Pelayanan Multi Disiplin

Gambar 5.6

Pengembangan Model Layanan Kesehatan Jiwa Dengan Pendekatan Pelayanan Multi Disiplin Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai

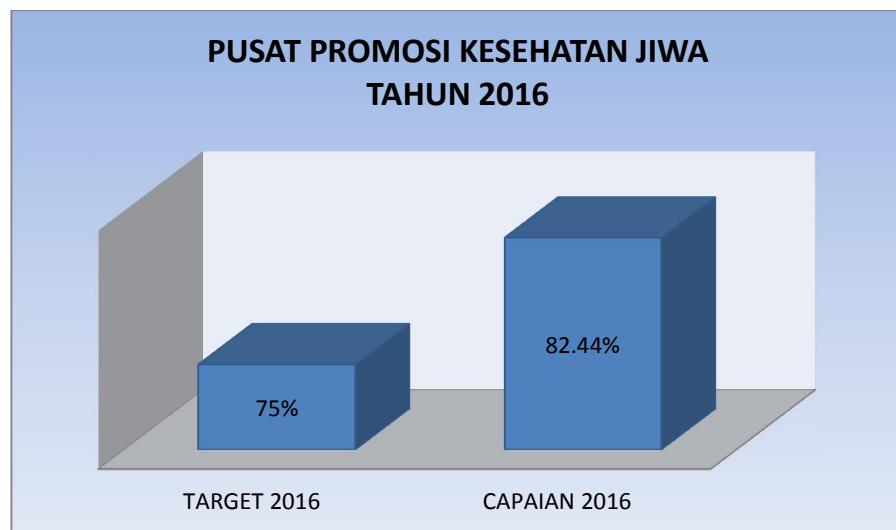
Dari target mencapai adanya model layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan pelayanan multidisiplin satu layanan, telah tercapai satu layanan yang dilaksanakan berupa adanya pengembangan layanan *early psychotic* yang penelitiannya bekerjasama dengan *University of Manchester (United Kingdom)*.

Layanan ini sudah mencapai tahap penelitian, pembuatan SOP, menyediakan sarana dan prasarana dan pemberian layanan rawat jalan di Klinik *Early Psychotic*. Layanan *Early Psychotic* merupakan layanan khusus untuk memberikan penatalaksanaan pada pasien gangguan jiwa

yang berada dalam kondisi awal, sehingga diharapkan akan memberikan hasil yang lebih baik. Layanan diberikan oleh tim multidisiplin, yang terdiri dari Psikiater, Psikolog, Perawat dan Pekerja Sosial. Bila dibandingkan dengan tahun lalu capaian dengan satu unggulan sudah tercapai dan beroperasi (*layanan Assessment Center*). Tahun ini layanan *Early Psychotic* sudah berjalan

5. Pusat Promosi Kesehatan Jiwa

Gambar 5.7
Pusat Promosi Kesehatan Jiwa Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Capaian dari kinerja menjadi pusat promosi kesehatan jiwa sudah mencapai target yaitu 82,44% dari target 70%. kegiatan menjadi pusat promosi kesehatan jiwa meliputi penyuluhan pada masyarakat, bimbingan pada puskesmas, kegiatan-kegiatan yang dilakukan bersama dengan masyarakat dan lintas sektor, seperti safari bebas pasung dan kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten Bogor, Dinas Sosial Kota dan Kabupaten Bogor, Dinas Pendidikan, pemangku wilayah, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan institusi lain yang terkait. Tujuannya untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang gangguan jiwa sehingga meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

Bila dibandingkan dengan tahun 2015 (capaian 25,5%) indikator ini mengalami peningkatan 56,94%, berarti kegiatan promosi lebih banyak dengan cakupan lebih luas.

Kendala dan permasalahan:

- a. Belum optimalnya koordinasi antar unit lintas sektoral
- b. Belum optimalnya pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa dan masih tingginya stigma terhadap gangguan jiwa
- c. Belum optimalnya sistem pembiayaan untuk pasien dengan gangguan jiwa, terutama untuk pasien terlantar.

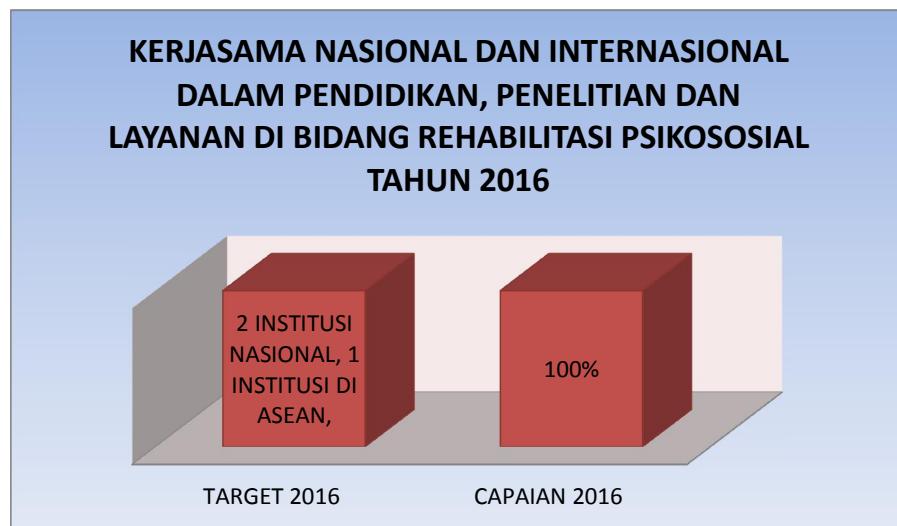
Usulan Pemecahan masalah:

- a. Meningkatkan koordinasi lintas sektor secara lebih intensif
- b. Meningkatkan sosialisasi pada masyarakat dengan cara penyuluhan, membuat leaflet, spanduk dan poster, melakukan promosi pada stakeholder dan koordinasi yang kontinu.

6. Kerjasama Nasional dan Internasional dalam Pendidikan, Penelitian dan Layanan di Bidang Rehabilitasi Psikososial

Gambar 5.8

Kerjasama Nasional dan Internasional dalam Pendidikan, Penelitian dan Layanan di Bidang Rehabilitasi Psikososial Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Saat ini RSMM telah menjalin kerjasama dengan Institusi Nasional yaitu Kementerian Sosial, Dinas Sosial Propinsi dan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten Bogor dalam pelayanan kesehatan jiwa, khususnya rehabilitasi psikososial. Kerjasama dengan Dinas Sosial Propinsi Jawa Barat terjalin dalam integrasi layanan dan rehabilitasi psikososial berbasis masyarakat. Kerjasama dengan kementerian dan Dinas Sosial dalam pelatihan dan pendampingan rehabilitan untuk mencapai kemandirian. Kerjasama dengan Dinas Kesehatan dalam kegiatan *Assertive Community Treatment*, yaitu pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan dengan kunjungan rumah.

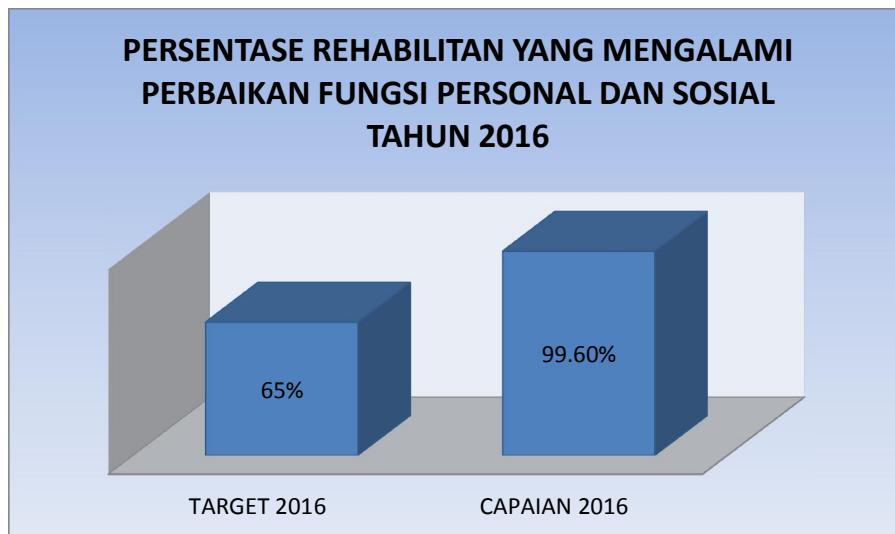
Untuk kerjasama dengan rumah sakit internasional, RSMM sudah melakukan penandatanganan *Letter of Intent* dengan Hospital Permai, Johor Bahru, Malaysia. Dari target 2 MoU yang harus tercapai, saat ini sudah terlaksana penandatanganan MoU dengan pihak terkait. Perbandingan dengan tahun lalu terdapat perubahan, kerjasama nasional maupun internasional sudah terlaksana.

5.1.1.2 Perspektif Proses Bisnis Internal

III. Terwujudnya Layanan Ungulan Rehabilitasi Psikososial

7. Persentase rehabilitan yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal dan Sosial

Gambar 5.9
Percentase rehabilitan yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal dan Sosial Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



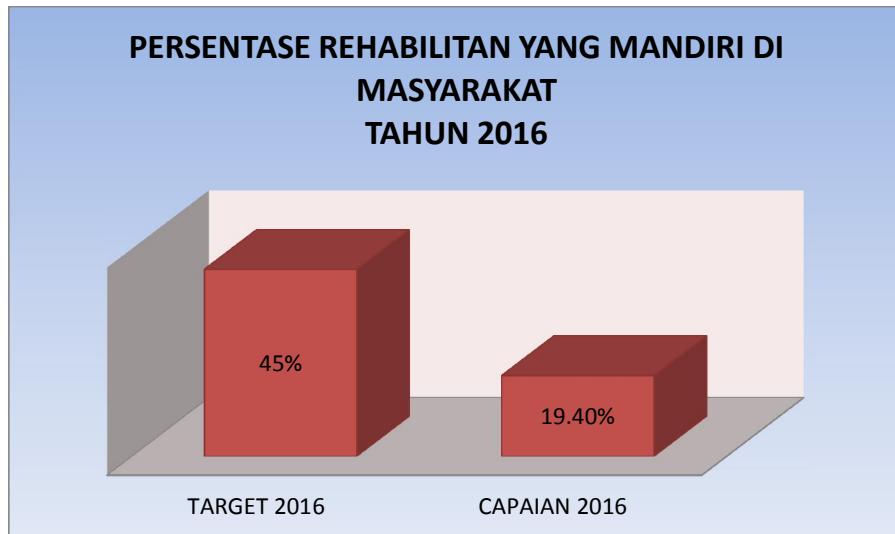
Kondisi yang dicapai saat ini:

Percentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial sudah diukur dengan capaian 99.6%. Peningkatan fungsi personal dan social ini merupakan hasil kegiatan rehabilitasi psikososial yang dilakukan terhadap pasien, yang diukur dengan skala GAF (*Global Assessment of Functioning*). Pasien dilakukan pengukuran skor GAF pada saat pertama kali menjalani perawatan dibandingkan dengan skor GAF setelah menyelesaikan kegiatan rehabilitasi psikososial.

Dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya terdapat peningkatan, dimana pada tahun 2015 belum dilakukan pengukuran skor GAF secara teratur, sehingga belum bisa diukur peningkatan fungsi personal dan social rehabilitan yang telah menjalani rehabilitasi psikososial.

8. Persentase Rehabilitan yang Mandiri di Masyarakat

Gambar 5.10
Persentase Rehabilitan yang Mandiri di Masyarakat Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Saat ini persentase rehabilitan yang mandiri di masyarakat baru tercapai 19.4% dari target 45%. Hal ini disebabkan belum optimalnya pendataan rehabilitan yang telah menyelesaikan kegiatan rehabilitasi psikososial, dan kurangnya jumlah tenaga pekerja social yang melakukan kunjungan rumah pada rehabilitan yang telah pulang kembali ke tempat tinggalnya. Capaian ini meningkat dibandingkan dengan tahun 2015 yang belum dilakukan pendataan sama sekali.

Kendala dan permasalahan:

- a. Belum optimalnya sistem *case management* yang dilakukan terhadap rehabilitan yang telah menjalani rehabilitasi psikososial dan kembali ke tempat tinggalnya
- b. Belum akuratnya data rehabilitan di tempat tinggalnya
- c. Belum optimalnya kerjasama dengan unit terkait di masyarakat dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa di masyarakat
- d. Kurangnya tenaga pekerja sosial yang melakukan kunjungan rumah

Usulan Pemecahan masalah:

- a. Mengoptimalkan pendataan rehabilitan yang telah menjalani kegiatan rehabilitasi psikososial dan telah kembali ke tempat tinggalnya
- b. Meningkatkan kemitraan dan koordinasi lintas sektor dalam penanganan pasien gangguan jiwa di masyarakat
- c. Menjalin kerjasama lintas sektor dalam kegiatan rehabilitasi berbasis komunitas untuk membantu menjaga stabilitas dan kemandirian rehabilitant di lingkungannya

IV. Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa Yang Bermutu

9. Akreditasi Paripurna

Gambar 5.11
Akreditasi Paripurna Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Tahun 2016 RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah melaksanakan penilaian survei akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 pada tanggal 6-9 September 2016 dan mencapai hasil Paripurna pada bulan Oktober 2016, dengan target capaian adalah terlaksananya Penilaian Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 pada tahun 2016.

V. Terwujudnya Pusat Riset dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Yang Aplikabel untuk Mendukung Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial

10. Licensi sebagai Pusat Riset dan Pendidikan di Bidang Rehabilitasi Psikososial dari Lembaga yang Berwenang (Kementerian Kesehatan RI)

Gambar 5.12

**Licensi sebagai Pusat Riset dan Pendidikan di Bidang Rehabilitasi Psikososial dari Lembaga yang Berwenang (Kementerian Kesehatan RI)
Tahun 2016**

RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sedang berproses menuju Pusat Riset dan Pendidikan Rehabilitasi Psikososial. Penyusunan kurikulum sedang dibuat.

Kendala dan Permasalahan

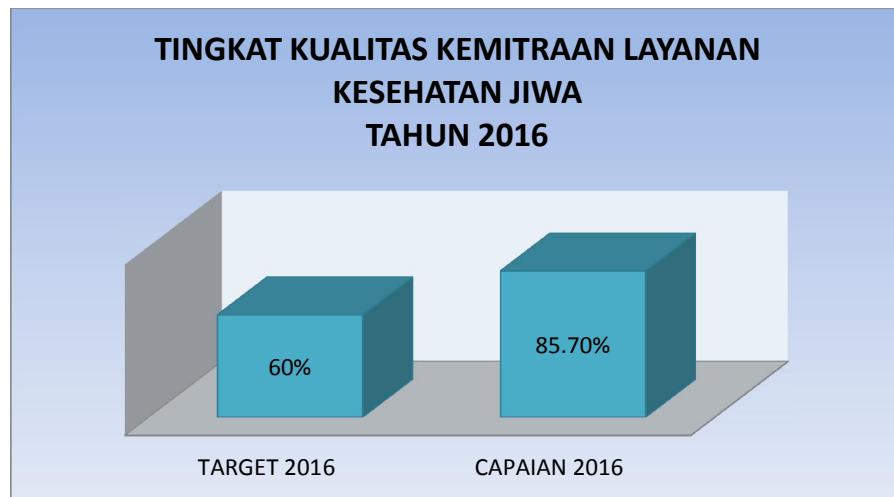
- a. Belum tersedia peneliti kesehatan (rehabilitasi psikososial) yang cukup.
- b. Belum tersedia sarana pendukung riset, pengolah data, dan gedung pusat data.

VI. Terwujudnya Kemitraan yang Berkualitas diBidang Kesehatan Jiwa

11. Tingkat Kualitas Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa

Gambar 5.13

Tingkat Kualitas Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang di capai saat ini:

Tingkat kualitas hubungan kemitraan kesehatan jiwa adalah berfungsinya hubungan kemitraan kesehatan jiwa meliputi fungsi koordinasi, kolaborasi, pendampingan dan sistem rujukan saat ini masih dalam proses pendekatan pada instansi yang berwenang dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Dinas Sosial Kota Bogor. Saat ini RSMM sudah membuat MoU tentang kerjasama pendampingan dan sistem rujukan dengan Dinkes dan Dinsos. Dalam draft MoU tertera tentang merujuk pasien ke RSMM dan RSMM memberikan pendampingan pemeriksaan pasien di Puskesmas. Capaian kegiatan dalam kemitraan ini adalah 85.7%, meningkat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya yaitu 50%.

VII.Terwujudnya Transformasi Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Layanan Multidisiplin

12. Proses Bisnis yang Terintegrasi Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Gambar 5.14

**Proses Bisnis yang Terintegrasi Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa
Tahun 2016**
RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang di capai saat ini:

Saat ini RSMM telah mengembangkan layanan yang terintegrasi dalam bentuk layanan multi disiplin. Layanan multidisiplin ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas layanan kepada pasien, dan memberikan kemudahan kepada pasien untuk mendapatkan pelayanan sehingga pasien mendapatkan penanganan sesuai dengan kebutuhannya, dari petugas dengan berbagai disiplin ilmu.

Target layanan kesehatan jiwa yang terintegrasi tahun 2016 adalah 4 layanan, dan target sudah tercapai 4 layanan yang terintegrasi, yaitu layanan CLP (*Consultation Liaison Psychiatry*, *Assessment center*, *Klinik early psychotic* dan Layanan Psikiatri Anak dan Remaja).

VIII. Terwujudnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Jiwa

13. Pembinaan Kelompok Swabantu dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Gambar 5.15

Pembinaan Kelompok Swabantu dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Tahun

2016

RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



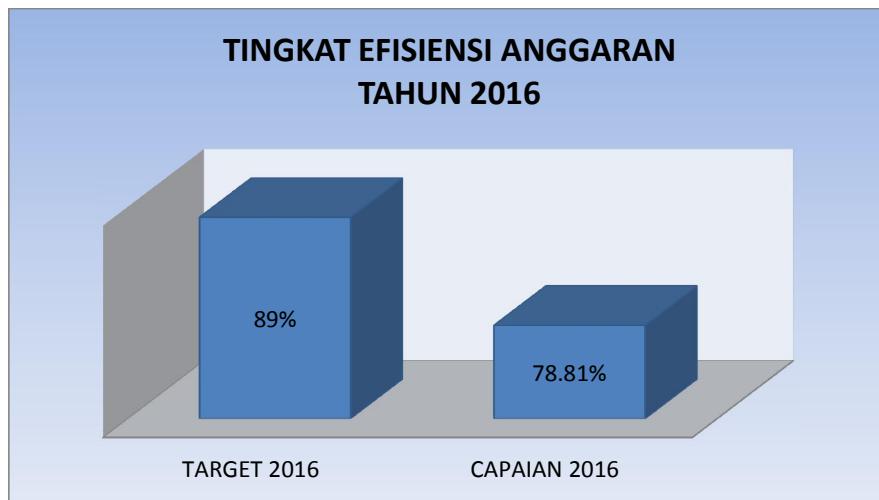
Saat ini telah dilaksanakan pembinaan yang dilakukan oleh RSMM terhadap satu kelompok swabantu dalam kesehatan jiwa yang dibentuk dan bekerjasama dengan rumah sakit. Kelompok yang dimaksud adalah Komunitas Peduli Schizophrenia Indonesia (KPSI) simpul Bogor dan *Bipolar Care* Bogor. Pembinaan berupa kegiatan yang dilakukan rutin antara lain: konsultasi, *sharing* keluarga, penyuluhan, pertemuan rutin dll. Pertemuan dilakukan secara rutin setiap bulan. Capaian target tahun 2016 ini telah tercapai yaitu pembinaan terhadap dua kelompok swabantu.

5.1.1.3 Perspektif Finansial

IX. Terwujudnya Efisiensi Anggaran Berbasis kebutuhan

14. Tingkat Efisiensi Anggaran

Gambar 5.16
Tingkat Efisiensi Anggaran Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Capaian tahun 2016 adalah 78.81%, dengan target 89%, sehingga angka ini belum mencapai target yang ditetapkan. Laporan realisasi anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja pada tahun 2016. Realisasi pendapatan Negara pada tahun 2016 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp. 83.359.813.045,- atau mencapai 32.72% dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp. 114.719.405.000,- Realisasi Belanja Negara pada 30 Juni 2016 adalah sebesar Rp. 60.893.121.958,- atau mencapai 25.66% dari alokasi anggaran sebesar Rp. 237.760.000,-

Kendala dan permasalahan:

Ketidaktercapaian target pendapatan adalah karena terjadi perubahan regulasi tekait penetapan Kelas RS atas Klaim BPJS. Yang semula Tarif atas Layanan Umum Pasien BPJS dikategorikan setara Tarif RS Kelas A, sejak 2015 ditetapkan menjadi RS Kelas B.

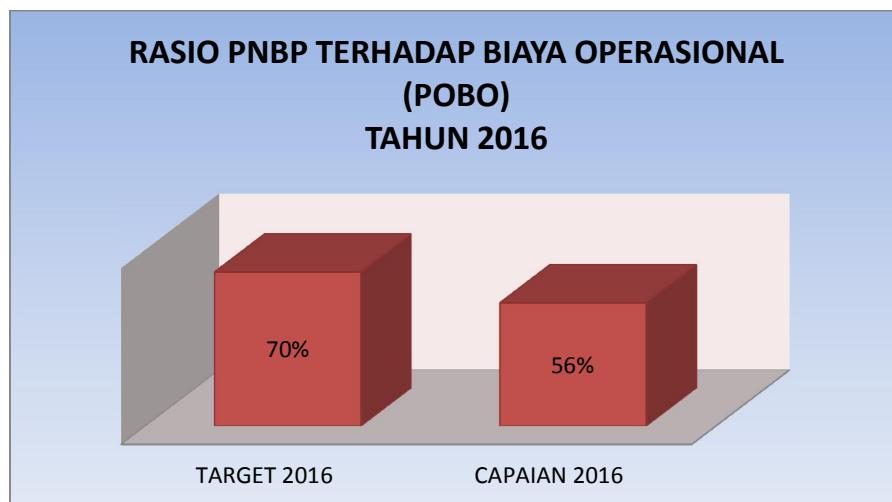
Usulan pemecahan masalah:

Dilakukan upaya untuk meningkatkan penerimaan RS terutama pengembangan RS sebagai RS Jiwa dengan unggulan Rehabilitasi Psikososial.

X. Terwujudnya POBO Yang Optimal

15. Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)

Gambar 5.17
Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO) Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Capaian tahun 2016 adalah 56%, dengan target 70%, sehingga angka ini belum mencapai target yang ditetapkan.

Kendala dan permasalahan:

Ketidaktercapaian nilai POBO tersebut karena pendapatan RS masih jauh dari target yang ditetapkan yaitu baru mencapai Rp. 83.359.813.045,- dari Rp. 114.719.405.000,-. Ketidaktercapaian target pendapatan adalah karena terjadi perubahan regulasi tekait penetapan Kelas RS atas Klaim BPJS. Yang semula Tarif atas Layanan Umum Pasien BPJS dikategorikan setara Tarif RS Kelas A, sejak 2015 ditetapkan menjadi RS Kelas B.

Usulan pemecahan masalah:

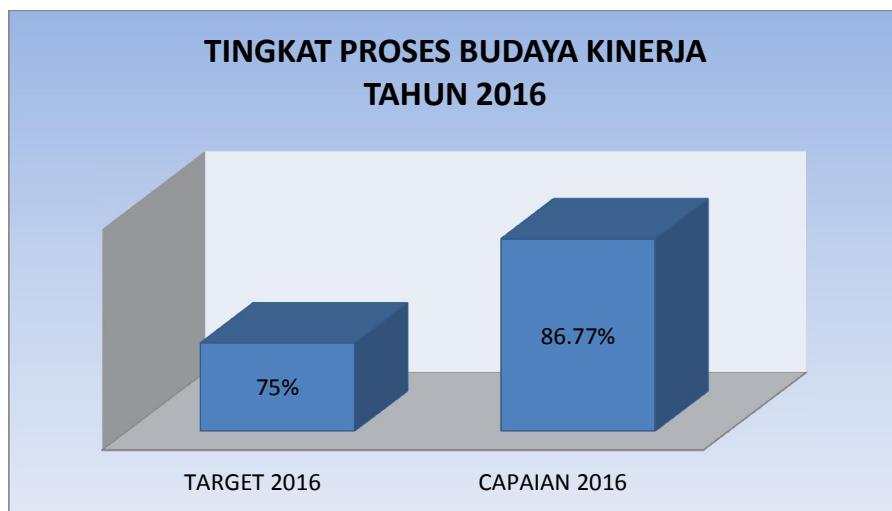
Dilakukan upaya untuk meningkatkan penerimaan RS terutama pengembangan RS sebagai RS Jiwa dengan unggulan Rehabilitasi Psikososial.

5.1.1.4 Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

XI. Terwujudnya Budaya Kinerja Yang Efektif

16. Tingkat Proses Budaya Kinerja

Gambar 5.18
Tingkat Proses Budaya Kinerja Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Definisi : Proses kehadiran pegawai dalam satu tahun dilihat dalam data *fingerprint*.

Formula : $\frac{\Sigma \text{ hari masuk kerja pegawai rumah sakit}}{\Sigma \text{ hari kerja pegawai rumah sakit}} \times 100\%$

Target : **100%**

Pencapaian : $\frac{218.309}{251.585} \times 100\% = \mathbf{86.773\%}$

Indikator untuk hal ini adalah tingkat proses kehadiran pegawai, dalam hal ini bahwa yang dimaksud dalam proses kehadiran pegawai adalah pegawai yang masuk kerja dengan melakukan *fingerprint* dan ditambah dengan pegawai yang izin tidak masuk kerja dengan cuti, tugas dinas, izin belajar/tugas belajar serta TKHI/PPIH dianggap sebagai masuk kerja.

Kendala dan permasalahan:

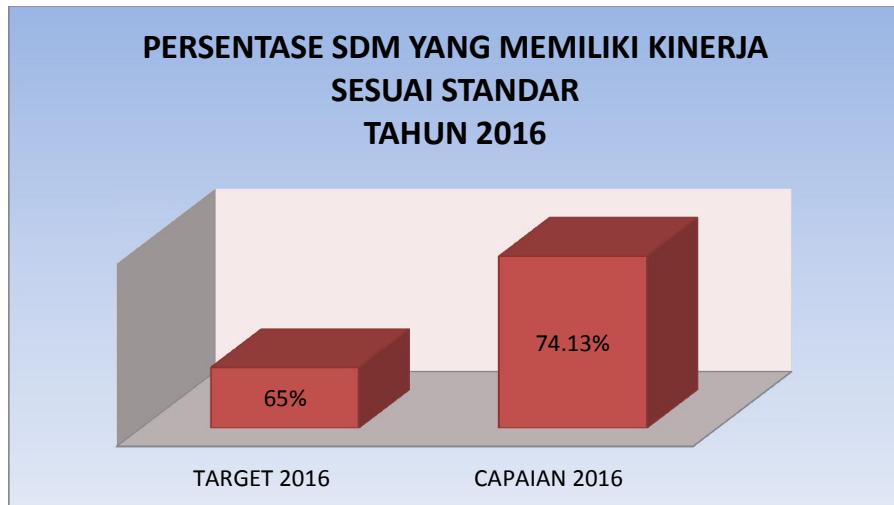
- a. Jumlah pegawai yang melakan tugas dinas per bulannya kurang lebih 700 hari tukar dinas mengakibatkan data tidak *updated* di *time attendance*.
- b. Terjadi mati lampu yang lama sehingga mesin *fingerprint* tidak berfungsi.
- c. Jadwal dinas yang terlambat masuk mengakibatkan data jadwal belumterpola di aplikasi kehadiran.
- b. Dokter jaga IGD yang kehadirannya tidak diambil dari data *fingerprint*.

Usulan pemecahan masalah:

- a. Dibuatkan ketentuan untuk membatasi tukar dinas pegawai.
- b. Diusulkan supaya rumah sakit memiliki generator set untuk mem-backup saat terjadi mati lampu.
- c. Dibuatkan SOP dan disosialisasikan ke setiap atasan.
- d. Seluruh pegawai untuk melaksanakan absensi dengan menggunakan *fingerprint*.

17. Persentase SDM yang memiliki Kinerja Sesuai Standar

Gambar 5.19
Persentase SDM yang memiliki Kinerja Sesuai Standar Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Definisi : Persentase SDM yang memenuhi criteria dalam kualitas berdasarkan penilaian kinerja yang dilakukan oleh atasan langsung. SDM yang memiliki kinerja sesuai standar adalah SDM yang memiliki IKI ≥ 1 .

Formula : $\frac{\Sigma \text{SDM yang memiliki kinerja sesuai standar}}{\Sigma \text{seluruh SDM}} \times 100\%$

Target : 65%

Pencapaian : $\frac{622.92}{840.25} \times 100\% = 74.13\%$

Rata – rata IKI setiap bulannya adalah :

Tabel 5.2
Rata_Rata IKI Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	BULAN	RATA-RATA IKI	JUMLAH PEGAWAI IKI > 1.00	JUMLAH PEGAWAI
1	Januari	1.103	636	831
2	Februari	1.063	607	827
3	Maret	1.042	634	826
4	April	0.98	626	815
5	Mei	1.01	584	817
6	Juni	0.98	626	817
7	Juli	0.97	601	860
8	Agustus	0.97	637	860
9	September	0.96	630	855
10	Oktober	0.96	626	856
11	November	0.96	626	856
12	Desember	0.95	642	863
JUMLAH		0.996	622.92	840.25

Kendala dan permasalahan:

- Kurang jelasnya definisi yang jelas tentang sasaran indikator untuk persentase SDM yang memiliki sinerja sesuai standar.
- Kurang pahamnya atasan dalam menyusun target stafnya sehingga penilaian belum mencerminkan kinerja staf yang objektif.
- Tidak objektifnya penilaian IKI setiap pegawai, hal ini bisa dilihat dari data penilaian IKI pegawai yang diatas nilai iki diatas 1.00 setiap bulanya tidak sebanding dengan kinerja unit rumah sakit yang menurun.

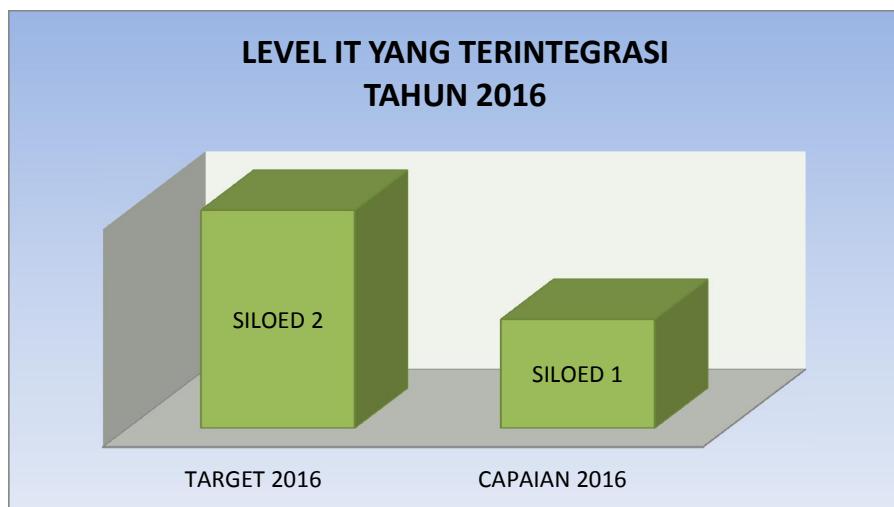
Usulan pemecahan masalah:

- a. Perlu disusun definisi yang bisa dijadikan indicator dalam mencapai sasaran kinerja.
- b. Dilakukan evaluasi tentang permasalahan sasaran ini.
- c. Evaluasi penilaian IKI untuk mendapatkan dasar pemasalahan penilaian kinerja individu.

XII. Terwujudnya Sistem Informasi Rumah Sakit Yang Terintegrasi

18. Level IT yang Terintegrasi

Gambar 5.20
Level IT Terintegrasi Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

Pada tahun 2016 Level IT Yang Terintegrasi ditargetkan berada pada Siloed 2, capaian tahun 2016 berada pada posisi Siloed 1.

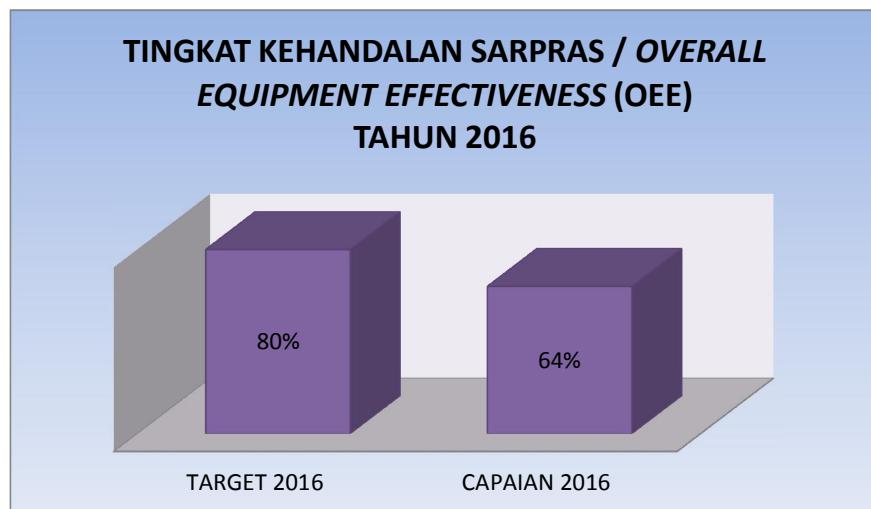
Tidak tercapainya target dikarenakan baru terlaksananya kerjasama dengan pihak ketiga pada triwulan IV 2016. Sesuai rekomendasi Pusdatin, pengembangan SIMRS harus menggunakan SIMRS GOS Kemenkes. Namun berhubungan Aplikasi SIMRS GOS banyak kelemahan pada keamanan data, maka pihak pengembang melakukan *rebuild* terhadap aplikasi tersebut sebelum mengembangkan aplikasi yang sesuai dengan kebutuhan RS.

XIII. Terwujudnya Kehandalan Sarana dan Prasarana

19. Tingkat Kehandalan Sarpras / *Overall Equipment Effectiveness (OEE)*

Gambar 5.21

Tingkat Kehandalan Sarana Prasarana / *Overall Equipment Effectiveness (OEE) Tahun 2016*
RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini :

Capaian tahun 2016 adalah 64%, dengan target 80%, sehingga angka yang didapat belum mencapai target yang diinginkan.Untuk data IPSRS masih terkendala, dengan susahnya mendapatkan data dari lapangan, karena staf di ruangan yang menggunakan alat sudah cukup sibuk dengan rutinitas sehingga tidak sempat mengisi formulir yang IPSRS berikan, sehingga kami terkendala dengan perhitungan.

Kendala dan permasalahan:

- Masih terbatasnya sumber daya manusia yang menguasai peralatan teknologi tinggi
- Masih kurangnya peralatan untuk perbaikan sarana, prasarana dan peralatan
- Masih lemahnya koordinasi antara IPSRS dengan unit-unit yang terkait

Usulan pemecahan masalah:

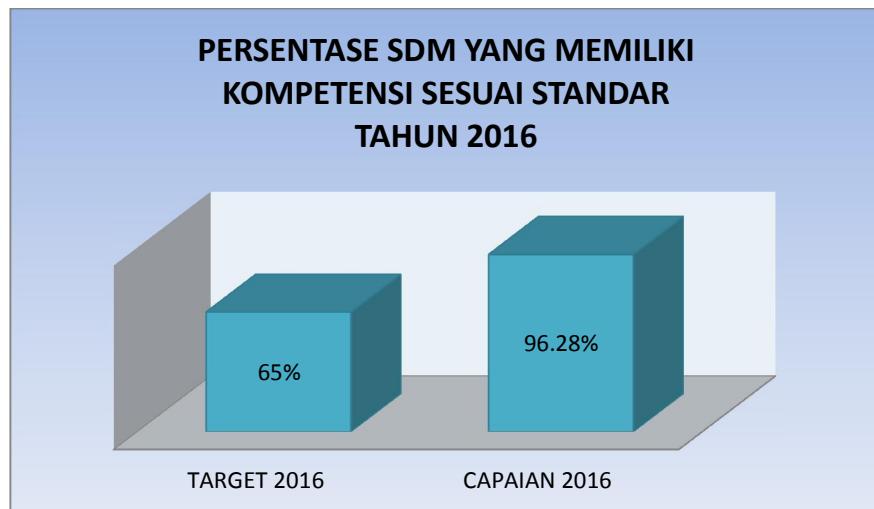
- a. Meningkatkan kualitas SDM di IPSRS dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di bidang masing-masing.
- b. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

XIV. Terwujudnya SDM Yang Handal Dan Kompeten

20. Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi Sesuai Standar

Gambar 5.22

Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi Sesuai Standar Tahun 2016
RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Definisi : persentase SDM yang memenuhi standar kompetensi jabatan. Dari definisi ini diartikan bahwa SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar adalah SDM tenaga kesehatan yang memiliki pendidikan min. D.III.

Formula : $\frac{\Sigma \text{SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar}}{\Sigma \text{seluruh SDM}} \times 100\%$

Target : **65%**

Pencapaian : $\frac{598}{625} \times 100\% = \mathbf{96.28\%}$

Kendala dan permasalahan:

- a. Kurang jelasnya definisi tentang sasaran indikator untuk persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar menjadikan

- penilaian sasaran indikator kurang terarah dan penentuan target menjadi tidak valid.
- b. Belum adanya pedoman pola ketenagaan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi menjadi masalah dalam menilai ini indikator kompetensi yang standar.
 - c. Tenaga kesehatan yang dibawah D.III tidak berminat untuk melanjutkan pendidikan.

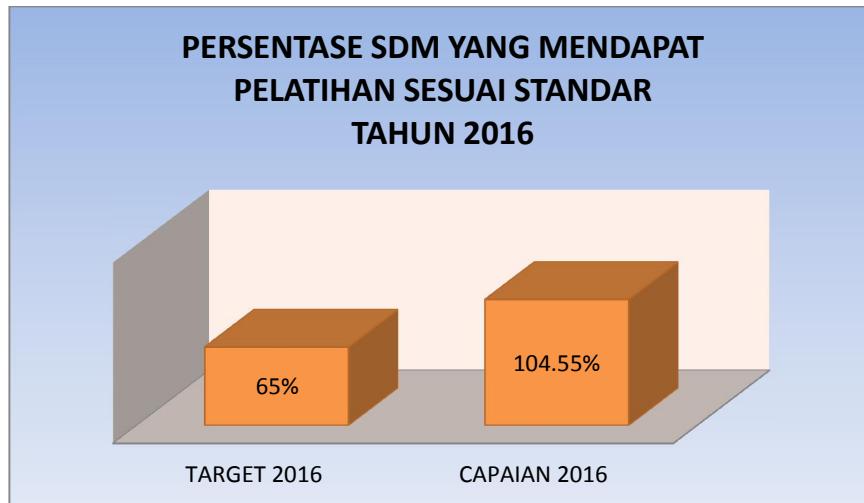
Usulan pemecahan masalah:

- a. Perlu disusun definisi yang bisa dijadikan indikator dalam mencapai sasaran kinerja.
- b. Dilakukan evaluasi tentang sasaran indicator persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar.
- c. Perlu ditetapkan pedoman pola ketenagaan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi untuk acuan dalam penilaian kompetensi SDM rumah sakit.
- d. Diusulkan untuk dibuatkan pendidikan program khusus sebagai dasar penyetaraan kompetensi tenaga kesehatan tersebut.

21. Persentase SDM yang Mendapat Pelatihan Sesuai Standar

Gambar 5.23

Persentase SDM Yang Mendapat Pelatihan Sesuai Standar Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



SDM yang berkualitas menjamin pelayanan yang diberikan berkualitas. Untuk itu Diklit berupaya mempertahankan dan meningkatkan kompetensi staf sehingga memiliki kompetensi yang dibutuhkan sesuai standar dan tuntutan masyarakat. Standard pelatihan yang ditetapkan adalah 20 jam pelatihan (JPL). Kegiatan pelatihan dilaksanakan baik *in house training* maupun *ex house training*.

Pada tahun 2016 dari proporsi pegawai yang mengikuti pelatihan terstandar (20 JPL) telah terpenuhi, namun belum teruji dampak pelatihan tersebut dalam meningkatkan pelayanan. Pemetaan kebutuhan pelatihan juga belum jelas sehingga harus diperbaiki pada tahun 2017 yang akan datang.

Kendala dan permasalahan:

Kendala utama dalam pelatihan terstandar ini adalah belum adanya peta SDM dalam bentuk *base line* data kebutuhan pelatihan ideal untuk mencapai kompetensi standar dalam mencapai visi misi rumah sakit. Sistem pencatatan dan pelaporan juga belum terintegrasi antara Bagian SDM dan Bagian Diklit sehingga pemerataan pelatihan belum optimal.

Usulan pemecahan masalah:

Pada tahun 2017 akan dilakukan pemetaan kompetensi staf yang dibutuhkan baik memenuhi tuntutan standar kompetensi, maupun upaya mencapai visi misi rumah sakit. Pelatihan juga diupayakan terakreditasi sehingga dapat digunakan sebagai kredit point kenaikan golongan dan remunerasi.

5.1.2 Pencapaian Indikator BLU 2016

Tabel 5.3
Indikator Kinerja keuangan Per 31 Desember 2016
RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR KEUANGAN							BOB OT NILAI	HAPER	NIL AI RIIL	KET
1	<i>Cash Ratio (%)</i>	Kas	Rp1,556,114,960	x	100%	=	229.74%	2	229.74%	1.5	
		<i>Current Liabilities</i>	Rp 677,331,762								
2	<i>Current Ratio (%)</i>	<i>Current Asset</i>	Rp45,716,457,993	x	100%	=	6749.49%	2.5	6749.49%	2.5	
		<i>Current Liabilities</i>	Rp 677,331,762								
3	<i>Collection Period (Hari)</i>	Piutang	Rp 2,506,768,699	x	365 hari	=	13.46	2	13.46	2	
		Pendapatan Netto	Rp 67,973,385,798								
4	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	Pendapatan Operasional	Rp 67,973,385,798	x	100%	=	14%	2	13.60%	1	
		Aset Tetap	Rp 499,858,323,960								
5	Imbalan atas Aset tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	(Surplus/Defisit sebelum pos keuntungan/kerugian + B. Penyusutan) - (pendapatan investasi dari APBN)	Rp (96,631,519,472)	x	100%	=	-19.33%	2	-19.33%	0	
		(Nilai Perolehan Aset Tetap - Konstruksi Dalam Pengeraaan)	Rp 499,858,323,960								
6	Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	(Surplus/Defisit sebelum pos keuntungan/kerugian + B. Penyusutan) - (pendapatan investasi dari APBN)	Rp (96,631,519,472)	x	100%	=	-21.50%	2	-21.50%	0	

		(Ekuitas - Surplus/Defisit Tahun Berjalan)	Rp 449,364,055,719								
7	Perputaran Persediaan (PP)	Total Persediaan	Rp 7,238,574,334	x	365 hari	=	38.87 hari	2	38.87	2	
		Pendapatan Usaha	Rp 67,973,385,798								
8	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	Pendapatan PNBP	Rp 67,973,385,798	x	100%	=	41.25%	2.5	41.25%	1.5	
		Biaya Operasional	Rp 164,777,573,162								
TOTAL							17		10.5		
10	Rencana Bisnis dan Anggaran								2		
11	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan								1.4		
12	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU								0.8		
13	Tarif Layanan								1		
14	Sistem Akuntansi								0.8		
15	Persetujuan Rekening								0.4		
16	SOP Pengelolaan Kas								0.5		
17	SOP Pengelolaan Piutang								0.5		
18	SOP Pengelolaan Utang								0.5		
19	SOP Pengadaan Barang dan Jasa								0.5		
20	SOP Pengelolaan Barang Inventaris								0.5		

5.2 Pencapaian Kinerja Rumah Sakit

5.2.1 Pencapaian Kinerja Program Unggulan: Rehabilitasi Psikososial

Sesuai dengan rencara strategis bisnis RSMM tahun 2015-2019, layanan unggulan RSMM adalah layanan rehabilitasi psikososial. Layanan rehabilitasi psikososial adalah layanan khusus yang diberikan kepada orang dengan gangguan jiwa, yang bertujuan untuk memperbaiki gangguan fungsi pada orang dengan gangguan jiwa (berat), seperti gangguan fungsi kognitif, fungsi sosial, fungsi okupasional, sehingga pasien dapat meningkat fungsi personal dan sosialnya, dan siap kembali ke lingkungan tempat tinggalnya dan menjalani kehidupan yang berkualitas.

Pelayanan rehabilitasi psikososial diberikan dalam :

1. layanan rawat inap : layanan rehabilitasi psikososial untuk pasien rawat inap diberikan dalam satu paket program rawat inap. Program dimulai pada saat pasien mulai menjalani rawat inap, sampai pasien dinyatakan sudah stabil untuk kembali ke lingkungan tempat tinggalnya
2. layanan *day care* : layanan *day care* merupakan layanan rehabilitasi psikososial yang khusus diberikan pada pasien yang telah kembali tinggal di lingkungannya. Layanan diberikan dari pagi sampai sore hari, dan pasien tetap tinggal di tempat tinggalnya, sehingga tetap bisa menjalankan kegiatan sehari-hari secara berkualitas.

Alur pelayanan pasien di Instalasi Rehabilitasi Psikososial adalah:

1. Rawat inap

Tabel 5.4
Alur Pelayanan Pasien Instalasi Rehabilitasi Psikososial di Rawat Inap
RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

TEMPAT	IGD/ POLIKLINIK PSIKIATRI	PHCU	INTERMEDIAT E CARE	STABILISASI
Perawatan pasien	Pasien mulai menjalani rawat inap sesuai indikasi	Pasien menjalani perawatan akut, untuk memberikan perawatan akut	Pasien menjalani perawatan antara, untuk membantu pasien lebih tenang dan siap mengikuti rehabilitasi secara lengkap	Pasien menjalani perawatan stabilisasi untuk mempersiapkan pasien kembali ke lingkungan tempat tinggalnya

Rehabilitasi	Penilaian skor GAF (<i>global assessment of functioning</i> – fungsi personal dan sosial) awal	Latihan ketrampilan hidup (ADL) Latihan perawatan diri	Latihan ketrampilan hidup, latihan ketrampilan sosial, latihan perawatan diri	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dikirim ke instalasi rehabilitasi psikososial untuk dilakukan seleksi • Pasien mengikuti program rehabilitasi, meliputi latihan non vokasional dan latihan vokasional sesuai jadwal • Penilaian skor GAF akhir
---------------------	---	--	---	---

2. Rawat Jalan

Layanan rawat jalan rehabilitasi psikososial diberikan setelah pasien menjalani pemeriksaan di poliklinik psikiatri. Psikiater kemudian memberikan rujukan ke instalasi rehabilitasi psikososial. Kemudian dilakukan seleksi oleh tim, untuk menentukan kegiatan apa yang akan dijalani oleh pasien sesuai dengan minat dan kemampuannya. Setelah dilakukan seleksi, pasien akan mengikuti latihan sesuai jadwal.

Dalam rencana strategis bisnis tahun 2015-2019, program strategis dan program kerja Instalasi Rehabilitasi Psikososial beserta pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

a. Pelaksanaan, monitoring dan evaluasi sistem penilaian fungsi personal dan sosial secara berkala :

1) Penyusunan program rehabilitasi psikososial

Program non vokasional (psikoedukasi, latihan ketrampilan sosial, remediasi kognitif, keagamaan) dan program vokasional (latihan kerja : perkebunan, pertamanan, kerajinan tangan, cooking class, hidroponik, keramik). Program rehabilitasi psikososial telah tersusun dengan baik pada tahun 2016, disertai dengan sistem monitoring program, dan penyusunan modul untuk tiap program latihan yang direncanakan. Modul tersebut bersifat individual, disesuaikan dengan hasil seleksi pasien disertai dengan tahap-tahap pelaksanaan latihan.

2) Penyediaan SDM rehabilitasi psikososial sesuai kebutuhan

Untuk menjadi layanan unggulan, layanan rehabilitasi psikososial harus didukung oleh petugas yang handal, yang menguasai bidangnya masing-masing, petugas yang dibutuhkan diantaranya Psikiater, Dokter Umum, Perawat, Pekerja Sosial, Terapis Okupasi dan Intsruktur latihan. Pemenuhan kebutuhan petugas telah dilakukan secara bertahap, dan seluruh petugas telah menjalani pelatihan sebagai petugas pelaksana layanan rehabilitasi psikososial.

Untuk meningkatkan kualitas SDM rehabilitasi psikososial, pada bulan Oktober 2016 RSMM telah melakukan penandatanganan Letter of Intent dengan Hospital Permai Johor Bahru Malaysia. Dengan kerjasama tersebut diharapkan akan terjadi transfer of knowlegde diantara Hospital Permai Johor Bahru dengan RSMM Bogor.

3) Penyediaan outlet tempat pemasaran hasil produk rehabilitasi psikososial.

Pemasaran hasil produk rehabilitasi psikososial memerlukan outlet untuk bisa melatih rehabilitan menjadi mandiri. Pada tahun 2016 RSMM telah menyiapkan outlet yang dibutuhkan, dan sedang dalam proses untuk melengkapi outlet tersebut.

b. Pengembangan sarana prasarana untuk kegiatan rehabilitasi psikososial :

1) Renovasi gedung utama rehabilitasi psikososial

Gedung utama rehabilitasi psikososial telah dilakukan renovasi pada tahun 2016, dan menurut rencana akan dijadikan pusat latihan tata boga, meliputi tempat latihan tata boga, penyiapan makanan untuk dipasarkan dan outlet pemasaran hasil latihan tata boga.

2) Optimalisasi *central workshop*

Latihan-latihan lain yang dilaksanakan di Instalasi Rehabilitasi Psikososial dilaksanakan di gedung *central workshop*. Selama tahun 2016, RSMM memenuhi kebutuhan sarana prasarana untuk gedung central workshop, meliputi meubelair, peralatan kerja dan perlengkapan lain yang dibutuhkan untuk kelancaran kegiatan.

c. Pengembangan rehabilitasi berbasis komunitas :

- 1) Pengembangan layanan rehabilitasi berbasis komunitas bekerjasama dengan lintas sektor terkait

Pengembangan layanan rehabilitasi berbasis komunitas telah dilaksanakan secara rutin di wilayah Kecamatan Kebonpedes Kabupaten Sukabumi, bekerjasama dengan Dinas Kesehatan propinsi Jawa Barat. Kegiatan yang dilakukan meliputi latihan ketrampilan sosial, psikoedukasi, remediasi kognitif, dan latihan vokasional. Selain itu tim rehabilitasi psikososial melakukan pendampingan pada rehabilitan yang telah tinggal di lingkungan tempat tinggalnya, supaya rehabilitan tetap dapat menjalani aktifitas secara berkualitas.

- 2) Monitoring evaluasi persentase rehabilitan yang mandiri di masyarakat

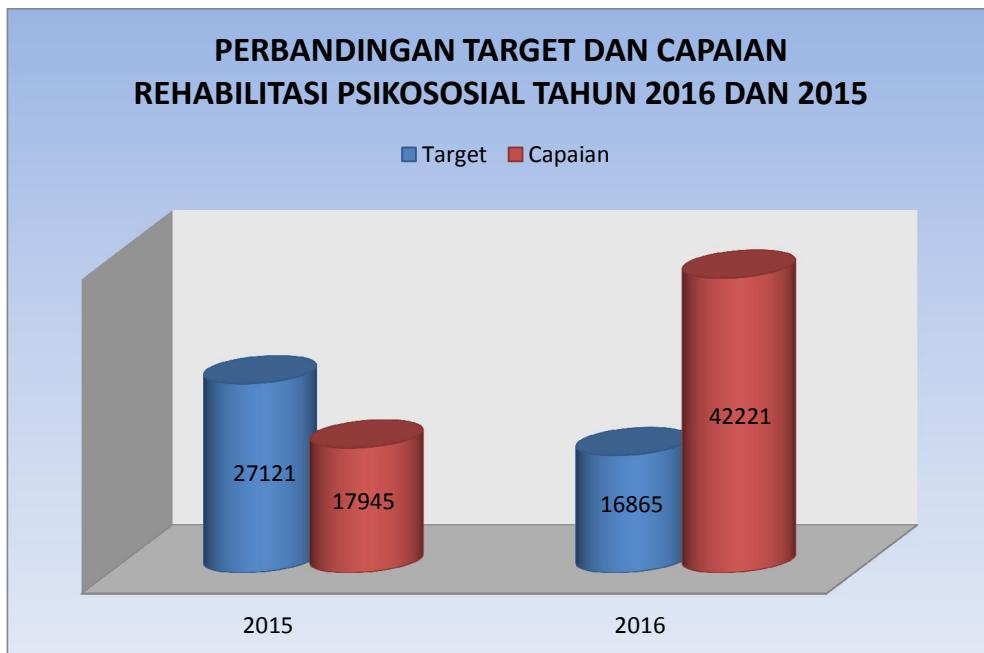
Monitoring evaluasi persentase rehabilitan yang mandiri di masyarakat dilakukan oleh pekerja sosial secara berkala, terhadap rehabilitan yang telah menyelesaikan paket kegiatan dan telah tinggal di lingkungan tempat tinggalnya. Diharapkan pasien bisa tetap menjalani aktifitas secara mandiri dan dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

**Tabel 5.5
Perbandingan Capaian Rehabilitasi Psikososial Tahun 2016 dan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

NO	KEGIATAN KUNJUNGAN	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Seleksi	275	244	88.7	303	1,460	4.83	5.98
2	Kegiatan Non Vokasional	20,988	13,537	64.5	10,019	31,972	319.12	2.36
	a. Psikoedukasi	1,320	51	3.9	1,452	7,245	137.00	142.06
	b. Senam Otak	1,320	4,007	303.6	1,452	9,092	626.17	-
	c. Remediasi Kognitif		371			4,527	0.00	-
	d. Latihan Keterampilan Sosial		292			4,475	0.00	-
	e. Rekreasi	264	88	33.3	290	176	60.61	-

	f. Olah raga	5,500	3,989	72.5	6,050	3,068	50.71	0.77
	• Senam Kesegaran Jasmani	5,500	3,759	68.3	6,050	-	0.00	-
	• Futsal		120			-		-
	• Tenis Meja		47			-		-
	• Bulu Tangkis		63			-		-
	g. Seni	704	1,209	171.7	774	2,712	350.21	2.24
	• Seni Musik	176	571	324.4	194	-	0.00	-
	• Menggambar	528	590	111.7	581	-	0.00	-
	• Angklung		8			-	0.00	-
	• Band		40			-	0.00	-
	h. Spiritual	6,380	3,530	55.3	7,018	3,153	44.93	0.89
	• Kerohanian Islam	5,280	3,238	61.3	5,808	-	0.00	-
	• Kerohanian Kristen	1,100	292	26.5	1,210	-	0.00	-
3	Terapi Vokasional	5,949	3,994	67.1	6,544	7,449	113.83	1.87
	a. Sulaman	792	515	65.0	871	808	92.75	1.57
	b. Gerabah	792	543	68.6	871	1,275	146.35	2.35
	c. Kerajinan tangan (Flanel)	396	493	124.5	436	937	215.11	1.90
	d. Tata boga (Telor asin, Jus, dll)	88	444	504.5	97	1,527	1577.48	3.44
	e. kebun & Pertamanan	1,716	840	49.0	1,888	1,209	64.05	1.44
	f. Kolam & peternakan	132	381	288.6	145	-	0.00	-
	g. Tata Boga		105	0.0	-	534	0.00	5.09
	h. Penjahitan	53	45	0.0	58	-	0.00	-
	i. Menggambar		96			975	0.00	-
	j. Terapi kelompok RK		80			-	0.00	-
	k. Mengantar bunga	220	171	77.7	242	-	0.00	-
	l. Permainan (Games)	176	257	146.0	194	-	0.00	-
	m. Kerajinan dari kertas koran	1,584	20	1.3	1,742	-	0.00	-
	n. Terapi kelompok LKS					-		-
	o. Menjual telor asin		4		-	184	0.00	-
4	Daycare		170		-	1,340	0.00	-
	TOTAL	27,212	17,945	65.9	16,865	42,221	250.34	2.35

Gambar 5.24
Perbandingan Target dan Capaian Rehabilitasi Psikososial Tahun 2016 dan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi saat ini:

1. Kegiatan Rehabilitasi Psikososial sudah dilaksanakan sesuai dengan perencanaan, rata-rata capaian proses sudah di atas target
2. Sistem evaluasi dan pelaporan sudah berjalan untuk mencapai target yang ditentukan pada tahun 2016
3. Program BPJS sudah dapat meng klaim kegiatan rehabilitasi psikososial
4. Sudah dilakukan penghitungan skor GAF secara berkala, untuk mengetahui peningkatan fungsi personal dan sosial rehabilitan setelah menjalani rehabilitasi psikososial

Permasalahan:

1. Belum optimalnya sarana dan prasarana sesuai dengan standar rehabilitasi psikososial, sehingga kegiatan layanan rehabilitasi psikososial belum berjalan dengan optimal
2. Belum optimalnya sosialisasi pada keluarga rehabilitan dan masyarakat sehingga kegiatan belum diketahui masyarakat secara luas, terutama untuk layanan *day care*

3. Terbatasnya petugas pemberi layanan rehabilitasi psikososial, sehingga belum semua kegiatan layanan dilaksanakan secara optimal.
4. Belum tertatanya sistem perencanaan dan penilaian fungsi personal dan sosial rehabilitan di lingkungan tempat tinggalnya

5.2.2 Pencapaian Kinerja Promotif dan Preventif

Sebagai rumah sakit jiwa, Layanan promotif dan preventif di RSMM merupakan layanan yang sangat penting. Layanan promotif dan preventif terutama bertujuan untuk menjalin kemitraan lintas sektor dalam menangani masalah kesehatan jiwa. Layanan promotif dan preventif tertuang dalam rencana strategis bisnis tahun 2015-2019, yaitu :

1. Pelaksanaan sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa
Sistem rujukan saat ini telah berjalan dengan cukup baik, dimana Pelayanan primer sudah memberikan pelayanan kesehatan jiwa sesuai kemampuannya. Apabila ada kasus yang tidak bisa ditangani oleh layanan primer atau sekunder, akan dirujuk ke RSMM
2. Pengembangan sistem konsultasi dan pendampingan dengan pelayanan primer dan sekunder.
Sistem konsultasi dalam pelayanan kesehatan jiwa sudah berjalan cukup baik, dimana wilayah-wilayah yang menjadi wilayah binaan RSMM melakukan konsultasi secara berkala tentang kasus-kasus gangguan jiwa yang ditangani. Konsultasi dilakukan melalui berbagai media, seperti telepon, sms atau datang langsung bertemu dengan psikiater yang bisa memberikan konsultasi.
Pendampingan pelayanan kesehatan jiwa juga sudah berjalan dengan cukup baik, dimana psikiater dari RSMM beserta tim dari instalasi kesehatan jiwa masyarakat melakukan pendampingan pada petugas puskesmas dalam memberikan layanan kesehatan jiwa pada pasien. Konsultasi dilakukan secara berkala di beberapa wilayah binaan di Kabupaten Bogor.
3. Peningkatan kapasitas SDM di pelayanan primer dan sekunder melalui penyegaran, pelatihan dan konsultasi di tempat
Peningkatan kapasitas SDM di layanan primer sudah dilakukan melalui pertemuan-pertemuan formal seperti penyegaran, maupun konsultasi di

- tempat. RSMM bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten Bogor dalam meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan di layanan primer dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa.
4. Pelaksanaan promosi kesehatan jiwa di sekolah, masyarakat dan tempat kerja
Promosi kesehatan jiwa telah dilakukan di berbagai tempat, seperti di sekolah. RSMM telah bekerjasama dengan pemerintah Kota Bogor dalam pencanangan “Bogor kota ramah anak”, melalui kegiatan seminar dan supervisi ke sekolah secara berkala. Promosi kesehatan jiwa di masyarakat juga sudah dilakukan secara berkala melalui berbagai pertemuan dengan masyarakat, termasuk dalam event-event khusus seperti safari bebas pasung dan safari kesehatan jiwa.
 5. Pelaksanaan program peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat melalui penyuluhan dengan berbagai media, edukasi, sosialisasi, seminar, pelatihan.
 6. Pelaksanaan deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat
Deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat dilakukan melalui kemitraan antara RSMM dengan puskesmas, dimana puskesmas telah dilatih dalam melakukan diagnosis dini gangguan jiwa di masyarakat. Diharapkan dengan deteksi dini ini akan menurunkan kesenjangan penanganan pasien gangguan jiwa di masyarakat.
 7. Pelaksanaan pengembangan layanan kemitraan dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa
Selama tahun 2016, RS telah melakukan kemitraan kesehatan jiwa dengan :
 - a. Dinas Kesehatan Kota dan kabupaten Bogor
 - b. Dinas Sosial Kota dan kabupaten BogorKemitraan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kerjasama dalam penanganan masalah kesehatan jiwa, sehingga didapatkan hasil lebih baik.
 8. Peningkatan kualitas layanan ACT bekerjasama dengan rehabilitasi dalam pengembangan rehabilitasi berbasis masyarakat
Layanan ACT (*Assertive Community Treatment*) merupakan layanan yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa, dimana layanan dilakukan di tempat tinggal pasien. Layanan diberikan pada pasien-pasien khusus, yang tidak memungkinkan untuk diberikan pelayanan biasa, dan dilakukan oleh tim

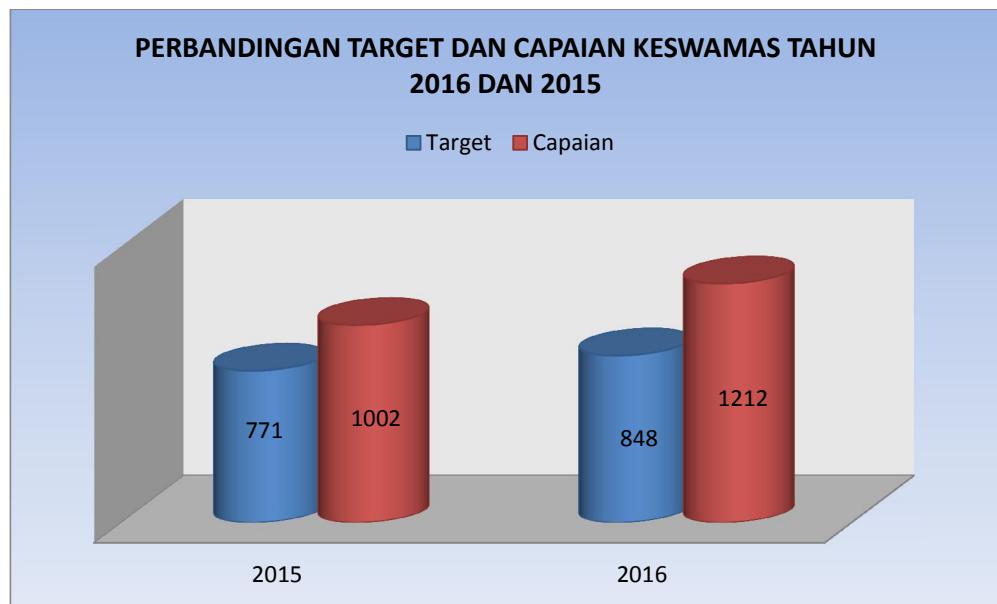
multidisiplin. Dalam memberikan layanan ini, RSMM bekerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas, untuk meningkatkan jangkauan pelayanan kepada masyarakat.

Tabel 5.6
Perbandingan Capaian Keswamas Tahun 2016 dan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KEGIATAN KUNJUNGAN	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Promotif dan Preventif							
	• Penyuluhan di dalam rumah sakit	139	77	55.40	153	103	67.36	1.34
	• Penyuluhan di luar rumah sakit	30	32	106.67	33	68	206.06	2.13
	• Deteksi dini		117	-	-	192	-	1.64
	• Edukasi		204	-	-	207	-	1.01
	• Seminar		-	-	-	3	-	-
	• Pelatihan		-	-	-	6	-	-
2	<i>Home Visit</i>	112	63	56.25	123	41	33.28	0.65
3	Integrasi Layanan		-	-	-	-	-	-
	• Phalamartha	13	12	92.31	14	12	83.92	1.00
	• Kebon Pedes		12	-	-	11	-	0.92
4	Pendampingan pelayanan kesehatan primer dan sekunder		12	-	-	8	-	0.67
5	Layanan inovatif : <i>Assertive Community Treatment (ACT)</i>	266	136	51.13	293	172	58.78	1.26
6	<i>Outreach :</i>		-	-	-	-	-	-
	a. Mobile crisis Intervention		94	-	-	102	-	1.09
	• Kunjungan Rumah			-	-	25	-	-
	• Penjemputan Pasien			-	-	20	-	-
	b. Pelayanan pasien pasung	26	22	84.62	29	30	104.90	1.36
	c. Layanan untuk pasien psikiatri terlantar	53	49	92.45	58	53	90.91	1.08
7	Kerjasama lintas program dan lintas sektoral		37	-	-	28	-	0.76
8	Pembinaan		4	-	-	15	-	3.77

	kelompok swabantu dan kelompok pelanggan							
9	Penyuluhan individual di dalam RS			-	-	14	-	-
10	Rehabilitasi berbasis komunitas			-	-	2	-	-
11	Layanan pengantaran pasien (dropping)	132	131	99.24	145	100	68.87	0.76
JUMLAH		771	1,002	129.96	848	1,212	142.92	1.21

Gambar 5.25
Perbandingan Target dan Capaian KESWAMAS Tahun 2016 dan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi saat ini:

1. Pada tahun 2016 beberapa kegiatan mengalami peningkatan kuantitas pelayanan dibandingkan dengan kuantitas layanan di tahun 2015, walaupun belum mencapai target yang ditentukan. Antara lain Penyuluhan di dalam dan di luar rumah sakit, deteksi dini pasien dengan gangguan jiwa, edukasi, integrasi pelayanan dengan Phala Marta, Layanan *Assertive Community Treatment (ACT)*, *Mobile Crisis Intervention*, Pelayanan Pasien Pasung, Layanan untuk pasien psikiatri terlantar, Pembinaan kelompok swabantu dan kelompok pelanggan dan Rehabilitasi berbasis komunitas.

2. Untuk Layanan *Home Visite*, Integrasi layanan di Kebon Pedes, Pendampingan pelayanan kesehatan primer dan sekunder, Kerjasama lintas Program dan Lintas Sektoral serta Layanan Pengantaran Pasien (*Dropping*) belum mencapai target.
3. Program, kegiatan dan capaian kegiatan instalasi keswamas belum memperlihatkan outcome di instalasi keswamas tetapi baru memperlihatkan capaian proses

Permasalahan:

1. Belum optimalnya penyusunan program kesehatan jiwa masyarakat, sehingga belum bisa disusun target dan indikator capaian yang jelas.
2. Belum optimalnya koordinasi internal dan eksternal sehingga instalasi PKRS dan Keswamas sebagai perencana kegiatan keswamas yang memerlukan kerjasama instalasi lain belum berjalan secara optimal.
3. Belum disusunnya definisi operasional dari masing-masing kegiatan, sehingga laporan kegiatan keswamas belum menggambarkan outcome yang optimal sehingga belum terlihat capaian hasil kegiatan dengan baik.

Usulan Pemecahan Masalah:

1. Penyusunan program kegiatan Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat sesuai dengan rencana Strategis Bisnis rumah sakit, sehingga bisa ditetapkan tujuan yang akan dicapai dan indikator yang ditentukan.
2. Optimalisasi koordinasi lintas sektoral dan antar instalasi agar kegiatan keswamas berjalan dengan baik sehingga tujuan Rumah Sakit menjadi rumah sakit jiwa dengan pelayanan paripurna, komprehensif, bermutu, dan berkeadilan tercapai.
3. Optimalisasi keterlibatan SDM diinstalasi-instalasi dengan cara sosialisasi dan mengikutsertakan SDM agar terlibat dalam kegiatan keswamas sehingga pemenuhan kegiatan instalasi PKRS dan Keswamas tercapai.
4. Penyususan definisi operasional dari masing-masing kegiatan yang dilakukan oleh PKRS dan Keswamas sehingga hasil menjadi lebih optimal.
5. Monitoring dan evaluasi kegiatan keswamas yang menggambarkan *outcome* sehingga terlihat kegiatan keswamas secara input, proses dan *outcome*.

5.2.3 Pencapaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Pencapaian Kinerjaindikator mutu unit kerja berdasarkan Standar Pelayanan Minimal RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7
Pencapaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

JENIS	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN 2016												CAPA IAN 2016
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEPT	OKT	NOV	DES	
PELAYANAN GAWAT DARURAT															
<i>Input</i>	I.1. Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> .	100%		100,0 %		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
	I.2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat	100%	90,47 %	92,30 %	91,20 %		68,42 %	94,73 %	94,74 %	94,74 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	68,00 %	90,42 %
	I.3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
Proses	I.4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat	≤ 5 menit	2 Menit 54 Detik	3 Menit 5 Detik	2 Menit 48 Detik	2 Menit 36 Detik	2 Menit 36 Detik	2 Menit 48 Detik	2 Menit 42 Detik	2 Menit 48 Detik	2 Menit 47 Detik	2 Menit 48 Detik	2 Menit 35 Detik	3 Menit	2 Menit 57 Detik
	I.5. Waktu Tanggap Pelayanan Perawat di Gawat Darurat	≤ 2 menit	1 Menit 11 Detik	1 Menit	1 Menit	1 Menit	1 Menit	1 Menit 1.2 Detik	1 Menit 6 Detik	1 Menit	1 Menit	1 Menit	1 Menit 1 Detik	1 Menit 1 Detik	1 Menit 13 Detik
	I.6. <i>Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)</i>	≤ 240 menit	35 Menit 15 detik	47 Menit	53 Menit	53 Menit	50.3 Menit	50.8 Menit	50.6 Menit	52.8 Menit	51.53 Menit	51.51 Menit	51.93 Menit	50.89 Menit	49,87 Menit
<i>Output</i>	I.7. Kematian Pasien Di IGD	≤ 2 %	4,7	6,21	4,96	5,72	2,62	2,38	1,35	0,73	0,77	0,76	0,75	3,35	2,86
<i>Outcome</i>	I.8. Kepuasan Pelanggan Pada	≥ 85 %	75,4%	76,6%	80,0%	82,0%	84,6%	84,9%	85,1%	85,1%	86,2%	85,2%	87,8%	89,0%	83,49

	Gawat Darurat														%	
PELAYANAN RAWAT JALAN																
II.A. PELAYANAN RAWAT JALAN																
<i>Input</i>	II.a.1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis *	100 %		98,00 %	92,50 %						94,00 %		96,00 %	91,30 %	94,4%	
	II.a.2 Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan *	100 %		98,00 %							94,00 %		96,00 %	91,30 %	94,8%	
Proses	II.a.3. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 menit	124 Menit	68 Menit	60,25 Menit	53,6 Menit	61,3 Menit	60,2 Menit	84,35 Menit	83 Menit	61 Menit	45,35 Menit	39,05 Menit	52 Menit	66 Menit	
<i>Outcome</i>	II.a.4. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan *	≥ 85 %		100,0 0%	98,00 %			99,00 %			98,00 %		96,00 %	96,00 %	97,83 %	
II.B. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK																
Proses	II.b.1. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100 %	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%			99,85 %	99,86 %	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	99,97 %	
<i>Output</i>	II.a.2. Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang direncanakan	≤50 %	100,0 0%	100,0 0%	99,13 %			99,82 %	99,99 %	99,66 %	99,33 %	99,09 %	99,17 %	99,26 %	99,26 %	99,52 %
<i>Outcome</i>	II.a.3. Kepuasan Pelanggan pada Rehabilitasi Medik *	≥80 %	90%		90%						97%		97%	97%	94%	
II.C. PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK DAN IMAGING																
Proses	II.c.1. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTRP)	≥ 85 % WTPR ≤3= 100 3<WTPR ≤4= 75 4<WTPR ≤5= 50 5<WTPR ≤6= 25	2 Jam 24 Menit	2 Jam 58 Menit	2 Jam 45 Menit	3 Jam 12 Menit	2 Jam 53 Menit 24 Detik	2 Jam 49 Menit 12 Detik	2 Jam 31 Menit 12 Detik	3 Jam	2 Jam 22 Menit	2 Jam 11 Menit	2 Jam 28 Menit	2 Jam	2 Jam 44 Menit	

		WTPR >6=0													
<i>Output</i>	II.c.2. Kerusakan Foto	≤2 %	1,8%	2,1%	1,6%	1,6%	1,3%	1%	0,8%	0,7%	0,3%	0,7%	1%	0,8%	1,14%
	II.c.3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label	100 %	93,67 %	98,56 %	99,30 %	99,26 %	99,55 %	99,17 %	99,37 %	99,86 %	99,50 %	99,50 %	99,99 %	99,00 %	98,89 %
<i>Outcome</i>	II.c.4 Kepuasan Pelanggan Pada Radiodiagnostik dan Imaging	≥ 85 %			90,55 %		76,35 %	67,64 %	82,34 %	95,83 %	81,25 %	76,47 %	83,00 %	83,33 %	81,86 %
II.D. ASSESSMENT CENTER															
Proses	II.d.1. Waktu tunggu Pelayanan di Assessment Terpadu *	≤ 30 menit		2 Menit	10 Menit		14.6 Menit				0,615 385		2 Menit 33 Detik	2 Menit	2 Menit
	II.d.2. Waktu Tunggu Pengambilan Hasil *	≤ 2 hari kerja		2 Jam 45 Menit	2						2		2 Hari	3 Hari	2 hari
<i>Outcome</i>	II.b.3 Kepuasan Pelanggan Pada Assasment Terpadu *	≥ 85 %	84,61 %	85,08 %	85,19 %						97,40 %		99,60 %	99,00 %	91,81 %
PELAYANAN RAWAT INAP															
<i>Input</i>	III.1. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap	100%	100.0 0%	94,27 %	99,53 %	98,33 %	96,28 %	97,60 %	95,20 %	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	98,43 %
	III.2. Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)/SP2KP	> 75 %	80,80 %	84,79 %	84,63 %	88,48 %	87,67 %	84,32 %	87,61 %	92,38 %	90,41 %	90,96 %	93,98 %	88,42 %	87,87 %
	III.3. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	99,40 %	93,67 %	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	99,42 %
Proses	III.4. Jam Visite Dokter Spesialis	100%	93,30 %	90,40 %	83,76 %	79,78 %	87,86 %	89,81 %	82,83 %	84,86 %	85,49 %	85,15 %	86,46 %	85,99 %	86,31 %
	III.a.5. Pengkajian awal medis dan keperawatan	> 80 %	95,55 %	77,83 %	71,47 %	41,35 %	77,75 %	75,49 %	78,30 %	86,11 %	94,98 %	97,54 %	97,61 %	98,78 %	82,7%
<i>Output</i>	III.6. Bed Occupancy Rate (BOR)	60% - 85%	62,92 %	63,97 %	62,69 %	56,57 %	60,76 %	56,19 %	44,73 %	51,75 %	51,92 %	60,13 %	63,77 %		57,8%
	III.7. Tidak adanya Kejadian	100%	99,87	99,86	99,87	99,86	100%	100%	100%	100%	99,83	100,0	99,99	100%	99,9%

	Pasien Jatuh		%	%	%	%				%	0%	%	%		
	III.8. Nett Death Rate (NDR)	≤24/1000 atau ≤ 25/1000	26.39/ 1000	25.78/ 1000	14.81/ 1000	26.83/ 1000	21.52/ 1000	22.22/ 1000	17,99/ 1000	25.24/ 1000	33.44/ 1000	26.71/ 1000	27,16/ 1000	31.35/ 1000	24.88/ 1001
OutCome	III.9. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3 CP	3 CP	5 CP	5 CP									
	III.10 Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh	≤ 5%	6,70%	7,86%	8,08%	4,85%	4,97%	6,00%	4,91%	3,78%	5,58%	1,89%	0,38%	6,43%	5,12%
	III.11. Kepuasan Pelanggan (KP) pada Rawat Inap	≥ 85%	96,00 %	91,02 %	86,47 %	93,91 %	94,12 %	91,51 %	96,90 %	96,70 %	88,80 %	92,20 %	92,53 %	93,85 %	92,83 %
III.A. PELAYANAN RAWAT INAP PSIKIATRI															
Proses	III.a.1. Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT) / Detoksifikasi	100%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100%
	III.a.2. Kejadian Rawat Ulang (re-admission) Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu ≤ 1 Bulan	> 90 %	-	-	-	-	-	-	-		99%	100%	95,78 %	99,58 %	99%
	III.a.3. Kesediaan Secara Mandiri Untuk di rawat	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	III.a.4. Lama pemeriksaan Visum Et Repertum Psychiatricum	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 Hari	14 Hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	15 hari
Output	III.a.5. Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	6,25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,52%
	III.a.6. Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi dalam 24	≥ 95%	100%	100%	93,40 %	99,40 %	100%	100%	99,50 %	98,43 %	95,95 %	96%	98,55 %	95,59 %	98,03 %

	jam dalam Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP)														
	III.a.7. Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 10 hari	≥ 90%	100%	100%	100%	98,80 %	97,19 %	98%	99,50 %	99,45 %	95,95 %	94,30 %	95,65 %	98,08 %	98,08 %
	III.a.8. Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari	42 hari	-	-	-	-	-	0	99,50 %	98,90 %	99,61 %	99,61 %	98,08 %	100%	99,28 %
	III.a.9. Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0 %

III.B. PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI

Proses	III.b.1. Waktu Tunggu Operasi Elektif	≤ 48 jam	≤ 48 jam			> 48 jam (1 orang pasien)	≤ 48 jam								
Output	III.b.2. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0 %
	III.b.3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0 %
	III.b.4. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0 %
	III.b.5. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0 %
	III.b.6. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah penempatan Endotracheal tube	≤6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0%
	III.b.7. Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0%
Outcome	III.b.8. Kepuasan Pelanggan	≥85 %	-						-	-	-	0	0	0	0,0%

		spesialis kedokteran jiwa, dokter umum yang mendapat sertifikat dan masih berlaku, psikolog klinis, perawat bersertifikat, pekerja sosial, okupasi terapis dan instruktur latihan kerja															
Proses	IVI.2. Jam Buka Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	IV.3. Paket Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	> 10 kali	103 orang	93orang	68 orang	82 orang	95 Orang	77 orang	54 Orang	110 Orang	10 Orang	30 Orang	67 Orang	40 Orang	69 orang		
Output	IV.4. Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	> 75%	46,60 %	68,82 %	100,0 0%	78,05 %	66,32 %	81,00 %	80,00 %	60,00 %	100,0 0%	100,0 0%	91,00 %	65,00 %	78,07 %		
	IV.5. Persentase pasien yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	25%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	97%	100%	96%	99,00 %		
Outcome	IV.6. Kepuasan Pelanggan Pada Unit Rehabilitasi Psikososial	≥85 %	84%	87,20 %		78,73 %	78,73 %	85%	95%	86%	86%	81%	87%	94%	85,70 %		
PELAYANAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT																	
Input	V.1. Pemberi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat	100%	75,93 %	77,25 %	92,71 %	83,83 %	76,78 %	83,83 %	57,56 %	76,19 %	100%	94,59 %	118,2 1%	79,83 %	84,73 %		
	V.2. Ketersediaan Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat	Minimal pelayanan kesehatan jiwa masyarakat : pembinaan kepada puskesmas	18,75 %	63,89 %	55,56 %	64,24 %	61,81 %	64,24 %	32,99 %	48,61 %	100%	100,0 0%	100,0 0%	100%	73,64 %		

	VI.7. Nett Death Rate (NDR)	≤24/1000 / ≤ 25/1000	0,22	0,22	0,00	0,40	0,16	0,21			0,03	37,50 %	20,00 %		
Outcome	VI.8. Kepuasan Pelanggan pada IPK Napza	≥85 %	84	85	87	86	88	86			88	96	94	88	88,2

PELAYANAN LABORATORIUM

Proses	VII.1. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	1 Jam 35 Menit 40 Detik	1 Jam 32 Menit 7 Detik	1 Jam 33 Menit 36 Detik	1 Jam 38 Menit 42 Detik	1 Jam 36 Menit 12 Detik	1 Jam 33 Menit 10 detik	1 Jam 32 Menit 24 Detik	1 Jam 31 Menit 52 Detik	1 Jam 30 Menit 24 Detik	1 Jam 29 Menit 24 Detik	1 Jam 29 Menit 24 Detik	1 Jam 30 Menit 12 Detik	
Output	VII.2. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0 0%	100%	100%	100%	100%
	VII.3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	99,95 %	100%	100,0 0%	100%	100%	100%	100,0 0%	100,0 0%	100%	97%	99,75 %
	VII.4. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	0	0	hasil evaluasi PME belum keluar										
Outcome	VII.5 Kepuasan Pelanggan Pada Laboratorium	≥85 %	93%	80%	77,97 %	75,41 %	78,20 %	75,41 %	96,82 %	96,97 %	98,41 %	100%	100%	100%	89,35 %

PELAYANAN FARMASI

Input	VIII.1. Ketersediaan Formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Terse dia
Proses	VIII.2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	< 30 menit	76 Menit 4	69 Menit 19	112 Menit 59	59 Menit 38	66 Menit 21	59 Menit 43	70 Menit 32	74 Menit 55	76 Menit 16	72 Menit 54	63 Menit 28	60 Menit 31	72 menit 10

			Detik	detik	Detik	Menit	Detik	Detik	Detik	Detik	Detik	Detik	Detik	Detik	Detik	detik	
	VIII.3. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	117 Menit 52 Menit	84 Menit 9 detik	122 menit		111 Menit	104 Menit	110 Menit	95 Menit	105 Menit	117 Menit	105 Menit	95 Menit	106 Menit	106 Menit	
Output	VIII.4. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%						99,99 %	99,99 %	99,99 %	99,99 %	100%	99,99 %	99,99 %	99,99 %	99,99 %	
	VIII.5 Kejadian Nyaris Cidera Peresepean Obat (<i>Medication Error</i>)	Tren menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	
	VIII.6. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥ 90%	99,70 %	99,9%	99,87 %	96%	99,70 %	99,50 %	99,60 %	99,80 %	100%	100%	100%	100%	99,51 %	99,51 %	
Outcome	VIII.7. Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Farmasi	≥85 %	81,13 %	82%	81,41 %	79,40 %		82,60 %	83,57 %	89,10 %	89,05 %	84,70 %	73,48 %	69,10 %	81,41 %	81,41 %	
PELAYANAN GIZI																	
Proses	IX.1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %		91,60 %	96,60 %	92,60 %	96,50 %	89,00 %	92,00 %	92,20 %	96,20 %	98,50 %	99,20 %	100,0 %	94,95 %	94,95 %	
Output	IX.2. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	99,90 %	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	99,99 %	99,99 %
	IX.3. Prosentase Pasien yang dilakukan Pengkajian Gizi Terhadap Pasien yang Beresiko	100 % pasien terasesmen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Outcome	IX.4. Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Gizi di Rawat Inap	≥85 %	83,00 %	89,00 %	88,50 %	82,50 %	89,40 %	83,40 %	87,20 %	87,00 %	85,00 %	85,00 %	85,00 %	86,00 %	86,00 %	85,9%	85,9%
PELAYANAN REKAM MEDIK																	
Proses	X.1. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 20 menit	60 Menit	69 Menit	68 Menit	63 Menit	47 Menit	69 Menit	70 Menit	55 Menit	60 Menit	64 Menit	56 Menit	53 Menit	61 Menit	61 Menit	
	X.2. Waktu Penyediaan	≤15 menit	82	106	98	73	71	73	99	95	126	100	98	100	93	93	

	Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap		Menit	Menit												
Output	X.3. Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM)	> 80%	31,89 %	41,43 %	42,42 %	69,02 %	75,68 %	70,92 %	57,91 %	63,41 %	62,70 %	64,72 %	64,38 %	64,21 %	59,06 %	
	X.4. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	81,96 %	81,80 %	82,48 %	93,10 %	88,89 %	90%	95,24 %	91,30 %	99,95 %	94,29 %	92,16 %	81,14 %	89,36 %	
PELAYANAN TRANSFUSI DARAH																
Output	XII.1 Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %	0%	0%	0,05%	0,07%	0,05%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.00%	
PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN																
IPAL																
Output	XIII.a.1 Baku Mutu Limbah Cair	100%	97.00 %	100.0 %	97.00 %	97.00 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	97.00 %	97.00 %	97.00 %	97.00 %	100.0 %	98.25 %	
Proses	XIII.a.2 Pengelolaan Limbah Cair	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004	99.50 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.96 %	
	XIII.a.3 Pengelolaan Limbah Padat	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2005	99.50 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.96 %	
	XIII.a.4 Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan	100%	96.00 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	99.67 %	
Output	XIII.a.5 Tingkat Penilaian Proper	2015 s.d	Belum Mengikuti	Belum Mengikuti												

	*) 26	2019 → Biru	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper	Proper
PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH																
Output	XIII.b.1 Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 jam	1.2 jam	1.3 jam	1.3 jam	1.2 jam	1.25 jam	1.16 jam	1.1 jam	1.18 jam	1.06 jam	1 jam	0.85 jam	1.21 jam	1 jam 9 menit	
	XIII.b.2 Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
Proses	XIII.b.3 Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
Outcome	XIII.b.4 Kepuasan Pelanggan pada Pemulasaraan Jenazah	≥85 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
PELAYANAN LAUNDRY																
Output	XIII.c.1 Tidak ada Kejadian Linen yang hilang	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
	XIII.c.2 Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
	XIII.c.3 Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
	XIII.c.4 Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
	XIII.c.5 Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi	100%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
PRA SARANA RUMAH SAKIT																
Output	XIV.1 Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal *)27	2015 s.d 2019 : 100%	77.00 %	67.00 %	23.00 %	23.00 %	23.00 %	23.00 %	100.0 %	100.0 %	86.00 %	80.00 %	80.00 %	80.00 %	63.50 %	

	XIV.2 Tingkat Kehandalan Sarpras (OEE) *)25	2015 → 80 % 2016 → 80 % 2017 → 85 % 2018 → 90 % 2019 → 100 %	90.00 %	70.00 %	40.00 %	31.00 %	33.00 %	33.00 %	80.00 %	80.00 %	78.00 %	78.00 %	78.00 %	78.00 %	64.08 %
	XIV.3 Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %	89.00 %	70.00 %	80.00 %	77.00 %	77.00 %	77.00 %	77.00 %	77.00 %	70.00 %	77.00 %	77.00 %	80.00 %	77.33 %
	XIV.4 Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	40.00 %	80.00 %	75.00 %	77.00 %	77.00 %	77.00 %	100.0 0%	100.0 0%	86.00 %	77.00 %	77.00 %	75.00 %	78.42 %
	XIV.5 Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu	100%	30.00 %	20.00 %	10.00 %	63.00 %	63.00 %	85.00 %	100.0 0%	100.0 0%	86.00 %	85.00 %	67.00 %	40.00 %	62.42 %
PELAYANAN ADMINISTRASI PASIEN															
	XVII.a.1 Kelengkapan Pengisian Jati Diri/ Identitas Pasien	95%	97.00 %	98.00 %	97.00 %	99.00 %	98.00 %	98.00 %	97.00 %	98.00 %	97.00 %	99.00 %	98.00 %	98.00 %	97.83 %
Output	XVII.a.2 Waktu Penginputan Data Pasien Baru	Pasien Baru ≤ 7 menit	5 menit	4 menit	4 menit	5 menit	5 menit	5 menit	4 menit	4 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	4 menit 40 detik
	XVII.a.2 Waktu Penginputan Data Pasien Lama	pasien lama ≤ 2 menit	1 menit	1 menit	1 menit	1 menit	1 menit	2 menit	1 menit	2 menit	1 menit 10 detik				
	XVII.a.3 Waktu Melengkapi Berkas Tagihan Pasien	≤ 3 hari kerja	3 hari	2 hari	2 hari	3 hari	3 hari	2 hari	3 hari	3 hari	2 hari 18 jam				
	XVII.a.4 Kelengkapan Berkas Tagihan	100%	90.00 %	92.00 %	92.00 %	94.00 %	96.00 %	98.00 %	98.00 %	98.00 %	98.00 %	98.00 %	97.00 %	97.00 %	95.67 %
	XVII.a.6 Tidak Ada Penolakan Klaim Karena Masalah Administrasi	100 % tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	99.00 %	97.00 %	95.67 %
	XVII.a.7 Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan	≤ 15 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit

PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN															
TU DAN PELAPORAN															
	XVII.b.2 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Struktural	100%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% 0.00%
Output	XVII.b.3 Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	100%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% 0.00%
	XVII.b.4 Waktu Proses Administrasi Persuratan	≤ 1 Minggu													
	XVII.b.5 Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100.00%												40.00 %	40.00 %
	XVII.b.6 Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja	100.00%	100.0 0%												100.0 0% 100.0 0%
HUKORMAS															
Output	Ketersediaan Informasi Tempat Tidur RS Dalam Bentuk <i>Display</i>	≤ 30 menit												24 jam	24 jam
	Ketersediaan Informasi Tepat Waktu	Poster, leaflet, dan web dinamis 100% Poster, leaflet, dan web statis 75% Poster dan leaflet 50% Poster 25%	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 %	75,00 % 75,00 %
	XVII.b.1 Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) *)16	> 75%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0% 100,0 0%
	Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %		86,30 %	84,23 %	84,17 %	88,30 %	86,00 %	90,27 %	92,18 %	90,97 %	89,07 %	91,23 %	91,15 %	90,50 % 90,50 %

SIRS																
Output	XVII.b.6 Level Informasi Teknologi yang Terintegrasi *)28	2015 --> Siloed 1 2016 → Siloed 2 2017 → Integrated 1 2018 → Integrated 2 2019 → Advanced	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1											
	Ketersediaan Konektivitas Untuk Pelaporan Online	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Waktu Tergantung Penanganan Kerusakan (Hardware dan Software)	< 60 menit	20 menit	15 menit	5 menit	10 menit	15 menit	10 menit	15 menit	12 menit	10 menit	5 menit	5 menit	11 menit 40 detik		
	Ketepatan Waktu Maintenance Komputer	100%	80.00 %	90.00 %	80.00 %	90.00 %	90.00 %	80.00 %	90.00 %	90.00 %	92.00 %	92.00 %	90.00 %	92.00 %	88.00 %	
	Kepuasan Pelanggan	≥ 85 %	90.00 %	90.00 %	92.00 %	92.00 %	91.00 %	92.00 %	90.00 %	90.00 %	92.00 %	92.00 %	91.00 %	90.00 %	91.00 %	
KEUANGAN																
Output	XVII.c.1 Rasio PNPB terhadap Biaya Operasional *)	> 65%							56,85 %						56%	
PENDIDIKAN DAN PELATIHAN																
	XVII.e.1 Jumlah Pegawai Yang Pernah Melanjutkan Pendidikan Formal	2 % dari seluruh pegawai	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	3,36%	
Input	XVII.e.2 Jumlah Pegawai Yang Mengikuti Pendidikan Non Formal	5%												153,8 0%	153,8 0%	

	Formal														
	XVII.e.3 Pembimbing Klinik Mahasiswa D3 Keperawatan	100%	100,0 0%												
	XVII.e.4 Pembimbing Klinik Mahasiswa S1	100%	100,0 0%												
	XVII.e.5 Pembimbing Klinik Kedokteran	100%	100,0 0%												
	XVII.e.6 Pembimbing Klinik Sp 1 Kedokteran	100%	NA												
	XVII.e.7 Jumlah Penelitian Yang Difasilitasi	50%	100,0 0%												
	XVII.e.8 Jumlah Studi Banding	50%	100,0 0%												
Output	XVII.d.7 Prosentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun *)24	2016 → 70 %												92,45 %	92,45 %
	XVII.d.8 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %												104,5 5%	104,5 5%

Kondisi capaian saat ini:

1. Dari 110 indikator, 61 (55,5%) indikator telah mencapai standar.
2. Perbandingan Capaian SPM semester satu tahun 2016 terhadap periode yang sama ditahun 2015 mengalami penurunan 3,6%.
3. Tujuh layanan yang mengalami peningkatan antara lain: IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Rehabilitasi Psikososial, Pelayanan Jiwa berbasis masyarakat dan Gizi.
4. Empat layanan yang tidak mengalami perubahan nilai SPM adalah Rehabilitasi Medik, Rawat Inap Psikiatri, ICU, Bedah dan Anestesi, Persalinan dan Perinatologi, Napza, Laboratorium, dan Farmasi.
5. Lima layanan yang mengalami penurunan capaian adalah: Assesmen Centre, Radiodiagnostik dan imaging.
6. Satu layanan yang belum mencapai nilai sama sekali adalah Rekam Medis
7. Beberapa standar belum dapat dinilai

Kendala yang dihadapi:

1. Laporan SPM disampaikan tidak tepat waktu
2. Belum optimalnya koordinasi antar unit
3. Belum optimalnya disiplin pegawai untuk pemenuhan standar di tiap unit
4. Belum optimalnya sosialisasi untuk pemenuhan standar pada karyawan
5. Belum optimalnya evaluasi dan monitoring dari manajemen ke unit pelaksana
6. Belum optimalnya pemahaman karyawan terhadap standar layanan
7. Belum optimalnya pelaksanaan survey sesuai standar

Usulan Pemecahan Masalah:

1. Optimalisasi koordinasi manajemen kepada unit layanan
2. Disiplin terhadap karyawan ditegakkan
3. Optimalisasi sosialisasi pada karyawan
4. Evaluasi dan monitoring berkala dari manajemen kepada unit pelaksana
5. Melakukan survei pada semua unit layanan
6. Terhadap layanan yang mengalami penurunan nilai SPM perlu mendapat perhatian khusus dengan mencari penyebab dan dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan berkesinambungan

5.2.4 Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut)

Pencapaian Kinerja indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut) RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8
Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Individu Direktur Utama Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

KATEGORI	NO	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN 2016											
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
PELAYANAN MEDIS															
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP)	100 %	3 CP	3 CP	5 CP									
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80 %	99,70 %	99,90 %	99,87	96,00 %	99,70 %	99,50 %	99,60 %	99,80 %	100,0 0%	100,0 0%	100,0 0%	100%
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0,13%	0,14%	0,13%	0,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,17%	0%	0,01%	0,00%
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (<i>Psychiatric Intensive Care Unit</i>)/UPIP	≤1,5 %	0%	0%	0%	6,25%	0%	0%	0,00%	0,00%	0%	0%	0%	0%
	5	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100 %	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh											

				oleh tenaga kompeten	tenaga kompeten											
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi aliran darah perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤5%	2,80%	1,95%	2,95%	1,65%	0,51%	1,36%	0,93%	0,99%	0,95%	1,79%	0,68%	1,21%	
	7	Cuci Tangan (<i>Hand Hygiene</i>)	100 %	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95 %	100%	100%	93,40 %	99,40 %	100%	100%	99,50 %	98,43 %	95,95 %	99,50 %	98,55 %	95,59 %	
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100 %	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke semua produk layanan	
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ketepatan Waktu	12	<i>Emergency Psychiatric</i>	≤240 Menit	35 menit	47.25 Menit	53 Menit	53 menit	50.3 menit	50.8 menit	50.6 menit	52.8 menit	51.53 menit	51.51 menit	51.93 menit	50 menit	

Pelayanan		<i>Response Time (EPRT)</i>													53 detik
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	124 Menit	68 Menit	60.25 menit	53.6 menit	61.3 menit	60.2 menit	84.35 menit	83 menit	61 menit	45.35 menit	39.05 menit	52 menit	
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	2 Jam 24 Menit	2 Jam 58 Menit	2 Jam 45 Menit	3 jam 12 menit	2 jam 53 menit	2 jam 49 menit	2 jam 31 menit	3 jam	2 jam 22 menit	2 jam 11 menit	2 jam 28 menit	2 jam 1 menit	
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	1 Jam 35 Menit 40 Detik	1 Jam 32 Menit 36 Detik	1 Jam 33 Menit 36 Detik	1 jam 38 menit	1 jam 36 menit	1 jam 33 menit	1 jam 31 menit	1 jam 30 menit	1 jam 29 menit	1 jam 24 detik	1 jam 29 menit	1 jam 30 menit	1 jam 12 detik
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	76 Menit 4 Detik	69 Menit 19 detik	112 Menit 59 Detik	59 menit	66 menit	59 menit	70 menit	74 menit	76 menit	72 menit	63 menit	60 menit	
17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	>80 %	31,89 %	41,43 %	42,42 %	69,02 %	75,68 %	70,92 %	57,91 %	63,41 %	62,70 %	64,72 %	64,38 %	64,21 %	

PELAYANAN KEUANGAN

Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65%	65%	65%	65%	65%	56,85 %	65%	65%	65%	65%	65%	65%	56%
		JUMLAH TS		84.00	87.75	88.00	88.25	91.25	90.50	89.00	89.50	90.75	92.00	92.00	92.00
		NILAI IKI		1.625	1.750	1.750	1.750	1.875	1.875	1.750	1.750	1.875	1.875	1.875	1.875

5.2.5 Pencapaian Kinerja Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

Pencapaian Kinerjaindikator Kinerja Terpilih (IKT) RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9
Pencapaian KinerjalIndikator Kinerja Terpilih Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR	STAN DAR	BOBOT	CAPAIAN 2016											
				TARGET TW I	HAPER TW I	Cn	TARGET TW II	HAPER TW II	Cn	TARGET TW III	HAPER TW III	Cn	TARGET TW IV	HAPER TW IV	Cn
INDIKATOR KINERJA TERPILIH															
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	75	75	0.90	75	75	0.90	100	75	0.85	100	83.33	0.90
2	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%	100	60	73.33	0.97	60	100	1.24	80	100	1.07	100	100	1.00
3	Kepuasan Pelanggan	100%	85				85	86	1.01				85	91.15	1.04
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≤1,5%	65				57	56.85	0.95				55	56	0.95
5	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	100%	240	60	45.08	1.45	60	51.37	1.39	60	51.64	1.38	60	51.44	1.39

5.2.6 Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Prioritas

Pencapaian Kinerjaindikator mutu yang digunakan sebagai prioritas ditetapkan dengan indikator dan target sebagai berikut :

Tabel 5.10
Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Prioritas Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	AREA KLINIK	INDIKATOR	TARG ET	CAPAIAN 2016												CAPA IAN 2016	
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEPT	OKT	NOV	DES		
INDIKATOR AREA KLINIS (IAK)																	
1	Asesmen pasien	Pengkajian awal medis dalam 24 jam	> 80%		41,84 %	55,50 %	41,34 %	42,94 %	50,64 %	64,15 %	92,82 %	83,97 %	97,54 %	97,61 %	98,78 %	82.73 %	
2	Pelayanan laboratorium	Waktu tunggu pemeriksaan laboratorium	< 120 menit	1jam 35 menit	1 Jam 32 menit	1 Jam 33 Menit	1 Jam 38 Menit	1 Jam 36 Menit	1 jam 33 menit	1 Jam 32 menit	1 Jam 31 menit	1 Jam 30 menit	1 Jam 29 Menit	1 Jam 29 Detik	1 Jam 30 Menit	1 Jam 12 Detik	1 jam 32 menit 35 detik
3	Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging	Waktu tunggu pelayanan radiologi thorax foto	< 3 jam	2 jam 24 menit	2 jam 58 menit	2 jam 45 menit	3 Jam 20 Menit	3 Jam 29 Menit	2 jam 49 menit	2 Jam 31 mnt	3 Jam	2 Jam 22 mnt	2 Jam 11 Menit	2 Jam 28 Menit	2 Jam	2 jam 37 menit 45 detik	
4	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya.	Angka infeksi luka operasi	< 1,5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.00%	
5	Kesalahan medikasi (<i>medication error</i>) dan kejadian nyaris cidera	Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100 %	99,99 %	99,99 %	100%	99,99 %	99,99 %	99,99 %	99,99 %	99,99 %	100%	99,99 %	99,99 %	99,99 %	99.99 %	
6	Prosedur bedah	Tidak adanya kejadian	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0 0%	

		operasi salah sisi															
7	Penggunaan darah dan produk darah	Kejadian reaksi transfusi	< 0,01 %	0%	0%	0,05%	0,07%	0,05%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.01%
8	Penggunaan anestesi dan sedasi	Komplikasi anestesi karena overdosis, dan reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	< 6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.00%	
9	Ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis pasien	Pengembalian rekam medis lengkap dalam 1x24 jam	> 80 %	31.89 %	41.43 %	42.42 %	67.85 %	75.68 %	70.92 %	57.91 %	63.41 %	62.70 %	64.72 %	64.38 %	64.21 %	58.96 %	
10	Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan	Angka phlebitis	< 5 %	3,39%	1,95%	2,95%	1,65%	0,51%	1,36%	0,07%	0,18%	0,94%	2,46%	0,68%	1.21%	1.87%	
11	Riset klinis	Jumlah penelitian yang difasilitasi	50 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0 0%	
INDIKATOR INTERNATIONAL LIBRARY (IIL)																	
12	<i>Hospital Based Inpatient Psychiatry Service (HBIPS)</i> Pelayanan psikiatri rawat inap berbasis rumah sakit	Tidak adanya kejadian pasien ganguan jiwa yang difiksasi setelah masa rawat 24 jam di PHCU (<i>Psychiatric High Care Unit</i>)	> 95 %	100%	100%	93,40 %	99,40 %	100%	100%	92%	100%	97%	96%	98,55 %	95.59 %	98.03 %	
13	<i>Hospital Based</i>	Tidak adanya	> 90 %	100%	100%	100%	99%	97%	98%	99,50	100%	100.0	94.30	95.65	98.08	98.08	

	<i>Inpatient Psychiatry Service (HBIPS)</i> Pelayanan psikiatri rawat inap berbasis rumah sakit	pasien yang dirawat di PHCU (<i>Psychiatric High Care Unit</i>) >10 hari								%		0%	%	%	%	
14	<i>Nursing Sensitive Care (NSC)</i> Asuhan perawatan sensitif	Angka kejadian <i>decubitus</i> selama dirawat di rumah sakit	< 12 %	0.00%	0.00%	2.94%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.25%	
15	<i>Nursing Sensitive Care (NSC)</i> Asuhan perawatan sensitif	Tidak adanya kejadian pasien jatuh baik cidera atau tidak cidera dalam satu bulan	≥ 95 %	99.87 %	99.86 %	99.87 %	99.86 %	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	99.83 %	100.0 0%	99.99 %	100.0 0%	99.94 %
16	<i>Perinatal care (PC)</i> Perawatan perinatal	Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	> 60 %	0%	0%	0%	73%	88%	0%	60%	62,50 %	26,30 %	31,8%	31%	35%	33.97 %
INDIKATOR AREA MANAJERIAL (IAM)																
17	Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien	Kepatuhan penggunaan formularium nasional (Fornas)	> 90 %	99,70 %	99,90 %	99,50 %	97,80 %	99,70 %	99,50 %	99,60 %	99,80 %	100%	100%	100%	100.0 0%	99.51 %
18	Pelaporan aktifitas yang diwajibkan oleh perundang-undangan	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	-	-	-	-	-	100%	-	-	-	-	-	100%	100.0 0%
19	Manajemen risiko	Tidak adanya	90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0

		kejadian pasien bunuh diri di Rawat Inap Psikiatri															0%
20	Manajemen penggunaan sumber daya manusia	Karyawan di area kritis yang mendapat pelatihan minimal 20 jpl/orang per tahun	≥ 60 %		14,81 %	20,37 %	22,22 %	161,1 1%	179,6 3%							92,45 %	92,45 %
21	Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga	Kepuasan pelanggan	≥ 85 %		86.30 %	84.23 %	84.17 %	88.30 %	86.00 %	90.27 %	92.18 %	90.97 %	89.07 %	91.23 %	91.15 %	90.50 %	
22	Harapan dan kepuasan staf	Kepuasan karyawan	≥ 80 %						87%								87.00 %
23	Demografi pasien dan diagnosa klinis	Ketersedian jumlah laporan diagnosa terbanyak	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0 0%	
24	Manajemen keuangan	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0 0%	
25	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf	Penggunaan alat pelindung diri (APD) saat melaksanakan tugas	≥ 75 %	74.90 %	82.90 %	81.90 %	83.62 %	82.22 %	86.11 %	89.28 %	85.60 %	91.14 %	70.33 %	73.40 %	68.00 %	80.78 %	

5.2.7 Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pencapaian Kinerjaindikator mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksiadalah sebagai berikut :

Tabel 5.11
Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KATEGORI	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN 2016												CAPA IAN 2016
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEPT	OKT	NOV	DES	
INDIKATOR PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (IPPI)																
1	Kewaspadaan Isolasi	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	75.00 %	70.60 %	78.00 %	82.73 %	78.22 %	86.72 %	93.06 %	84.17 %	93.99 %	84.60 %	85.58 %	81.54 %	82.85 %
2		Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	75%	74.90 %	82.90 %	81.90 %	83.62 %	82.22 %	86.11 %	89.28 %	85.60 %	91.14 %	70.33 %	73.40 %	68.00 %	80.78 %
3		Kepatuhan Melakukan <i>Hand Hygiene</i>	75%	65.90 %	63.80 %	70.80 %	79.04 %	75.44 %	78.39 %	74.60 %	77.25 %	69.34 %	62.92 %	70.07 %	65.28 %	71.07 %
4		Ketersediaan Sarpras <i>Hand Hygiene</i>	100%	96%	78.90 %	88.30 %	84.82 %	85.33 %	85.74 %	60.00 %	71.41 %	96.83 %	89.60 %	80.77 %	92.59 %	84.19 %
5		Etika Batuk	100%	54.50 %	48.60 %	45.80 %	45.83 %	45.55 %	46.14 %	31.77 %	35.83 %	67.08 %	60.66 %	64.74 %	54.32 %	50.07 %
6		Manajemen Laundry	100%	53%	57.40 %	64.70 %	71.48 %	70.86 %	70%	52.50 %	72.91 %	83.10 %	65.28 %	73.80 %	75.38 %	67.53 %
7		Pemrosesan Alat/Sterillisa	100%	63.80 %	69.10 %	61.50 %	51.04 %	59.37 %	60.58 %							60.90 %

		si														
8		Manajemen Limbah Tajam	100%	52.30 %	54.20 %	57.90 %	61.25 %	54.55 %	55.76 %	44.36 %	62.88 %	75.94 %	56.00 %	60.58 %	58.95 %	57.89 %
9		Manajemen Lingkungan Kerja	100%				63.39 %	49.16 %	61.53 %	44.17 %	68.06 %	88.33 %	74%	74.04 %	75.00 %	66.41 %
10		Kesehatan Karyawan	100%	72.70 %	66.90 %	75.30 %	73.46 %	75.83 %	72.22 %	73.81 %	83.33 %	58.33 %	50.04 %	49.04 %	51.85 %	66.90 %
11		Manajemen Limbah Infeksius	100%	96%	78.90 %	88.30 %	84.82 %	85.33 %	85.74 %	60.00 %	71.41 %	96.83 %	89.60 %	80.77 %	92.59 %	84.19 %
12	Kejadian Healthcare Assosiated Infection (HAIs)	Angka kejadian Phlebitis	≤ 5%	2.80%	1.95%	2.95%	1.65%	0.51%	1.36%	0.93%	0.99%	0.95%	1.79%	0.68%	1.21%	1.48%
13		Angka kejadian Phlebitis	≤ 157‰	69.70 ‰	4.50‰	5.96‰	3.58‰	1.12‰	3.26‰	2.18‰	2.21‰	2.21‰	3.69‰	1.81‰	2.64‰	8.57‰
15		ISK	< 16,6%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
16		IDO	< 2%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
17		VAP	< 150‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰
18		Angka Kejadian Dekubitus	< 12%	0.00%	0.00%	2.94%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.25%
19		Angka Kejadian Dekubitus	< 122‰	0.00‰	13.51 ‰	15.87 ‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	2.45‰

5.2.8 Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien

Pencapaian Kinerjaindikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut :

Tabel 5.12
Pencapaian Kinerja Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KATEGORI	INDIKATOR	TARG ET	CAPAIAN 2016												CAPA IAN 2016
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN																
1	Ketepatan identifikasi pasien	Ketepatan memasang gelang	100 %	46.00 %	85.00 %	62.60 %	59.40 %	69.90 %	98.09 %	90.82 %	91.61 %	99.60 %	99.80 %	94.90 %	95.60 %	82.78 %
2	Peningkatan komunikasi efektif	Ketepatan melaksanakan TBAK saat menerima instruksi verbal via telpon	> 90 %	42.85 %	55.00 %	63.00 %	52.50 %	62.40 %	55.56 %	79.48 %	96.00 %	81.69 %	81.93 %	73.32 %	88.28 %	69.33 %
3	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>)	Kepatuhan menyimpan elektrolit pekat di Ruang Rawat	100 %	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%
4	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi	Ketepatan penandaan sisi tubuh yang akan dioperasi	100 %	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%
5	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i>	100 %	65.90 %	63.80 %	70.80 %	84.80 %	85.30 %	85.74 %	74.59 %	77.25 %	69.34 %	62.92 %	70.07 %	71.07 %	73.47 %
6	Pengurangan risiko pasien jatuh	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100 %	99.87 %	99.86 %	99.87 %	99.86 %	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	100.0 0%	99.83 %	100.0 0%	99.99 %	100.0 0%	99.94 %

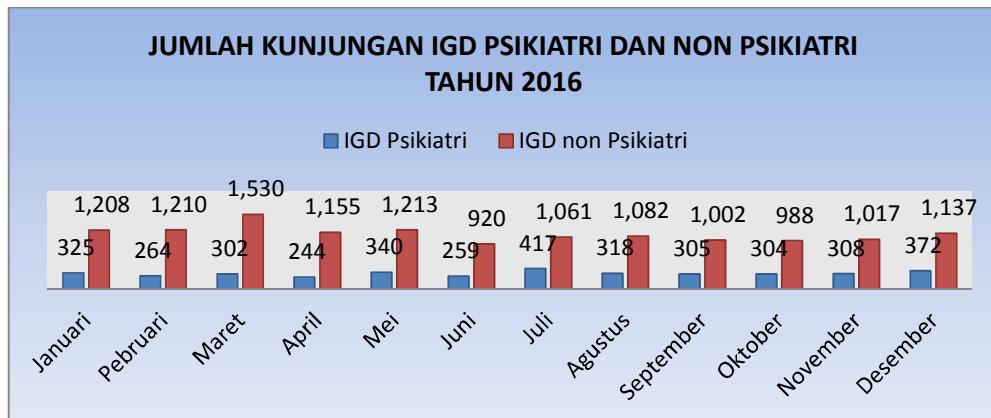
5.2.9 Pencapaian Kinerja Unit Kerja Rumah Sakit

5.2.9.1 Pencapaian Kinerja IGD

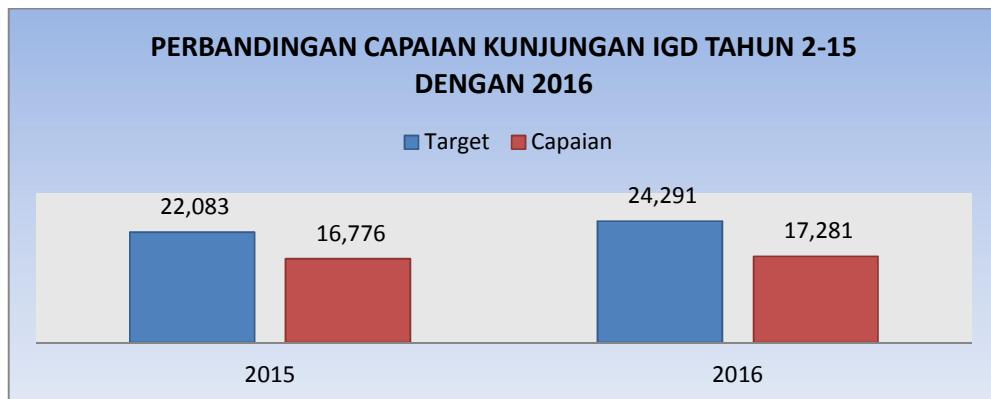
Tabel 5.13
Perbandingan Target dan Capaian IGD Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KUNJUNGAN	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Psikiatri	6,023	3,602	59.81	6,625	3,758	56.73	1.04
2	Non Psikiatri	16,060	13,174	82.03	17,666	13,523	76.55	1.03
TOTAL		22,083	16,776	75.97	24,291	17,281	71.14	1.03

Gambar 5.26
Jumlah Kunjungan IGD Psikiatri dan Non Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.27
Perbandingan Capaian Kunjungan IGD Tahun 2015 Dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Tabel 5.14
10 Besar Diagnosa IGD Kasus Non Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>Fever, unspecified</i>	240	246	486	106	84	190	676
2	<i>Dyspepsia</i>	96	142	238	29	54	83	321
3	<i>Dengue haemorrhagic fever</i>	63	41	104	28	25	53	157
4	<i>Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified</i>	45	53	98	17	16	33	131
5	<i>Dyspnoea</i>	47	59	106	10	8	18	124
6	<i>Essential (primary) hypertension</i>	29	39	68	21	30	51	119
7	<i>Congestive heart failure</i>	34	25	59	30	25	55	114
8	<i>Other and unspecified abdominal pain</i>	40	46	86	4	7	11	97
9	<i>Asthma, unspecified</i>	17	21	38	18	40	58	96
10	<i>Nausea and vomiting</i>	38	39	77	0	0	0	77
TOTAL		649	711	1360	263	289	552	1912

Tabel 5.15
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Non Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

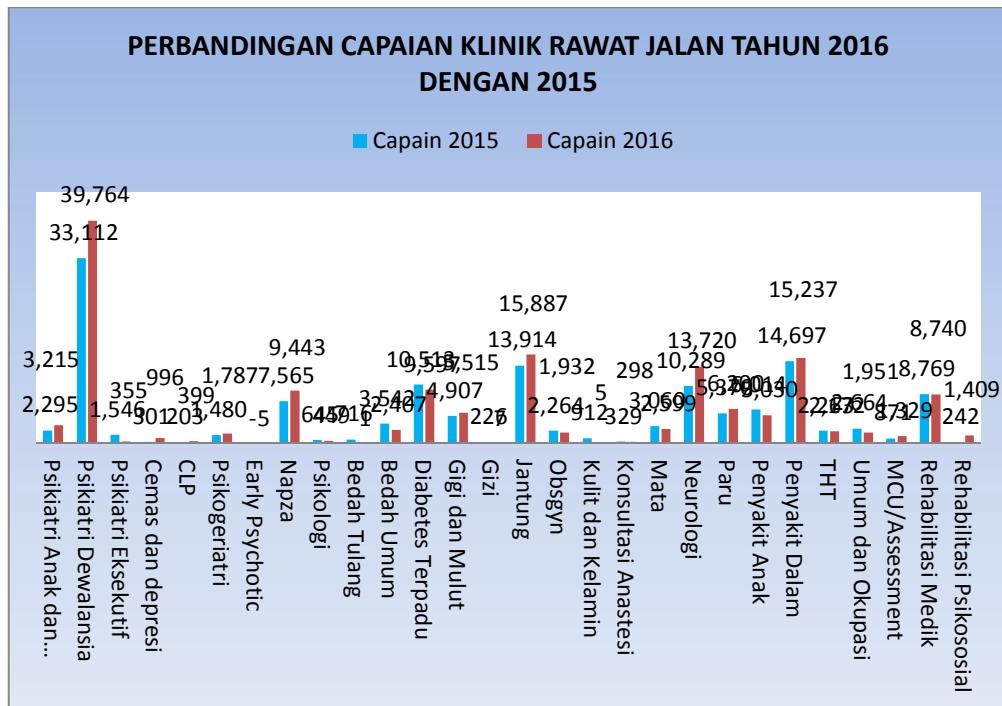
NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>Paranoid schizophrenia</i>	0	0	0	2	1	3	3
2	<i>Anxiety disorder, unspecified</i>	0	1	1	0	1	1	2
3	<i>Dyspepsia</i>	1	1	2	0	0	0	2
4	<i>Other and unspecified abdominal pain</i>	1	0	1	0	1	1	2
5	<i>Fever, unspecified</i>	1	0	1	0	1	1	2
6	<i>Septicaemia, unspecified</i>	1	0	1	0	0	0	1
7	<i>Immunodeficiency, unspecified</i>	1	0	1	0	0	0	1
8	<i>Schizophrenia, unspecified</i>	0	0	0	0	1	1	1
9	<i>Somatoform disorder, unspecified</i>	1	0	1	0	0	0	1
10	<i>Polyneuropathy, unspecified</i>	1	0	1	0	0	0	1
TOTAL		7	2	9	2	5	7	16

5.2.9.2 Pencapaian Kinerja Rawat Jalan

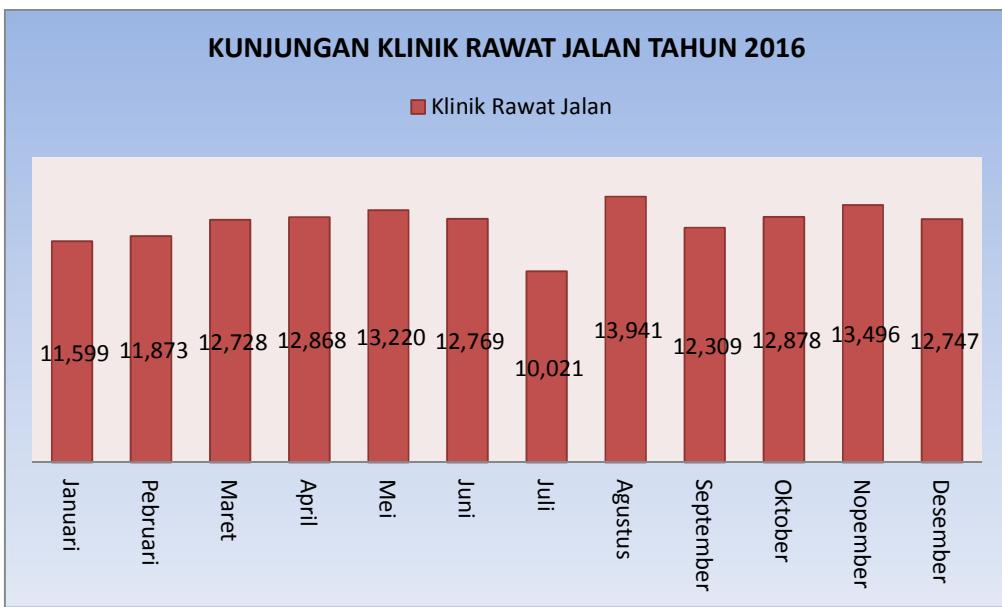
Tabel 5.16
Perbandingan Capaian Klinik Rawat Jalan Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KLINIK	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Psikiatri Anak dan Remaja	5,280	2,295	43.47	5,808	3,215	55.35	1.40
2	Psikiatri Dewalansia	21,120	33,112	156.78	23,232	39,764	171.16	1.20
3	Psikiatri Eksekutif	2,112	1,546	73.20	2,323	355	15.28	0.23
4	Cemas dan depresi	594	301	50.67	653	996	152.43	3.31
5	CLP	3,036	203	6.69	3,340	399	11.95	1.97
6	Psikogeriatri	5,280	1,480	28.03	5,808	1,787	30.77	1.21
7	Early Psychotic					5	-	-
I	Jml Klinik Psikiatri	37,422	38,937	104.05	41,164	46,521	113.01	1.19
1	Napza	9,240	7,565	81.87	10,164	9,443	92.91	1.25
II	Jml Klinik Napza	9,240	7,565	81.87	10,164	9,443	92.91	1.25
1	Psikologi	5,280	645	12.22	5,808	449	7.73	0.70
III	Jml Klinik Psikologi	5,280	645	12.22	5,808	449	7.73	0.70
1	Bedah Tulang	2,640	716	27.12	2,904	1	0.03	0.00
2	Bedah Umum	9,240	3,542	38.33	10,164	2,407	23.68	0.68
3	Diabetes Terpadu	9,240	10,513	113.78	10,164	9,597	94.42	0.91
4	Gigi dan Mulut	13,200	4,907	37.17	14,520	5,515	37.98	1.12
5	Gizi	5,280	226	4.28	5,808	7	0.12	0.03
6	Jantung	9,240	13,914	150.58	10,164	15,887	156.31	1.14
7	Kebidanan dan Kandungan	9,240	2,264	24.50	10,164	1,932	19.01	0.85
8	Kulit dan Kelamin	9,240	912	9.87	10,164	5	0.05	0.01
9	Konsultasi Anastesi	1,188	329	27.69	1,307	298	22.80	0.91
10	Mata	9,240	3,060	33.12	10,164	2,599	25.57	0.85
11	Neurologi	9,240	10,289	111.35	10,164	13,720	134.99	1.33
12	Paru	9,240	5,370	58.12	10,164	6,200	61.00	1.15
13	Penyakit Anak	18,480	6,014	32.54	20,328	5,030	24.74	0.84
14	Penyakit Dalam	18,480	14,697	79.53	20,328	15,237	74.96	1.04
15	THT	5,280	2,263	42.86	5,808	2,172	37.40	0.96
16	Umum dan Okupasi	9,240	2,664	28.83	10,164	1,951	19.20	0.73
17	MCU	9,240	871	9.43	10,164	1,329	13.08	1.53
18	Rehabilitasi Medik	9,240	8,769	94.90	10,164	8,740	85.99	1.00
19	Rehab. Psikososial		242	-	266	1,409	-	-
IV	Jumlah Klinik CLP	166,188	91,562	55.10	183,073	94,036	51.37	1.03
TOTAL		218,130	138,709	63.59	240,209	150,449	62.63	1.08

Gambar 5.28
Perbandingan Capaian Klinik Rawat Jalan Tahun 2016 dengan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.29
Kunjungan Klinik Rawat Jalan Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.30
Perbandingan Capaian Kunjungan Klinik Rawat Jalan Tahun 2016 dengan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Tabel 5.17
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>Paranoid schizophrenia</i>	85	59	144	342	176	518	662
2	<i>Anxiety disorder, unspecified</i>	22	15	37	25	12	37	74
3	<i>Mixed anxiety and depressive disorder</i>	20	16	36	12	10	22	58
4	<i>Depressive episode, unspecified</i>	11	19	30	8	8	16	46
5	<i>Unspecified nonorganic psychosis</i>	14	11	25	6	8	14	39
6	<i>Bipolar affective disorder, unspecified</i>	6	10	16	7	14	21	37
7	<i>Acute and transient psychotic disorder, unspecified</i>	16	5	21	9	6	15	36
8	<i>Schizophrenia, unspecified</i>	14	9	23	1	0	1	24
9	<i>Unspecified dementia</i>	7	10	17	0	0	0	17
10	<i>Developmental disorder of speech and language, unspecified</i>	7	2	9	6	1	7	16
TOTAL		202	156	358	416	235	651	1009

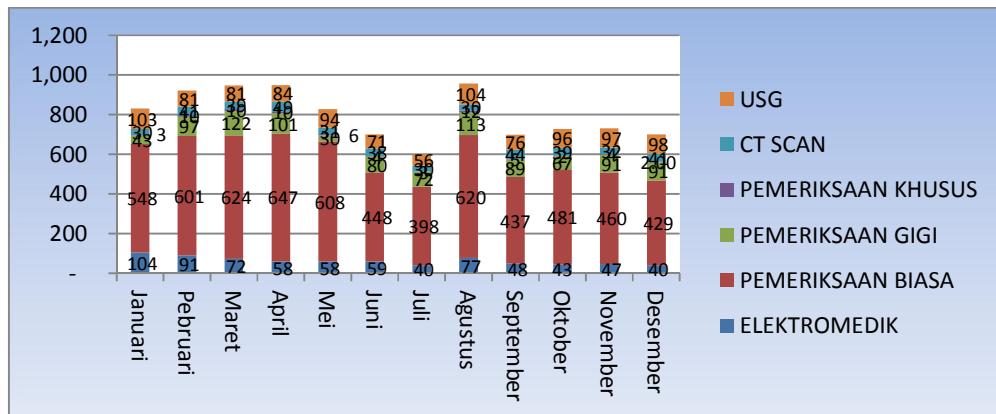
Tabel 5.18
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Non Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>Congestive heart failure</i>	131	131	262	617	511	1128	1390
2	<i>Atherosclerotic heart disease</i>	145	103	248	684	435	1119	1367
3	<i>Essential (primary) hypertension</i>	89	134	223	463	615	1078	1301
4	<i>Epilepsy, unspecified</i>	95	63	158	421	379	800	958
5	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications</i>	63	76	139	321	430	751	890
6	<i>Hypertensive heart disease without (congestive) heart failur</i>	39	64	103	228	451	679	782
7	<i>Paranoid schizophrenia</i>	85	59	144	342	176	518	662
8	<i>Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological or</i>	75	70	145	227	253	480	625
9	<i>Arthrosis, unspecified</i>	54	145	199	56	240	296	495
10	<i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>	64	60	124	163	111	274	398
TOTAL		840	905	1810	3522	3601	7123	8933

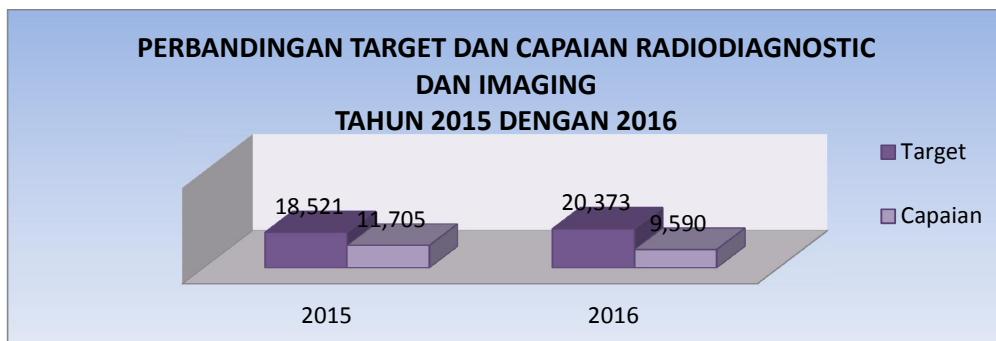
Tabel 5.19
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus NAPZA Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic</i>	4	3	7	120	61	181	188
2	<i>Human immunodeficiency virus [HIV] counselling</i>	5	5	10	0	1	1	11
3	<i>Fever, unspecified</i>	0	1	1	0	0	0	1
TOTAL		9	9	18	120	62	182	200

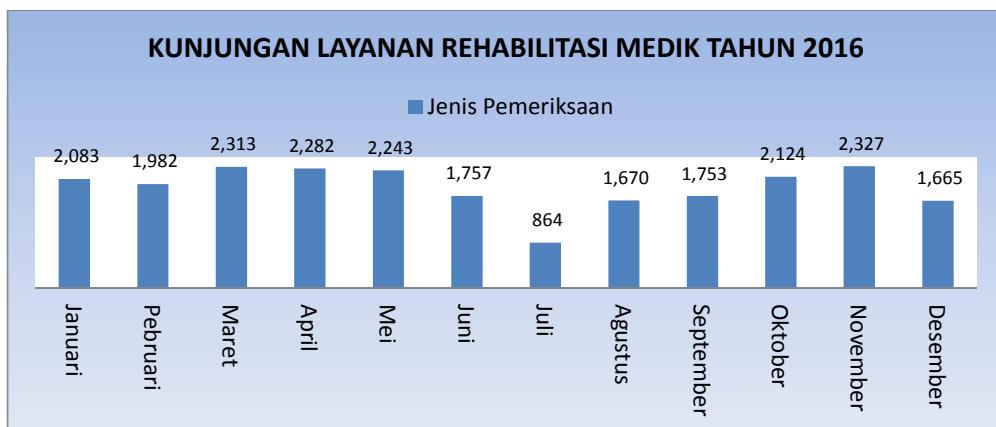
Gambar 5.31
Kunjungan Layanan Radiodiagnostic dan Imaging Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



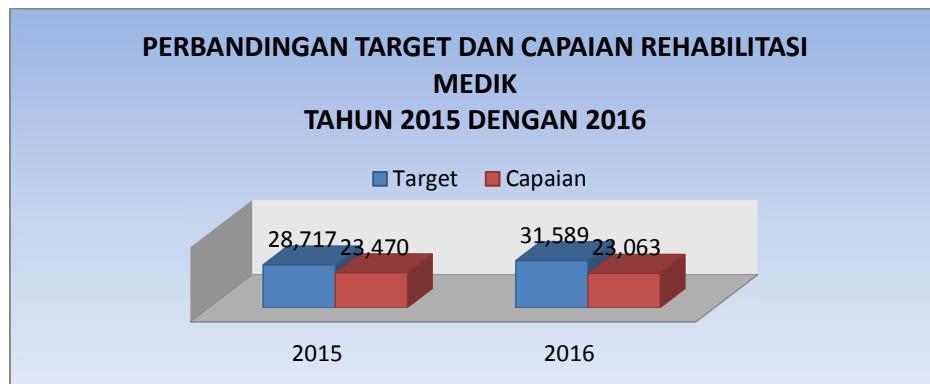
Gambar 5.32
Perbandingan Target dan Capaian Radiodiagnostic dan imaging
Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.33
Kunjungan Layanan Rehabilitasi medik Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

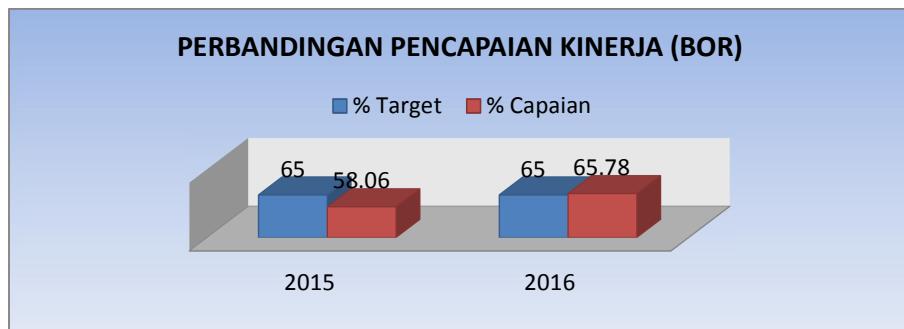


Gambar 5.34
Perbandingan Target dan Capaian Rehabilitasi Medik
Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

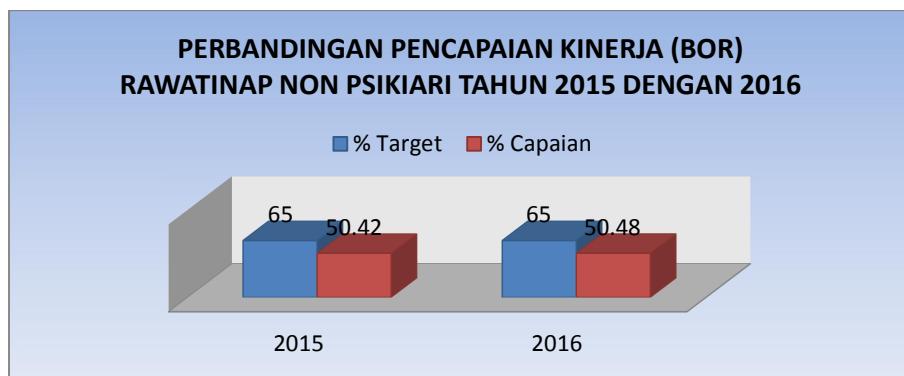


5.2.9.3 Pencapaian Kinerja Rawat Inap

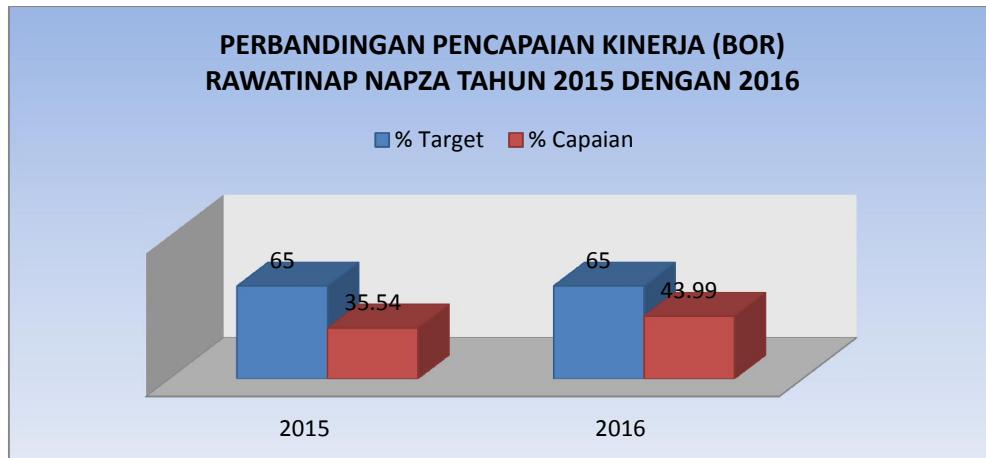
Gambar 5.35
Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
Rawat Inap Psikiatri Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.36
Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
RawatInap non Psikiari Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar5.37
Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
Rawat Inap NAPZA Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Tabel 5.20
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>Paranoid schizophrenia</i>	428	172	600	481	167	648	1.248
2	<i>Schizophrenia, unspecified</i>	367	194	561	162	57	219	780
3	<i>Schizoaffective disorder, unspecified</i>	49	46	95	28	35	63	158
4	<i>Unspecified mental retardation</i>	31	23	54	10	36	46	100
5	<i>Mild cognitive disorder</i>	23	28	51	30	14	44	95
6	<i>Unspecified organic or symptomatic mental disorder</i>	49	36	85	6	2	8	93
7	<i>Bipolar affective disorder, unspecified</i>	19	18	37	19	18	37	74
8	<i>Unspecified nonorganic psychosis</i>	26	24	50	8	11	19	69
9	<i>Acute and transient psychotic disorder, unspecified</i>	44	18	62	4	2	6	68
10	<i>Hebephrenic schizophrenia</i>	21	13	34	8	6	14	48
TOTAL		1.057	572	1.629	756	348	1.104	2.733

Tabel 5.21
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus Non Psikiatri Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>Dengue haemorrhagic fever</i>	278	272	550	43	30	73	623
2	<i>Dyspepsia</i>	218	272	490	51	61	112	602
3	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications</i>	136	147	283	67	78	145	428
4	<i>Essential (primary) hypertension</i>	167	158	325	42	45	87	412
5	<i>Anaemia, unspecified</i>	128	193	321	37	51	88	409
6	<i>Congestive heart failure</i>	91	92	183	76	64	140	323
7	<i>Bronchopneumonia, unspecified</i>	132	136	268	21	8	29	297
8	<i>Chronic renal failure, unspecified</i>	82	56	138	90	48	138	276
9	<i>Singleton, born in hospital</i>	100	120	220	1	1	2	222
10	<i>Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological or</i>	74	83	157	30	13	43	200
TOTAL		1.406	1.529	2.935	458	399	857	3.792

Tabel 5.22
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus NAPZA Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

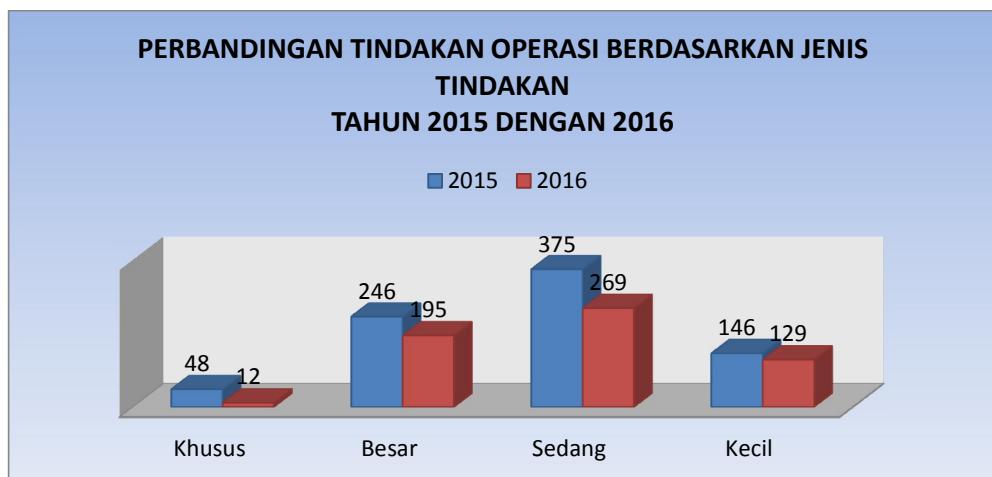
NO	DIAGNOSA	KASUS BARU			KASUS LAMA			TOTAL
		L	P	TOTAL	L	P	TOTAL	
1	<i>HIV disease resulting in mycobacterial infection</i>	49	32	81	17	11	28	109
2	<i>Anaemia, unspecified</i>	22	22	44	2	2	4	48
3	<i>HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic</i>	13	8	21	3	1	4	25
4	<i>HIV disease resulting in other infectious and parasitic dise</i>	11	6	17	1	1	2	19
5	<i>HIV disease resulting in multiple infections</i>	13	2	15	3	0	3	18
6	<i>Hypokalaemia</i>	10	5	15	0	1	1	16
7	<i>Other mental and behavioural disorders</i>	9	2	11	3	1	4	15

8	<i>HIV disease resulting in candidiasis</i>	7	5	12	2	0	2	14
9	<i>Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified</i>	8	3	11	0	1	1	12
10	<i>Disorders of plasma-protein metabolism, not elsewhere classified</i>	9	1	10	1	0	1	11
TOTAL		151	86	237	32	18	50	287

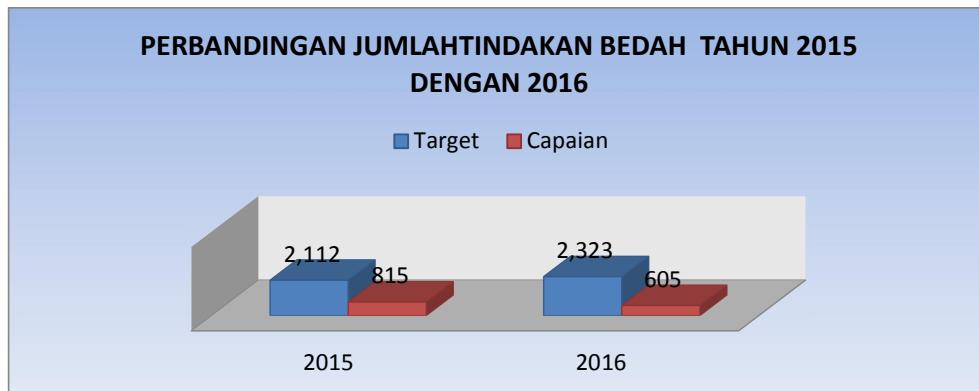
Gambar 5.38
Perbandingan Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Spesialisasi
Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



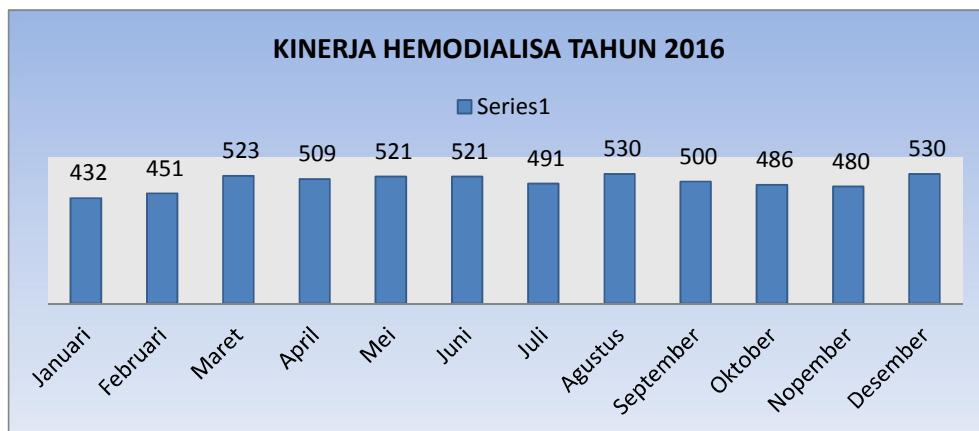
Gambar 5.39
Perbandingan Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Tindakan
Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



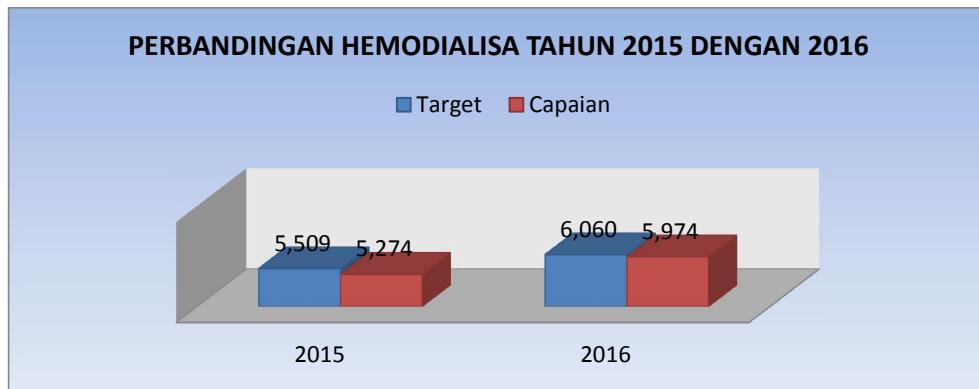
Gambar 5.40
Perbandingan Jumlah Tindakan Bedah Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.41
Kinerja Hemodialisa Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.42
Perbandingan Hemodialisa Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

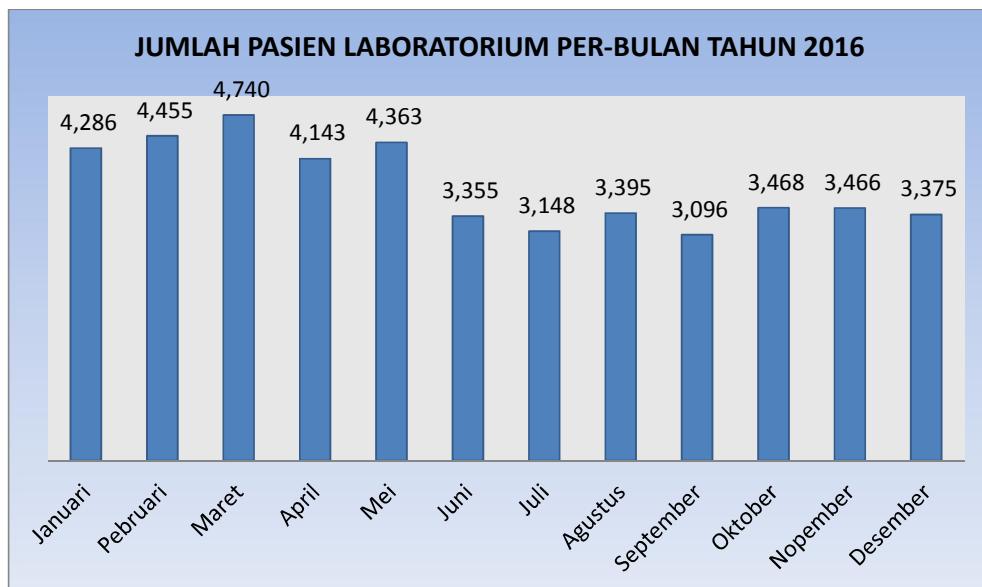


5.2.9.4 Pencapaian Kinerja Instalasi Laboratorium

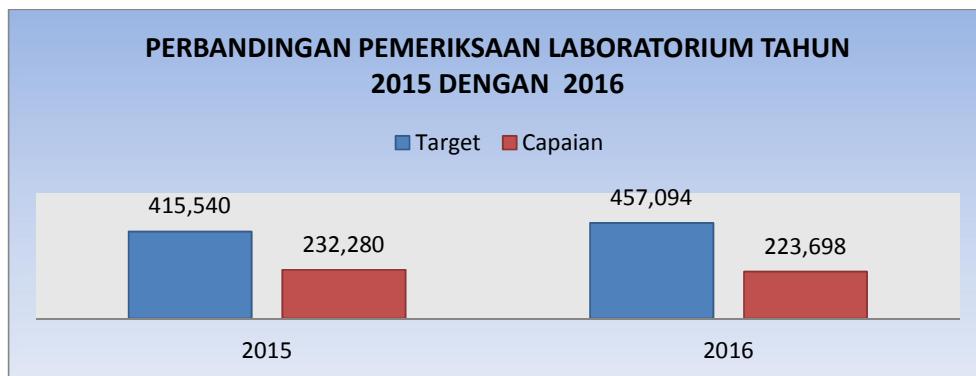
Tabel 5.23
Perbandingan Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2016 dan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KEGIATAN KUNJUNGAN	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Kimia	150,392	107,283	71.34	165,431	98,815	59.73	0.92
2	Hematologi	178,445	108,589	60.85	196,290	109,635	55.85	1.01
3	Serologi/Imunologi	8,066	4,084	50.63	8,873	4,221	47.57	1.03
4	Urinalisa	6,038	3,500	57.97	6,642	2,575	38.77	0.74
5	Faeces	648	457	70.52	713	316	44.33	0.69
6	Benzidin	29	0	0.00	32	-	0.00	0.00
7	Bacteriologi	2,364	1127	47.67	2,600	1,138	43.76	1.01
8	<i>Drug of Abuse Test Kwalitatif</i>	6,111	2,702	44.22	6,722	3,050	45.37	1.13
9	Analisa Gas darah	916	758	82.75	1,008	905	89.82	1.19
10	Elektrolit	3,490	3,780	108.31	3,839	2,963	77.18	0.78
11	Lain-lain	59,041		0.00	64,945	-	0.00	0.00
TOTAL		415,540	232,280	55.90	457,094	223,618	48.92	0.96

Gambar 5.43
Jumlah Pasien Laboratorium Per-Bulan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.44
Perbandingan Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2015 Dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

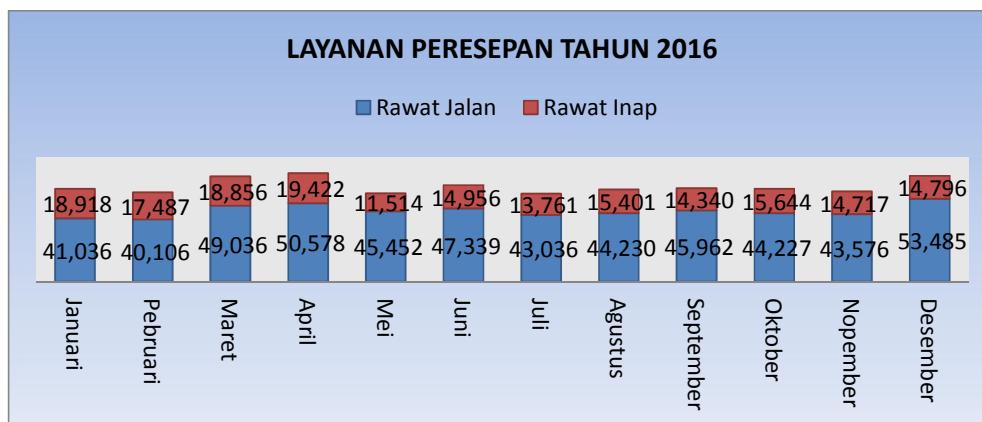


5.2.9.5 Pencapaian Kinerja Instalasi Farmasi

Tabel 5.24
Perbandingan Layanan Pereseptan Tahun 2016 dan 2015
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KEGIATAN KUNJUNGAN	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Rawat Jalan	310,564	450,538	145.07	341,621	548,063	160.43	1.22
2	Rawat Inap	167,154	199,752	119.50	183,869	189,812	103.23	0.95
TOTAL		477,718	650,290	136.12	525,490	737,875	140.42	1.13

Gambar 5.45
Layanan Pereseptan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.46
Perbandingan Target dan Capaian Penerimaan Resep Obat Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

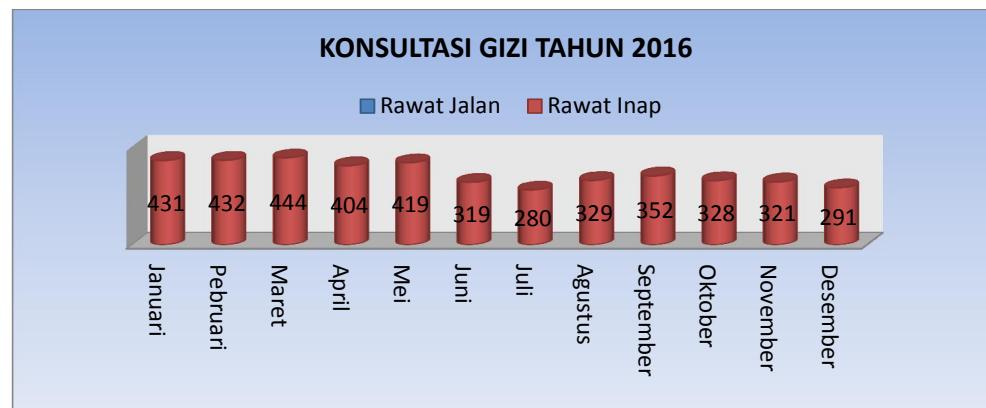


5.2.9.6 Pencapaian Kinerja Instalasi Gizi

Tabel 5.25
Layanan Pereseptan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	KEGIATAN KUNJUNGAN	TAHUN 2015			TAHUN 2016			PERTUMBUHAN
		TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	TARGET KUNJUNGAN	CAPAIAN	% CAPAIAN	
1	Rawat Jalan	422	219	51.90	464	-	0.00	-
2	Rawat Inap	2,772	4610	166.31	3049.2	4,350	142.66	0.94
TOTAL		3,194	4,829	151.19	3,513	4,350	123.81	0.90

Tabel 5.47
Konsultasi Gizi Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambar 5.48
Perbandingan Target dan Capaian Konsultasi Gizi Tahun 2015 dengan 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



5.3 Realisasi Anggaran

5.3.1 Pendapatan

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2016 adalah sebesar Rp 82.355.606.933,- atau mencapai 71,79 % dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp114.719.405.000,-. Pendapatan RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor terdiri dari Pendapatan Jasa. Rincian estimasi pendapatan dan realisasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.26
Rincian Estimasi dan Realisasi Pendapatan Tahun 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC-16		% REAL ANGGARAN
	ANGGARAN	REALISASI	
Pendapatan Jasa	114,719,405,000	82,355,606,933	71.79
Jumlah	114,719,405,000	82,355,606,933	71.79

Realisasi Pendapatan Jasa per 31 Desember 2016 mengalami kenaikan sebesar 5,59 % dibandingka TA 2015. Kenaikan pendapatan tersebut di karenakan ada penerimaan pelunasan piutang pasien jaminan (BPJS, Jamkesda, Perusahaan) dan pasien regular tahun 2015. Besarnya pelunasan piutang TA 2015 sebesar Rp17.047.232.061,- pada tahun 2016 dikarenakan terlambatnya proses administrasi dan verifikasi atas piutang jaminan (BPJS). Demikian juga untuk pendapatan jasa pada tahun 2016 belum sepenuhnya diterima dan diakui oleh RS.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor terkait dengan proses administrasi dan verifikasi dari pasien jaminan.

Tabel 5.29
Perbandingan Realisasi Pendapatan 31 Desember 2016 dan 31 Desember 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC		Naik (TURUN) %
	REALISASI 2016	REALISASI 2015	
Pendapatan Jasa	82.355.606.933	77.732.355.377	5.95
Jumlah	82.355.606.933	77.732.355.377	5.95

5.3.2 Belanja

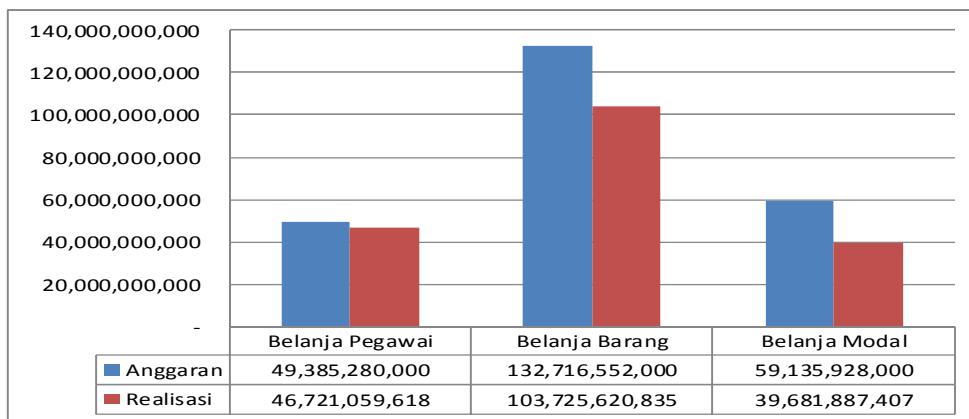
Realisasi Belanja instansi pada TA 2016 adalah sebesar Rp190.128.567.860,-atau 78,81% dari anggaran belanja sebesar Rp241.237.760.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja 31 Desember 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.30
Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja per 31 Desember 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC-16		Naik (TURUN) %
	ANGGARAN	REALISASI	
Belanja Pegawai	49.385.280.000	46.721.059.618	94.61
Belanja Barang	132.716.552.000	103.725.620.835	78.16
Belanja Modal	59.135.928.000	39.681.887.407	67.10
Total Belanja Kotor	241.237.760.000	190.161.743.103	78.83
Pengembalian belanja	-	33.175.243	
Jumlah	241.237.760.000	190.128.567.860	78.81

Komposisi anggaran dan realisasi belanja dapat dilihat dalam grafik berikut ini:

Gambar 5.49
Anggaran dan Realisasi Belanja per 31 Desember 2016
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Dibandingkan dengan TA 2015, Realisasi Belanja 31 Desember 2016 mengalami kenaikan sebesar 18,06% dibandingkan realisasi belanja pada tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh penambahan pembelian / pengadaan Belanja Modal menggunakan saldo awal dengan rencana Rp15.547.928.000,- untuk pembelian genset 635 KVA, renovasi gedung, bus dan pengembangan SIMRS, dan terrealisasi Rp12.802.221.367,- terdiri atas :

- | | |
|--|-------------------|
| 1. SIMRS | Rp1.300.650.000,- |
| 2. Genset 635 KVA | Rp1.324.987.400,- |
| 3. Bus | Rp635.465.800,- |
| 4. Renovasi Gedung | Rp2.993.130.563,- |
| 5. Pembelian Alat Kesehatan | Rp343.690.200,- |
| 6. Pembelian Alat Rumah Tangga & Alat Kantor | Rp6.204.297.404,- |

Tabel 5.31
Perbandingan Realisasi Belanja 31 Desember 2016 dan 31 Desember 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC-16		Naik (TURUN) %
	ANGGARAN	REALISASI	
Belanja Pegawai	46.721.059.618	43.846.486.077	6.56
Belanja Barang	103.725.620.835	98.105.934.081	5.73
Belanja Modal	39.681.887.407	19.094.227.977	107.82
Jumlah	190.128.567.860	161.046.648.135	18.06

5.3.3 Belanja Pegawai

Realisasi Belanja Pegawai 31 Desember 2016 dan 31 Desember 2015 adalah masing-masing sebesar Rp49.721.059.618,- dan Rp43.846.486.077,- Realisasi belanja per 31 Desember TA 2016 mengalami kenaikan sebesar 6,56% dari per 31 Desember TA 2015. Hal ini disebabkan antara lain oleh:

1. Kenaikan gaji pokok PNS berdasarkan PP No. 30 Tahun 2015
2. Penambahan jumlah pegawai baik dari pengangkatan PNS maupun tenaga pindahan dari satker lain ke RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
3. Kenaikan gaji berkala Pegawai Negeri Sipil RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
4. Terdapat gaji ke – 14 TMT 2016

Tabel 5.32
Perbandingan Belanja Pegawai 31 Desember TA 2016 dan 31 Desember 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC		Naik (TURUN) %
	REALISASI 2016	REALISASI 2015	
Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	46.706.716.861	43.817.970.395	6.59
Belanja Lembur	47.518.000	34.959.000	35.92
Total Belanja Kotor	46.754.234.861	43.852.929.395	6.62
Pengembalian belanja	33.175.243	6.443.318	414.88
Jumlah	46.721.059.618	43.846.486.077	6.56

5.3.4 Belanja Barang

Realisasi Belanja Barang 31 Desember TA 2016 dan 31 Desember TA 2015 adalah masing-masing sebesar Rp 103.725.620.835,- dan Rp 98.105.934.081,-. Realisasi Belanja Barang 31 Desember TA 2016 mengalami Kenaikan 9,94% dari Realisasi Belanja Barang 31 Desember TA 2015. Hal ini antara lain disebabkan oleh persiapan menghadapi akreditasi RS versi KARS 2012, dibutuhkan biaya untuk perbaikan sarana dan prasarana RS dan pembelian barang-barang untuk menunjang kegiatan akreditasi.

Implementasi PMK No.358/KMK.05/2014 Tentang Penetapan Remunerasi Bagi Pengelola, Dewan Pengawas, dan Badan Layanan Umum RSMM.

Tabel 5.30
Perbandingan Belanja Barang 31 Desember 2016 dan 31 Desember 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC		Naik (TURUN) %
	REALISASI 2016	REALISASI 2015	
Belanja Barang Operasional	5.484.834.244	3.626.347.120	51.25
Belanja Barang Non Operasional	0	435.840.000	(100.00)
Belanja Barang Persediaan	15.285.585.180	12.260.879.895.00	
Belanja Jasa	-	4.536.553.608	(100.00)
Belanja Pemeliharaan	1.199.513.753	4.776.986.976	(74.89)
Belanja Perjalanan Dalam Negeri	-	113.032.000	(100.00)
Belanja Barang BLU	81.755.687.658	72.356.294.482	12.99
Total Belanja Kotor	103.725.620.835	98.105.934.081	
Pengembalian belanja	-	-	-
Jumlah	103.725.620.835	98.105.934.081	5.73

5.3.5 Belanja Modal Peralatan dan Mesin

Realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin 31 Desember TA 2016 adalah sebesar Rp12.994.775.239,- mengalami kenaikan sebesar 68,52% bila dibandingkan dengan realisasi Belanja Modal Peralatan dan Mesin 31 Desember TA 2015 sebesar Rp7.711.048.678,- Hal ini disebabkan oleh penambahan pembelian peralatan dan mesin.

Tabel 5.31
Perbandingan Realisasi Belanja Modal Tahun 2016 dengan 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC		Naik (TURUN) %
	REALISASI 2016	REALISASI 2015	
Peralatan dan mesin	12.994.755.239	7.711.048.678	68.52
JUMLAH	12.994.755.239	7.711.048.678	68.52

5.3.6 Belanja Modal Gedung dan Bangunan

Realisasi Belanja Modal 31 Desember TA 2016 dan 31 Desember TA 2015 adalah masing-masing sebesar Rp25.386.482.168,- dan Rp11.383.179.299,- Realisasi Belanja Modal TA 2016 mengalami kenaikan sebesar 55,16% dibandingkan Realisasi Belanja Modal 31 Desember TA 2015.

Tabel 5.32
Perbandingan Realisasi Belanja Gedung dan Bangunan Tahun 2016 dengan 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC		Naik (TURUN) %
	REALISASI 2016	REALISASI 2015	
Gedung dan bangunan	25.386.482.168	11.383.179.299	55.16
JUMLAH	25.386.482.168	11.383.179.299	55.16

5.3.7 Belanja Modal Lainnya

Realisasi Belanja Modal Lainnya 31 Desember TA 2016 dan 31 Desember TA 2015 adalah masing-masing sebesar Rp1.300.650.000,- dan Rp45.400.000,-. Realisasi Belanja Modal Lainnya mengalami kenaikan sebesar 96,51% dibandingkan dengan Realisasi Belanja Modal Lainnya tahun 2015.

Tabel 5.33
Perbandingan Realisasi Belanja Modal Lainnya Tahun 2016 dengan 2015
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

URAIAN	31-DEC		Naik (TURUN) %
	REALISASI 2016	REALISASI 2015	
Belanja modal lainnya	1.300.650.000	45.400.000	96.51
JUMLAH	1.300.650.000	45.400.000	96.51

BAB VI

PENUTUP

Pencapaian kinerja rumah sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2016 merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai Rencana Strategis RSMM Bogor Tahun 2015-2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja.

Keberhasilan atas pencapaian kinerja Tahun 2016 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.

Perjanjian Kinerja Tahun 2016
RS.dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2016	REALISASI 2016
1	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan/ Stakeholder	1 Tingkat Kepuasan Pelanggan	≥ 85%	90.5%
		2 Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%
		3 Tidak adanya kejadian pasien jatuh	≥ 97%	100%
		4 Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i>	100%	100%
		5 Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri	≤ 1.5%	0%
		6 Tidak adanya kejadian Infeksi Aliran Darah Perififer (<i>Phlebitis</i>)	95%	99%
		7 Penerapan keselamatan ECT	100%	100%
2	Terwujudnya Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial	8 Tercapainya pendampingan puskesmas di wilayah kerja	24 puskesmas	24 puskesmas
		9 Jumlah pasien yang dikunjungi sesuai indikasi	3 pasien/minggu	3 pasien/minggu
		10 Terlaksananya kegiatan promosi kesehatan jiwa	promosi melalui 3 media	promosi melalui 3 media
3	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu	11 MoU dengan Kemensos RI dan Hospital Permai Johor Bahru	2 MoU	Terlaksana : 1 MoU dengan Kemensos & 1 MoU dengan Hospital Permai Johor Bahru
		12 Meningkatnya fungsi personal dan sosial pasien yang telah menyelesaikan paket rehabilitasi psikososial	75%	96%
		13 Tercapainya stabilisasi fungsi personal dan sosial rehabilitan di masyarakat	45% rehabilitan di wilayah kerja (Kota Bogor)	Belum terlaksana
4	Terwujudnya transformasi	14 Terlaksananya penilaian akreditasi versi 2012	Lulus Paripurna	Lulus Paripurna

		layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan pelayanan multidisiplin	15	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	$\geq 95\%$	96%
			16	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri diruang rawat inap	99,7%	100%
			17	<i>Emergency Psychiatric Respons Time (EPRT)</i>	≤ 60 menit	50.89 menit
			18	BOR	65%	60.79%
			19	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤ 60 menit	52 menit
			20	<i>Nett Date Rate (NDR)</i>	24%	28.37%
			21	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	85%	99.51%
			22	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi	≤ 3 jam	2 jam 1 menit
			23	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium	≤ 2 jam	1 jam 30 menit 12 detik
			24	Waktu Tunggu Obat Jadi	≤ 60 menit	60 menit 31 detik
			25	Pengembalian Rekam Medis dalam 1x24 jam	80%	64%
			26	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
		Terwujudnya pusat riset dan pendidikan kesehatan jiwa yang aplikabel untuk mendukung layanan unggulan rehabilitasi psikososial	27	Jumlah penelitian yang dilakukan oleh internal pegawai	1 penelitian	1 penelitian
5			28	Jumlah institusi yang telah bekerjasama	75 institusi	83 institusi
6		Terwujudnya pembiayaan yang efektif dan efisien	29	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	55%	56%
7		Terwujudnya budaya kinerja yang efektif	30	Tingkat proses kehadiran pegawai	100%	91.36%
8		Terwujudnya SDM yang handal dan	31	Staf tenaga kesehatan yang mengikuti pendidikan minimal D3	80%	96.28%

Lampiran

	kompeten	32	Percentase SDM yang mendapat pelatihan sesuai standar	60%	104.55%
9	Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana	33	Tingkat kehandalan sarana prasarana/OEE	80%	64%
10	Terwujudnya sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi	34	Level IT yang terintegrasi	Siloed 2	Siloed 1

Lampiran

Indikator Kinerja Individu RS

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016																
KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JANUARI				FEBRUARI				MARET			
1	2	3	4	5	6	HAPER	SKOR	TOTAL 7 = (5x7)	9	HAPER	SKOR	TOTAL 10 = (5x10)	12	HAPER	SKOR	TOTAL 13 = (5x13)
PELAYANAN MEDIS																
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	0.05	3 CP	60	3	3 CP	60	3	5 CP	100	5			
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	≥80%	0.05	99.70%	100	5	99.90%	100	5	99.87	100	5			
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.05	0.13%	100	5	0.14%	100	5	0.13%	100	5			
	4	Cedera/truma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5%	0.05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5			
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0.07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7			
Pengendalian Infeksi di	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0.05	2.80%	100	5	1.95%	100	5	2.95%	100	5			
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0.04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4			
	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0.07	100%	100	7	100%	100	7	93.40%	75	5.25			
Capaian Indikator Medik	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0.07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7			
	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0.08	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6			
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0.08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8			
	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0.02	35 menit	100	2	47.25 Menit	100	2	53 Menit	100	2			
Ketepatan Waktu Pelayanan	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0.05	124 Menit	0	0	68 Menit	75	3.75	60.25 menit	75	3.75			
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0.05	2 Jam 24 Menit	100	5	2 Jam 58 Menit	100	5	2 Jam 45 Menit	100	5			
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0.05	1 Jam 35 Menit 40 Detik	100	5	1 Jam 32 Menit 7 detik	100	5	1 Jam 33 Menit 36 Detik	100	5			
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0.05	76 Menit 4 Detik	0	0	69 Menit 19 detik	0	0	112 Menit 59 Detik	0	0			
	17	Pengembalian Reklam Medik lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)	>80%	0.02	31.89%	0	0	41.43%	0	0	42.42%	0	0			
PELAYANAN KEUANGAN																
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional	65%	0.1	65%	100	10	65%	100	10	65%	100	10			
					JUMLAH TS	84.00		JUMLAH TS	87.75		JUMLAH TS	85				
					NILAI IKI	1.625		NILAI IKI	1.750		NILAI IKI	1.750				

Ketua Tim Penilai Kinerja,

Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196106201986121001



Lampiran

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016															
KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	APRIL			MEI			JUNI				
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL		
PELAYANAN MEDIS															
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	0.05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5		
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0.05	96.00%	100	5	99.70%	100	5	99.50%	100	5		
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.05	0.14%	100	5	0.00%	100	5	0.00%	100	5		
	4	Cedererauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)(UPIP)	≤1.5%	0.05	6.25%	0	0	0%	100	5	0%	100	5		
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0.07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7		
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0.05	1.65%	100	5	0.51%	100	5	1.36%	100	5		
Capaian Indikator Medik	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0.04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4		
	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0.07	99.40%	100	7	100%	100	7	100%	100	7		
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0.07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7		
Akkreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0.08	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6		
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0.08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8		
	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0.02	53 menit	100	2	50.3 menit	100	2	50.8 menit	100	2		
Ketepatan Waktu Pelayanan	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0.05	53.6 menit	100	5	61.3 menit	75	3.75	60.2 menit	75	3.75		
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPLR)	≤3 Jam	0.05	3 jam 12 menit	100	5	2 jam 53 menit 24 detik	100	5	2 jam 49 menit 12 detik	100	5		
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0.05	1 jam 38 menit 42 detik	100	5	1 jam 36 menit 12 detik	100	5	1 jam 33 menit 10 detik	100	5		
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0.05	59 menit	25	1.25	66 menit 21 detik	0	0	59 menit 43 detik	25	1.25		
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)	>80%	0.02	69.02%	50	1	75.68%	75	1.5	70.92%	75	1.5		
	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional	65%	0.1	65%	100	10	65%	100	10	56.85%	80	8		
PELAYANAN KEUANGAN															
Keuangan					JUMLAH TS	85.25			JUMLAH TS	91.25			JUMLAH TS	90.50	
					NILAI IKI	1.750			NILAI IKI	1.875			NILAI IKI	1.875	

Ketua Tim Penilaian Kinerja,

Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001



dr. H. Bambang Sunaryanto, Sp.KJ. MARS
NIP. 196108201988121001

Lampiran

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016													
KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
PELAYANAN MEDIS													
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	0.05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	≥80%	0.05	99.60%	100	5	99.80%	100	5	100.00%	100	5
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.05	0.00%	100	5	0.00%	100	5	0.17%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit) UPIP	≤1.5%	0.05	0.00%	100	5	0.00%	100	5	0.00%	100	5
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0.07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0.05	0.93%	100	5	0.99%	100	5	0.95%	100	5
Capaian Indikator Medik	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0.04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4
	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0.07	99.50%	100	7	98.43%	100	7	95.95%	100	7
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatris	≥90%	0.07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0.08	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KKR)	>75%	0.08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
Kelepasan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0.02	50.6 menit	100	2	52.6 menit	100	2	51.53 menit	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0.05	84.35 menit	50	2.5	83 menit	50	2.5	61 menit	75	3.75
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0.05	2 jam 31 menit 12 detik	100	5	3 jam	100	5	2 jam 22 menit	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0.05	1 jam 22 menit 24 detik	100	5	1 jam 31 menit 52 detik	100	5	1 jam 30 menit 12 detik	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0.05	70 menit 32 detik	0	0	74 menit 55 detik	0	0	76 menit 16 detik	25	0
	17	Pengembalian Reklam Medik lengkap dalam waktu 24 jam	>80%	0.02	57.91%	25	0.5	63.41%	50	1	62.70%	50	1
	PELAYANAN KEUANGAN												
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional	65%	0.1	65%	100	10	65%	100	10	65%	100	10
					JUMLAH TS	89.00		JUMLAH TS	89.5		JUMLAH TS	90.75	
					NILAI IKI	1.750		NILAI IKI	1.750		NILAI IKI	1.875	

Ketua Tim Penilaian Kinerja,

Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001



Lampiran

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016													
KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
PELAYANAN MEDIK													
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	0.05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	≥80%	0.05	100.00%	100	5	100.00%	100	5	100%	100	5
	3	Persentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.05	0%	100	5	0.01%	100	5	0.00%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)UPnP	≤1.5%	0.05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0.07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
Capaian Indikator Medik	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0.05	1.79%	100	5	0.68%	100	5	1.21%	100	5
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0.04	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan di evaluasi	100	4
	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0.07	99.50%	100	7	98.55%	100	7	95.55%	100	7
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0.07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0.08	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6	Barcode sesuai variabel dan diberikan ke semua produk layanan	100	8
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRX)	>75%	0.08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0.02	51.51 menit	100	2	51.93 menit	100	2	50 menit 53 detik	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0.05	45.35 menit	100	5	39.05 menit	100	5	52 menit	100	5
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0.05	2 jam 11 menit	100	5	2 jam 28 menit	100	5	2 jam 1 menit	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0.05	1 jam 29 menit 24 detik	100	5	1 jam 29 menit 24 detik	100	5	1 jam 30 menit 12 detik	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0.05	72 menit 54 detik	0	0	63 menit 28 detik	0	0	60 menit 31 detik	0	0
PELAYANAN KEUANGAN													
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional	65%	0.1	65%	100	10	65%	100	10	56%	80	8
					JUMLAH TS	92		JUMLAH TS	92		JUMLAH TS	92	
					NILAI IKJ	1.875		NILAI IKJ	1.875		NILAI IKJ	1.875	

Ketua Tim Penilai Kinerja,

Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001



Lampiran

Indikator Kinerja Terpilih RS

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

Nama Satker BLU

: RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Periode

: Triwulan I Tahun 2016

NO	INDIKATOR	STANDAR	TARGET TWI	HAPER TWI	Cn	KETERANGAN
1	2	3	4	5	6	7
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	75	75	0.90	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	60	73.33	0.97	
3	Kepuasan Pelanggan	≥ 85				Per Semester
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65				Per Semester
5	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	240	60	45.08	1.45	

Keterangan :

*Indikator Pilihan diisi sesuai dengan indikator pilihan masing-masing rumah sakit.

Ketua Tim Penilai Kinerja,

(Nama lengkap)

(NIP)



Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

Lampiran

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

Nama Satker BLU

: RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Periode

: Triwulan II Tahun 2016

NO	INDIKATOR	STANDAR	TARGET TW II	HAPER TW II	Cn	KETERANGAN
1	2	3	4	5	6	7
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	75	75	0.90	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	60	100	1.24	
3	Kepuasan Pelanggan	85	85	86	1.01	Per Semester
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65	57	56.85	0.95	Per Semester
5	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	240	60	51.37	1.39	

Keterangan :

*Indikator Pilihan diisi sesuai dengan indikator pilihan masing-masing rumah sakit.

Ketua Tim Penilai Kinerja,

(Nama lengkap)
(NIP)



Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

Nama Satker BLU : RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
Periode : Triwulan III Tahun 2016

NO	INDIKATOR	STANDAR	TARGET TW III	HAPER TW III	Cn	KETERANGAN
1	2	3	4	5	6	7
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	100	75	0.85	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	80	100	1.07	
3	Kepuasan Pelanggan	≥ 85				Per Semester
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65				Per Semester
5	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	240	60	51.64	1.38	

Keterangan :

*Indikator Pilihan diisi sesuai dengan indikator pilihan masing-masing rumah sakit.

Ketua Tim Penilai Kinerja,

(Nama lengkap)
(NIP)



Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

Lampiran

HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

Nama Satker BLU

: RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Periode

: Triwulan IV Tahun 2016

NO	INDIKATOR	STANDAR	TARGET TW IV	HAPER TW IV	Cn	KETERANGAN
1	2	3	4	5	6	7
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	100	83.33	0.90	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	100	100	1.00	
3	Kepuasan Pelanggan	85	85	91.15	1.04	Per Semester
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65	55	56	0.95	Per Semester
5	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	240	60	51.44	1.39	

Keterangan :

*Indikator Pilihan diisi sesuai dengan indikator pilihan masing-masing rumah sakit.

Ketua Tim Penilai Kinerja,

(Nama lengkap)
(NIP)



Menyetujui,
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

