
LAPORAN SEMESTER I
Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
Tahun 2016



Jalan dr. Sumeru No. 114 Bogor
Telp. 0251-8324024, 8324025, 8324026
Email : rsmm.bgr@gmail.com
Website : rsmmbogor.com



KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Semester I RS dr. H. Marzoeqi Mahdi (RSM) Bogor Tahun 2016 ini dapat terselesaikan.

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

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

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

Bogor, 30 Juni 2016

Direktur Utama,

dr. H. Bambang Eko Sunaryanto, Sp.KJ, MARS
NIP.196204301987111001



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud dan Tujuan Laporan.....	3
C. Ruang Lingkup Laporan	3
BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN.....	5
A. Hambatan Tahun Lalu	5
B. Kelembagaan.....	5
C. Sumber Daya	10
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA.....	19
A. Dasar Hukum.....	19
B. Tujuan, Sasaran dan Indikator	20
BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN	26
A. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	26
B. Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi	27
C. Upaya Tindak Lanjut.....	27
BAB V HASIL KERJA.....	28
A. Pencapaian Target Kinerja	28
B. Realisasi Anggaran	150
BAB VI PENUTUP	155
LAMPIRAN	



BAB I PENDAHULUAN

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

Rumah sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor (RSMM Bogor) berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 tentang Penetapan Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi 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 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 2015 dengan melakukan pembenahan 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 RSM Bogor melalui penyusunan laporan berkala yang pelaksanaannya 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 RS dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor melakukan evaluasi terhadap upaya-upaya yang telah dicapai selama kurun waktu 6 (enam) bulan dalam bentuk Laporan Tahun 2016 yang tentunya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis RSM Bogor Tahun 2015-2019.



B. Maksud dan Tujuan Laporan

Penyusunan Laporan Semester I TA 2016 RS dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor ini bertujuan untuk mempertanggungjawabkan secara tertulis upaya pengelolaan rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelaksanaan program dan kegiatan yang telah direncanakan. Di samping itu, laporan ini dapat memberikan gambaran tentang sejauh mana fleksibilitas pengelolaan keuangan dilaksanakan dengan menonjolkan produktivitas, efisiensi dan efektivitas.

Laporan Semester I TA 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.

C. Ruang Lingkup Laporan

Ruang lingkup Laporan Semester I RSM Bogor Tahun 2016 tersusun atas:

BAB I

Pendahuluan, menguraikan tentang gambaran secara umum RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, latar belakang serta maksud dan tujuan dari laporan dan ruang lingkup laporan Semester I RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.

BAB II

Analisis Situasi Awal Tahun, menjelaskan hambatan yang dihadapi pada tahun yang lalu, uraian tentang kelembagaan serta kondisi sumber daya yang dimiliki RSM Bogor dalam kurun waktu satu tahun meliputi sumber daya manusia, sumber daya sarana dan prasarana serta sumber dana.

BAB III

Tujuan dan Sasaran Kerja, menguraikan tentang dasar hukum/peraturan yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran dan indikator RSM 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, menguraikan bagaimana mencapai tujuan dan sasaran melalui strategi-strategi, hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan strategi serta bagaimana upaya tindak lanjut untuk mengatasi hambatan pada pelaksanaan strategi tersebut.

BAB V

Hasil Kerja, menguraikan tentang realisasi sasaran/program, pencapaian target kinerja yang meliputi pencapaian target kegiatan dan pendapatan, indicator kinerja dan realisasi anggaran.

BAB VI

Penutup, menguraikan kesimpulan dan saran dari uraian sebelumnya.

LAMPIRAN-LAMPIRAN



BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

A. 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

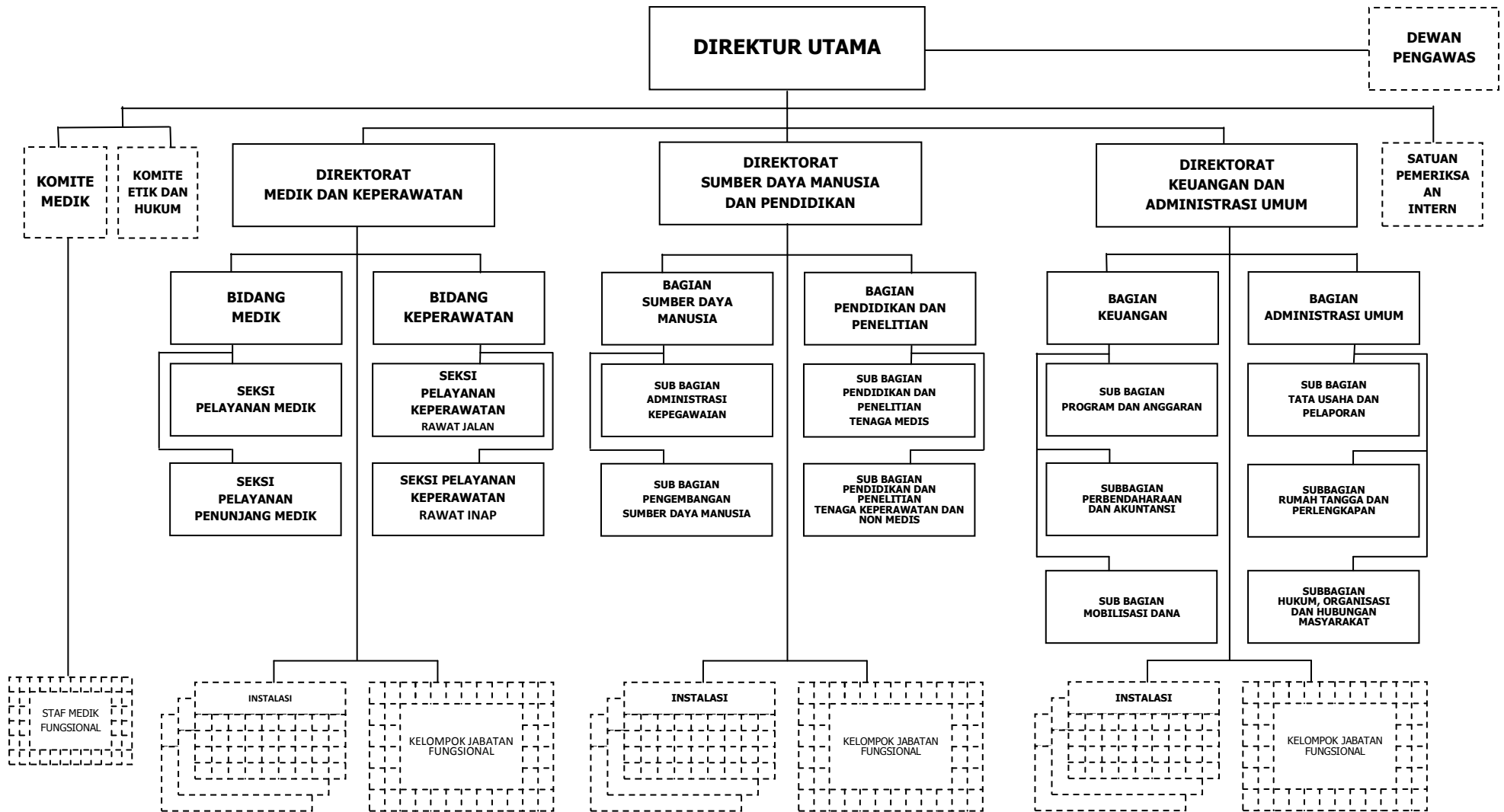
- a. Ketersediaan sarana dan prasarana belum sesuai kebutuhan
- b. Pemeliharaan sarana dan prasarana belum optimal
- c. Sistem pelaporan, monitoring dan evaluasi belum berjalan optimal

B. KELEMBAGAAN

Secara garis besar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 255/MENKES/PER/III/2008 tentang Struktur Organisasi RSM 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 RSMM Bogor adalah sebagai berikut:

1. Direktur Utama: dr. Bambang Eko Sunaryanto, Sp.KJ., MARS.
2. Direktur Medik dan Keperawatan: dr. Puji Triastuti, 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 tiga komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu:

1. Komite Medik
2. Komite Etik dan Hukum
3. Komite Keperawatan

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. Charmelda Tjokrosuwarno, MA
 - d. Suminto, S.Sos, MSc, PHd
3. Sekretaris Dewan Pengawas: Arief Fahrozi



Tugas dan Fungsi

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.

Fungsi

Dalam melaksanakan tugas diatas, RSMM Bogor menyelenggarakan fungsi:

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



C. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

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

Tabel 2.1. Jumlah SDM RSMM Bogor Semester I 2016

NO	JENIS PEGAWAI	JUMLAH 31 DES 2016	MUTASI		JUMLAH 30 JUNI 2016
			Tambah	Kurang	
A.	PNS/CPNS				
	1. Tenaga Medis				
	- Dokter Spesialis	40	1	2	39
	- Dokter Umum	22	1	3	22
	- Dokter Gigi	1	-	-	1
	Jumlah Tenaga Medis				
	2. Keperawatan	355		4	351
	3. Bidan	17	-	-	17
	4. Paramedis Non Perawat	127		1	126
	5. Non Medis	186	3	7	182
	JUMLAH PNS/CPNS	748			738
B.	NON PNS				
	1. Dokter Tamu	7	-	-	7
	2. Honorer	262	-	88	174
	3. PKWT	12	-	-	12
	4. Peer Counselor	6	-	-	6
	JUMLAH NON PNS	287			284
	JUMLAH	1035			1022

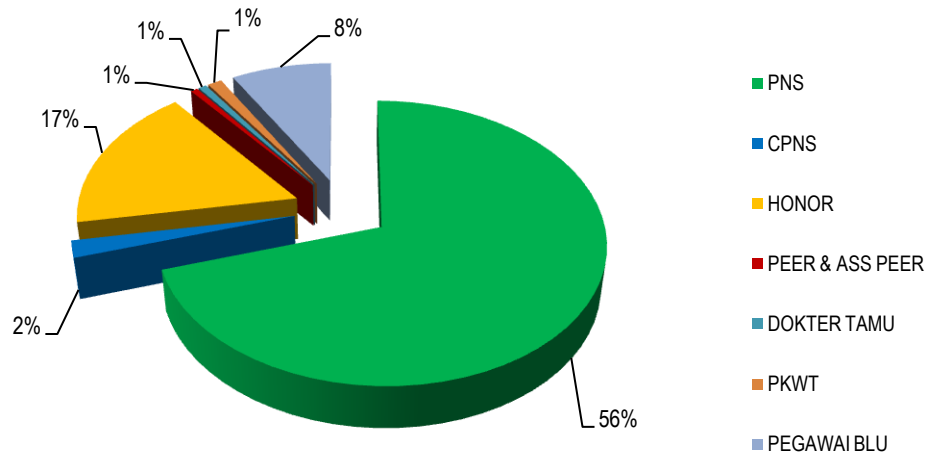
Keterangan :

1. PNS yang sudah pension di tahun 2015 tetapi dicatat di tahun 2016 karena SK-nya baru diterima sebanyak 4 (empat) PNS :
 - a. Tety Sumiati, SE.
 - b. dr. Zuly Abdul Rachman.
 - c. dr. Anna HT, M.Gizi, SpGK.
 - d. Suryadi
2. Pegawai Masuk :
 - a. Dra. Rifni Maulia.
 - b. dr. Ervina Luki Damayanti, dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
 - c. Ahmad Eru Saprudin, S.Kp,M.Kep. Sp.Kom, dari Ditjen Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisan Medik.

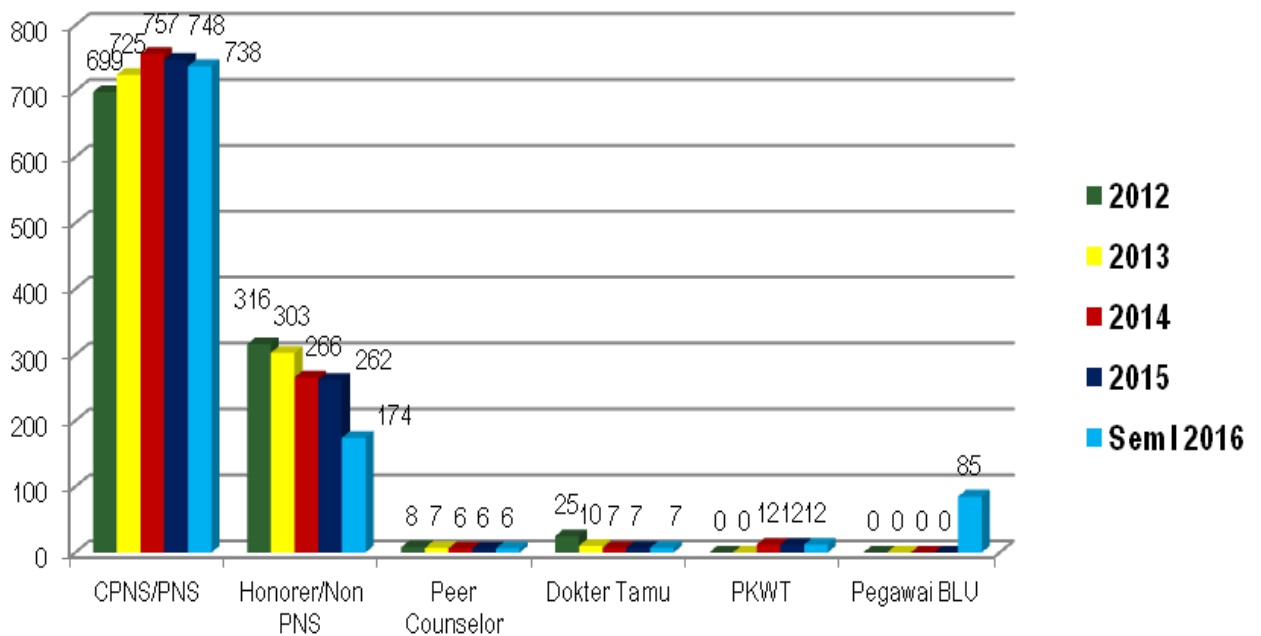


- d. dr. Faroland Dedy Koswara Debatardja, M. Kes, Sp.PK
- e. dr. Sarah Ifke Pasolang, dari Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga.

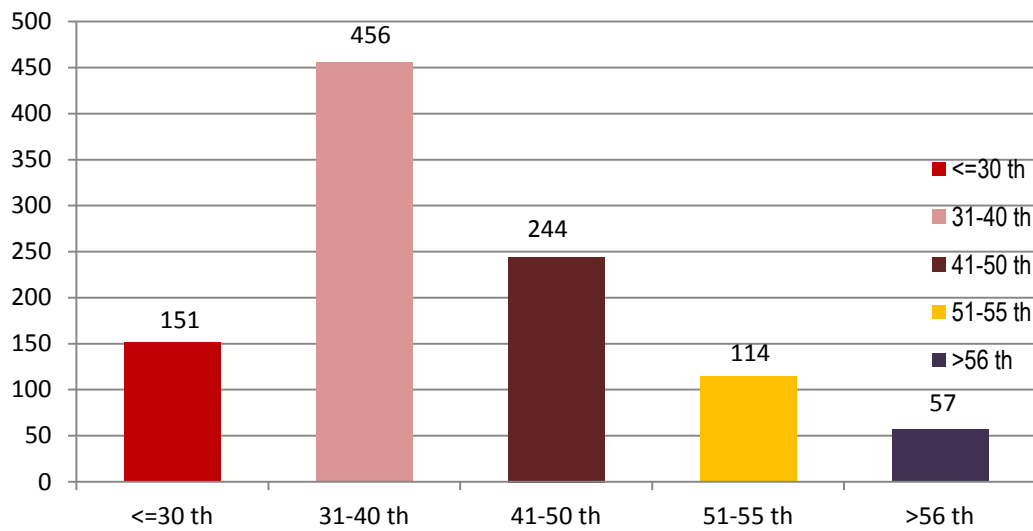
Gambar 2.2.
Diagram Jumlah Pegawai RSMM Bogor Berdasarkan Status Kepegawaian



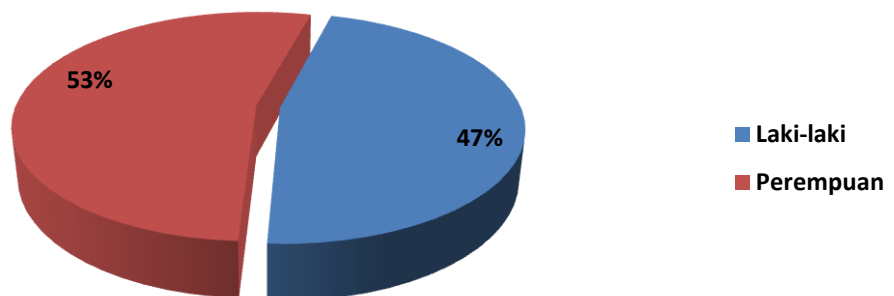
Gambar 2.3.
Diagram Jumlah Pegawai Rumah Sakit Selama 5 Tahun Terakhir



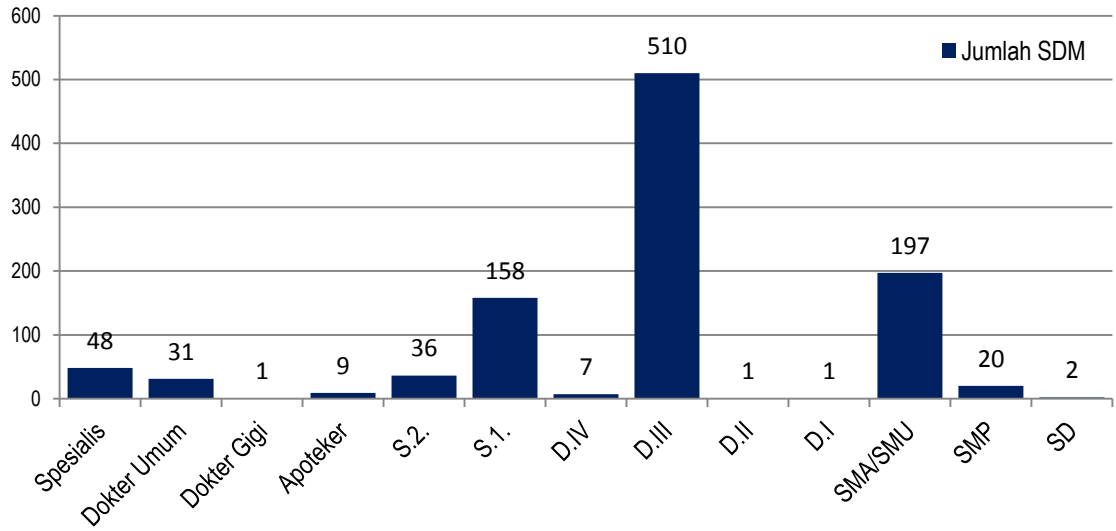
Gambar 2.4.
Diagram Jumlah Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur



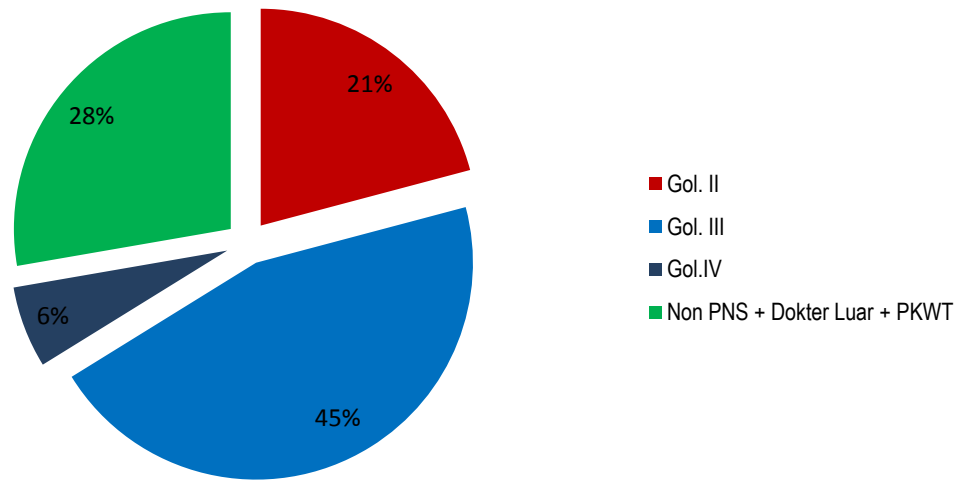
Gambar 2.5.
Diagram Jumlah Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin.



Gambar 2.6.
Diagram Jumlah Pegawai Berdasarkan Pendidikan.



Gambar 2.7.
Diagram Jumlah Pegawai Berdasarkan Golongan.





Tabel 2.2.
Tenaga Medis RSM Bogor Semester I 2016

NO	PENDIDIKAN	PNS	NON PNS	JML	Σ SEKOLAH	BUP 5 TH KE DEPAN
1	Dokter Gigi *)	3		3		
2	Dokter Umum *)	23	10	33	5	1
3	Spesialis I Anestesi	2		2		1
4	Spesialis I Bedah	1		1		
5	Spesialis I Bedah Mulut	1		1		
6	Spesialis I Ilmu Kedokteran Jiwa *)	9	6	15		1
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 Ortodonsia	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 Periodensia	1		1		
20	Spesialis I Prostodonsia	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 Konsultan Psikiatri Komunitas	1		1		
25	Spesialis Kedokteran Jiwa Konsultan	1		1		
25	Spesialis Okupasi	1		1		
JUMLAH		69	17	86	5	7



Keterangan :

- *) Dokter yang akan pensiun 5 tahun ke depan (tahun 2016 – 2020)
 - dr. Wiendarto Lasmono, dr, Sp.KJ (TMT Pensiun 01 Agustus 2016);
 - dr. Tienneke Saboe, Sp,THT (TMT Pensiun 01 Pebruari 2018);
 - dr. Abd. Farid Patutie (TMT Pensiun 01 Maret 2018) – Kepala Bagian Administrasi Umum RSM;
 - dr. Suzana Sinaga (TMT Pensiun 01 Maret 2019);
 - dgr. R. Y. Agung Basuki, Sp.Prost (TMT pensiun 01 Maret 2019);
 - dr. Batara Saut H. Tampubolon, Sp.AN (TMT Pensiun 01 April 2019);
 - dr. Agustinus Patandianan, Dp.A (TMT Pensiun 01September 2020).

- *) Dokter Gigi yang menjabat Struktural dan Administrasi
 - drg. Desi Dwirinah, MKKK menduduki jabatan Kepala Seksi Pelayanan Medik
 - drg. SARAH IFKE PASOLANG menduduki jabatan administrasi di Seksi Pelayanan Medik

- *) Dokter Umum yang menjadi Struktural
 - dr. Puji Triastuti, MARS menduduki jabatan Direktur Medik & Keperawatan
 - dr. Abd. Farid Patutie menduduki jabatan Kepala Bagian Umum;
 - dr. dr. Irna Lidiawati, MARS menduduki jabatan Kepala Sub Bagian Diklit Tenaga Medis.

- *) Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa yang menjadi Struktural
 - dr. Bambang Eko Sumaryanto, Sp.KJ, MARS menduduki jabatan Direktur Utama;
 - dr. Siti Khalimah, Sp.KJ menduduki jabatan Kepala Bidang Medik.

- *) Dokter yang masih berjalan Tugas Belajar / Izin Belajar dan yang pendidikannya belum sesuai :
 - dr. Reny Violeta → PPDS Anak Universitas Sriwijaya Palembang;
 - dr. Mochammad Udji Priyatna → PPDS Psikiater UNS;
 - dr. Agnes S.B. Samosir → PPDS Kesehajan Jiwa UNPAD Bandung;
 - dr. Sumaryono → PPDS Bedah Universitas Dipenogoro Semarang;



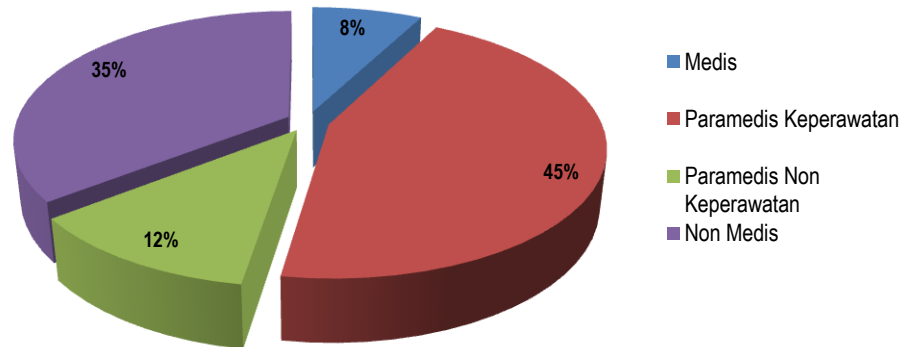
- dr. Siti Khalimah, Sp.KJ → Pendidikan MARS Universitas Indonesia Jakarta, sudah selesai kuliah menunggu pencantuman gelar pendidikan;
- dr. R. Windi Rachmawati Kusumah → PPDS Psikiater UNS Tahun ajaran 2016;
- dr. Iriawan Rembak Tinambunan → dalam proses pencantuman Pendidikan Sp.KJ.

Tabel 2.3.

SDM RSM Bogor Berdasarkan Jabatan, Golongan & Pendidikan

NO	URAIAN	URAIAN
A	MENURUT JABATAN	
	1. Struktural	
	Eselon II	1
	Eselon III	9
	Eselon IV	11
	Kepala Instalasi	15
	Kepala Unit	35
	2. Fungsional Tertentu	389
	3. Fungsional Umum	560
	4. Ketua Komite	2
	JUMLAH	1.022
B	MENURUT GOLONGAN	
	Golongan IV	64
	Golongan III	464
	Golongan II	210
	Golongan I	0
	Non PNS + Dokter Tamu + PKWT	199
	Pegawai BLU	85
	JUMLAH	1.022
C	MENURUT PENDIDIKAN	
	Spesialis / Akta. V.	48
	S.2.	36
	Apoteker	9
	Dokter Umum	31
	Dokter Gigi	1
	S.1.	158
	D.IV	7
	D.III	510
	D.II	1
	D.I	1
	SMA	198
	SMP	20
	SD	2
	JUMLAH	1.022

Gambar 2.8.
Diagram Jumlah Pegawai Berdasarkan Tenaga



2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan Barang Kuasa Pengguna (LBKP) merupakan laporan yang mencakup seluruh aspek BMN yang ditatausahakan dan dikelola oleh RS.Dr.H. Marzoeeki Mahdi Bogor.

Nilai BMN gabungan (intrakomptabel dan ekstrakomptabel) yang disajikan pada periode 30 Juni 2016 adalah sebesar Rp. 587,726,811,517.00 (Lima ratus delapan puluh tujuh milyar dua ratus sebelas ribu lima ratus tujuh belas rupiah) yang merupakan nilai BMN berupa saldo awal laporan tanggal 01 Januari 2016 sebesar Rp. 586,597,673,645.00 (Lima ratus delapan puluh enam milyar lima ratus sembilan puluh tujuh juta enam ratus tujuh puluh tiga ribu enam ratus empat puluh lima rupiah) dan nilai mutasi yang terjadi selama Semester I Tahun 2016 sebesar Rp. 1,129,137,872.00 (Satu milyar seratus dua puluh sembilan juta seratus tiga puluh tujuh ribu delapan ratus tujuh puluh dua rupiah). Nilai mutasi BMN tersebut berasal dari transaksi keuangan dan transaksi non-keuangan. Mutasi BMN yang berasal dari transaksi keuangan merupakan nilai BMN yang berasal dari perolehan dan/atau penambahan BMN yang berasal dari pembiayaan APBN selama periode tahun berjalan, sedangkan transaksi non-keuangan merupakan transaksi penambahan dan pengurangan atas BMN yang berasal dari pembiayaan selain APBN periode tahun berjalan.



Tabel 2.4.
Laporan Rekonsiliasi BMN

	2015	Semester I 2016
PERSEDIAAN		
BMN INTRAKOMPTABEL		
Posisi Awal (1 Januari 2016)	Rp. 541.596.568.279,-	Rp. 586.148.490.341,-
Penambahan	Rp. 45.573.931.694,-	Rp. 1.129.137.872,-
Pengurangan	Rp. 1.022.009.632,-	Rp. -
Posisi Akhir (30 Juni 2016)	Rp. 586.148.490.341,-	Rp. 587.277.628.213,-
BMN EKSTRAKOMPTABEL		
Posisi Awal (1 Januari 2016)	Rp. 385.418.304,-	Rp. 449.183.304,-
Penambahan	Rp. 63.765.000,-	Rp. -
Pengurangan	-	-
Posisi Akhir (30 Juni 2016)	Rp. 449.183.304,-	Rp. 449.183.304,-
BMN & GABUNGAN INTRA EKSTRA		
Posisi Awal (1 Januari 2016)	Rp. 541.981.986.583,-	Rp. 586.597.673.645,-
Penambahan	Rp. 45.637.696.694,-	Rp. 1.129.137.872,-
Pengurangan	Rp. 1.022.009.632,-	Rp. -
Posisi Akhir (30 Juni 2016)	Rp. 586.597.673.645,-	Rp. 587.726.811.517,-
BMN ASET TAK BERWUJUD		
Posisi Awal (1 Januari 2016)	Rp. 175.198.589,-	Rp. 175.198.589,-
Penambahan	-	-
Aset Definitif	-	-
Posisi Akhir (30 Juni 2016)	Rp. 175.198.589,-	Rp. 175.198.589,-
KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan		
Posisi Awal (1 Januari 2016)	0	0
Penambahan	0	0
Pengurangan	0	0
Posisi Akhir (30 Juni 2016)	0	0
TOTAL	Rp. 586.772.872.234,-	Rp. 587.902.010.106,-



BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA

A. DASAR HUKUM

Adapun regulasi/peraturan yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran dan indikator RSM 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/III/2008, tentang Kedudukan, tugas dan fungsi RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor;
12. 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;
13. Surat Keputusan Direktur Utama RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor No. KP.00.03.6/IV.I/2851/2011, tentang Standar Pelayanan Minimal;
14. Rencana Strategi yang ditetapkan Direktur Utama dengan persetujuan Dewan Pengawas Tahun 2015-2019;
15. Rencana Bisnis Anggaran RSMM Bogor yang ditetapkan Direktur Utama Tahun 2015
16. Perjanjian Kinerja RSMM Bogor Tahun 2015

B. TUJUAN, SASARAN DAN INDIKATOR

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:

- a. Mewujudkan layanan kesehatan jiwa dengan unggulan rehabilitasi psikososial
- b. Meningkatkan penyelenggaraan pendidikan, pelatihan dan riset unggulan dalam bidang kesehatan jiwa
- c. Meningkatkan peran strategis dalam program kesehatan jiwa nasional
- d. Meningkatkan kemitraan dan pemberdayaan stakeholder
- e. Meningkatkan komitmen dan kinerja pegawai untuk mencapai kesejahteraan



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

- a. Mengembangkan layanan unggulan menjadi rumah sakit rujukan nasional kesehatan jiwa;
- b. Mengembangkan layanan yang spesifik, komprehensif dan kolaboratif;
- c. Meningkatkan mutu layanan kesehatan dan patient safety;
- d. Mengimplementasikan tata kelola organisasi yang baik;
- e. Melakukan transformasi layanan fokus pada tupoksi;
- f. Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengembangan layanan kesehatan jiwa;
- g. Menjadi pusat pendidikan dan riset kesehatan jiwa;
- h. Mewujudkan kehandalan sarana dan prasarana;
- i. Mewujudkan sistem informasi RS yang terintegrasi;
- j. Meningkatkan SDM yang kompeten dan berbudaya kinerja;
- k. Mewujudkan sistem penganggaran berbasis kebutuhan;

Nilai-nilai yang terdapat di RSMM Bogor adalah sebagai berikut:

- a. Belajar dan berkembang
- b. Profesionalisme
- c. Bekerja seimbang
- d. Kekeluargaan
- e. Saling menghargai
- f. Motivasi dan komitmen

Moto RSMM Bogor:

SEHAT (Smart, Empati, Harmonis, Antusias dan Tertib)



2. SASARAN DAN INDIKATOR

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSM 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 RSM Bogor mengacu pada dokumen:

- a. Indikator Kinerja BLU (RBA) yang terdiri atas indikator kinerja pelayanan, indikator kinerja keuangan serta indikator kinerja mutu dan manfaat.
- b. Indikator Kinerja Utama/*Key Performance Indicator* (IKU/KPI) sesuai Rencana Strategis
- c. Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- d. Perjanjian Kinerja

Sehubungan dengan berakhirnya Rencana Strategis Tahun 2010-2014 disertai dengan perubahan-perubahan kebijakan dari Kementerian Kesehatan RI, maka RSM 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 RSM Bogor Tahun 2015-2019 sebagai berikut:

Perspektif Stakeholder/Customer

Sasaran strategis 1:

Terwujudnya kepuasan pelanggan/stakeholder

Indikator:

- Kepuasan pelanggan
- Kecepatan respon terhadap complain (KRR)

Sasaran strategis 2:

Terwujudnya peran strategis menjadi RS Rujukan Nasional

Indikator:

- Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa



- Pengembangan model layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan pelayanan multidisiplin
- Pusat promosi kesehatan jiwa
- Kerjasama nasional dan internasional dalam pendidikan, penelitian dan layanan di bidang rehabilitasi psikososial

Perspektif Proses Bisnis Internal

Sasaran strategis 3:

Terwujudnya layanan unggulan rehabilitasi psikososial

Indikator:

- Persentase rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial
- Persentase rehabilitant yang mandiri di masyarakat

Sasaran strategis 4:

Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu

Indikator:

- Akreditasi paripurna

Sasaran strategis 5:

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

Indikator:

- Lisensi sebagai pusat riset dan pendidikan di bidang rehabilitasi psikososial dari lembaga yang berwenang (Kementerian Kesehatan RI)

Sasaran strategis 6:

Terwujudnya kemitraan yang berkualitas di bidang kesehatan jiwa

Indikator:

- Tingkat kualitas kemitraan layanan kesehatan jiwa

Sasaran strategis 7:

Terwujudnya transformasi layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan layanan multi disiplin



Indikator:

- Proses bisnis yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan jiwa

Sasaran strategis 8:

Terwujudnya pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan jiwa

Indikator:

- Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa

Perspektif Finansial

Sasaran strategis 9:

Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kebutuhan

Indikator:

- Tingkat efisiensi anggaran

Sasaran strategis 10:

Terwujudnya POBO yang optimal

Indikator:

- Rasio PNBP terhadap biaya operasional (PB)

Perspektif pembelajaran dan Pertumbuhan

Sasaran strategis 11:

Terwujudnya budaya kinerja yang efektif

Indikator:

- Tingkat proses budaya kinerja
- Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar

Sasaran strategis 12:

Terwujudnya Sistem Informasi RS yang terintegrasi

Indikator:

- Level IT yang terintegrasi



Sasaran strategis 13:

Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana

Indikator:

- Tingkat kehandalan sarana dan prasarana/Overall Equipment Effectiveness (OEE)

Sasaran strategis 14:

Terwujudnya SDM yang handal dan kompeten

Indikator:

- Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar
- Persentase SDM yang mendapat pelatihan sesuai standar

Selain sasaran dan indikator yang tertuang dalam Rencana Strategis diatas, Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi 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

No	Indikator Kinerja	Jumlah Indikator
1	Standar Pelayanan Minimal (SPM)	177
2	Indikator Kinerja Rumah Sakit Jiwa (IK RSJ)	31
3	Indikator Kinerja Individu Direktur Utama (IKI Dirut)	18
4	Indikator Kinerja Terpilih (IKT)	5
5	Indikator Kinerja Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)	21
6	Indikator BLU	32
7	Kontrak Kinerja	18
8	Penetapan Kinerja	27



BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

A. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) RSM 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 di rumah sakit;
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.

B. Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi

Agar rencana kegiatan berjalan dengan baik dan tercapai sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan di awal 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.

C. 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. Marzoeqi 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

A. Pencapaian Target Kinerja

Selama semester satu tahun 2016 tingkat keberhasilan kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan Rumah Sakit Marzoeeki mahdi dapat diukur melalui beberapa capaian indikator, yaitu :

1. Kinerja Program Unggulan
2. Kinerja promotif dan preventif
3. Program Tahunan
4. Standar Pelayanan Minimal (SPM)
5. Indeks Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)
6. Indeks Kinerja Individu Direktur Utama (IKI RSJ)
7. Indeks Kinerja Terpilih (IKT)
8. Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan
9. Penyerapan anggaran.

1. Kinerja Program Unggulan.

Sesuai dengan visi RSMM: menjadi rumah sakit jiwa rujukan nasional dengan layanan unggulan rehabilitasi psikososial pada tahun 2016, maka program rehabilitasi psikososial mendapat perhatian yang lebih.

Capaian keberhasilan program ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel. 5.1.
Capaian Rehabilitasi Psikososial Semester I Thn 2015 dengan Thn 2016

No	Kegiatan Kunjungan	Tahun 2015			Tahun 2016			Pertumbuhan
		Target Kunjungan	Capaian Semester I	% Capaian	Target Kunjungan	Capaian Semester I	% Capaian	
1	Seleksi	275	169	0.0	303	675	0.00	3.96
2	Kegiatan Non Vokasional	15,488	5,876	37.9	10,019	19,900	198.63	3.36
	a. Psikoedukasi	1,320	835	63.3	1,452	5,274	137.00	6.27



	<i>b. Senam Otak</i>	1,320		0.0	1,452	5,274	363.22	-
	<i>c. Remediasi Kognitif</i>		686			2,498		3.61
	<i>d. Latihan Keterampilan Sosial</i>		356			2,686		7.48
	<i>e. Rekreasi</i>	264	-	0.0	290	83	28.58	-
	F. Olah raga	5,500	1,790	32.5	6,050	1,434	23.70	0.79
	- <i>Senam Kesegaran Jasmani</i>	5,500	1,790	32.5	6,050	-	0.00	-
	- <i>Futsal</i>					-		-
	- <i>Tenis Meja</i>					-		-
	- <i>Bulu Tangkis</i>					-		-
	g. Seni	704	385	54.7	774	1,078	139.20	2.78
	- <i>Seni Musik</i>	176	87	49.4	194	-	0.00	-
	- <i>Menggambar</i>	528	298	56.4	581	-	0.00	-
	- <i>Angklung</i>					-	0.00	-
	- <i>Band</i>					-	0.00	-
	h. Spiritual	6,380	1,824	28.6	7,018	1,573	22.41	0.86
	- <i>Kerohanian Islam</i>	5,280	1,682	31.9	5,808	-	0.00	-
	- <i>Kerohanian Kristen</i>	1,100	142	12.9	1,210	-	0.00	-
3	Terapi Vokasional	5,949	1,694	28.5	6,544	4,143	51.21	2.43
	- <i>Sulaman</i>	792	290	36.6	871	452	51.88	1.55
	- <i>Gerabah</i>	792	303	38.3	871	742	85.17	2.43
	- <i>kerajinan tangan (Flanel)</i>	396	315	79.5	436	452	103.76	1.42
	- <i>Tata boga (Telor asin, Jus, dll)</i>	88	133	151.1	97	1,019	1052.69	7.60
	- <i>kebun & Pertamanan</i>	1,716	307	17.9	1,888	532	28.18	1.72
	- <i>Kolam & peternakan</i>	132	254	192.4	145	-	0.00	-
	- <i>Tata Boga</i>		52	0.0	-	217	0.00	4.14
	- <i>Penjahitan</i>	53	40	0.0	58	-	0.00	-
	- <i>menggambar</i>					545	0.00	-
	- <i>Terapi kelompok RK</i>					-	0.00	-
	- <i>Mengantar bunga</i>	220		0.0	242	-	0.00	-
	- <i>Permainan (Games)</i>	176		0.0	194	-	0.00	-



				0.0	1,742	-	0.00	-
	- Kerajinan dari kertas koran	1,584						
	- Terapi kelompok LKS					-		-
	- Menjual telur asin				-	184	0.00	-
4	Daycare				-	589	0.00	-
	Total	21,712	7,739	35.6	16,865	25,307	150.05	3.24

Kondisi saat ini :

1. Rata-rata capaian pada semester I 2016 meningkat dibandingkan 2015. Kegiatan yang belum dilaksanakan sesuai target adalah:
 - Senam kebugaran jasmani
 - Seni
 - Terapi vokasional
 - kolam dan peternakan
 - penjahitan, terapi kelompok RK
 - mengantar bunga
 - permainan
 - kerajinan dari kertas koran
2. Capaian yang menurun adalah kegiatan olahraga: 32,5% (2016); 23,7 %(2015) dan spiritual: 10,2% (2016); 12,8%(2015)

Permasalahan

1. Belum optimalnya sarana dan prasarana sesuai standar rehabilitasi psikososial
2. Belum optimalnya jumlah dan kompetensi SDM yang dibutuhkan sesuai dengan jumlah kegiatan
3. Belum optimalnya sosialisasi pada keluarga rehabilitant dan masyarakat sehingga kegiatan belum diketahui masyarakat secara luas.

Usulan Pemecahan Masalah

1. Optimalisasi pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai standar agar kegiatan rehabilitasi dapat berjalan dengan baik



2. Melakukan *benchmark* ke rumah sakit di regional ASEAN dan Asia agar pegawai yang terlibat pada program ini dapat lebih terlatih, berwawasan dan berkinerja lebih baik.
3. Optimalisasi antar instalasi dan ruangan-ruangan sehingga rehabilitant dapat mengikuti kegiatan sesuai jadwal



2. Kinerja Promotif dan Preventif

Tabel. 5.2.
Capaian Keswamas Semester I Thn 2015 dengan Thn 2016

No	Kegiatan	Target	2015		2016		% Capaian Tahunan	Pertumbuhan
			Capaian	% Capaian	Target	% Capaian		
		139	36	25.90	153	52	34.01	1.43
	- Penyuluhan di luar rumah sakit	30	8	26.67	33	28	84.85	3.47
	- Deteksi dini		21	-	-	96	-	4.53
	- Edukasi		106	-	-	96	-	0.90
	- Seminar		-	-	-	-	-	-
	- Pelatihan		-	-	-	1	-	-



2	Home Visit	112	40	35.71	123	21	17.05	0.52
3	Integrasi Layanan		-	-	-	-	-	-
	a. Phalamartha	13	6	46.15	14	6	41.96	0.99
	b. Kebon Pedes		6	-	-	6	-	0.99
4	Pendampingan pelayanan kesehatan primer dan sekunder		8	-	-	4	-	0.50
5	Layanan inovatif : Assertive Community Treatment (ACT)	266	72	27.07	293	76	25.97	1.05
6	Outreach :		-	-	-	-	-	-
	I. Mobile crisis Intervention		20	-	-	41	-	2.03
	- Kunjungan Rumah			-	-	22	-	-
	- Penjemputan Pasien			-	-	10	-	-
	II. Pelayanan pasien pasung	26	13	50.00	29	15	52.45	1.14
	III. Layanan untuk pasien psikiatri terlantar	53	19	35.85	58	33	56.60	1.72
7	Kerjasama lintas program dan lintas sektoral		19	-	-	12	-	0.63
8	Pembinaan kelompok swabantu dan kelompok pelanggan		3	-	-	1	-	0.33
9	Rehabilitasi berbasis komunitas			-	-	-	-	-
10	Layanan pengantaran pasien (dropping)	132	64	48.48	145	37	25.48	0.57
Jumlah		771	441	57.20	848	557	65.68	1.25

Kondisi saat ini

1. Capaian beberapa kegiatan promotif dan preventif pada semester I 2016 meningkat dibandingkan 2015 yaitu:
 - Penyuluhan di dalam RS: 34,01% (2016); 25,90 (2015)
 - Penyuluhan di luar RS : 84,85% (2016); 26,67 (2015)
 - *Outreach*: layanan untuk pasien psikiater terlantar: 56,60% (2016); 35,85% (2015)
 - Pelayanan pasien pulang: 52,45% (2016); 50 % (2015)
2. Capaian beberapa kegiatan promotif dan preventif pada semester I 2016 yang menurun dibandingkan 2015 yaitu:
 - Home visit: 21% (2016); 35,71% (2015)



- Integrasi layanan (Phalamartha): 41,96% (2016); 46,15% (2015)
- Layanan pengantaran pasien (dropping): 52,45% (2016); 50% (2015)
- Layanan inovatif: Assertive Community Treatment (ACT): 25,97% (2016); 27,07% (2015)

3. Beberapa kegiatan promotif dan preventif yang belum dilaksanakan yaitu:

- Seminar
- Rehabilitasi berbasis komunitas



3. Program Tahunan

Berdasarkan hasil kinerja program Direktorat Medik dan Keperawatan tergambar bahwa dari 31 program kerja yang direncanakan untuk tahun 2016, program kerja yang sudah dilaksanakan berjumlah 9 (29%) program, dan program kerja yang masih dalam proses belum selesai 22 program. Untuk program kerja yang masih dalam proses akan diteruskan pada semester dua tahun 2016.

Untuk program unggulan akan diperhatikan percepatan pelaksanaannya mengingat setiap tahun sudah tergambar tahap yang harus dilakukan dan penghitungan keberhasilannya diakhir RSB.

Untuk persiapan akreditasi 2016, dimana kinerja dan performance rumah sakit akan dinilai, perlu adanya monitoring dan assessment yang terus menerus agar bisa mencapai standar akreditasi yang diinginkan dan bisa lebih bermanfaat bagi masyarakat.



Tabel. 5.3.
Capaian Program Direktorat Medik dan Keperawatan Semester I Tahun 2016

No	Uraian	Ter Lak sana	Pro ses	Belum Ter Lak sana	Capaian Sm 1 Th 2016	Kendala yang dihadapi	Usulan Pemecahan Masalah
I	Layanan Psikiatri						
1	Monitoring dan evaluasi berkala terhadap hasil pencapaian program dan mutu layanan (KPI, SPM, target layanan)	√			Sudah dilaksanakan setiap bulan untuk evaluasi kinerja layanan medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data yang disampaikan kadang terlambat 2. Tanggal Pertemuan belum teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepatan laporan dengan memberikan sistem reward 2. Membuat schedule yang tetap
2	Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan secara berkala	√			Sudah dilakukan setiap bulan dengan menggunakan tools sesuai kebutuhan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum semua unit melaksanakan survey 2. Belum semua unit memahami metode survey 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi Koordinasi dengan Tim kepuasan pelanggan 2. Perencanaan untuk sosialisasi
3	Optimalisasi unit customer service terpadu		√		Sedang dalam proses membentuk unit cs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum optimalnya koordinasi antara Direktorat 2. Belum optimalnya sosialisasi 3. Belum adanya SK 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi koordinasi Direktorat 2. Optimalisasi sosialisasi pada staf 3. Segera membuat SK
4	Pelaksanaan pelayanan sesuai pedoman keselamatan pasien		√		Pelaksanaan pelayanan sudah dalam proses sesuai dengan pedoman keselamatan pasien seiring dengan kebutuhan akreditasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum optimalnya ketersediaan Sarana dan prasarana 2. Belum optimalnya sosialisasi baik pada pegawai maupun pada pasien/ pengunjung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemenuhan kebutuhan sarpras seara bertahap. 2. Sosialisasi terus menerus pada pegawai dan pasien
5	Optimalisasi layanan subspecialistik psikiatri anak dan remaja		√		Masih dalam proses pengembangan layanan dengan meningkatkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum optimalnya move di klinik psikiatri anak dan remaja 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi klinik anak dan remaja dengan meningkatkan kompetensi



					SDM dan sarpras		SDM dan pemenuhan sarpras
6	Pelaksanaan system rujukan dalam kesehatan jiwa		√		Masih dalam proses	Program ini berhubungan dengan pihak luar (eksterna) sehingga membutuhkan perencanaan yang matang	Optimalisasi pertemuan lintas sektoral
7	Pelaksanaan system pendampingan layanan primer & sekunder dalam pelayanan kesehatan jiwa	√			Dalam proses evaluasi dan dalam proses membuat program yang terintegrasi	Belum adanya inovasi baru untuk pengembangan pendampingan	Perlu adanya inovasi pendampingan setiap tahun agar cakupan dapat lebih luas.
8	Peningkatan kapasitas SDM di pelayanan primer & sekunder melalui penyegaran, pelatihan & konsultasi	√			Sudah dilaksanakan untuk beberapa puskesmas dan cakupan lainnya	Belum optimalnya integrasi antar instansi	Optimalisasi integrasi antar instansi dengan membuat jaringan komunikasi yang intens
9	Pengembangan strategi marketing layanan kolaboratif dan layanan inovatif baru : klinik ear;y psychotic		√		Dalam proses membuat pedoman, SPO dll yang terkait dengan layanan klinik early psychotic	Kurang optimalnya koordinasi antar unit dalam pelaksanaan pengembangan klinik EP	Optimalisasi koordinasi antar unit untuk menjadikan RSM sebagai pusat kesehatan jiwa
10	Pengembangan layanan SP2KP untuk keperawatan jiwa	√			Beberapa layanan sudah menerapkan SP2KP	Belum seluruh ruangan menerapkan sistem ini	Pengembangan bertahap pada ruangan yang belum melaksanakan sistem ini
11	Pelaksanaan layanan psikiatri sesuai PPK	√			Telah dilaksanakan sesuai dengan PPK yang telah dibuat dan sesuai dengan tuntutan akreditasi	Beberapa tenaga medis belum melaksanakan sesuai dengan PPK	Sosialisasi dan refreshing kembali PPK pada psikiatri



12	Pengembangan ruang rawat inap psikiatri dengan konsep "home like"		√		Dalam proses pelaksanaan, sudah dilakukan/ di beberapa ruangan pada tahun lalu	Pembangunan gedung baru dimulai pada bulan Juni sehingga konsep home like untuk seluruh ruangan tertunda	Kedepan sebaiknya lelang bangunan dilakukan pada tahun sebelumnya atau di awal tahun sehingga dapat mempercepat kegiatan layanan
13	Pengembangan layanan rawat inap psikogeriatri		√		Dalam proses pelaksanaan, sudah dilakukan/ di beberapa ruangan pada tahun lalu	1. Pembangunan gedung baru dimulai pada bulan Juni sehingga konsep home like untuk seluruh ruangan tertunda	1. Kedepan sebaiknya lelang bangunan dilakukan pada tahun sebelumnya atau di awal tahun sehingga dapat mempercepat kegiatan layanan
14	Pengembangan layanan rawat inap psikiatri khusus wanita		√		Masih dalam proses renovasi gedung	1. kurang optimalnya perencanaan mulai dari identifikasi kebutuhan, lelang dll sehingga pada semester satu masih dalam tahap baru mulai pembangunan. 2. kurang optimalnya koordinasi antar unit	1. untuk masa yang akan datang perencanaan dilakukan sebelum tahun berjalan. 2. optimalisasi koordinasi antara unit dan direktorat.
15	Optimalisasi layanan rawat jalan psikiatri dewasa (ruang tunggu)			√	Belum terlaksana, prioritas masih untuk pembangunan gedung lainnya	1. kurang optimalnya perencanaan mulai dari identifikasi kebutuhan, lelang dll sehingga pada semester satu masih dalam tahap baru mulai pembangunan. 2. kurang optimalnya koordinasi antar unit	1. untuk masa yang akan datang perencanaan dilakukan sebelum tahun berjalan 2. optimalisasi koordinasi antara unit dan direktorat.
16	Optimalisasi layanan klinik ansietas depresi	√			Sudah terlaksana dengan jumlah pasien rata-rata perhari:	1. Jadwal dokter belum tetap dan tidak standby 2. Kurangnya promosi dan sosialisasi pada masyarakat	1. Tenaga medis sebaiknya standby dan sesuai dengan jadwal. 2. Adanya jadwal rutin untuk promosi dan sosialisasi pada



							masyarakat
17	Optimalisasi layanan radiologi			√	Belum terlaksana baik untuk renovasi gedung maupun adanya layanan di IGD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk renovasi gedung karena terbatasnya anggaran masih belum prioritas 2. Alat radiologi untuk IGD belum dikalibrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat perencanaan yang lebih baik agar prioritas tahunan dapat terlaksana semuanya 2. Mengusulkan kalibrasi alat setiap tahun
18	Optimalisasi layanan Gizi			√	Belum terlaksana, masih ada yang lebih prioritas	<ol style="list-style-type: none"> 1. renovasi gedung karena terbatasnya anggaran masih belum prioritas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat perencanaan yang lebih baik agar prioritas tahunan dapat terlaksana semuanya
19	Optimalisasi layanan laboratorium		√		Dalam proses renovasi	Belum optimalnya perencanaan	Dalam perencanaan mengitsertakan user agar kebutuhan dapat terpenuhi
20	Optimalisasi layanan farmasi	√			Sudah dilaksanakan pada satu gedung terpadu	<ol style="list-style-type: none"> 1. sistem farmasi masih perlu pembenahan dan evaluasi. 2. Belum optimalnya penggunaan ruangan dengan baik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. optimalisasi dan evaluasi yang terus menerus terhadap layanan farmasi. 2. Akan dibuat standar internal untuk optimalisasi ruangan farmasi
21	Optimalisasi layanan Rekam Medik		√		Layanan rekam medis masih dalam proses pemenahan sehubungan pencapaian SPM yang masih rendah	<ol style="list-style-type: none"> 1. belum optimalnya sistem rekam medis dijalankan. 2. belum optimalnya pemahaman SDM akan layanan prima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sistem rekam medis dan alur layanan terus menerus harus dievaluasi dan di monitoring 2. perlunya sosialisasi pada SDM yang terlibat
22	Pengembangan layanan kolaboratif napza dan HIV/AIDS		√		Layanan kolaboratif napza dan HIV masih dalam proses layanan satu atap	<ol style="list-style-type: none"> 1. gedung layanan jauh dari gedung layanan lainnya sehingga menyulitkan pasien dan pegawai. 2. belum optimalnya sarana dan prasarana yang ada di ruang layanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sebaiknya layanan satu atap dengan pemenuhan sarana dan prasarana



23	Optimalisasi layanan CLP		√		Dalam proses belum sepenuhnya layanan berorientasi pada konsep CLP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum fokusnya tenaga medis menangani CLP 2. Belum optimalnya sistem dan prosedur CLP dijalankan 3. Belum optimalnya pemahaman semua pegawai tentang konsep CLP 4. Belum optimalnya utilitas sarana dan prasarana diruang CLP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. adanya tenaga medis yang fokus pada CLP 2. Optimalisasi dan sosialisasi sistem, prosedur dll pada pegawai yang terlibat dalam layanan CLP. 3. Optimalisasi utilisasi sarana dan prasarana.
24	Optimalisasi layanan non psikiatri sebagai layanan penunjang psikiatri		√		Proses peningkatan layanan penunjang psikiatri	<ol style="list-style-type: none"> 1. kurang optimalnya komunikasi antara tenaga medis dan manajemen 2. kurang optimalnya pemahaman tenaga medis tentang layanan penunjang psikiatri 3. kurang optimalnya utilitas sarana dan prasarana penunjang medik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengoptimalkan komunikasi antara manajemen dengan tenaga medis terutama spesialis non psikiatri. 2. meningkatkan sosialisasi yang terus menerus pada tenaga medis non psikiatri tentang layanan penunjang psikiatri 3. optimalisasi utilitas sarana prasarana dengan cara sosialisasi dan pelatihan.
25	Peningkatan kompetensi SDM Rehabilitasi Psikososial		√		Dalam proses melakukan pengembangan kemitraan dengan pihak kedua agar SDM dapat melakukan magang di luar negeri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memerlukan kerjasama dengan pihak eksternal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat kerjasama dengan pihak luar
26	Pemenuhan kebutuhan bahan terapi kerja pasien		√		Dalaam proses pemenuhan secara kontinue	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang optimalnya perencanaan kebutuhan tahunan sehingga kadang-kadang kebutuhan tidak terpenuhi. 2. Program pelatihan untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi perencanaan dengan cara workshop perencanaan kebutuhan untuk setiap instalasi. 2. Peningkatan program pelatihan pasien sehingga



						pasien belum bervariasi tetapi kebutuhan belum sesuai dengan lapangan	jenis kebutuhan yang akan direncanakan.
27	Pelaksanaan kerjasama dengan institusi di dalam negeri dan pertukaran pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman dalam Rehabilitasi Psikososial dengan pemberi layanan Rehab Psikososial di ASEAN		√		Kerjasama dengan institusi baik didalam negeri maupun luar negeri masih dalam proses negosiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum optimalnya komunikasi dengan pihak yang akan melakukan MoU 2. Jauhnya jarak antara institusi memerlukan biaya dan waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengoptimalkan komunikasi agar dapat terjalin kerjasama yang lebih cepat dan efisien. 2. Membuat anggaran khusus untuk kerjasama dengan pihak luar negeri 3. Memanfaatkan teknologi yang ada untuk efektif dan efisien kegiatan
28	Pelaksanaan, monitoring, evaluasi sistem penilaian fungsi personal dan sosial secara berkala		√		Sudah dilaksanakan tetapi belum kontinue	<ol style="list-style-type: none"> 1. pemahaman SDM belum satu bahasa tentang tools yang digunakan 2. pasien tidak terlacak keberadaannya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. membuat workshop atau sosialisasi untuk pemahaman yang sama. 2. pencatatan yang akurat tentang informasi data pasien dievaluasi dari pendaftaran sampai dengan layanan
29	Pengembangan layanan rehabilitasi berbasis masyarakat		√		Sedang dalam proses menuju rujukan dengan tahap tahun ke dua orientasi pada rehabilitant mandiri di masyarakat	kurang optimalnya promosi pada masyarakat akan layanan rehabilitasi psikososial.	Optimalisasi promosi pada masyarakat dengan membuat unit marketing, membuat leaflet dan road show.
30	Optimalisasi monitoring berkala fungsi personal dan sosial rehabilitan di masyarakat			√	Belum terlaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. belum optimalnya pengetahuan pegawai akan memonitor secara continue rehabilitant. 2. belum optimalnya pencatatan dan pendataan pada rehabilitant. 	Mengoptimalkan fungsi pegawai sesuai dengan tupoksinya dan kerjasama dengan seluruh unit yang terkait dengan layanan rehabilitasi psikososial.



31	Pelaksanaan promosi kesehatan jiwa di sekolah, masyarakat, dan tempat kerja dengan melibatkan perusahaan dan instansi pemerintah di wilayah kerja		√		Sudah terlaksana sebagian ke sekolah dan puskesmas	1. ke tempat kerja memerlukan tim dan prosedur di tiap perusahaan berbeda. 2. belum optimalnya koordinasi lintas sektoral	1. membentuk tim yang melibatkan manajemen untuk dapat terintegrasi dengan perusahaan dan instansi pemerintah.
	TOTAL (31)	9	18	4			



4. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Tabel. 5.4.
Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Capaian					
		Jenis	Uraian		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
I	PELAYANAN GAWAT DARURAT	Input	I.1. Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> .	100%		100%		100%	100%	100%
			I.2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat	100%	90.47%	92.3%	91.20%		68.42%	94.73%
			I.3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	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
			I.5. Waktu Tanggap Pelayanan Perawat di Gawat Darurat	2 menit terlayani setelah pasien datang	1 Menit	1 Menit 11 Detik	1 Menit	1 Menit	1 Menit	1 Menit 1.2 Detik
			I.6. <i>Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) *) 17</i>	≤ 240 menit	35 Menit	47 Menit 15 detik	53 Menit	53 Menit	50.3 Menit	50.8 Menit
			I.7. Kematian Pasien Di IGD *) 8	≤2 perseribu (≤ 2 ‰)	4.70%	6.21	4.96	5.72	2.62	2.38
			I.8. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat *) 15		75.4%	76.6%	80.00%	82.00%	84.6%	84.90%
II	PELAYANAN RAWAT JALAN	II.a. Pelayanan Rawat Jalan								
	Input	II.a.1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis	100%		98%	92.5%				
		Proses	II.a.2 Jam Buka Pelayanan R. Jalan	100%		98%				



			II.a.3. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) *) 18	≤60 menit	124 Menit	68 Menit	60.25 Menit	53.6 Menit	61.3 Menit	60.2 Menit
		OutCome	II.a.4. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan *) 15	≥ 85 %		100%	98%			
			II.b. Pelayanan Rehabilitasi Medik							
		Proses	II.b.1. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%		99.85%	99.86%
		Output	II.a.2. Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang direncanakan	≤50 %	100%	100%	99.13%		99.82%	99.99%
		Outcome	II.a.3. Kepuasan Pelanggan pada Rehabilitasi Medik *) 15	≥80 %	90%		90%			
			II.c. Pelayanan Radiodiagnostik dan Imaging							
		Proses	II.c.1. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTRP) *)20	≥ 85 % WTPR ≤ 3 = 100 3 < WTPR ≤ 4 = 75 4 < WTPR ≤ 5 = 50 5 < WTPR ≤ 6 = 25 WTPR > 6 = 0	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
		Output	II.c.2. Kerusakan Foto	≤2 %	1.80%	2.10%	1.58%	1.58%	1.30%	1.00%
		Outcome	II.c.3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label	100%	93.67%	98.56%	99.30%	99.26%	99.55%	99.17%
			II.c.4 Kepuasan Pelanggan Pada Radiodiagnostik dan Imaging *)	≥ 85 %			90.55%		76.35%	67.64%
			II.d. Assessment Center							
		Proses	II.d.1. Waktu tunggu Pelayanan di Assasment Terpadu	≤ 30 menit		2 Menit	10 Menit		14.6 Menit	



		<i>Outcome</i>	II.d.2. Waktu Tunggu Pengambilan Hasil	≤ 2 hari kerja		2 Jam 45 Menit	2			
			II.b.3 Kepuasan Pelanggan Pada Assasment Terpadu *)15	≥ 85 %	84.61%	85.08%	85.19%			
III	PELAYANAN RAWAT INAP		III.Pelayanan Rawat Inap							
		<i>Input</i>	III.1. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap	100%	100%	94.27%	99.53%	98.33%	96.28%	97.60%
		<i>Proses</i>	III.2. Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)/SP2KP	> 75 %	80,8%	84.79%	84.63%	88.48%	87.67%	84.32%
			III.3. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	99,4%	93.67%	100%	100%	100%	100%
			III.4. Jam Visite Dokter Spesialis	100%	93,3%	90.40%	83.76%	79.78%	87.86%	89.81%
			III.a.5. Pengkajian awal medis dan keperawatan	> 80 %	95,55%	77.83%	71.47%	41.35%	77.75	75.49
		<i>Output</i>	III.6. Bed Occupancy Rate (BOR) *)14	60% - 85%	62,92%	63.97%	62.69%	56.57%	60.76%	56.19%
			III.7. Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh *) 2	100%	99.87%	99.86%	99.87%	99.86%	100%	100.00%
			III.8. Nett Death Rate (NDR) *) 7	≤24/1000 atau ≤ 25/1000	26,39%	25.78%	14.81%	26.83%	21.52%	22.22%
		<i>OutCome</i>	III.9. Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> *)1	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3 CP	3 CP	5 CP	5 CP	5 CP	5 CP
			III.10 Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh	≤ 5%	6,7%	7.86%	8.08%	4.85%	4.97%	6.00%
			III.11. Kepuasan Pelanggan (KP) pada Rawat Inap Psikiatri *) 15	≥ 85%	96%	91.02%	86.47%	93.91%	94%	91.51%



		III.a. Pelayanan Rawat Inap Psikiatri							
	Proses	III.a.1. Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy (ECT)</i> / Detoksifikasi *)4	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Output	III.a.2. Kejadian Rawat Ulang (<i>re-admission</i>) Pasien Gangguan Jiwa Dalam Waktu \leq 1 Bulan	> 90 %	-	-	-	-	-	-
		III.a.3. Kesiadaan Secara Mandiri Untuk di rawat	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		III.a.4. Lama pemeriksaan <i>Visum Et Repertum Psychiatricum</i>	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari	14 hari
		III.a.5. Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (<i>CAF</i>) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) *) 5	\leq 1,5 %	0%	0%	0%	6.25%	0%	0%
		III.a.6. Tidak adanya kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) *)13	\geq 95%	100%	100%	93.40%	99.40%	100%	100%
		III.a.7. Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 10 hari *) 11	\geq 90%	100%	100%	100%	98.80%	97.19%	98%
		III.a.8. Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari*) 10	42 hari	-	-	-	-	-	0
		III.a.9. Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri *) 12	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		III.b. Pelayanan Bedah dan Anestesi							
	Proses	III.b.1. Waktu Tunggu Operasi Elektif *)19	\leq 48 jam	\leq 48 jam			> 48 jam (1 orang pasien)	\leq 48 jam	\leq 48 jam



		<i>Output</i>	III.b.2. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		<i>Outcome</i>	III.b.3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			III.b.4. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			III.b.5. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			III.b.6. Komplikasi Anestesi Karena <i>Overdosis</i> , Reaksi Anestesi Dan Salah penempatan <i>Endotracheal tube</i>	≤6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			III.b.7. Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			III.b.8. Kepuasan Pelanggan pada Bedah Sentral *) 15	≥85 %	-					
			III.c. Pelayanan Intensif							
		<i>Output</i>	III.c.1. Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3 %	0%	0%	0.05%	0%	0%	0%
		<i>Outcome</i>	III.c.2. Kepuasan Pelanggan pada Pelayanan Intensif *)15	≥85%	88%	90%	72.2%	90%	95%	95%
			III.d. Persalinan dan Perinatologi							
		<i>Input</i>	III.d.1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	200%
		Proses	III.d.2. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
			III.d.3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



		Output	III.d.4. Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			III.d.5. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria	≤20 %	76%	63.15%	66.66%	72.73%	66.67%	66%
		Outcome	III.d.6. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	Pendarahan ≤1 %, preeklampsia ≤30%, Sepsis ≤ 0,2 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			III.d.7. Kepuasan Pelanggan pada Persalinan dan Perinatologi *) 15	≥85 %	83%	92%	93.4%	88.50%	89.35%	84%
IV	PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL	Input	IV.1. Pemberi Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	Tersedia Dokter spesialis kedokteran jiwa, dokter umum yang mendapat sertifikat dan masih berlaku, psikolog klinis, perawat bersertifikat, pekerja sosial, okupasi terapis dan instruktur latihan kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		Proses	IVI.2. Jam Buka Pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi Psikososial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	IV.3. Paket Pelayanan Rehabilitasi Psikososial	> 10 kali	103 orang	93 orang	68 orang	82 orang	95 Orang	77 orang
		Outcome	IV.4. Hasil Pencapaian Rehabilitasi Psikososial	> 75%	46.6%	68.82%	100%	78.05%	66.32%	81%
			IV.5. Persentase pasien yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial *) 29	25%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			IV.6. Kepuasan Pelanggan Pada Unit Rehabilitasi Psikososial *)15	≥85 %	84%	87.20%		78.73%	78.73%	85%



V	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%
		Output	V.2. Ketersediaan Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat	Minimal pelayanan kesehatan jiwa masyarakat : pembinaan kepada puskesmas dan sarana kesehatan lain, program kesehatan jiwa masyarakat, pelayanan penjangkauan (<i>outreach</i>), krisis intervensi, program keswa berbasis sekolah, program keswa berbasis tempat kerja	18.75%	63.89%	55.56%	64.24%	61.81%	64.24%
VI	PELAYANAN NAPZA		V.3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Kesehatan Jiwa akibat Bencana	Satu Tim		1 tim ACT		-	-	-
			V.4 Persentase pasien psikiatri yang dilayani <i>Case Management</i> *) 30	40%	0%	0%	0%	33.33%	66.67%	33.33%
		Input	VI.1. Ketersediaan Pelayanan VCT	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia dengan tenaga terlatih
		Output	VI.2. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> *)14	60% - 85%						34.32%



			VI.3. Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh *)2	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			VI.4. Drop Out Minum Obat	<22%						
			VI.5. Relaps Zat pada Proses IPWL	<60%						
			VI.6. Medic, Psychiatric Evaluation (MPE)	4-14 hari						
			VI.7. Nett Death Rate (NDR) *)7	≤24/1000 atau ≤ 25/1000						
		Outcome	VI.8. Kepuasan Pelanggan pada IPK Napza *)15	≥85 %						
VII	PELAYANAN LABORATORIUM	Proses	VII.1. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL) *)21	< 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
		Output	VII.2. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			VII.3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	99.95%	100%	100.00%	100%
			VII.4. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	0	0	hasil evaluasi PME belum keluar	hasil evaluasi PME belum keluar	hasil evaluasi PME belum keluar	hasil evaluasi PME belum keluar
		Outcome	VII.5 Kepuasan Pelanggan Pada Laboratorium *) 15	≥85 %	93%	80%	77.97%	75.41%	78.20%	75.41%
VIII	PELAYANAN FARMASI	Input	VIII.1. Ketersediaan Formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia



		Proses	VIII.2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi *)22	< 30 menit	76 Menit 4 Detik	69 Menit 19 detik	112 Menit 59 Detik	59 Menit 38 Menit	66 Menit 21 Detik	59 Menit 43 Detik
		Output	VIII.3. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	117 Menit 52 Menit	84 Menit 9 detik	122 menit		111Menit	104 Menit
		Outcome	VIII.4. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%						99.99%
			VIII.5 Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (<i>Medication Error</i>) *)9	Tren menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun
			VIII.6. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas) *) 3	≥ 90%	99.70%	99.9%	99.87%	96%	99.70%	99.50%
			VIII.7. Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Farmasi *)15	≥85 %	81.13%	82%	81.41%	79.40%		
IX	PELAYANAN GIZI	Proses	IX.1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %		91.6%	96.60%	92.60%	96.50%	89%
		Output	IX.2. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	99.9%	100%	100%
			IX.3. Prosentase Pasien yang dilakukan Pengkajian Gizi Terhadap Pasien yang Beresiko	100 % pasien terassessment	101 % pasien terassessment	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	IX.4. Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Gizi di Rawat Inap *)15	≥85 %	83%	89%	88.5%	82.50%	89.40%	83.4%
X	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
			X.2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤15 menit	82 Menit	106 Menit	98 Menit	73 Menit	71 Menit	73 Menit



		Output	X.3. Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 24 Jam (PRM) *)23	> 80%	31.89%	41.43%	42.42%	69.02%	75.68%	70.92%
			X.4. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	81.96%	81.80%	82.48%	93.10%	88.89%	90%
XI	PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI	Input	XI.5. Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%	96%	63.88%	67.59%	79.04%	75.44%	61.52%
			XI.1. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) Di Setiap Instalasi/Departemen	≥ 75 %	75.00%	70.06%	78.05%	82.73%	78.22%	86.72%
			XI.4. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas	100%	74,9%	82.90%	81.94%	83.62%	82.22%	86.11%
			XI.6. Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>) *)6	≥ 95%	2.80%	1.95%	2.95%	1.65%	0.51%	1.36%
			XI.7. Kejadian <i>Healthcare Associated Infection</i> (<i>HAIs</i>)							
			XI.8. Kejadian <i>Healthcare Associated Infection</i> (<i>HAIs</i>): ISK		ISK : 16,6 permil					
			XI.9. Kejadian <i>Healthcare Associated Infection</i> (<i>HAIs</i>) : IDO		IDO : < 2 %					
			XI.10. Kejadian <i>Healthcare Associated Infection</i> (<i>HAIs</i>) : VAP		VAP : < 150 permil					



			XI.11. Kejadian Dekubitus	IDO : < 122,8permil						
			XI.2. Standar Kewaspadaan Isolasi : Alat Pelindung Diri	75%						
			XI.3. Standar Kewaspadaan Isolasi : Kebersihan Tangan	75%						
XII	PELAYANAN TRANSFUSI DARAH	Output	XII.1. Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %						
		Outcome	XII.2. Kepuasan Pelanggan	≥85 %						



Analisa pencapaian Standar Pelayanan Minimal

Tabel. 5.5.
Perbandingan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)
Direktorat Medik dan Keperawatan Semester satu tahun 2015 dengan tahun 2016

No	Jenis Pelayanan	Jumlah standar	Jumlah standar yang mencapai target Th 2015	% capaian	Jumlah standar yang mencapai target Th 2016	% capaian
1	Gawat Darurat	8	4	50	6	75
2	Rawat Jalan	4	0	0	1	25
A	Rehabilitasi Medik	3	3	100	2	66,7
B	Radiodiagnostik dan Imaging	4	3	75	2	50
C	Assessment Center	3	3	100	3	100
3	Rawat Inap	11	3	27,3	6	54,5
A	Rawat Inap Psikiatri	9	8	88,9	7	77,8
B	Bedah dan Anastesi	8	7	87,5	8	100
C	Intensif	2	2	100	2	100
D	Persalinan dan Perinatologi	7	6	85,7	5	60,3
4	Rehabilitasi Psikososial	6	3	50	6	100
5	Pelayanan Jiwa berbasis masyarakat	4	1	25	2	50
6	Napza	8	6	75	2	25
7	Laboratorium	5	3	60	3	60
8	Farmasi	7	3	42,9	3	42,9
9	Gizi	4	1	25	2	50
10	Rekam Medik	4	0	0	0	0
11	Pencegahan Pengendalian Infeksi	11	7	63,6	1	14,3
12	Transfusi Darah	2	2	0	0	0
	TOTAL	110	65	59,1	61	55,5

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, Bedah dan Anastesi, Rehabilitasi Psikososial dan Pelayanan Jiwa berbasis masyarakat.



4. Empat layanan yang tidak mengalami perubahan nilai SPM adalah Assessment Center, ICU, Laboratorium dan Farmasi.
5. Lima layanan yang mengalami penurunan capaian adalah: Rehabilitasi Medik, Radiodiagnostik dan imaging, Rawat inap psikiatri, Persalinan dan Perinatologi serta Napza.
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 survey pada semua unit layanan;
6. Terhadap layanan yang mengalami penurunan nilai SPM perlu mendapat perhatian dengan mencari penyebab, selalu dimonitor dan dievaluasi.



5. Indeks Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) Semester I Tahun 2016

Tabel. 5.6.
Indeks Kinerja Utama RSB 2016

No Urut	Sasaran Strategis	No	IKU	Satuan	Target	Realisasi Sm 1	Realisasi Sm 1
						Th 2015	Th 2016
A. Perspektif Stakeholder/Customer							
1	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan/Stakeholder	1	Kepuasan pelanggan	%	85	69.00%	88.3
		2	Kecepatan Respon Terhadap komplain (K RK)	%	100%	100%	100%
2	Terwujudnya peran Strategis menjadi RS Rujukan Nasional	3	Tingkat Kalitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa				
		a	Persentase rujukan yang berkualitas	%	40	0	7.9
		b	Persentase Konsultasi	%	40	40	7
		c	Persentase Pencapaian Integrasi Layanan	%	100	0	3.95
		4	Pengembangan model layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan pelayanan multi disiplin	Model Layanan	1	1	1 model early Psychotic
		5	Pusat promosi kesehatan jiwa	%	70	25.5	82.44
6	Kerjasama nasional dan internasional dalam pendidikan, penelitian dan layanan dibidang rehabilitasi psikosial	Institusi Nasional dan Asean	1	Dalam proses	Dalam proses		
Perspektif Proses Bisnis Internal							
3	Terwujudnya layanan unggulan rehabilitasi psikosial	7	Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	%	60	0	100
		8	Persentase rehabilitan yang mandiri di masyarakat	%	40	0	0
4	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu	9	Akreditasi paripurna		Lulus Akreditasi Versi 2012 Paripurna	Sudah sursim	Proses penilaian akhir



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 Program	Proses	proses
6	Terwujudnya kemitraan yang berkualitas di bidang kesehatan jiwa	11	Tingkat kualitas kemitraan layanan kesehatan jiwa	%	50	50	1.56
7	Terwujudnya transformasi layanan kesehatan jiwa dengan pendekatan layanan multi disiplin	12	Proses bisnis yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan jiwa	Layanan	4	2	4
8	Terwujudnya pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan jiwa	13	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa	Kelompok	1	1	1
Perspektif Finansial							
9	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kebutuhan	14	Tingkat efisiensi anggaran	%	85	85	85
10	Terwujudnya POBO yang optimal	15	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	%	65		57.33%
Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan							
11	Terwujudnya budaya kinerja yang efektif	16	Tingkat proses budaya kinerja	%	70		92
		17	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	%	60		75.26
12	Terwujudnya Sistem Informasi RS yang terintegrasi	18	Level IT yang terintegrasi	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1	Siloed 1
13	Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana	19	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana/Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	80	100%	100%



14	Terwujudnya SDM yang handal dan Kompeten	20	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar	%	60		75.28
		21	Persentase SDM yang mendapat pelatihan sesuai standar	%	60		94.88

- Dari 21 indikator Kinerja Utama RSB, 10 indikator (47,62%) merupakan indikator di Direktorat Medik dan Keperawatan.
- Selama semester satu tahun 2016, dari indikator Medik dan Keperawatan, 6 indikator (60%) sudah mencapai target sesuai yang diinginkan, Indikator tersebut adalah:
 1. Kepuasan pelanggan
 2. Pengembangan Model Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Pelayanan Multidisiplin.
 3. Pusat promosi kesehatan jiwa
 4. Prosentasi rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial
 5. Proses bisnis yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan jiwa
 6. Pembinaan Kelompok Swabantu Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa
- 3 indikator (30%) belum mencapai target yang diinginkan dan masih dalam proses perbaikan antara lain:
 1. Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa
 2. Kerjasama nasional dan internasional dalam pendidikan, penelitian dan layanan dibidang rehabilitasi psikososial.
 3. Tingkat kualitas kemitraan layanan kesehatan jiwa.
- 1 Indikator (10%) belum ada penilaian disebabkan data yang tidak tergambar sehingga capaian indikator belum terealisasi, indikator tersebut perlu mendapat perhatian khusus yaitu:
 1. Presentasi rehabilitan yang mandiri di masyarakat
- Pendekatan untuk solusi tiga indikator yang belum dapat dinilai adalah:
 1. Meningkatkan kompetensi petugas pelaksana untuk menilai peningkatan fungsi sosial rehabilitan dengan cara mengadakan pelatihan dan evaluasi berkala.
 2. Komunikasi dan monitoring antar manajemen dan instalasi secara berkala.



3. Melakukan kegiatan sesuai dengan SOP mulai dari pendaftaran sampai dengan pasien pulang.

I. PERSPEKTIF STAKEHOLDER/ CUSTOMER

1. Terwujudnya Kepuasan Pelanggan/ Stakeholder

1) Kepuasan pelanggan

Kondisi yang dicapai

Dari survey kepuasan pelanggan yang dilakukan pada selama semester satu tahun 2016 didapat data rata-rata kepuasan pelanggan 88,3%. Skor yang didapat 100% dengan bobot 0,03.

Perbandingan dengan tahun lalu baru mencapai 69,00%, berarti ada peningkatan kepuasan pelanggan selama satu semester berjalan (19,3%), hal ini dimungkinkan karena adanya perbaikan layanan dan 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 survey kepuasan pelanggan
- d. Belum adanya layanan *customer service* yang dapat menampung keluhan 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 keluhan pasien dan memberikan layanan langsung yang dibutuhkan oleh pengunjung.

2) Kecepatan Respon Terhadap Keluhan

Indikator ini mempunyai standar $\geq 75\%$ kecepatan respon terhadap keluhan. Semester I Tahun 2016 telah mencapai target 100% terlayani dan skor 100%.



2. Terwujudnya Peran Strategis Menjadi RS Jiwa Rujukan Nasional

3) Tingkat Kualitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

a. Persentase Rujukan yang Berkualitas

Kondisi yang dicapai

Persentase rujukan yang berkualitas yaitu dengan mengukur jumlah rujukan tepat indikasi dibandingkan dengan jumlah rujukan, pada dasarnya sudah dilaksanakan di rawat jalan psikiatri, dengan persentase 7,9.

Ada kenaikan 7,9% bila dibandingkan dengan tahun lalu.

b. Persentase Konsultasi

Persentase konsultasi adalah menghitung jumlah konsultasi yang terlaksana dibandingkan dengan target konsultasi. Sampai dengan semester satu tahun 2016 capaian konsultasi (psikiatri) sudah mencapai 7% dari target yang ditetapkan yaitu 40%. Capaian tahun lalu sudah mencapai 40%, adanya penurunan ini dimungkinkan karena data yang disampling kecil.

c. Persentase Pencapaian Integrasi Layanan

Dari target kerjasama dengan 2 institusi pencapaian saat ini sudah mencapai 100%. RSM telah bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi.

Kendala dan permasalahan

- Belum optimalnya koordinasi antar unit layanan
- Belum optimalnya monitoring dan evaluasi yang menganalisis tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa
- Belum optimalnya koordinasi dengan instansi luar terkait

Usulan Pemecahan masalah

- Meningkatkan koordinasi antar unit dengan cara KIE, pertemuan rutin, komunikasi yang jelas dan diskusi
- Monitoring dan evaluasi oleh manajemen ditingkatkan
- 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

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 baru mencapai tahap penelitian, pembuatan SOP, menyiapkan sarana dan prasarana.

Bila dibandingkan dengan tahun lalu capaian dengan satu unggulan sudah tercapai dan beroperasi (layanan assessment center). Diharapkan akhir tahun ini layanan *early psychotic* sudah dapat berjalan

Kendala dan permasalahan

- a. Kurangnya promosi layanan penelitian *early psychotic*
- b. Belum optimalnya fasilitas penunjang layanan dan penelitian
- c. Belum optimalnya koordinasi antar disiplin ilmu yang terkait
- d. Belum optimalnya sosialisasi internal

Usulan Pemecahan masalah

- a. Sebaiknya dibentuk tim *early psychotic* yang dapat berkonsentrasi untuk penelitian
- b. Menyediakan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk penelitian dan layanan pada masyarakat.
- c. Monitoring dan evaluasi antar disiplin ilmu perlu ditingkatkan
- d. Melakukan sosialisasi internal yang kontinue

5) Pusat Promosi Kesehatan Jiwa

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 dan kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten Bogor.

Bila dibandingkan dengan semester satu tahun lalu (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 internal
- b. Belum optimalnya sosialisasi pada masyarakat dan stakeholder terkait.
- c. Belum optimalnya kinerja SDM

Usulan Pemecahan masalah

- a. Meningkatkan koordinasi antar unit dengan cara monitoring dan evaluasi yang kontinue, KIE, sosialisasi dll
- b. Meningkatkan sosialisasi pada masyarakat dengan cara penyuluhan, membuat leaflet, spanduk dan poster, melakukan promosi pada stakeholder dan koordinasi yang kontinue.
- c. Peningkatan kualitas SDM dengan cara pelatihan, menegakkan disiplin dll.

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

Kondisi yang dicapai

Saat ini RSM telah melakukan kerjasama pendidikan dan penelitian kesehatan jiwa dengan beberapa universitas dan akademi. Secara spesifik belum menjurus pada penelitian Rehabilitasi Psikososial. Kerjasama dengan beberapa rumah sakit sedang dalam penajakan. Untuk kerjasama dengan rumah sakit internasional, RSM sedang dalam proses menuju penandatanganan dengan Permai Hospital, Johor Baharu, Malaysia. Penajakan sudah dilaksanakan dan sudah melakukan korespondensi dengan pihak Permai Hospital. Dari target 1 MOU yang harus tercapai, saat ini belum penandatanganan MoU dengan pihak terkait, diharapkan akhir tahun ini penandatanganan Mou sudah dilaksanakan.



Perbandingan dengan tahun lalu tidak ada perubahan, kerjasama nasional maupun internasional masih dalam proses. Cukup lamanya proses ini perlu mendapat perhatian dari pihak direksi.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya komunikasi yang intens dengan pihak terkait
- b. belum optimalnya kinerja SDM
- c. kurangnya sosialisasi pada pihak terkait

Usulan Pemecahan masalah

- a. meningkatkan komunikasi yang intens dan korespondensi dengan akademi, universitas dan rumahsakit yang menjadi mitra RSM.
- b. SDM yang terkait dengan kerjasama/ MOU lebih ditingkatkan pengetahuannya tentang layanan Rehabilitasi Psikososial agar kerjasama difokuskan pada bidang unggulan.
- c. Sosialisasi ke pihak yang bekerjasama dengan RSM tentang visi, misi, tugas pokok dan tujuan RSM agar institusi yang bersangkutan memahami tujuan RSM menjadi rumah sakit jiwa rujukan nasional dengan layanan unggulan Rehabilitasi Psikososial pada tahun 2019.

7) Persentase rehabilitan yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal dan Sosial Kondisi yang dicapai

persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial sudah diukur dengan capaian 100%, berarti selama masa rehabilitasi, rehabilitan 100% mengalami kenaikan fungsi sosial (cara ukur dengan menggunakan skor GAF), dibandingkan dengan tahun lalu belum ada pengukuran tentang kenaikan fungsi sosial rehabilitan sehingga skor 0.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya koordinasi antara unit layanan terutama rawat inap untuk mengirim rehabilitan ke Rehabilitasi Psikososial.
- b. Belum optimalnya sosialisasi pada instruktur dan SDM terkait dalam penanganan rehabilitan.



- c. Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terhadap Instalasi Rehabilitasi Psikososial.
- d. Belum optimalnya visi SDM di Instalasi Rehabilitasi Psikososial yang ditargetkan menjadi unggulan sampai tahun 2019

Usulan Pemecahan masalah

- a. Sosialisasi pada unit layanan terkait tentang penilaian terhadap rehabilitan
- b. Sosialisasi dan edukasi pada petugas/ instruktur di Rehabilitasi Psikososial tentang visi, misi dan tool yang digunakan untuk menilai rehabilitan.
- c. Meningkatkan monev dari peihak manajemen terhadap kegiatan rehabilitasi psikososial yang merupakan layanan unggulan.
- d. Mengoptimalkan SDM tentang visi RSM tahun 2015-2019 sehingga memahami bahwa Instalasi Rehabilitasi Psikososial adalah unggulan RSM

8) Persentase Rehabilitan yang Mandiri di Masyarakat

Kondisi yang dicapai

Saat ini persentase rehabilitan yang mandiri di masyarakat belum terdata. Menjadikan rehabilitan mandiri merupakan program yang saling terkait antara Instalasi Rehabilitasi Psikososial dengan Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas) yang tentunya ada kaitan juga dengan unit layanan lainnya. Proses yang sedang dilaksanakan antara lain melakukan kegiatan Assertive Community Treatment (ACT) untuk memantau rehabilitan yang sudah stabil dan melakukan interaksi/ aktifitas dimasyarakat, pemantauan terhadap keluarga, penjajagan dengan perusahaan/ home industri untuk mempekerjakan rehabilitan dll. dari target kemandirian rehabilitan 40% saat ini capaian masih 0, masih sama dengan capaian tahun lalu. Hal ini perlu mendapat perhatian dari tingkat direksi, manajemen dan pelaksana serta unit terkait untuk memperbaiki sistem dan prosedur kerja akan rehabilitan yang mandiri di masyarakat dapat terpantau dan terdata.



Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya sosialisasi terhadap masyarakat
- b. Belum optimalnya promosi pada masyarakat tentang kemandirian rehabilitan
- c. Belum optimalnya koordinasi antar unit layanan
- d. Belum optimalnya evaluasi dan monitoring disetiap unit terkait

Usulan Pemecahan masalah

- a. Mengoptimalkan sosialisasi pada masyarakat tentang pentingnya rehabilitan menjadi mandiri, hal ini dapat dilakukan dengan pendekatan penyuluhan, edukasi keluarga, menjalin hubungan dengan perusahaan dll.
- b. Melakukan promosi yang terus menerus pada masyarakat melalui leaflet, spanduk, poster dan buku panduan dll.
- c. Melakukan koordinasi yang berkaitan dengan layanan rehabilitan dari hulu ke hilir: mulai dari pasien masuk di rawat jalan atau IGD, ruangan rawat inap dll. juga menjalin hubungan yang baik dengan instansi eksternal yang terkait.

9) Akreditasi Paripurna

Akan dilakukan penilaian Akreditasi Versi 2012 pada tanggal 6 – 9 September 2016.

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

11) Tingkat Kualitas Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa

Kondisi yang di capai

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 RSM sedang menjajagi 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.

Pencapaian indikator ini: 0

Kendala dan Permasalahan

- a. Perlu waktu dan birokrasi administrasi dalam membuat MoU dengan pihak luar
- b. Membuat MoU memerlukan ketelitian dan kehati-hatian dari kedua belah pihak
- c. Kegiatan yang dimaksud sudah dilaksanakan tetapi belum ada bentuk kerjasama yang tertuang dalam MoU

Usulan Pemecahan masalah

- a. Membentuk tim percepatan kerjasama di RSMM dengan anggota yang memahami proses rujukan dan kemitraan layanan kesehatan jiwa.
- b. Pendekatan pada Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial lebih dioptimalkan

12) Proses Bisnis yang Terintegrasi Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Kondisi yang dicapai

Proses Bisnis Terintegrasi adalah kerjasama yang erat diantara pemberi layanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Saat ini dari enam target layanan sudah ada empat layanan terintegrasi di RSMM yaitu layanan *Liaison Consultation Psychiatric (CLP)*, *layanan Assessment Center*.

Kendala dan Permasalahan

- a. Belum optimalnya integrasi multidisiplin di RSMM
- b. Belum optimalnya pemahaman tenaga medis tentang sistem integrasi sehingga layanan integrasi belum berjalan dengan baik

Usulan Pemecahan Masalah

- a. Optimalisasi layanan multidisiplin dengan cara mensosialisasikan kegiatan integrasi pada tenaga medis.
- b. Mengadakan layanan integrasi yang melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan layanan integrasi.



13) Pembinaan Kelompok Swabantu dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Kondisi yang di Capai

Saat ini telah dilaksanakan pembinaan yang dilakukan oleh RSM terhadap satu kelompok swabantu dalam kesehatan jiwa yang dibentuk dan bekerjasama dengan rumah sakit. Kelompok yang dimaksud adalah Komunitas Pecinta Schizophrenia Indonesia (KPSI) simpul Bogor. Pembinaan berupa kegiatan yang dilakukan rutin antara lain: konsultasi, *sharing* keluarga, penyuluhan, pertemuan rutin dll. selama semester satu tahun 2016 telah terlaksana 6 kali pertemuan dengan KPSI dengan menghasilkan sosialisasi kegiatan Rehabilitasi Psikososial di RSM.

Kendala dan Permasalahan

- a. Belum optimalnya pemahaman masyarakat terhadap komunitas yang berhubungan dengan kesehatan jiwa.
- b. Belum optimalnya integrasi internal antar Instalasi untuk membentuk komunitas yang berhubungan dengan kesehatan jiwa.

Usulan Pemecahan Masalah

- a. Optimalisasi pemahaman masyarakat terhadap kesehatan jiwa dengan cara sosialisasi dan penyuluhan pada masyarakat tentang kesehatan jiwa sehingga terbentuk kesadaran masyarakat.
- b. Membentuk komunitas yang berhubungan dengan kesehatan jiwa dan terintegrasi dengan kesehatan fisik (komunitas cinta sehat jiwa dan raga).
- c. Meningkatkan layanan kesehatan pada masyarakat sehingga masyarakat tertarik untuk mendalami kesehatan jiwa dan fisik.
- d. Mengadakan pertemuan, seminar dan workshop tentang kesehatan jiwa
- e. Bekerjasama dengan instansi pemerintah maupun swasta dan organisasi lainnya untuk bersama-sama membentuk kelompok cinta kesehatan jiwa.



14) Tingkat Efisiensi Anggaran

Laporan realisasi anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 1 Januari sampai dengan 30 Juni 2016. Realisasi pendapatan Negara pada 30 Juni 2016 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp. 37.541.287.590,- 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,-

15) Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)

Hingga semester I tahun 2016 POBO tercapai target sebesar 57%. Hal ini sesuai dengan target yang terdapat pada Kontrak Kerja RS.

16) Tingkat Proses Budaya Kinerja

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

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

Target : **100%**

Pencapaian :
$$\frac{5.936 + 121.692}{132.391} \times 100\% = \mathbf{92,934\%}$$

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 :

Kendala yang ada dalam pencapaian tingkat proses budaya kinerja adalah diantaranya :

1. Untuk sasaran tingkat proses budaya kinerja dengan formula jumlah budaya kinerja yang menjadi indicator tidak berkesinambungan dengan definisi yang tercantum di dalam RSB, yaitu tingkat penilaian perilaku kerja SDM.

Usulan Penyelesaian Masalah :

1. Disusun definisi yang bisa dijadikan indicator dalam mencapai sasaran tentang proses budaya kinerja.
2. Dibuatkan formula yang bisa mencerminkan peningkatan budaya kinerja.
3. Dilakukan evaluasi tentang permasalahan sasaran ini.

17) Persentase SDM yang memiliki Kinerja Sesuai Standar

Definisi : Persentase SDM yang memenuhi criteria dalam kualitas berdasarkan

penilaian kinerja yang dilakukan oleh atasan langsung.

DM 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 : **100%**

Pencapaian :

$$\frac{618.83}{822.17} \times 100\% = \mathbf{75.26}$$



Rata – rata IKI setiap bulannya adalah :

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			
8	Agustus			
9	September			
10	Oktober			
11	November			
12	Desember			
JUMLAH		1.03	618.83	822.17

Kendala :

Kendala yang ada dalam pencapaian sasaran persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar adalah diantaranya

1. Kurang jelasnya definisi yang jelas tentang sasaran indicator untuk persentase SDM yang memiliki sinerja sesuai standar.
2. 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 Penyelesaian Masalah :

1. Perlu Disusun definisi yang bisa dijadikan indicator dalam mencapai sasaran kinerja.
2. Dilakukan evaluasi tentang permasalahan sasaran ini.
3. Evaluasi penilaian IKI untuk mendapatkan dasar pemasalahan penilaian kinerja individu.

18) Level IT yang Terintegrasi

Pada tahun 2016 Level IT yang terintegrasi ditargetkan berada pada posisi siloed 2, capaian tahun 2015 pun berada pada posisi siloed 1 atau basic dengan



definisi infrastruktur dan platform terpasan, system informasi disiapkan untuk (a) system rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, *billing system* serta instalasi penunjang diagnostik.

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

Selama semester I Tahun 2016, OEE mencapai 80% dari target.

Kendala :

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

Usulan Penyelesaian Masalah :

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

20) Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi Sesuai Standar

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 : **60%**

Pencapaian :

$$\frac{631}{665} \times 100\% = \mathbf{94.88\%}$$

Kendala :

Kendala yang ada dalam pencapaian sasaran persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar adalah diantaranya :



1. Kurang jelasnya definisi tentang sasaran indicator untuk persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar menjadikan penilaian sasaran indicator kurang terarah dan penentuan target menjadi tidak valid.
2. Belum adanya pedoman pola ketenagaan Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi menjadi masalah dalam menilai ini indicator kompetensi yang standar.

Usulan Penyelesaian Masalah :

1. Perlu Disusun definisi yang bisa dijadikan indicator dalam mencapai sasaran kinerja.
2. Dilakukan evaluasi tentang sasaran indicator persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar.
3. Perlu ditetapkan pedoman pola ketenagaan Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi untuk acuan dalam penilaian kompetensi SDM rumah sakit.

21) Persentase SDM yang Mendapat Pelatihan Sesuai Standar

Pada semester I telah dikirimkan sebanyak 52 peserta. Dengan membandingkan target, maka capaian selama semester I adalah 52.52%

No	Jenis Seminar/Simposium	Target TA 2016	Realisasi Semester I	Capaian (%)
1	Seminar dan Simposium	99	52	52,52 %
	Jumlah	99	51	52,52 %





6. Indeks Kinerja Individu Direktur Utama (IKI RSJ)

Tabel. 5.7.
Perbandingan IKI RSJ Semester I Tahun 2015 - 2016

Kategori	N O	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	Bobot	Sm 1 th 2015		Sm 1 th 2016		
					Haper	Skor	Haper	Skor	Total Skore
PELAYANAN MEDIS									
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	100%	0.05	Ada 5 CP yang diimplementasikan, tapi belum dievaluasi	3.75	Ada 5 CP yang diimplementasikan, sudah dievaluasi	100	5
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥80%	0.05	98.28%	5	99.50%	100	5
	3	Prosentase tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	0.05	0%	5	100%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5%	0.05	0	5	0%	100	5
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0.07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0.05	21.18%	3.75	1.36%	100	5
		Nett Death Rate (NDR)	0.04	≤ 2 ‰	26.19	3			
Capaian Indikator Medik	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0.04	.	.	Ada Kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOP dan dievaluasi	100	4



	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0.07	100%	7	100%	100	7
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0.07	100%	7	100%	100	7
		Bed Occupancy Rate (BOR)	0.80	0.02	45.74	2			
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0.08			Barcode sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan	75	6
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0.08	100	8	100%	100	8
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0.02	30 menit	2	50.8 Menit	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 Menit	0.05	170 menit 24 detik	1.25	60.2 Menit	75	3.75
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤3 Jam	0.05	2 jam 3 menit	5	2 Jam 49 Menit 12 detik	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤2 Jam	0.05	96 menit 36 detik	5	1 Jam 33 Menit 10 Detik	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 Menit	0.05	93.00 menit	3.75	59 Menit 43 detik	25	1.25
	17	Pengembalian Rekam Medik lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	>80%	0.02	47.26%	0	70.92%	75	1.5



PELAYANAN KEUANGAN									
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	65%	0.1	61.42%	0.1	57.33%	1	1

- Dari 18 IKI DIRUT, 16 indikator (88,8%) merupakan indikator di Direktorat Medik dan Keperawatan dengan skore maksimal 0,82 (tabel terlampir).
- Selama semester satu tahun 2016 terjadi fluktuatif total skore bulanan, rata-rata meningkat kecuali di bulan April 2016
- Terdapat Dua indikator tahun 2015 yang tidak terdapat di tahun 2016 yaitu: *Nett Death Rate (NDR)* dan *Bed Occupancy Rate (BOR)*, indikator baru yang dinilai ditahun 2016 adalah : *Hand Hygiene* dan ketepatan identifikasi pasien.
- Capaian skore IKI DIRUT Di Direktorat Medik dan Keperawatan semester satu tahun 2016 mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan semester satu tahun 2015 yaitu dari capaian 66 dari target 82 (80,48%) menjadi (74,5 dari target 82 (90,85%) , berarti ada peningkatan kinerja individu Direktur Utama RSM selama kurun waktu 1 tahun sebesar 8,5 poin (10,37%)
- Selama semester satu tahun 2016, dari 18 indikator Medik dan Keperawatan yang mencapai skore 100% ada 12 indikator (75%) , Indikator tersebut adalah:
 1. Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
 2. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 3. Presentase tidak adanya kejadian pasien jatuh
 4. Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP
 5. Penerapan keselamatan ECT
 6. Infeksi aliran darah perifer (*Phlebitis*)
 7. *Hand Hygiene*
 8. Tidak ada pasien yang difiksasi setelah masa rawat lebih dari 24 jam di UPIP
 9. Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri
 10. Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)



11. (EPRT) Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)
 12. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)
- 4 indikator (22,22%) belum mencapai skor maksimal antara lain:
 1. Ketepatan Identifikasi Pasien
 2. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)
 3. Waktu Tunggu Obat Jadi (WTOJ)
 4. Pengembalian RM dlm 1x24 jam (PRM)
 - Tidak ada indikator yang mempunyai skor nol
 - Tiga indikator yang mengalami peningkatan kinerja pada semester satu tahun 2016 bila dibandingkan dengan semester satu tahun 2015 adalah:
 - a. Waktu tunggu Rawat Jalan (WTRJ) dari rata-rata 170 menit 24 detik (skor 1,25) menjadi 60 menit 12 detik (skor 3,75)
 - b. Waktu tunggu Obat Jadi (WTOJ) dari rata-rata 93 menit (skor 3,75) menjadi 59 menit 43 detik (skor 1,25). Skor WTOJ semester satu tahun 2015 lebih tinggi dibandingkan dengan semester satu tahun 2016 karena standar yang dipakai berbeda (tahun 2015 \leq 60 menit sedangkan tahun 2016 \leq 30 menit)
 - c. Pengembalian Rekam Medik lengkap dalam waktu 24 jam (PRM) dari 47,26% (skor 0) menjadi 70,92% (skor 1,5).
 - Pendekatan/ solusi untuk 4 (empat) indikator yang mendapat nilai belum mencapai nilai maksimal adalah:
 1. Pengadaan mesin *barcode* agar kualitas layanan medik lebih baik, terintegrasi, tepat dan efektif.
 2. Komunikasi pada pasien dan staf yang terlibat dalam pengidentifikasian pasien ditingkatkan dan informasi yang jelas akan pentingnya sinkronisasi identifikasi pasien disemua layanan.
 3. Koordinasi dengan tenaga medis terhadap jam kedatangan di klinik
 4. Komunikasi dan monitoring terhadap petugas farmasi untuk lebih teliti dan menjalankan tugas sesuai dengan SPO.
 5. Optimalisasi sistem dan alur layanan resep mulai dari penerimaan resep sampai dengan penyerahan resep.
 6. Sosialisasi pada DPJP untuk mengisi resume lengkap dan detail.



7. Pemberdayaan *case manager* untuk berkoordinasi dengan kepala ruangan dan DPJP agar melengkapi dan menginformasikan pengisian rekam medis dengan diagnosa dan konsul dokter lainnya.
8. Optimalisasi sistem dan alur pengembalian Rekam Medik.
9. Optimalisasi kinerja petugas administrasi untuk pengumpulan kelengkapan dokumen penunjang rekam medik.

Penjelasan penilaian IKI DIRUT RSM Semester satu tahun 2016

I . PELAYANAN MEDIS

A. Kepatuhan Terhadap standar

1. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*

Kondisi yang dicapai saat ini

Sejak bulan Maret 2016 dan sampai saat ini sudah ada 5 diagnosa klinik dengan berpedoman pada *clinical pathway* (CP) yaitu:

- 1) Schizophrenia
- 2) Schizophrenia pada anak dan remaja
- 3) Bipolar
- 4) Schizoafektif
- 5) Demensia

Dibandingkan dengan semester satu tahun 2015 baru ada tiga CP (Schizophrenia, Schizophrenia pada anak dan remaja dan Bipolar).

5 CP sudah diimplementasikan oleh tenaga spesialis dan sudah dievaluasi setiap bulan.

Bila dibandingkan dengan tahun lalu Skore yang didapat pada indikator ini mengalami peningkatan yaitu dari 3 CP; 75% 3,75 menjadi 5 CP ; 100% ; 5

Indikator ini dari selama bulan Januari dan Februari tahun 2016 masih tiga CP, mulai bulan Maret sudah menjadi 5 CP

Kendala dan permasalahan

Kendala yang ditemui pada saat implementasi dan evaluasi CP antara lain:

- a. Kurangnya koordinasi antar unit yang berhubungan dengan *clinical pathway*



- b. Kurangnya sosialisasi antar unit dan profesi terkait sehingga beberapa CP tidak terisi
- c. Beberapa profesi tidak mengisi CP (rata-rata pengisian baru mencapai 56%)

Usulan Pemecahan masalah

- a. Melakukan koordinasi yang intens antar unit terkait
- b. Melakukan sosialisasi yang kontinue pada unit dan profesi terkait
- c. Melakukan monitoring, audit medis dan evaluasi secara berkala sehingga tergambar hasil pelaksanaan CP.

2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)

Kondisi yang dicapai saat ini

Kepatuhan terhadap penggunaan fornas sepanjang semester satu tahun 2016 mencapai 99,5% ; 100%; 5. Indikator ini mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan tahun lalu yaitu 98,28%; 100%; 5. Namun demikian skor dua tahun sudah mencapai nilai maksimal.

Dalam hal penilaian bulanan, dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2016 indikator ini terus mengalami fluktuatif dimana perhitungan tertinggi dibulan Februari (99,9%)

Kendala dan permasalahan

- a. Beberapa obat kebutuhan pasien tidak ada dalam fornas dan tidak ada pengganti/ setara dalam fornas sehingga ada beberapa resep dari tenaga medis yang tidak termasuk dalam fornas, tetapi tetap meresepkan sesuai aturan yang berlaku (generik).
- b. Belum optimalnya perencanaan pengadaan obat, kadang-kadang terjadi kekosongan obat yang menyebabkan tenaga medis meresepkan tidak sesuai fornas.

Usulan Pemecahan Masalah

- a. Mendata dan mengevaluasi kebutuhan obat yang tidak termasuk dalam fornas kemudian mengusulkan pada Kementerian Kesehatan RI untuk memasukkan obat-obat yang dibutuhkan kedalam kategori fornas.
- b. Mengoptimalkan perencanaan pengadaan obat serta berkoordinasi dengan Unit Layanan Pengadaan (ULP).



3. Persentase Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh

Kondisi yang dicapai saat ini

Persentase tidak adanya kejadian pasien jatuh pada akhir semester satu tahun 2016 adalah 100% yang berarti tidak adanya kejadian pasien jatuh pada bulan Juni.

Indikator ini bila dibandingkan dengan tahun lalu di bulan Juni mempunyai skor yang sama yaitu 100%; 100; 5.

Dari hasil monitoring dan evaluasi diketahui bahwa selama semester satu tahun 2016 pernah terjadi kejadian pasien jatuh dari bulan Januari sampai dengan bulan April dengan persentase tertinggi di bulan April (0,04%). Mulai bulan Mei sudah tidak ada lagi kejadian pasien jatuh.

Kendala dan permasalahan

- a. Khusus untuk pasien rawat inap psikogeriatri yang sudah teridentifikasi sebagai pasien berisiko jatuh belum dapat diberikan identifikasi pasien berupa gelang atau tanda lainnya, karena penggunaan identitas gelang pasien (psikiatri) belum tepat, sering dilepas pasien.
- b. Beberapa tempat tidur diruangan rawat inap psikiatri tidak menggunakan *railing* untuk mencegah pasien jatuh

Usulan Pemecahan masalah

- a. Khusus untuk pasien rawat inap diruangan psikiatri agar diberikan substitusi/ pengganti gelang identifikasi pasien berisiko jatuh (misal: dari warna pakaian, penggunaan pita dengan warna yang terlihat dari jarak jauh, dll).
- b. Sarana dan prasarana seperti Tempat tidur untuk pasien dengan risiko jatuh, kamar mandi, dinding diruangan rawat inap psikogeriatri diberi *railing* atau didesain sesuai dengan akidah keselamatan pasien.
- c. Pemantauan terhadap pasien berisiko jatuh tetap diintensifkan untuk mencapai *zero accident*



4. Cedera/ trauma fisik akibat Fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/ UPIP

Kondisi yang dicapai saat ini

Cedera/ trauma fisik akibat Fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/ UPIP pada akhir semester satu tahun 2016 adalah 0% yang berarti tidak ada kejadian cedera/ trauma fisik akibat fiksasi (CAF) diruangan Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) , hal ini menandakan skore saat ini mencapai 100% ; 5. Hal yang sama terjadi pada semester satu tahun 2015, tidak ada pasien CAF.

Dari hasil monitoring dan evaluasi diketahui bahwa selama semester satu tahun 2016 pernah terjadi kejadian CAF di bulan April dengan persentase CAF 6,25%; 50%; 2,5.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya pengawasan terhadap pasien.
- b. Belum optimalnya kualitas dan kuantitas fikser

Usulan Pemecahan masalah

- a. Optimalisasi pengawasan terhadap pasien yang difiksasi dengan cara lebih diintensif
- b. Optimalisasi layanan sesuai SPO
- c. optimalisasi pengadaan bahan fiksasi dengan yang berkualitas.

5. Penerapan Keselamatan *Electro Convulsive Therapy (ECT)*

Kondisi yang dicapai saat ini

Penerapan Keselamatan *Electro Convulsive Therapy (ECT)* Selama semester satu tahun 2016 telah dilaksanakan, sudah mempunyai SOP dan dilakukan oleh tenaga medis Spesialis Kedokteran Jiwa. Tindakan masih dilaksanakan secara konvensional, dengan peralatan yang baik. Skore untuk indikator ini adalah 100% ; 7

Indikator ini bila dibandingkan dengan tahun lalu di bulan Juni mempunyai skor yang sama yaitu 100%; 7.

Dari hasil monitoring dan evaluasi diketahui bahwa dari bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2016masih dilaksanakan dengan metode dan layanan yang sama.



Kendala dan permasalahan

- a. Masih terbatasnya tenaga medis spesialis Kedokteran Jiwa yang melakukan tindakan ECT.
- b. Belum optimalnya penggunaan alat ECT bermonitor

Usulan Pemecahan masalah

- a. Mengoptimalkan tenaga medis Spesialis Kedokteran Jiwa yang melaksanakan tindakan ECT dengan alternatif *shortcourse*, magang dll
- b. Mengoptimalkan penggunaan alat ECT bermonitor
- c. Berkoordinasi dengan tenaga spesialis lainnya (spesialis anestesi) untuk pelaksanaan tindakan ECT bermonitor
- d. Evaluasi penggunaan alat ECT bermonitor.

B. Pengendalian Infeksi di RS

6. Infeksi Aliran Darah Perifer (*Phlebitis*)

Kondisi yang dicapai saat ini

Perhitungan Phlebitis pada bulan Juni tahun 2016 mencapai 1,36%.

Indikator ini bila dibandingkan dengan tahun lalu mengalami peningkatan kualitas dari skor 21,18%; 75%; 3,75 menjadi 1,36%; 100%; 5

tergambar bahwa setiap bulan terjadi penurunan infeksi aliran darah (*phlebitis*) dari 5,38% di semester satu tahun 2015 menjadi 6,12% dibulan Desember 2015 dan rerata tahun 2015 sebesar 9,27% hal ini disebabkan karena adanya monitoring dan evaluasi yang kontinue untuk menekan angka infeksi skor 75%; 0,0375.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya sosialisasi dan koordinasi antar unit untuk pemantauan infeksi
- b. Belum optimalnya edukasi terhadap pasien ketika dilakukan tindakan medis (infus)
- c. Belum optimalnya pelaksanaan layanan berfokus pada keselamatan pasien.



Usulan Pemecahan masalah

- a. RSM melakukan pelatihan berkala untuk *refreshing* bagi SDM yang terkait dengan tindakan medis (infus)
- b. Mengoptimalkan edukasi pada pasien dan keluarga bila akan melakukan suatu tindakan medis

C. Capaian Indikator Medik

7. Cuci Tangan (Hand Hygiene) HH

Kondisi yang dicapai saat ini

Penerapan Cuci Tangan (Hand Hygiene) Selama semester satu tahun 2016 : ada kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOPserta dievaluasi dengan skor 100%; 4

Indikator ini belum menjadi IKI Dirut pada tahun 2015.

Dari hasil monitoring dan evaluasi diketahui bahwa dari bulan Januari sudah ada kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai dengan SOPserta dievaluasi.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya sosialisasi pada pegawai dan pengunjung tentang pentingnya HH
- b. Belum optimalnya sarana dan prasarana yang menunjang HH

Usulan Pemecahan masalah

- a. Optimalisasi sosialisasi pada pegawai dan pengunjung ditingkatkan dengan cara langsung maupun tidak langsung, misal: leaflet, poster, video dll.
- b. Seluruh gedung dilengkapi dan difasilitasi pendukung sarana dan prasarana HH.

8. Tidak Adanya Pasien yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP

Kondisi yang dicapai saat ini

Perhitungan Tidak Adanya Pasien yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP pada bulan Juni tahun 2016 mencapai 100%; 7

Capaian Indikator ini sama dengan capain tahun.



tergambar bahwa setiap bulan selama semester ssatu tahun 2016 terjadi capaian fluktuatif, dimana pada bulan Maret dan April terdapat pasien yang difiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP dengan capaian indikator bulan Maret: 93,4% ; skor 75; total nilai 5 dan di bulan April : 99,4% ; skor dan total skor mencapai maksimal: 100% dan 7

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya sarana dan prasarana di ruangan UPIP
- b. pada kasus-kasus tertentu medikasi yang sudah adekuat tetap tidak mempengaruhi kondisi pasien sehingga pasien difiksasi setelah 24 jam di ruang UPIP

Usulan Pemecahan masalah

- a. Melengkapi kebutuhan sarana dan prasarana diruangan UPIP dan mengoptimalkan penggunaan fasilitas sarana dan prasarana yang sudah ada.
- b. Pemantauan terhadap pasien yang sudah di terapi tetap ditingkatkan.

9. Tidak Adanya Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri

Penilaian terhadap tidak adanya pasien bunuh diri dirawat inap psikiatri selama semester satu tahun 2016 mencapai 100% ; 100%; 7. Capaian indikator ini sama bila dibandingkan dengan tahun lalu yaitu 100% ; 100%; 7.

Dalam hal penilaian bulanan, dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2016 indikator ini stabil 100%, yang berarti selama semester satu tahun 2016 tidak ada pasien yang bunuh diri di ruang rawat inap psikiatri

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya fasilitas sarana dan prasarana di ruangan
- b. Belum optimalnya Koordinasi antar unit

Usulan Pemecahan masalah

- a. Melengkapi kebutuhan sarana dan prasarana diruangan UPIP dan mengoptimalkan penggunaan fasilitas sarana dan prasarana yang sudah ada.



- b. Perlu adanya koordinasi antar unit secara kontinue untuk meningkatkan kewaspadaan dan keamanan pasien walaupun skor indikator ini 100%

D. Akreditasi

10. Ketepatan Identifikasi Pasien

Kondisi yang dicapai saat ini

Penerapan Identifikasi pasien Selama semester satu tahun 2016 *Barcode* sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan skor 75% ; 6

Indikator ini belum menjadi IKI Dirut pada tahun 2015.

Dari hasil monitoring dan evaluasi diketahui bahwa dari bulan Januari sudah ada *Barcode* (manual) sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya sarana dan prasarana yang menunjang ; Belum adanya mesin barcode sehingga Ketepatan identifikasi pasien masih dilakukan manual.
- b. Belum optimalnya sosialisasi pada pegawai yang terlibat pada layanan identifikasi pasien

Usulan Pemecahan masalah

- a. Pengadaan mesin *barcode* agar kualitas layanan medik lebih baik, terintegrasi, tepat dan efektif.
- b. Komunikasi pada pasien dan staf yang terlibat dalam pengidentifikasian pasien ditingkatkan dan informasi yang jelas akan pentingnya sinkronisasi identifikasi pasien disemua layanan.

E. Kepuasan Pelanggan

11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Indikator ini menargetkan 75% kecepatan respon terhadap komplain. Semester I Tahun 2016 telah mencapai target 100% terlayani dan skor 100%.



F. Ketepatan Waktu Pelayanan

12. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)

Kondisi yang dicapai

Penilaian terhadap *Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)* selama semester satu tahun 2016 mencapai 50,8 menit ; 100%; 2. Capaian indikator ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun lalu yaitu 30 menit ; 100% ; 2.

Dalam hal penilaian bulanan, dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2016 indikator ini mengalami penurunan respon dari yang tercepat di bulan Januari (35 menit) dan terlama dibulan April (53 menit) walau skor selama enam bulan tetap 2.

Kendala dan permasalahan

- Belum optimalnya pencatatan dan pelaporan petugas di IGD tentang EPRT
- Belum optimalnya pemahaman tenaga medis, perawat dan petugas lainnya di IGD tentang EPRT
- Belum optimalnya fasilitas sarana dan prasarana penunjang kecepatan EPRT

Usulan Pemecahan masalah

- Sosialisasi pada petugas lapangan tentang pentingnya pencatatan dan pelaporan di IGD
- Mengoptimalkan pemahaman pegawai yang terlibat EPRT dengan cara refresh dan sosialisasi terus menerus.
- Mengoptimalkan ruangan dengan meredesain layout ruangan dan melengkapi peralatan kesehatan yang dibutuhkan untuk pasien psikiatri

13. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Kondisi yang dicapai saat ini

Capaian Waktu tunggu rawat jalan semester satu tahun 2016 rata-rata perklinik sebesar 50,2 menit. Standar yang ditetapkan adalah sebesar 60 menit. Skor 75 dengan total skor :3,75.

Indikator ini bila dibandingkan dengan tahun lalu mengalami peningkatan kualitas waktu dari 170 menit (skor 1,25).



Bila dilihat dari data bulanan indikator ini mengalami fluktuatif dengan waktu tunggu yang terkecil pada bulan Januari (24 menit) dan tertinggi di bulan Mei (61,3 menit).

Kendala dan permasalahan

- a. Disiplin SDM terutama tenaga medis belum optimal
- b. Penerapan disiplin pegawai belum optimal
- c. Waktu tunggu Dokumen Rekam Medis lebih dari 60 menit
- d. Birokrasi/ alur pendaftaran panjang

Usulan Pemecahan masalah

- a. Koordinasi dengan tenaga medis terhadap jam kedatangan diklinik
- b. Penerapan disiplin pegawai dioptimalkan
- c. Penerapan sistem *punish and reward*
- d. Mengadakan elektronik rekam medik
- e. Mempercepat dan memperbaiki birokrasi/ alur/ SOP pendaftaran.

14. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Kondisi yang dicapai saat ini

Capaian waktu tunggu pelayanan radiologi bulan Juni tahun 2016 2 jam 49 menit dengan standar yang ditetapkan adalah kurang dari 3 jam. skor 100% ; 5.

Indikator ini bila dibandingkan dengan semester satu tahun 2015 mengalami penurunan waktu yaitu 2 jam 30 menit, nilai skor tidak berubah dari tahun 2015 ke tahun 2016.

Capaian bulanan indikator ini mengalami fluktuatif dengan waktu terendah di bulan Januari: 24 24 menit dan yang terlama di bulan Februari: 2 jam 58 menit.

Kendala dan permasalahan

- a. Ekspertise dari dokter spesialis radiologi tidak langsung dikerjakan
- b. Penerapan disiplin pegawai belum optimal
- c. Administrasi pendaftaran pasien dan pembayaran berjarak jauh

Usulan Pemecahan masalah

- a. Kaji ulang Penjadwalan dokter spesialis radiologi
- b. Penerapan disiplin jam kerja pegawai dioptimalkan
- c. Mengoptimalkan sistem satu atap penerimaan pasien dengan pembayaran



15. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Kondisi yang dicapai saat ini

Capaian Waktu tunggu pelayanan Laboratorium sampai dengan bulan Juni 2016 sebesar 1 jam 33 menit, standar yang ditetapkan adalah kurang dari 2 jam (120 menit). Capaian skore 100% ; 5.

Indikator ini bila dibandingkan tahun lalu mencapai 1 jam 36 menit 36 detik berarti tidak ada perbedaan skore dibandingkan dengan tahun lalu.

Bila dilihat dari capaian bulanan selama semester satu tahun 2016 mengalami fluktuatif dengan masa tunggu terendah pada bulan Februari : 1 jam 32 menit dan terlama di bulan April: 1 jam 38 menit.

Kendala dan permasalahan

- Layout* ruangan laboratorium belum standar
- Peralatan laboratorium belum memenuhi kebutuhan pemeriksaan lengkap
- Administrasi pendaftaran pasien dan pembayaran berjarak jauh

Usulan Pemecahan masalah

- Kaji ulang fasilitas gedung laboratorium
- Pemenuhan fasilitas alat laboratorium
- Mengoptimalkan sistem satu atap penerimaan pasien dengan pembayaran

16. Waktu Tunggu Obat Jadi (WTOJ)

Kondisi yang dicapai saat ini

Capaian Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi tahun 2016 adalah 59 menit 43 detik standar yang ditetapkan adalah sebesar 30 menit. Capaian skore 25% ; 1,25.

Indikator ini bila dibandingkan dengan tahun lalu mengalami peningkatan kualitas waktu dari 93 menit menjadi 59 menit tetapi mengalami penurunan skor dimana tahun lalu standar waktu 60 menit: 75% ; 3,75.

Capaian bulanan WTOJ semester satu tahun 2016 mengalami fluktuatif dengan waktu yang paling kecil di bulan di bulan Februari : 59 menit dan waktu terlama di bulan Maret : 112 menit 9 detik.



Tahun lalu rekomendasi layanan farmasi satu atap sudah terealisasi pada tahun 2016, akan tetapi capaian indikator WTOJ belum dapat memenuhi standar optimal yaitu 30 menit.

Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya Sistem/ alur penerimaan resep, pengambilan obat dan pemberian obat
- b. Belum optimalnya sistem billing yang berkaitan dengan farmasi

Usulan Pemecahan masalah

- a. Memperbaiki dan mengoptimalkan SPO penerimaan resep, pengambilan obat dan pemberian obat
- b. Mengoptimalkan sistem billing yang terintegrasi antara rawat jalan, kasir dan farmasi sehingga mempermudah dan mempercepat layanan pemberian obat jadi dan obat racikan.

17. Pengembalian Rekam Medis Lengkap Dalam 1X24 Jam (PRM)

Kondisi yang dicapai saat ini

Capaian Pengembalian rekam medis (rawat inap) dalam waktu 1 X 24 jam lengkap terisi saat pada semester satu tahun 2016 ini sebesar 70,92% % score 75% atau bobot 1,5. Standar yang ditetapkan adalah sebesar 100%.

Indikator ini bila dibandingkan dengan tahun lalu capaian ini mengalami peningkatan yang signifikan yaitu dari capaian 47,26% ; 0% ; 0 menjadi total 1,5.

Indikator ini dalam satu semester (2016) terus mengalami peningkatan, tetapi mengalami penurunan dari bulan Mei ke bulan Juni (dari 74,68% menjadi 70,92%

Kendala dan permasalahan

- a. Kurangnya sosialisasi pada DPJP dan *case manager* dalam mengisi form-form yang harus dilengkapi
- b. Kurangnya pemahaman DPJP akan arti pentingnya pengisian DRM
- c. Kurangnya koordinasi antar SDM diruangan
- d. Belum optimalnya monitoring dan evaluasi ruangan secara continue



Usulan Pemecahan Masalah

- a. Optimalisasi sosialisasi pada SDM terkait diruangan
- b. Perbaiki dan revisi SOP yang sudah tidak relevan
- c. Adanya pertemuan berkala untuk koordinasi diruangan
- d. Mengoptimalkan monitoring dan evaluasi ruangan secara komprehensif dari pihak management dan ruangan.

7. Indeks Kinerja Terpilih (IKT) Semester I Tahun 2016

Tabel. 5.8.
Penilaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) SM 1 th 2016

No	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN sm 1 2016	NILAI
1	Ketepatan Identifikasi pasien	75%	46,98%	61%
2	Kepatuhan terhadap CP	100%	50,4%	50,4%
3	Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	100%		
4	Kepuasan Pelanggan	85%	85,65	100%
5	Emergency Psyciatric Response Time (EPRT)	< 240 menit	50,8 menit	100%

Analisa terhadap IKT RSM semester satu tahun 2016

- Dari lima Indikator Kinerja Terpilih RSM, 4 indikator (80%) merupakan indikator dari Direktorat Medik dan Keperawatan.
- Dari 4 indikator, 2 indikator (50%) telah mencapai target dengan capaian 100%

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Kondisi yang dicapai saat ini

Penerapan Identifikasi pasien Selama semester satu tahun 2016 *Barcode* sesuai variabel

Dari hasil monitoring dan evaluasi diketahui bahwa dari bulan Januari sudah ada *Barcode* (manual) sesuai variabel dan diberikan ke sebagian produk layanan.



Kendala dan permasalahan

- a. Belum optimalnya sarana dan prasarana yang menunjang ; Belum adanya mesin barcode sehingga Ketepatan identifikasi pasien masih dilakukan manual.
- b. Belum optimalnya sosialisasi pada pegawai yang terlibat pada layanan identifikasi pasien

Usulan Pemecahan masalah

- a. Pengadaan mesin *barcode* agar kualitas layanan medik lebih baik, terintegrasi, tepat dan efektif.
- b. Komunikasi pada pasien dan staf yang terlibat dalam pengidentifikasian pasien ditingkatkan dan informasi yang jelas akan pentingnya sinkronisasi identifikasi pasien disemua layanan.

2. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*

Kondisi yang dicapai saat ini

Sejak bulan Maret 2016 dan sampai saat ini sudah ada 5 diagnosa klinik dengan berpedoman pada *clinical pathway* (CP) yaitu:

1. Schizophrenia
2. Schizophrenia pada anak dan remaja
3. Bipolar
4. Schizoafektif
5. Demensia

CP sudah diimplementasikan oleh tenaga spesialis dan sudah dievaluasi setiap bulan. Indikator ini dari selama bulan Januari dan Februari tahun 2016 masih tiga CP, mulai bulan Maret sudah menjadi 5 CP

Kendala dan permasalahan

Kendala yang ditemui pada saat implementasi dan evaluasi CP antara lain:

- a. Kurangnya koordinasi antar unit yang berhubungan dengan *clinical pathway*
- b. Kurangnya sosialisasi antar unit dan profesi terkait sehingga beberapa CP tidak terisi
- c. Beberapa profesi tidak mengisi CP (rata- rata pengisian baru mencapai 56%)



Usulan Pemecahan masalah

- a. Melakukan koordinasi yang intens antar unit terkait
- b. Melakukan sosialisasi yang kontinue pada unit dan profesi terkait
- c. Melakukan monitoring, audit medis dan evaluasi secara berkala sehingga tergambar hasil pelaksanaan CP.

3. Kepuasan Pelanggan

Kondisi yang dicapai saat ini

Tingkat kepuasan pelanggan saat ini telah mencapai 85,6%

Kepuasan pelanggan dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif dengan menggunakan kuesioner dan kotak kepuasan pelanggan yang nilainya dikompilasi. Survey dilakukan terhadap layanan di instalasi yang melayani pasien dan keluarganya

Kendala dan permasalahan

- a. Survey kepuasan pelanggan masih dilakukan oleh internal rumah sakit terhadap pasien dan keluarga pasien sehingga penilaian kurang objektif.
- b. Pasien dan keluarga belum begitu paham untuk mengisi kuesioner sehingga harus dijelaskan terlebih dahulu.

Usulan Pemecahan Masalah

- a. Survey sebaiknya dilakukan oleh eksternal yang independen
- b. Memberikan edukasi pengisian kuesioner pada pasien dan keluarga dengan cara membuat leaflet, papan informasi dll

4. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)

Kondisi yang dicapai

Penilaian terhadap *Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)* selama semester satu tahun 2016 mencapai 50,8 menit. Capaian indikator ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun lalu yaitu 30 menit.

Dalam hal penilaian bulanan, dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2016 indikator ini mengalami penurunan respon dari yang tercepat di bulan Januari (35 menit) dan terlama di bulan April (53 menit) .



Kendala dan permasalahan

- Belum optimalnya pencatatan dan pelaporan petugas di IGD tentang EPRT
- Belum optimalnya pemahaman tenaga medis, perawat dan petugas lainnya di IGD tentang EPRT
- Belum optimalnya fasilitas sarana dan prasarana penunjang kecepatan EPRT

Usulan Pemecahan masalah

- Sosialisasi pada petugas lapangan tentang pentingnya pencatatan dan pelaporan di IGD
- Mengoptimalkan pemahaman pegawai yang terlibat EPRT dengan cara refresh dan sosialisasi terus menerus.
- Mengoptimalkan ruangan dengan meredesain layout ruangan dan melengkapi peralatan kesehatan yang dibutuhkan untuk pasien psikiatri

8. Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan

RAWAT JALAN PSIKIATRI, NAPZA DAN PSIKOLOGI

Tabel. 5.9.

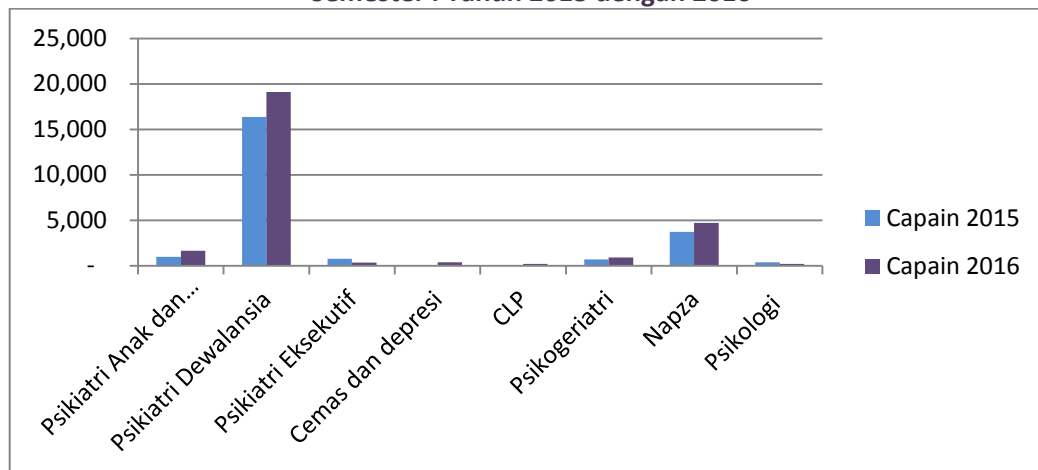
Perbandingan Capaian Kunjungan Klinik Rawat Jalan Psikiatri, Napza dan Psikologi Semester I Tahun 2015 dengan 2016

No	Klinik	2015			2016			Pertumbuhan
		Target	Capaian Sm 1	% Capain	Target Tahunan	Capaian Sm 1	% capaian	
1	Psikiatri Anak dan Remaja	5,280	983	18.62	5,808	1,643	28.29	1.66
2	Psikiatri Dewalansia	21,120	16,369	77.50	23,232	19,093	82.18	1.16
3	Psikiatri Eksekutif	2,112	770	36.46	2,323	354	15.24	0.46
4	Cemas dan depresi	594	69	11.62	653	399	61.07	5.74
5	CLP	3,036	88	2.90	3,340	199	5.96	2.24
6	Psikogeriatri	5,280	695	13.16	5,808	915	15.75	1.31
I	Jumlah Klinik Psikiatri	37,422	18,974	50.70	41,164	22,603	54.91	1.18
1	Napza	9,240	3,746	40.54	10,164	4,702	46.26	1.25
II	Jumlah Klinik Napza	9,240	3,746	40.54	10,164	4,702	46.26	1.25
1	Psikologi	5,280	394	7.46	5,808	226	3.89	0.57



III	Jumlah Klinik Psikologi	5,280	394	7.46	5,808	226	3.89	0.57
TOTAL KLINIK RAWAT JALAN PSIKIATRI		51,942	23,114	44.50	57,136	27,531	48.18	1.18

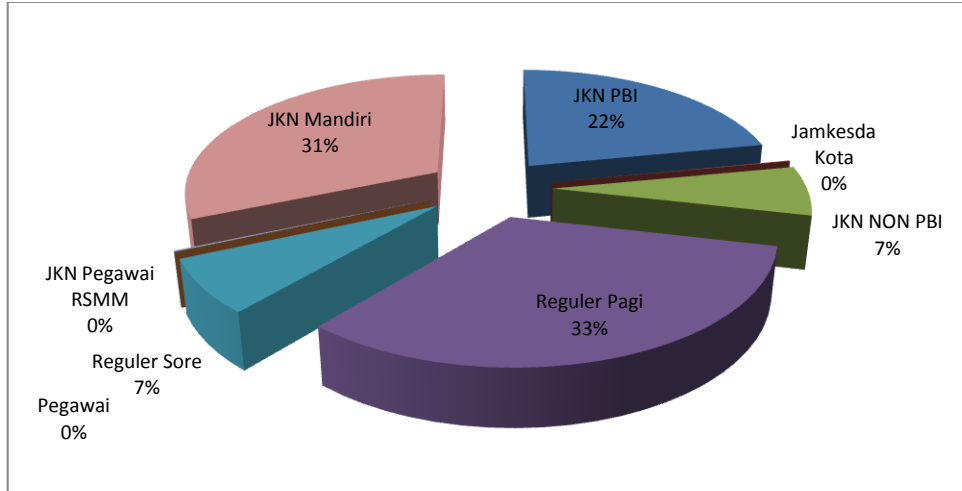
Gambar. 5.1.
Diagram Perbandingan Capaian Klinik Rawat Jalan Psikiatri
Semester I Tahun 2015 dengan 2016



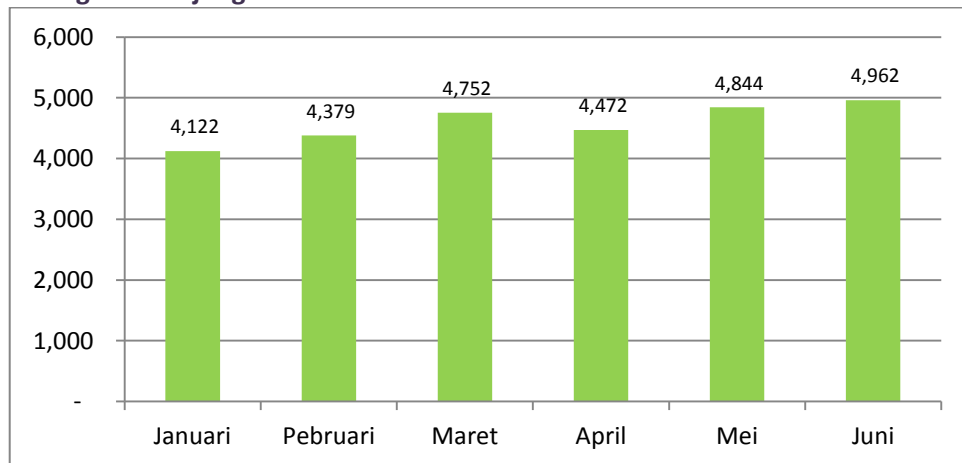
Tabel. 5.10.
Kunjungan Rawat Jalan Psikiatri Berdasarkan Cara Pembayaran Semester I Tahun 2016

No	Klinik	JKN PBI	Jamkesda Kota	JKN Non PBI	Reguler Pagi	Reguler Sore	Pegawai	JKN Karyawan RSMM	JKN Mandiri	Jumlah	%
1	Psikiatri Anak dan Remaja	447	-	199	324	-	1	8	664	1,643	5.97
2	Psikiatri Dewasa	5,120	30	1,194	3,929	1,846	1	33	6,940	19,093	69.35
3	Psikiatri Eksekutif	-	-	-	354	-	-	-	-	354	1.29
4	Cemas dan depresi	75	-	43	146	-	-	-	135	399	1.45
5	CLP	47	-	24	47	-	-	-	81	199	0.72
6	Psikogeriatri	136	-	242	242	-	-	-	295	915	3.32
Jumlah Klinik Psikiatri		5,825	30	1,702	5,042	1,846	2	41	8,115	22,603	82.10
%		25.76	0,13	7,53	22,31	8,37	0	0	35,90		

Gambar. 5.2.
Diagram Kunjungan Rawat Jalan Psikiatri Berdasarkan Cara Bayar Semester I Tahun 2016



Gambar. 5.3.
Diagram Kunjungan Rawat Jalan Psikiatri Per-Bulan Semester I Tahun 2016





Tabel. 5.11.
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Paranoid schizophrenia	76	52	128	305	160	465	593
2	Anxiety disorder, unspecified	19	14	33	22	12	34	67
3	Mixed anxiety and depressive disorder	16	13	29	12	8	20	49
4	Depressive episode, unspecified	11	16	27	7	8	15	42
5	Unspecified nonorganic psychosis	13	11	24	6	8	14	38
6	Acute and transient psychotic disorder, unspecified	12	5	17	7	4	11	28
7	Bipolar affective disorder, unspecified	4	6	10	7	11	18	28
8	Unspecified dementia	7	9	16	0	0	0	16
9	Schizophrenia, unspecified	10	5	15	0	0	0	15
10	Developmental disorder of speech and language, unspecified	7	2	9	5	1	6	15
Jumlah		175	133	308	371	212	583	891

Tabel. 5.12
3 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic	4	3	7	121	60	181	188
2	Human immunodeficiency virus [HIV] counselling	5	5	10	0	1	1	11
3	Fever, unspecified	0	1	1	0	0	0	1
Jumlah		9	9	18	121	61	182	200

Analisa

Kondisi yang dicapai

1. Capaian kunjungan Rawat Jalan Psikiatri selama semester I 2016: 22.603 kunjungan dengan rincian (149 hari kerja) dengan pertumbuhan
 - Psikiatri Anak dan Remaja : 1643 kunjungan rata-rata perhari 11 kunjungan
 - Psikiatri Dewasa : 19.093 kunjungan rata-rata perhari 128 kunjungan
 - Psikiatri Eksekutif : 354 kunjungan rata-rata perhari 2 kunjungan



- Klinik Cemas dan Depresi : 399 kunjungan rata-rata perhari 3 kunjungan
 - Klinik CLP : 199 kunjungan rata-rata perhari 1 kunjungan
 - Klinik Psikogeriatri : 915 Kunjungan rata-rata perhari 6 kunjungan
2. Capaian kunjungan rawat jalan NAPZA mencapai 4702 kunjungan, dibandingkan rata-rata perhari 31 kunjungan .
 3. Capaian kunjungan psikologi mencapai 226 kunjungan dengan kunjungan rata-rata perhari 2 kunjungan
 4. Capaian rawat jalan klinik psikiatri semester I 2016 (27.531) meningkat dibandingkan semester I 2015 (23.114). Dimana pertumbuhan semester I 2016 48,18% lebih tinggi dibandingkan semester I 2015 (44,50%)

Permasalahan

1. Belum optimalnya penggunaan dan operasional klinik cemas dan depresi dan CLP hal ini disebabkan karena sosialisasi klinik tersebut pada masyarakat atau pengunjung dan jadwal dokter (psikiatri) belum dilaksanakan
2. Rata-rata capaian kunjungan Klinik Napza dan Psikologi belum mencapai target 50 %. Hal ini disebabkan antara lain karena
 - sistem rujukan berdasarkan jenjang pemberi pelayanan kesehatan tingkat II (BPJS)
 - kurang optimalnya promosi kesehatan jiwa terutama CLP, psikogeriatri dan psikologi
 - kurangnya koordinasi penerimaan pasien napza dengan pihak luar

Usulan pemecahan masalah

1. Berkoordinasi dengan Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum untuk mendata dan melengkapi sarana prasarana yang dibutuhkan agar kegiatan dapat dilakukan dengan optimal
2. Penjadwalan kembali tenaga medis spesialis kedokteran jiwa yang berpraktek di CLP
Mengoptimalkan sosialisasi keberadaan klinik CLP, psikogeriatri daan psikologi baik internal maupun eksternal melalui diskusi, media cetak dan visual



RAWAT INAP PSIKIATRI

Tabel 5.13
Jumlah Pasien Rawat Inap Psikiatri dan Napza Semester I Tahun 2016

NO	NAMA RUANGAN	TT	LAMA RAWAT	HARI PERAWA TAN	Pasien masuk		PASIEN KELUAR								JML
					RS	PIN DA HA N	HIDUP					MENINGGA L			
							PIN D A H	PULAN G	APK	LA RI	DR OP IN G	DIR UJ UK	<4 8 JAM	>48 JAM	
Rawat Inap Psikiatri															
VIP															
1	Srikandi	5	93	78	7			8	1						9
2	Dewi Amba														-
		5	93	78	7	-	-	8	1	-	-	-	-	-	9
Kelas I															
1	Sadewa	18	1,363	1,468	33			46			1	1			48
2	Srikandi	12	1,865	1,711	28			62	2		1				65
3	Anak & Remaja	2	143	594	6			7							7
4	Dewi Amba														-
5	Shinta	18	1,734	1,512	5			53	3		1				57
		50	5,105	5,285	72	-	-	168	5	-	3	1	-	-	177
Kelas II															
1	Dewi Amba	24	3,533	2,729	20			112	10	2	1				125
Kelas III															
1	Antareja	30	6,064	4,019				181	2	1	11	3			198
2	Arimbi														-
3	Bratasena	32	5,828	4,670	24			142	7	2	4				155
4	Drupadi														-
5	Utari	25	5,192	4,175	6			177	1		4	2			184
6	Yudistira	40	5,772	4,274	26			182	2	1	8				193
		127	22,856	17,138	56	-	-	682	12	4	27	5	-	-	730
PHCU															
1	Kresna Pria	20	147	2,867	714			11	12						23
2	Kresna Wanita	10	27	1,317	296			3	4						7
		30	174	4,184	1,010	-	-	14	16	-	-	-	-	-	30
Non Kelas															
1	Gatot kaca	30	985	4,453	23			32	18						50
2	Subadra	25	1,777	1,536	101			79	21		1			17	118
3	Abimanyu	15	2,238	1,430	21			34			1	2			37
4	Saraswati	30	2,538	2,683	87			93	2		4	1			100
5	anak dan remaja	4	1,038	964	11			41	3	2	1	1			48
		104	8,576	11,066	243	-	-	279	44	2	7	4	-	17	353
Psikiatri Forensik															
CLP															
		22	758	882	110			90	3	1		3	3	7	107
Total Rawat Inap Psikiatri+ CLP		362	41,095	41,362	1,518	-	-	1,353	91	9	38	13	3	24	1,531
Total Rawat Inap Umum		128	12,896	12,677	2,753	-	-	2,449	185	-	3	15	42	66	2,760
1	Rehab dan Dual Diagnosis	20	1,263	1,341	20			22		1					23



2	Shinta															-
3	Lesmana	2	67	177	6			4	2				1	1		8
4	Jatayu Infeksi	6	723	630	106			94	2				5	15		116
5	Jatayu Isolasi	2	38													-
6	MPE															
7	Non Infeksi															
Total Napza		30	2,091	2,148	132	-	-	120	4	1	-	-	6	16		147
Total Day care > 6 jam		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
TOTAL RUMAH SAKIT		520	56,082	56,187	4,403	-	-	3,922	280	10	41	28	51	106		4,438

Tabel 5.14
Indikator Rawat Inap Psikiatri Semester I Tahun 2016

NO	NAMA RUANGAN	INDIKATOR RUMAH SAKIT					
		BOR (%)	ALOS (HARI)	BTO (KALI)	TOI (HARI)	GDR (%)	NDR (%)
Rawat Inap Psikiatri							
VIP							
1	Srikandi	8.57	10.33	1.80	92	0.00	0.00
2	Dewi Amba	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
		8.57	10.33	1.80	92	0.00	0.00
Kelas I							
1	Sadewa	44.81	28.40	2.67	38	0.00	0.00
2	Srikandi	78.34	28.69	5.42	7	0.00	0.00
3	Anak & Remaja	163.19	20.43	3.50	(33)	0.00	0.00
4	Dewi Amba	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
5	Shinta	46.15	0.00	3.17	31	0.00	0.00
		58.08	28.84	3.54	22	0.00	0.00
Kelas II							
1	Dewi Amba	62.48	28.26	5.21	13	0.00	0.00
Kelas III							
1	Antareja	73.61	30.63	6.60	7	0.00	0.00
2	Arimbi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
3	Bratasena	80.19	37.60	4.84	7	0.00	0.00
4	Drupadi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
5	Utari	91.76	28.22	7.36	2	0.00	0.00
6	Yudistira	58.71	29.91	4.83	16	0.00	0.00
		74.15	31.31	5.75	8	0.00	0.00
PHCU							
1	Kresna Pria	78.76	6.39	1.15	34	0.00	0.00
2	Kresna Wanita	72.36	3.86	0.70	72	0.00	0.00
		76.63	5.80	1.00	43	0.00	0.00
Non Kelas							
1	Gatot kaca	81.56	19.70	1.67	20	0.00	0.00
2	Subadra	33.76	15.06	4.72	26	144.07	144.07
3	Abimanyu	52.38	60.49	2.47	35	0.00	0.00
4	Saraswati	49.14	25.38	3.33	28	0.00	0.00
5	anak dan remaja	132.42	21.63	12.00	(5)	0.00	0.00
		58.46	24.29	3.39	22	48.16	48.16
Psikiatri Forensik			0.00	0.00	-	0.00	0.00
CLP		22.03	7.08	4.86	29	93.46	65.42
Total Rawat Inap Psikiatri+ CLP		62.78	26.84	4.23	16	17.64	15.68
Total Rawat Inap Umum		54.42	4.67	21.56	4	39.13	23.91
1	Rehab dan Dual	36.84	54.91	1.15	100	0.00	0.00

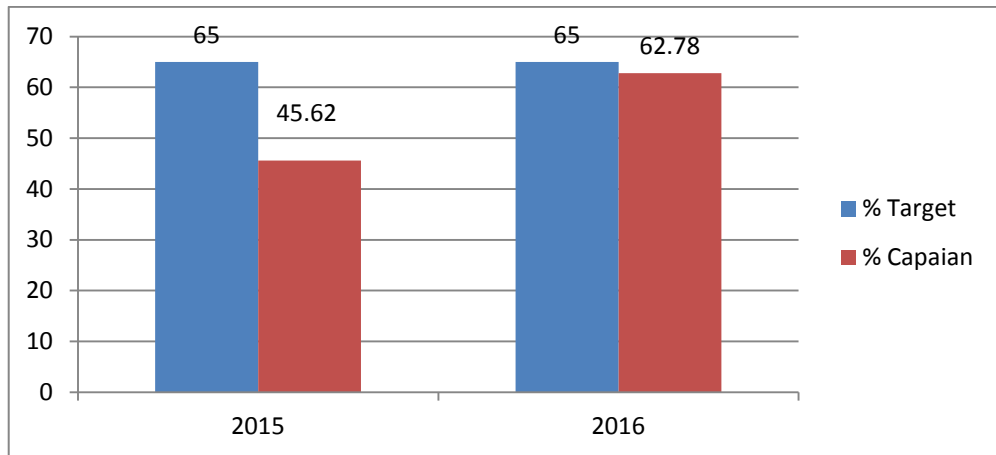


	Diagnosis						
2	Shinta	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
3	Lesmana	48.63	8.38	4.00	23	250.00	125.00
4	Jatayu Infeksi	57.69	6.23	19.33	4	172.41	129.31
5	Jatayu Isolasi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
6	MPE	0.00			-		
7	Non Infeksi	0.00			-		
Total Napza		39.34	14.22	4.90	23	149.66	108.84
Total Day care > 6 jam							
TOTAL RUMAH SAKIT		59.37	12.64	8.53	9	35.38	23.88

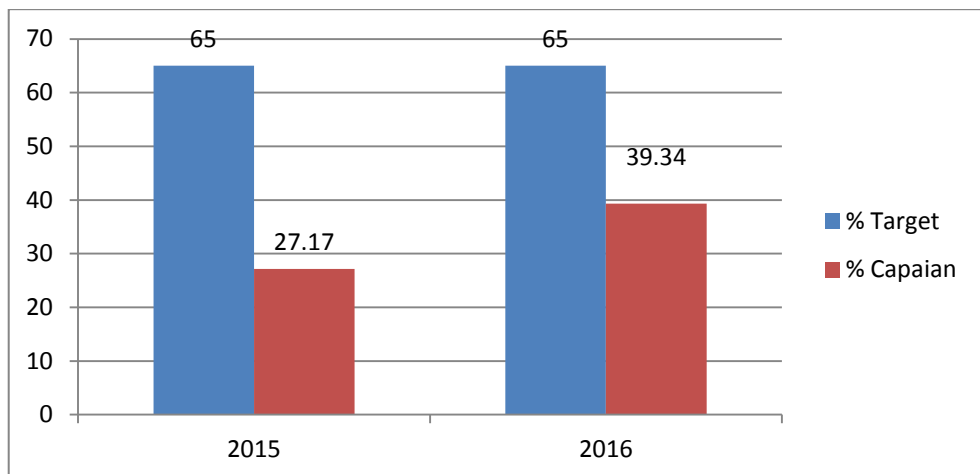
Tabel 5.15
Pebandingan Target dan Capaian BOR Rawat Inap Psikiatri Semester I
Tahun 2015 dengan 2016

No	Kegiatan Kunjungan	Tahun 2015			Tahun 2016		
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian
1. Rawat Inap Psikiatri							
a.	Jumlah Hari Rawat	121,353	36,909	30.41	133,488	41,362	30.99
b.	BOR (%)	65	45.62		65	62.78	
c.	LOS (hari)		28.06			26.84	
d.	BTO (hari)		2.9			4.23	
e.	TOI (hari)		33.9			16.02	
2. Napza							
a.	Jumlah Hari Rawat		1,967			2,148	
b.	BOR (%)	65	27.17		65	39.34	
c.	LOS (hari)		13.19			14.22	
d.	BTO (hari)		3.23			4.90	
e.	TOI (hari)		40.88			22.53	

Gambar. 5.4.
Diagram Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
Rawat Inap Psikiatri Semester I Thn 2015 dengan 2016



Gambar. 5.5.
Diagram Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
Rawat Inap NAPza Semester I Thn 2015 dengan 2016





Tabel 5.16.
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Paranoid schizophrenia	240	101	341	239	85	324	665
2	Schizophrenia, unspecified	198	97	295	64	19	83	378
3	Schizoaffective disorder, unspecified	26	21	47	14	15	29	76
4	Unspecified organic or symptomatic mental disorder	38	22	60	4	1	5	65
5	Mild cognitive disorder	15	20	35	10	7	17	52
6	Unspecified mental retardation	18	8	26	5	17	22	48
7	Acute and transient psychotic disorder, unspecified	28	13	41	1	0	1	42
8	Unspecified nonorganic psychosis	17	10	27	4	7	11	38
9	Bipolar affective disorder, unspecified	11	5	16	9	5	14	30
10	Unspecified dementia	13	8	21	3	0	3	24
Jumlah		604	305	909	353	156	509	1,418

Tabel 5.17.
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus Napza Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	HIV disease resulting in mycobacterial infection	30	17	47	7	6	13	60
2	Anaemia, unspecified	17	14	31	0	0	0	31
3	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic	9	4	13	2	1	3	16
4	Other mental and behavioural disorders	6	2	8	2	1	3	11
5	HIV disease resulting in other infectious and parasitic dise	8	2	10	0	0	0	10
6	Unspecified protein-energy malnutrition	6	4	10	0	0	0	10
7	Hypokalaemia	7	3	10	0	0	0	10
8	HIV disease resulting in multiple infections	8	0	8	1	0	1	9
9	Unspecified organic or symptomatic mental disorder	5	2	7	0	1	1	8
10	Disorders of plasma-protein metabolism, not elsewhere classi	6	1	7	0	0	0	7
Jumlah		102	49	151	12	9	21	172



Kondisi yang di capai

- 1) Rata-rata hari perawatan di ruang rawat inap psikiatri adalah 28,16 hari
 - Ruang akut : 8,72 hari
 - Ruang intermediate : 21,78 hari
 - Ruang tenang :
 - VIP : 17,69 hari
 - Kls I : 28,87 hari
 - Kls II : 30,51 hari
 - Kls III : 35,01 hari
 - Dengan comorbiditas
 - Subadra : 14,12 hari
 - CLP : 8,51 hari
- 2) Rata-rata perawatan di Napza :14,02 hari
- 3) BOR rata-rata Rawat Inap Psikiatri : 62,78 %
- 4) BOR rata-rata Rawat inap Napza : 39,34%
- 5) Pertumbuhan BOR rawat inap psikiatri 0,83% dan pertumbuhan BOR rawat inap Napza 0,84%

Permasalahan

- 1) Belum optimalnya penggunaan tempat tidur sesuai SK Direktur utama karena belum tersedianya fasilitas tempat tidur yang memenuhi standar, sehingga beberapa tempat tidur belum dapat difungsikan untuk pasien.
- 2) Koordinasi antar direktorat belum optimal, dimana fasilitas sarana prasarana belum memenuhi standar sehingga belum dapat difungsikan oleh konsumen
- 3) Perencanaan renovasi bangunan belum terintegrasi dengan baik sehingga beberapa ruangan tidak dapat difungsikan

Usulan pemecahan masalah

- 1) Mengoptimalkan standar tempat tidur dan fasilitasnya dengan meningkatkan koordinasi antar Direktorat agar fasilitas terpenuhi.
- 2) Mengoptimalkan perencanaan agar ruangan-ruangan dapat digunakan dengan efektif dan efisien.



RAWAT JALAN

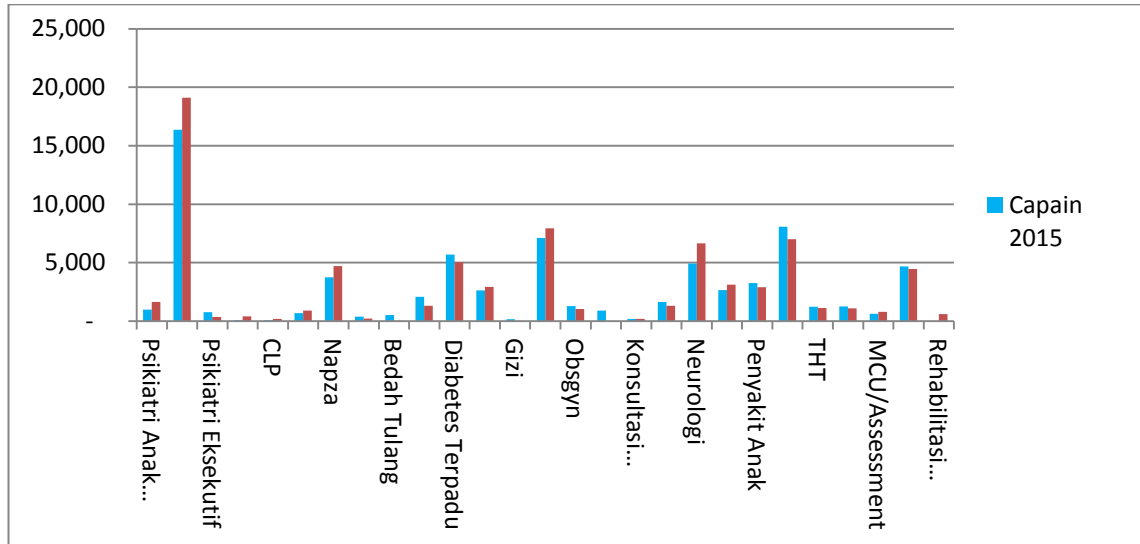
Tabel. 5.18.
Perbandingan Capaian Klinik Rawat Jalan Semester I Tahun 2015 dengan 2016

No	Klinik	2015			2016									Pertumbuhan
		Target	Capaian Semester 1	% Capaian	Target Tahunan	Triwulan 1			Triwulan II			Capaian	% Capain Tahunan	
						Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni			
1	Psikiatri Anak dan Remaja	5,280	983	18.62	5,808	234	289	285	246	280	309	1,643	28.29	1.66
2	Psikiatri Dewalansia	21,120	16,369	77.50	23,232	2,864	3,064	3,325	3,105	3,355	3,380	19,093	82.18	1.16
3	Psikiatri Eksekutif	2,112	770	36.46	2,323	154	91	59	50	-	-	354	15.24	0.46
4	Cemas dan depresi	594	69	11.62	653	22	34	85	82	85	91	399	61.07	5.74
5	CLP	3,036	88	2.90	3,340	15	10	25	39	67	43	199	5.96	2.24
6	Psikogeriatric	5,280	695	13.16	5,808	126	147	146	158	145	193	915	15.75	1.31
I	Jumlah Klinik Psikiatri	37,422	18,974	50.70	41,164	3,415	3,635	3,925	3,680	3,932	4,016	22,603	54.91	1.18
1	Napza	9,240	3,746	40.54	10,164	679	709	789	745	869	911	4,702	46.26	1.25
II	Jumlah Klinik Napza	9,240	3,746	40.54	10,164	679	709	789	745	869	911	4,702	46.26	1.25
1	Psikologi	5,280	394	7.46	5,808	28	35	38	47	43	35	226	3.89	0.57
III	Jumlah Klinik Psikologi	5,280	394	7.46	5,808	28	35	38	47	43	35	226	3.89	0.57
1	Bedah Tulang	2,640	515	19.51	2,904	-	-	-	-	1	-	1	0.03	0.00
2	Bedah Umum	9,240	2,087	22.59	10,164	264	220	220	218	212	192	1,326	13.05	0.63
3	Diabetes Terpadu	9,240	5,688	61.56	10,164	743	784	918	905	919	778	5,047	49.66	0.88
4	Gigi dan Mulut	13,200	2,633	19.95	14,520	440	488	569	520	448	457	2,922	20.12	1.10
5	Gizi	5,280	172	3.26	5,808	2	1	2	1	-	-	6	0.10	0.03
6	Jantung	9,240	7,104	76.88	10,164	1,223	1,227	1,265	1,387	1,477	1,359	7,938	78.10	1.11
7	Kebidanan dan Kandungan	9,240	1297	14.04	10,164	136	164	166	191	182	192	1,031	10.14	0.79
8	Kulit dan Kelamin	9,240	912	9.87	10,164	-	-	-	-	-	-	-	-	-



9	Konsultasi Anastesi	1,188	196	16.50	1,307	29	33	36	32	29	26	185	14.16	0.94
10	Mata	9,240	1649	17.85	10,164	200	200	291	224	244	150	1,309	12.88	0.79
11	Neurologi	9,240	4,927	53.32	10,164	957	1,006	1,128	1,294	1,113	1,159	6,657	65.50	1.34
12	Paru	9,240	2,658	28.77	10,164	464	477	520	560	555	548	3,124	30.74	1.17
13	Penyakit Anak	18,480	3,251	17.59	20,328	486	515	520	452	473	455	2,901	14.27	0.89
14	Penyakit Dalam	18,480	8,087	43.76	20,328	1,234	986	754	1,312	1,416	1,304	7,006	34.46	0.86
15	THT	5,280	1228	23.26	5,808	175	217	194	177	195	160	1,118	19.25	0.90
16	Umum dan Okupasi	9,240	1251	13.54	10,164	205	181	213	160	179	153	1,091	10.73	0.87
17	MCU/Assessment Center	9,240	631	6.83	10,164	72	148	290	124	74	88	796	7.83	1.25
18	Rehabilitasi Medik	9,240	4,694	50.80	10,164	761	745	797	745	712	701	4,461	43.89	0.94
19	Rehabilitasi Psikososial		0	-	-	86	102	93	94	147	85	607	-	-
IV	Jumlah Klinik Non Psikiatri	166,188	48,980	29.47	182,807	7,477	7,494	7,976	8,396	8,376	7,807	47,526	26.00	0.96
TOTAL KLINIK RAWAT JALAN		218,130	72,094	33.05	239,943	11,599	11,873	12,728	12,868	13,220	12,769	75,057	31.28	1.03

Gambar. 5.6.
Diagram Capaian Klinik Rawat Jalan Semester I Tahun 2016

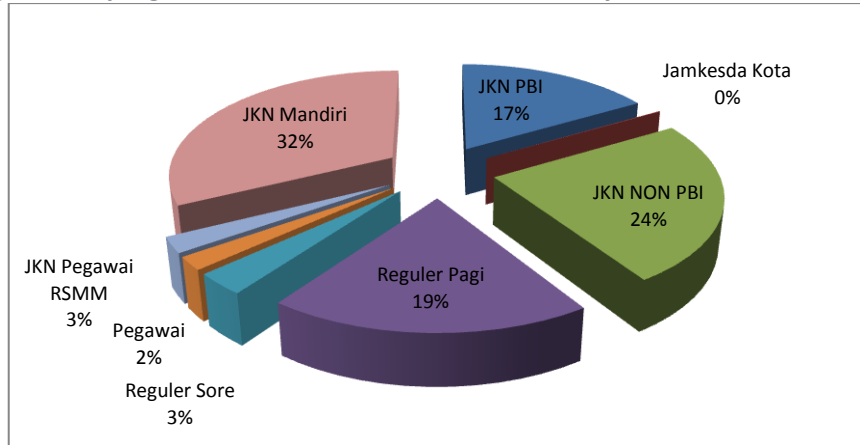




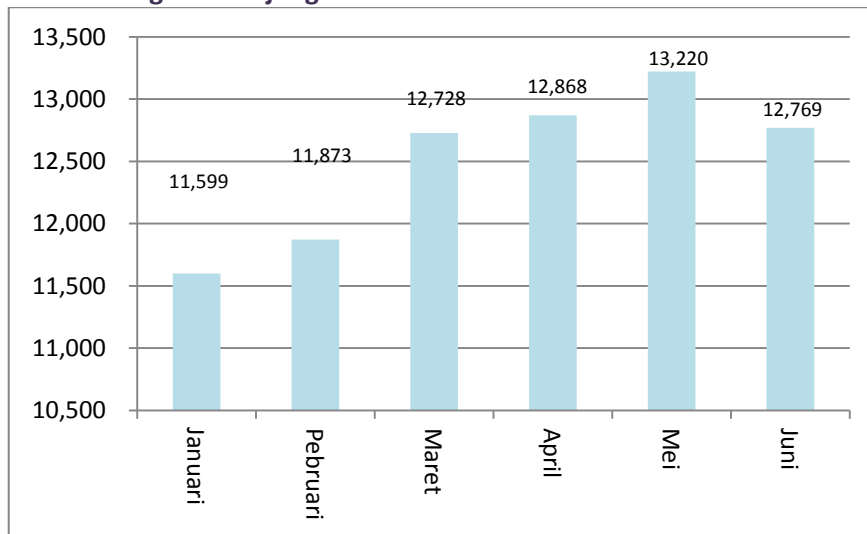
Tabel. 5.19.
Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Cara Pembayaran Semester I Tahun 2016

No	Klinik	JKN PBI	Jamkesd a Kota	JKN Non PBI	Reguler Pagi	Reguler Sore	Pegaw ai	JKN Karya wan RSM	JKN Mandiri	Jumlah	%
1	Psikiatri Anak dan Remaja	447	-	199	324	-	1	8	664	1,643	2.19
2	Psikiatri Dewalansia	5,120	30	1,194	3,929	1,846	1	33	6,940	19,093	25.44
3	Psikiatri Eksekutif	-	-	-	354	-	-	-	-	354	0.47
4	Cemas dan depresi	75	-	43	146	-	-	-	135	399	0.53
5	CLP	47	-	24	47	-	-	-	81	199	0.27
6	Psikogeriatric	136	-	242	242	-	-	-	295	915	915
I	Jumlah Klinik Psikiatri	5,825	30	1,702	5,042	1,846	2	41	8,115	22,603	30.11
1	Napza	193	1	117	3,728	124	2	-	537	4,702	6.26
II	Jumlah Klinik Napza	193	1	117	3,728	124	2	-	537	4,702	6.26
1	Psikologi	-	-	-	224	1	-	-	1	226	0.30
III	Jumlah Klinik Psikologi	-	-	-	224	1	-	-	1.00	226	0.30
1	Bedah Tulang	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0.00
2	Bedah Umum	337	6	250	142	-	64	67	460	1,326	1.77
3	Diabetes Terpadu	484	1	2,719	224	12	6	85	1,516	5,047	6.72
4	Gigi dan Mulut	194	-	961	666	14	84	135	868	2,922	3.89
5	Gizi	-	-	2	2	-	-	-	2	6	0.01
6	Jantung	1,154	2	3,309	456	-	8	217	2,792	7,938	10.58
7	Kebidanan & Kandungan	168	2	180	272	-	57	110	242	1,031	1.37
8	Kulit dan Kelamin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Konsultasi Anestesi	42	2	49	2	-	-	14	76	185	0.25
10	Mata	229	1	506	122	-	9	84	358	1,309	1.74
11	Neurologi	1,441	10	1,797	616	384	13	125	2,271	6,657	8.87
12	Paru	451	1	1,016	418	-	2	110	1,126	3,124	4.16
13	Penyakit Anak	413	-	386	605	-	161	139	1,197	2,901	3.87
14	Penyakit Dalam	915	3	2,900	486	9	28	356	2,309	7,006	9.33
15	THT	136	-	254	360	-	23	52	293	1,118	1.49
16	Okupasi dan Umum	-	-	-	55	7	1,021	8	-	1,091	1.45
17	MCU	-	-	-	796	-	-	-	-	796	1.06
18	Rehabilitasi Medik	362	9	1,862	262	-	6	224	1,736	4,461	5.94
19	Rehabilitasi Psikososial	85	-	139	1	-	-	-	382	607	0.81
IV	Jumlah Klinik Non Psikiatri	6,411	37	16,331	5,485	426	1,482	1,726	15,628	47,526	63.32
TOTAL KLINIK RAWAT JALAN		12,429	68	18,150	14,479	2,397	1,486	1,767	24,281	75,057	100.00
%		16.56	0.09	24.18	19.29	3.19	1.98	2.35	32.35	100.00	100.00

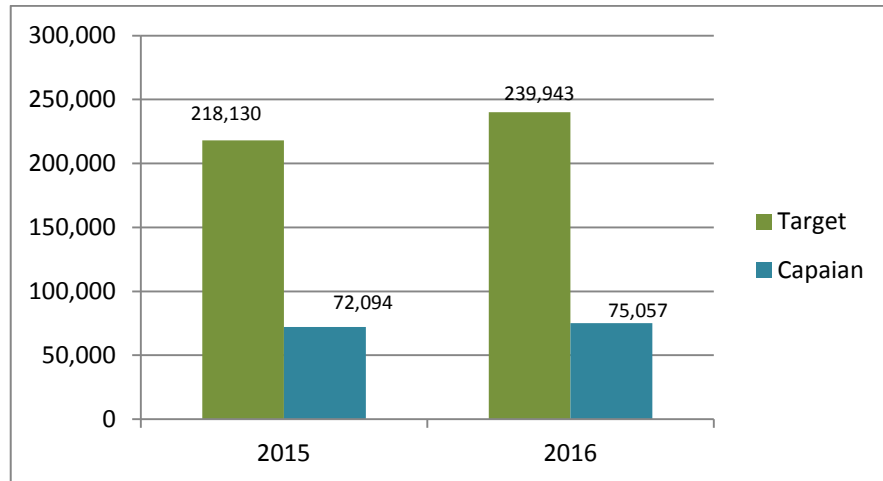
Gambar. 5.7
Diagram Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Cara Bayar Semester I Tahun 2016



Gambar. 5.8.
Diagram Kunjungan Rawat Jalan Per-bulan Tahun 2016



Gambar. 5.9.
Diagram Perbandingan Pencapaian Kunjungan Rawat Jalan Terhadap Target Semester I Tahun 2015 dengan 2016



Tabel. 5.20.
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Paranoid schizophrenia	76	52	128	305	160	465	593
2	Anxiety disorder, unspecified	19	14	33	22	12	34	67
3	Mixed anxiety and depressive disorder	16	13	29	12	8	20	49
4	Depressive episode, unspecified	11	16	27	7	8	15	42
5	Unspecified nonorganic psychosis	13	11	24	6	8	14	38
6	Acute and transient psychotic disorder, unspecified	12	5	17	7	4	11	28
7	Bipolar affective disorder, unspecified	4	6	10	7	11	18	28
8	Unspecified dementia	7	9	16	0	0	0	16
9	Schizophrenia, unspecified	10	5	15	0	0	0	15
10	Developmental disorder of speech and language, unspecified	7	2	9	5	1	6	15
Jumlah		175	133	308	371	212	583	891



Tabel. 5.21.
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Kasus Non Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Congestive heart failure	119	117	236	557	456	1,013	1,249
2	Atherosclerotic heart disease	133	95	228	620	387	1,007	1,235
3	Essential (primary) hypertension	73	115	188	434	557	991	1,179
4	Epilepsy, unspecified	84	56	140	385	350	735	875
5	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	52	72	124	291	411	702	826
6	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	36	57	93	207	416	623	716
7	Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological or	71	67	138	207	241	448	586
8	Arthrosis, unspecified	48	130	178	50	213	263	441
9	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	56	53	109	145	102	247	356
10	Dyspepsia	50	111	161	54	118	172	333
Jumlah		722	873	1,595	2,950	3,251	6,201	7,796

Tabel. 5.22.
10 Besar Diagnosa Rawat Jalan Napza Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic	4	3	7	121	60	181	188
2	Human immunodeficiency virus [HIV] counselling	5	5	10	0	1	1	11
3	Fever, unspecified	0	1	1	0	0	0	1
Jumlah		9	9	18	121	61	182	200



Analisa

Kondisi Yang Dicapai

- 1) Hampir sebagian besar capaian rawat jalan belum mencapai target tahunan yaitu dibawah 50 %. Adapun yang telah mencapai target adalah klinik psikiatri dewanalansia (82,18 %), jantung (78,10 %), neurologi (65,50 %) cemas depresi (61,07 %), dan capaian kunjungan rawat jalan triwulan I Tahun 2016 mencapai kunjungan 75.057 atau 31,28% dari target yang ditetapkan. Dibandingkan dengan capaian pada tahun 2015, pertumbuhan sebesar 1,03.
- 2) Kunjungan terbanyak adalah pada klinik psikiatri dewasa yaitu sebesar 19.093 kunjungan (82,18%) diikuti oleh klinik jantung sebesar 7938 kunjungan (78,10%) serta klinik neuro sebesar 6657 kunjungan (65,50%).
- 3) Klinik dengan kunjungan terendah adalah klinik bedah tulang dengan 1 kunjungan, klinik gizi dengan 6 kunjungan, konsultasi anastesi dengan 98 kunjungan. Diagnosa terbanyak rawat jalan adalah *Paranoid Schizophrenia* untuk kasus Psikiatri, *Congestive Heart Failure* untuk kasus non psikiatri dan *HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic* untuk rawat jalan Napza.
- 4) Jumlah kunjungan triwulan I tahun 2016 sebanyak 36200 kunjungan dengan rata-rata

No	Poliklinik	perbulan	perhari
1.	Psikiatri	3767	152
2.	Napza	784	38
3.	Non Psikiatri	7921	383
4.	Psikologi	38	2
	Total	12.510	575

- 5) Kunjungan berdasarkan cara bayar terbanyak adalah kunjungan JKN (PBI, non PBI, Mandiri, Karyawan, Jamkesda) dengan jumlah 82.693 kunjungan (77,51%)



Permasalahan:

- 1) Jam buka praktek dokter spesialis tidak sesuai dengan standar
- 2) Berdirinya Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor yang lokasinya berdekatan dengan Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor menjadi kompetitor besar untuk pelayanan rawat jalan non psikiatri. Rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama milik pemerintah di wilayah kota Bogor untuk kasus-kasus non psikiatri akan lebih banyak diarahkan ke Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor.
- 3) Sampai saat ini, pasien terbanyak di Instalasi Rawat Jalan RSMM menggunakan pembiayaan dari BPJS. Saat ini banyak rumah sakit swasta di kota Bogor sudah menjadi provider BPJS sehingga menjadi kompetitor baru terutama untuk pelayanan pasien non psikiatri.
- 4) Masih terdapat keterbatasan pelayanan di Instalasi Rawat Jalan terutama dalam hal kenyamanan dan kelancaran pelayanan. Sistem pendaftaran belum efektif sehingga pasien dan keluarga harus mengantri sejak dini hari untuk proses pendaftaran.
- 5) Sistem penyediaan rekam medik untuk pelayanan di Instalasi Rawat Jalan masih belum optimal sehingga belum siap saat akan dimulai pelayanan. Hal ini dapat memperpanjang waktu tunggu pasien.
- 6) Kurangnya promosi merupakan salah satu faktor kecilnya kunjungan rawat jalan di beberapa klinik yang perlu mendapat perhatian antara lain Klinik Gizi, Assesment Center dan Klinik Psikogeriatri.
- 7) Pelayanan Poliklinik sore masih kurang optimal.
- 8) Dokter spesialis Kulit dan Kelamin serta spesialis Gizi Klinik pertengahan tahun 2015 sudah tidak berpraktek di RSMM.

Usulan Pemecahan Masalah:

- 1) Komunikasi efektif pada tenaga medis spesialis agar buka praktek tepat waktu
- 2) Pembenahan sistem pendaftaran dan perbaikan Instalasi Rekam Medis untuk memperpendek waktu tunggu yang dibutuhkan pasien dalam memperoleh layanan, antara lain dengan:



- 3) Menyediakan online service antara bagian pendaftaran dan poliklinik untuk efisiensi waktu
- 4) Mengaktifkan pelayanan poliklinik sore
- 5) Mengembangkan sistem elektronik rekam medik untuk mendukung kelancaran pelayanan di Instalasi Rawat Jalan.
- 6) Meningkatkan promosi kepada masyarakat dengan membentuk satuan kerja yang bertanggung jawab dalam pemasaran pelayanan rumah sakit.
- 7) Penyuluhan dan edukasi pada pasien/pengunjung untuk ketertiban antri
- 8) Menjalin kerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama milik swasta di wilayah kota Bogor untuk meningkatkan rujukan kasus non psikiatri.
- 9) Berkoordinasi dengan Direktorat lainnya untuk meningkatkan kualitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kualitas pelayanan di instalasi rawat jalan.
- 10) Mengevaluasi kembali kebutuhan tenaga spesialis/ psikolog berdasarkan jumlah pasien dan operasional yang harus dikeluarkan.



PENUNJANG MEDIS
Radiodiagnostik dan Imaging

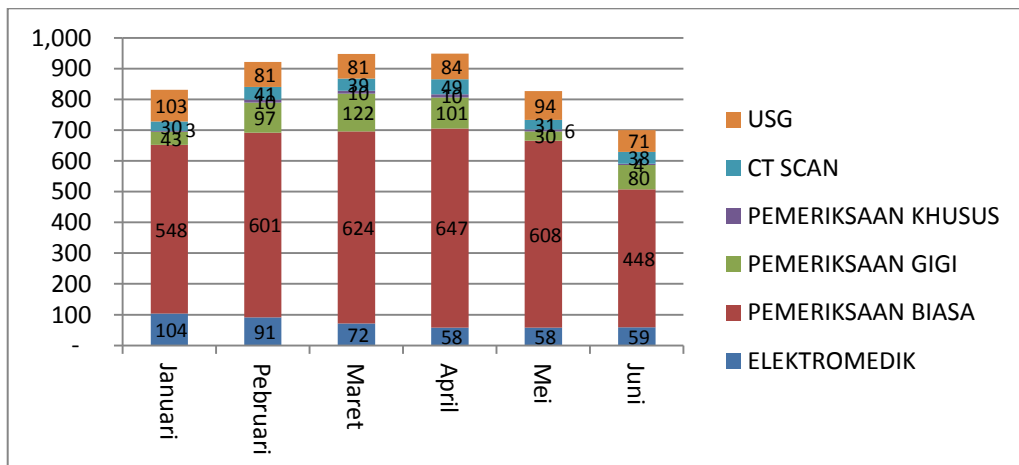
Tabel. 5.23.
Pemeriksaan Layanan Radiodiagnostik dan Imaging Semester I Tahun 2016

No	Jenis Pemeriksaan	Tahun 2015			Tahun 2016									Pertumbuhan
		Target	Capaian Semester I	%Capaian	Target	Triwulan I			Triwulan II			Capaian	% Capaian Tahunan	
						Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni			
ELEKTROMEDIK														
1	E.E.G	924	333	36.04	1,016	52	45	47	45	40	41	270	26.56	0.8
2	ECT	211	123	58.24	232	38	32	18	-	10	7	105	45.20	0.85
3	EMG	-	41	0.00	-	14	14	7	13	8	11	67	0.00	1.62
Jumlah		1,135	497	43.78	1,249	104	91	72	58	58	59	442	35.40	0.88
RADIOLOGI														
PEMERIKSAAN BIASA														
4	1. Thorax	8,713	3,218	36.93	9,584	451	500	509	534	482	358	2,834	29.57	0.87
5	2. Extremitas	891	348	39.06	980	36	34	40	29	49	23	211	21.53	0.60
6	3. Abdomen	419	109	26.01	461	11	15	7	12	12	6	63	13.67	0.57
7	4. Kepala	375	175	46.65	413	14	9	15	19	15	15	87	21.09	0.49
8	5. Vetebrae	1,018	335	32.92	1,119	35	39	46	50	50	46	266	23.77	0.79
9	6. Pelvis	119	27	22.73	131	1	4	7	3	0	0	15	11.48	0.55
Jumlah Pemeriksaan Biasa		11,535	4,212	36.52	12,688	548	601	624	647	608	448	3,476	27.40	0.82
PEMERIKSAAN GIGI														
10	1. Panoramic	1,412	480	33.98	1,554	26	68	81	68	2	47	292	18.79	0.60
11	2. Cephalometri	68	35	51.32	75	1	4	5	7	0	5	22	29.33	0.62
12	3. Dental	-	17	0.00	-	16	25	36	26	28	28.00	159	0.00	9.28
Jumlah Pemeriksaan Gigi		1,481	532	35.93	1,629	43	97	122	101	30	80	473	29.04	0.88
PEMERIKSAAN KHUSUS														
13	1. BNO-IVP	112	16	14.26	123		5	3	3	1	3	15	12.15	0.93
14	2. Colon In Loop	14	1	0.00	16				-	-	-	-	0.00	0.00
15	3. Appendicogram	146	41	28.02	161	3	3	6	3	1	1	17	10.56	0.41
16	4. Cor Analisa	-	-	0.00	-				-	-	-	-	0.00	0.00
17	5. Osefagogram	4	-	0.00	5				-	-	0	-	0.00	0.00
18	6. Cystogram	58	11	18.87	64			1	1	1	0	3	4.68	0.27
19	7. Fistulografi	1	-	0.00	1				-	-	-	-	0.00	0.00
20	8. HSG	54	16	29.68	59		2		3	3	-	8	13.49	0.50
21	9. Uretrografi	-	-	0.00	-				-	-	-	-	0.00	0.00
22	10. APG	-	-	0.00	-				-	-	-	-	0.00	0.00
Jumlah Pemeriksaan khusus		391	85	21.77	430	3	10	10	10	6	4	43	10.01	0.50

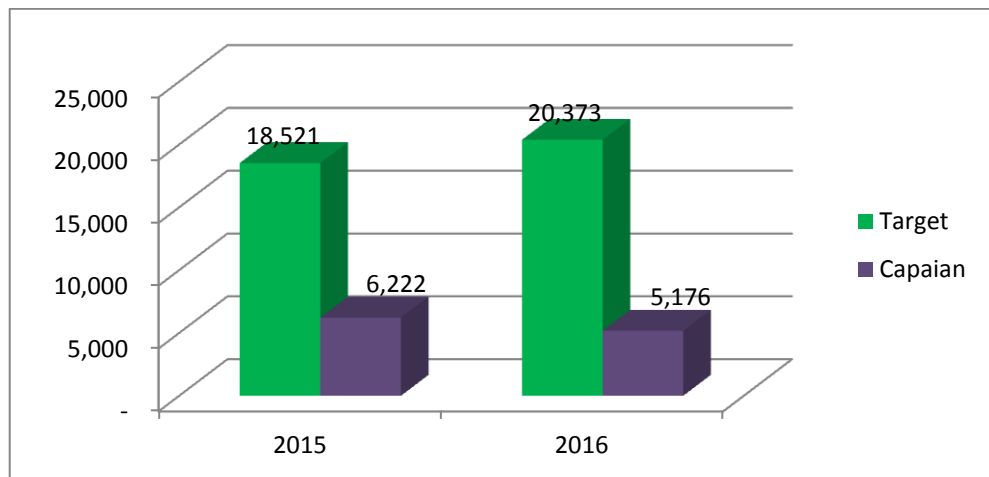


23	CT Scan Kepala tanpa kontras	307	152	49.53	338	26	35	31	40	30	35	197	58.35	1.29
24	CT Scan Kepala dengan kontras	14	5	34.97	16	3	1	3	2		-	9	57.22	1.79
25	CT Scan Thorax	8	2	25.97	8	1	3	4	5	1	1	15	177.10	7.44
26	CT Scan Abdomen	3	6	181.82	4		2	1	2		2	7	192.84	1.16
27	CT Scan Orbita	-	-	0.00	-							-	0.00	0.00
Jumlah Pemeriksaan CT Scan		332	165	49.67	365	30	41	39	49	31	38	228	62.39	1.37
USG		3,648	731	20.04	4,012	103	81	81	84	94	71	514	12.81	0.70
Total Radiodiagnostik dan Imaging		18,521	6,222	33.59	20,373	831	921	948	949	827	641	5,176	25.41	0.83

Gambar. 5.10.
Diagram Kunjungan Layanan Radiodiagnostic dan Imaging Per-Bulan Tahun 2016



Gambar. 5.11.
Diagram Perbandingan Target dan Capaian Radiodiagnostic dan Imaging
Semester I Tahun 2015 dengan 2016



Kondisi Yang di Capai :

- 1) Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging selama semester I 2016 adalah sebanyak 5176 atau mencapai 25,41% dari target yang telah ditentukan.
- 2) Kegiatan radiodiagnostik dan imaging yang terbanyak adalah Pemeriksaan thorax biasa yaitu sebanyak 2834 pemeriksaan.
- 3) Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik perhari adalah (124 dalam 6 bulan) :
 - Elektromedik : 4 pemeriksaan perhari
 - Pemeriksaan biasa : 28 pemeriksaan perhari
 - Pemeriksaan Gigi : 4 pemeriksaan perhari
 - Pemeriksaan Khusus : 0,35 pemeriksaan perhari
 - CT Scan : 2 pemeriksaan perhari
 - USG : 4 pemeriksaan perhari

Permasalahan:

- 1) Pemeriksaan radiologi di ruang IGD belum dilakukan.
- 2) SDM yang dapat melakukan CT Scan terbatas sehingga hanya dapat dilakukan dihari kerja.
- 3) Beberapa pemeriksaan memerlukan pembacaan hasil lebih dari 24 jam.



- 4) Untuk pasien BPJS pemeriksaan radiologi merupakan pemeriksaan paket sehingga pemeriksaan harus benar-benar selektif sesuai indikasi
- 5) Sehubungan dengan point C maka perencanaan jumlah pemeriksaan harus dihitung ulang dengan cara hitung target yang berbeda

Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Berkoordinasi dengan direktorat lainnya untuk mempersiapkan sarana dan prasarana untuk penyelenggaraan pelayanan radiologi di ruang IGD dalam rangka mendukung kelancaran dan meningkatkan kualitas pelayanan.
- 2) Meningkatkan promosi untuk mendorong peningkatan utilitas pemeriksaan khusus termasuk CT-scan bagi pasien reguler dan rujukan luar.
- 3) Meningkatkan kompetensi SDM agar dapat melakukan semua jenis pemeriksaan.

Kondisi Yang di Capai :

- 1) Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging selama triwulan I 2016 adalah sebanyak 2700 atau mencapai 13,25% dari target yang telah ditentukan.
- 2) Kegiatan radiodiagnostik dan imaging yang terbanyak adalah Pemeriksaan radiologi biasa yaitu sebanyak 1773 pemeriksaan.
- 3) Jumlah pemeriksaan radiodiagnostik perhari adalah (91 hari dalam 3 bulan) :
 - Elektromedik : 4 pemeriksaan perhari 2,93
 - Pemeriksaan biasa : 31 pemeriksaan perhari 19,48
 - Pemeriksaan Gigi : 5 pemeriksaan perhari 2,88
 - Pemeriksaan Khusus : 0,6 pemeriksaan perhari 0,25
 - CT Scan : 1,5 pemeriksaan perhari 1,21
 - USG : 5,8 pemeriksaan perhari 2,91

Permasalahan:

- 1) Pemeriksaan radiologi di ruang IGD belum dilakukan.
- 2) SDM yang dapat melakukan CT Scan terbatas sehingga hanya dapat dilakukan dihari kerja.
- 3) Beberapa pemeriksaan memerlukan pembacaan hasil lebih dari 24 jam.



- 4) Untuk pasien BPJS pemeriksaan radiologi merupakan pemeriksaan paket sehingga pemeriksaan harus benar-benar selektif sesuai indikasi
- 5) Sehubungan dengan point C maka perencanaan jumlah pemeriksaan harus dihitung ulang dengan cara hitung target yang berbeda

Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Berkoordinasi dengan direktorat lainnya untuk mempersiapkan sarana dan prasarana untuk penyelenggaraan pelayanan radiologi di ruang IGD dalam rangka mendukung kelancaran dan meningkatkan kualitas pelayanan.
- 2) Meningkatkan promosi untuk mendorong peningkatan utilitas pemeriksaan khusus termasuk CT-scan bagi pasien regular dan rujukan luar.
- 3) Meningkatkan kompetensi SDM agar dapat melakukan semua jenis pemeriksaan.



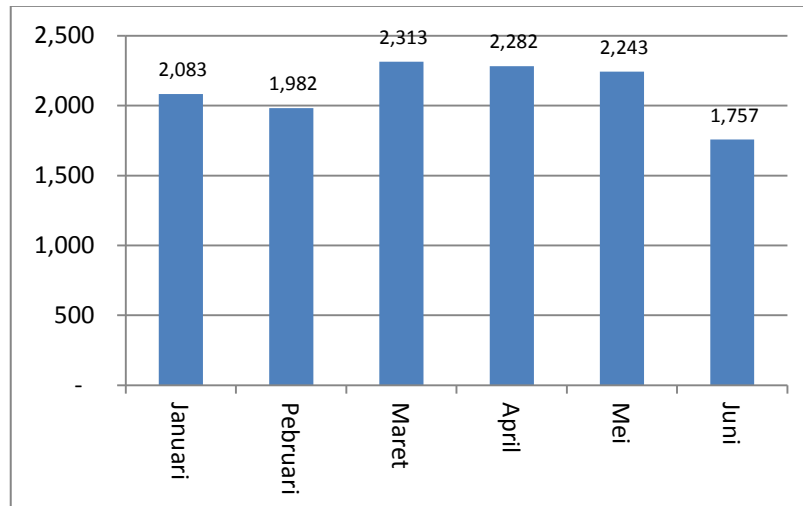
Rehabilitasi Medik

Tabel. 5.24.
Target dan Capaian Rehabilitasi Medik Semester I Tahun 2016

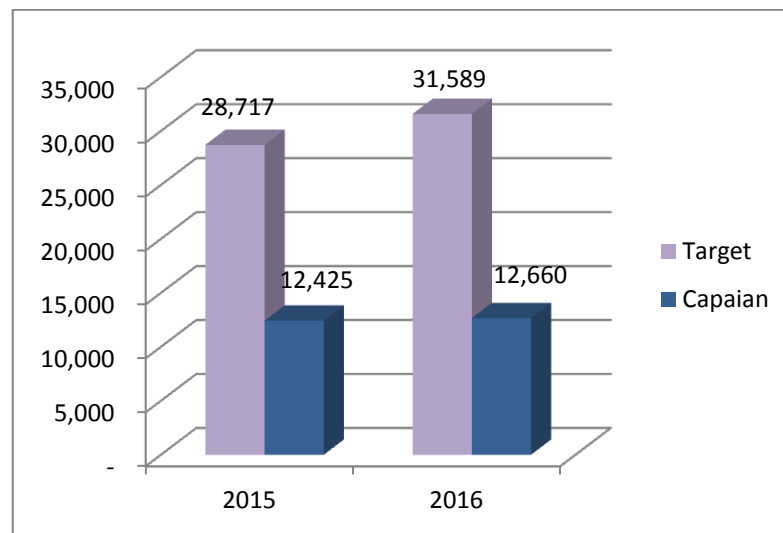
No	Jenis Pemeriksaan	Tahun 2015			Tahun 2016								Pertumbuhan	
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Triwulan I			Triwulan II			Capaian		% Capaian Tahunan
						Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni			
FISIOTERAPI														
1	S.W.D	4,553	1142	25.08	5,009	168	123	209	202	131	72	905	18.07	0.79
2	MWD	4,859	1467	30.19	5,345	250	278	261	213	214	224	1,440	26.94	0.97
3	Tens	8,910	3,202	35.94	9,801	524	503	645	744	670	569	3,655	37.29	1.13
4	Nebulizer	943	284	30.13	1,037	59	52	47	18	45	44	265	25.56	0.93
5	Exercise Therapy	2,672	1729	64.72	2,939	294	291	233	190	277	190	1,475	50.19	0.85
6	Ultra Sound	5,227	2,589	49.53	5,750	427	385	548	601	617	434	3,012	52.38	1.15
7	Parafin Bath	254	203	79.89	280	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
8	Infra Red	652	461	70.68	717	69	69	72	56	63	35	364	50.74	0.78
9	Selting Table	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
10	Traksi	197	103	52.22	217	8	-	-	-	-	-	8	3.69	0.08
11	Laser	114	249	218.92	125	44	36	15	24	24	6	149	119.09	0.59
12	ES	-	13	-	-	-	-	20	4	6	-	30	0.00	2.29
13	I.F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
14	Masage	131	256	195.90	144	30	40	60	44	18	3	195	135.65	0.76
15	Dry Needling	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
16	Vacum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
17	Injeksi Intra Artikuler	17	4	23.61	19	1	-	-	1	1	3	6	32.20	1.49
18	Taping	10	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
19	Ospinasi Sendi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	0.00	0.00
20	Pasang kateter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
21	Cabut kateter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
22	Paradik	99	52	52.41	109	21	11	13	14	12	4	75	68.72	1.43
23	Muscle Stretching	79	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
24	Okupasi Terapi	-	671	-	-	188	194	190	171	165	173	1,081	0.00	1.60
Total Fisioterapi		28,717	12,425	43.27	31,589	2,083	1,982	2,313	2,282	2,243	1,757	12,660	40.08	1.01



Gambar. 5.12.
Diagram Kunjungan Rehabilitasi Medik Per-Bulan Tahun 2016



Gambar. 5.13.
Diagram Perbandingan Target dan Capaian Rehabilitasi Medik Semester I Tahun 2015 dengan 2016





Kondisi Yang di Capai:

- 1) Jumlah Tindakan selama Triwulan I Tahun 2016 sebanyak 12.660 tindakan, dengan capaian 40,28% terhadap target.
- 2) Selama semester I tahun 2016 pertumbuhan Rehabilitasi Medik : 1,01%
- 3) Kegiatan pelayanan Rehabilitasi Medik yang terbanyak adalah Tindakan Tens, yaitu sebanyak 3655 tindakan.
- 4) Jumlah pemeriksaan rata-rata Rehabilitasi Medik perhari adalah 102pemeriksaan (124 hari kerja)
- 5) Capaian terbesar adalah dari jenis massage (135,65%) dan pemeriksaan laser (119,09%)
- 6) Ada beberapa pemeriksaan yang belum dilakukan adalah tapping, muscle stratch dan paraffin bath.

Permasalahan:

- 1) Ruang tunggu untuk pengunjung kurang nyaman.
- 2) Pengunjung menunggu lama untuk dilakukan pemeriksaan oleh tenaga medis.
- 3) Terdapat beberapa modalitas terapi yang tidak pernah dilakukan atau sangat sedikit dilakukan.

Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Melakukan evaluasi untuk mengidentifikasi masalah *underutility*. Apakah karena masalah dalam hal pemasaran/promosi, kurangnya identifikasi masalah pada pasien dengan kebutuhan rehabilitasi medik oleh klinisi sehingga konsul internal rendah atau karena masalah kompetensi tenaga di klinik rehabilitasi medik.
- 2) Menjadwal kehadiran tenaga medis agar tepat waktu.



RAWAT INAP

Tabel. 5.25.
Jumlah Pasien Rawat Inap dan Hari Perawatan Semester I Tahun 2016

NO	NAMA RUANGAN	TT	LAMA RAWAT	HARI PERAWATAN	Pasien masuk		PASIEN KELUAR										JML
							HIDUP						MENINGGAL				
							RS	PINDAHAN	PINDAH	PULANG	APK	LARI	DROPING	DIRUJUK	<48 JAM	>48 JAM	
Rawat Inap Psikiatri																	
VIP																	
1	Srikandi	5	93	78	7			8	1							9	
2	Dewi Amba															-	
		5	93	78	7	-	-	8	1	-	-	-	-	-	-	9	
Kelas I																	
1	Sadewa	18	1,363	1,468	33			46			1	1				48	
2	Srikandi	12	1,865	1,711	28			62	2		1					65	
3	Anak & Remaja	2	143	594	6			7								7	
4	Dewi Amba															-	
5	Shinta	18	1,734	1,512	5			53	3		1					57	
		50	5,105	5,285	72	-	-	168	5	-	3	1	-	-	-	177	
Kelas II																	
1	Dewi Amba	24	3,533	2,729	20			112	10	2	1					125	
Kelas III																	
1	Antareja	30	6,064	4,019				181	2	1	11	3				198	
2	Arimbi															-	
3	Bratasena	32	5,828	4,670	24			142	7	2	4					155	
4	Drupadi															-	
5	Utari	25	5,192	4,175	6			177	1		4	2				184	
6	Yudistira	40	5,772	4,274	26			182	2	1	8					193	
		127	22,856	17,138	56	-	-	682	12	4	27	5	-	-	-	730	
PHCU																	
1	Kresna Pria	20	147	2,867	714			11	12							23	
2	Kresna Wanita	10	27	1,317	296			3	4							7	
		30	174	4,184	1,010	-	-	14	16	-	-	-	-	-	-	30	
Non Kelas																	
1	Gatot kaca	30	985	4,453	23			32	18							50	
2	Subadra	25	1,777	1,536	101			79	21		1			17		118	
3	Abimanyu	15	2,238	1,430	21			34			1	2				37	



4	Saraswati	30	2,538	2,683	87			93	2		4	1			100
5	anak dan remaja	4	1,038	964	11			41	3	2	1	1			48
		104	8,576	11,066	243	-	-	279	44	2	7	4	-	17	353
Psikiatri Forensik															-
CLP		22	758	882	110			90	3	1		3	3	7	107
Total Rawat Inap Psikiatri+ CLP		362	41,095	41,362	1,518	-	-	1,353	91	9	38	13	3	24	1,531
Ranap Umum															
Arjuna VIP		3	398	384	79			76	9			3	2	2	92
Kelas I															
1	Arjuna	10	429	439	115			95	3					1	99
2	Bisma	16	2,346	2,099	301			352	10			1	6	14	383
3	Parikesit 1	4	391	395	88			99	8						107
		30	3,166	2,933	504	-	-	546	21	-	-	1	6	15	589
Kelas II															
1	Antasena 2	7	911	989	206			140	19			1	2	6	168
2	Gayatri	14	1,584	2,001	463			262	37		3	3	8	9	322
3	Kebidanan 2	4	215	212	87			92	1						93
4	Parikesit 2	6	534	553	209			145	11						156
		31	3,244	3,755	965	-	-	639	68	-	3	4	10	15	739
Kelas III															
1	Antasena	26	3,595	3,216	531			595	56			2	9	17	679
2	Isolasi Dewasa	1	148	121	24			15	6			1	1	4	27
3	Kebidanan 3	7	506	484	185			177	6			1			184
4	Parikesit 3	16	1,053	994	276			271	9				3	2	285
5	Isolasi Anak	1	56	42	8			9							9
6	Gayatri Isolasi	1	178		18			17						1	18
7	Kebidanan Isolasi	1													-
		53	5,536	4,857	1,042	-	-	1,084	77	-	-	4	13	24	1,202
Non Kelas															
1	Perina	7	411	399	104			81	7				1	2	91
2	Perinatologi Sakit														-
3	ICU	4	108	329	44			5	3			3	10	8	29
4	Non Melahirkan														-
5	Kebidanan		33	20	15			18							18
6	Bayi Rawat Gabung														-
		11	552	748	163	-	-	104	10	-	-	3	11	10	138
Total Rawat Inap Umum		128	12,896	12,677	2,753	-	-	2,449	185	-	3	15	42	66	2,760
1	Rehab dan Dual Diagnosis	20	1,263	1,341	20			22		1					23



2	Shinta															-
3	Lesmana	2	67	177	6			4	2				1	1	8	
4	Jatayu Infeksi	6	723	630	106			94	2				5	15	116	
5	Jatayu Isolasi	2	38												-	
6	MPE															
7	Non Infeksi															
Total Napza		30	2,091	2,148	132	-	-	120	4	1	-	-	6	16	147	
Total Day care > 6 jam		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL RUMAH SAKIT		520	56,082	56,187	4,403	-	-	3,922	280	10	41	28	51	106	4,438	

Tabel. 5.26
Indikator Rawat Inap Semester I Tahun 2016

NO	NAMA RUANGAN	INDIKATOR RUMAH SAKIT					
		BOR	ALOS	BTO	TOI	GDR	NDR
		(%)	(HARI)	(KALI)	(HARI)	(‰)	(‰)
Rawat Inap Psikiatri							
VIP							
1	Srikandi	8.57	10.33	1.80	92	0.00	0.00
2	Dewi Amba	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
		8.57	10.33	1.80	92	0.00	0.00
Kelas I							
1	Sadewa	44.81	28.40	2.67	38	0.00	0.00
2	Srikandi	78.34	28.69	5.42	7	0.00	0.00
3	Anak & Remaja	163.19	20.43	3.50	(33)	0.00	0.00
4	Dewi Amba	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
5	Shinta	46.15	0.00	3.17	31	0.00	0.00
		58.08	28.84	3.54	22	0.00	0.00
Kelas II							
1	Dewi Amba	62.48	28.26	5.21	13	0.00	0.00
Kelas III							
1	Antareja	73.61	30.63	6.60	7	0.00	0.00
2	Arimbi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
3	Bratasena	80.19	37.60	4.84	7	0.00	0.00
4	Drupadi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
5	Utari	91.76	28.22	7.36	2	0.00	0.00
6	Yudistira	58.71	29.91	4.83	16	0.00	0.00
		74.15	31.31	5.75	8	0.00	0.00
PHCU							



1	Kresna Pria	78.76	6.39	1.15	34	0.00	0.00
2	Kresna Wanita	72.36	3.86	0.70	72	0.00	0.00
		76.63	5.80	1.00	43	0.00	0.00
Non Kelas							
1	Gatot kaca	81.56	19.70	1.67	20	0.00	0.00
2	Subadra	33.76	15.06	4.72	26	144.07	144.07
3	Abimanyu	52.38	60.49	2.47	35	0.00	0.00
4	Saraswati	49.14	25.38	3.33	28	0.00	0.00
5	anak dan remaja	132.42	21.63	12.00	(5)	0.00	0.00
		58.46	24.29	3.39	22	48.16	48.16
Psikiatri Forensik			0.00	0.00	-	0.00	0.00
CLP		22.03	7.08	4.86	29	93.46	65.42
Total Rawat Inap Psikiatri+ CLP		62.78	26.84	4.23	16	17.64	15.68
Ranap Umum							
Arjuna VIP		70.33	4.33	30.67	2	43.48	21.74
Kelas I							
1	Arjuna	24.12	4.33	9.90	14	10.10	10.10
2	Bisma	72.08	6.13	23.94	2	52.22	36.55
3	Parikesit 1	54.26	3.65	26.75	3	0.00	0.00
		53.72	5.38	19.63	4	35.65	25.47
Kelas II							
1	Antasena 2	77.63	5.42	24.00	2	47.62	35.71
2	Gayatri	78.53	4.92	23.00	2	52.80	27.95
3	Kebidanan 2	29.12	2.31	0.00	6	0.00	0.00
4	Parikesit 2	50.64	3.42	26.00	3	0.00	0.00
		66.55	4.39	23.84	3	33.83	20.30
Kelas III							
1	Antasena	67.96	5.29	26.12	2	38.29	25.04
2	Isolasi Dewasa	66.48	5.48	27.00	2	185.19	148.15
3	Kebidanan 3	37.99	2.75	26.29	4	0.00	0.00
4	Parikesit 3	34.13	3.69	17.81	7	17.54	7.02
5	Isolasi Anak	23.08	6.22	9.00	16	0.00	0.00
6	Gayatri Isolasi	0.00	9.89	18.00	10	55.56	55.56
7	Kebidanan Isolasi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
		50.35	4.61	22.68	4	30.78	19.97
Non Kelas							
1	Perina	31.32	4.52	13.00	10	32.97	21.98
2	Perinatologi Sakit	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
3	ICU	45.19	3.72	7.25	14	620.69	275.86



4	Non Melahirkan	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
5	Kebidanan	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
6	Bayi Rawat Gabung	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
		37.36	4.00	12.55	9	152.17	72.46
Total Rawat Inap Umum		54.42	4.67	21.56	4	39.13	23.91
1	Rehab dan Dual Diagnosis	36.84	54.91	1.15	100	0.00	0.00
2	Shinta	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
3	Lesmana	48.63	8.38	4.00	23	250.00	125.00
4	Jatayu Infeksi	57.69	6.23	19.33	4	172.41	129.31
5	Jatayu Isolasi	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
6	MPE	0.00			-		
7	Non Infeksi	0.00			-		
Total Napza		39.34	14.22	4.90	23	149.66	108.84
Total Day care > 6 jam							
TOTAL RUMAH SAKIT		59.37	12.64	8.53	9	35.38	23.88

Tabel. 5.27.

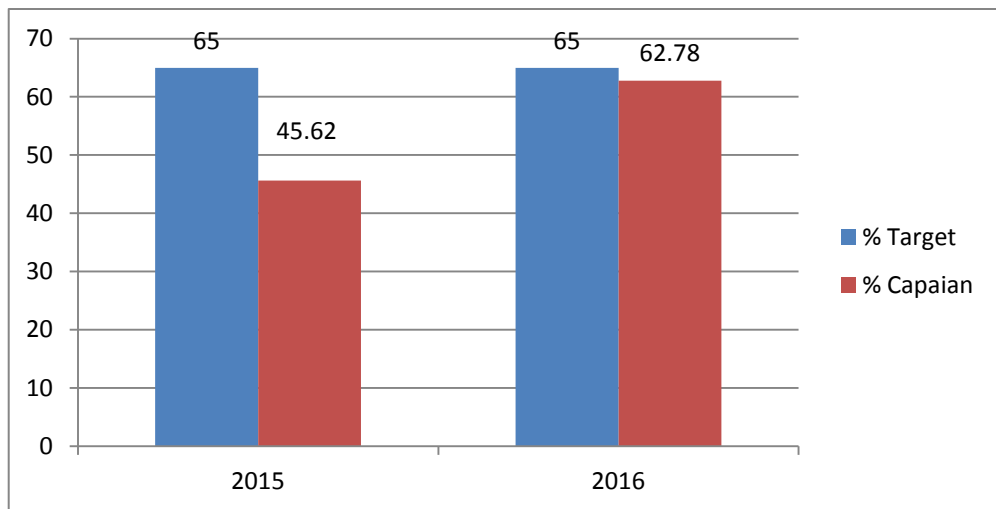
Pebandingan Target dan Capaian BOR Rawat Inap Semester I Tahun 2015 dengan 2016

No	Kegiatan Kunjungan	Tahun 2015			Tahun 2016		
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian
1. Rawat Inap Psikiatri							
a.	Jumlah Hari Rawat	121,353	36,909	30.41	133,488	41,362	30.99
b.	BOR (%)	65	45.62		65	62.78	
c.	LOS (hari)		28.06			26.84	
d.	BTO (hari)		2.9			4.23	
e.	TOI (hari)		33.9			16.02	
2. Rawat Inap non Psikiatri							
a.	Jumlah Hari Rawat		12,374			12,677	
b.	BOR (%)	65	51.79		65	54.42	
c.	LOS (hari)		4.6			4.67	
d.	BTO (hari)		20.48			21.56	
e.	TOI (hari)		4.26			3.85	
3. Napza							
a.	Jumlah Hari Rawat		1,967			2,148	
b.	BOR (%)	65	27.17		65	39.34	

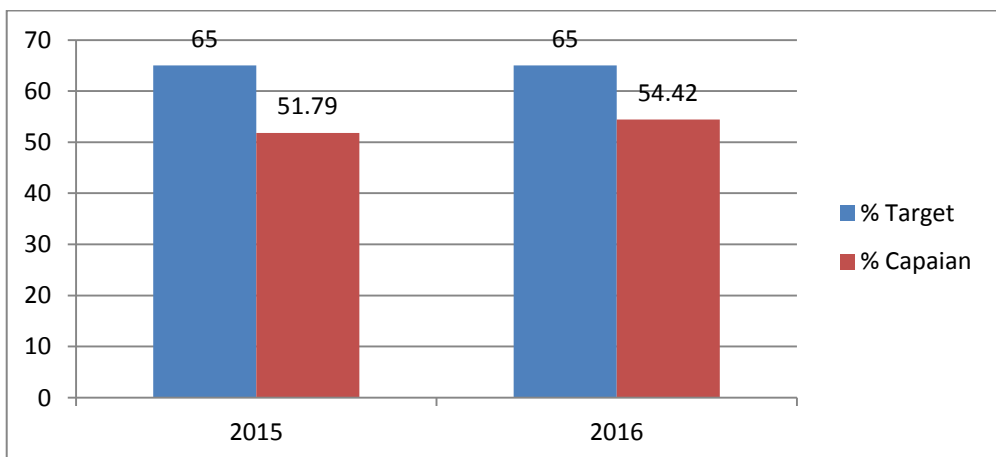


c.	LOS (hari)		13.19			14.22	
d.	BTO (hari)		3.23			4.90	
e.	TOI (hari)		40.88			22.53	

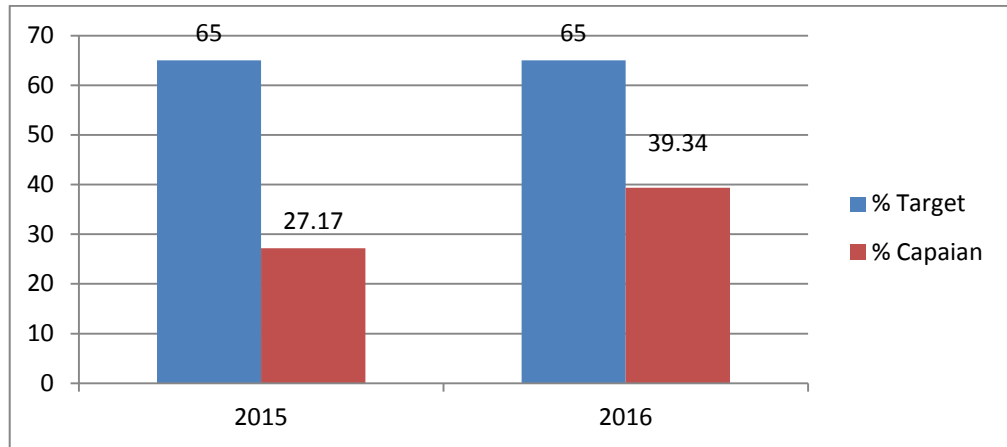
Gambar. 5.14.
Diagram Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
Rawat Inap Psikiatri Semester I Thn 2015 dengan 2016



Gambar. 5.15.
Diagram Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR)
Rawat Inap non Psikiatri Semester I Thn 2015 dengan 2016



Gambar. 5.16.
Diagram Perbandingan Pencapaian Kinerja (BOR) Napza
Semester I Thn 2015 dengan 2016

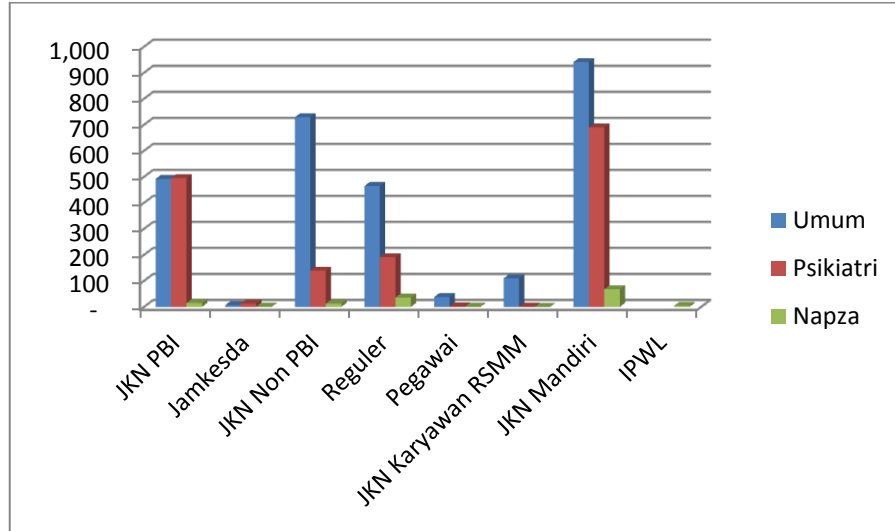


Tabel. 5.28.
Kunjungan Pasien Rawat Inap Berdasarkan cara bayar Semester I Tahun 2016

No	Rawat Inap	JKN PBI	Jamkesda	JKN Non PBI	Reguler	Pegawai	JKN Karyawan RSM	JKN Mandiri	IPWL	Jumlah
1	Umum	492	7	729	465	38	110	941		2,782
2	Psikiatri	495	13	139	191	2	1	690		1,531
3	Napza	15	1	13	36	1	-	68	4	138
		1,002	21	881	692	41	111	1,699	4	4,451

Gambar. 5.17.

Diagram Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Cara Pembayaran Semester I Thn 2016



Tabel. 5.29.

10 Besar Diagnosa Rawat Inap Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Paranoid schizophrenia	240	101	341	239	85	324	665
2	Schizophrenia, unspecified	198	97	295	64	19	83	378
3	Schizoffective disorder, unspecified	26	21	47	14	15	29	76
4	Unspecified organic or symptomatic mental disorder	38	22	60	4	1	5	65
5	Mild cognitive disorder	15	20	35	10	7	17	52
6	Unspecified mental retardation	18	8	26	5	17	22	48
7	Acute and transient psychotic disorder, unspecified	28	13	41	1	0	1	42
8	Unspecified nonorganic psychosis	17	10	27	4	7	11	38
9	Bipolar affective disorder, unspecified	11	5	16	9	5	14	30
10	Unspecified dementia	13	8	21	3	0	3	24
Jumlah		604	305	909	353	156	509	1,418



Tabel. 5.30.
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus Non Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Dengue haemorrhagic fever	203	200	403	28	16	44	447
2	Dyspepsia	144	163	307	20	28	48	355
3	Anaemia, unspecified	81	107	188	21	23	44	232
4	Essential (primary) hypertension	104	88	192	22	17	39	231
5	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	82	73	155	35	35	70	225
6	Bronchopneumonia, unspecified	97	101	198	10	4	14	212
7	Congestive heart failure	55	59	114	35	32	67	181
8	Chronic renal failure, unspecified	38	32	70	49	24	73	143
9	Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified	52	54	106	9	8	17	123
10	Singleton, born in hospital	52	64	116	0	0	0	116
Jumlah		908	941	1,849	229	187	416	2,265

Tabel. 5.31.
10 Besar Diagnosa Rawat Inap Kasus Napza Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	HIV disease resulting in mycobacterial infection	30	17	47	7	6	13	60
2	Anaemia, unspecified	17	14	31	0	0	0	31
3	HIV disease resulting in unspecified infectious or parasitic	9	4	13	2	1	3	16
4	Other mental and behavioural disorders	6	2	8	2	1	3	11
5	HIV disease resulting in other infectious and parasitic dise	8	2	10	0	0	0	10
6	Unspecified protein-energy malnutrition	6	4	10	0	0	0	10
7	Hypokalaemia	7	3	10	0	0	0	10
8	HIV disease resulting in multiple infections	8	0	8	1	0	1	9
9	Unspecified organic or symptomatic mental disorder	5	2	7	0	1	1	8
10	Disorders of plasma-protein metabolism, not elsewhere classi	6	1	7	0	0	0	7
Jumlah		102	49	151	12	9	21	172



Kondisi Yang Di Capai :

- 1) *Bed Occupasy Rate (BOR)* RSM (dengan 520 tempat tidur) semester I 2016 mencapai 59,37%, untuk Psikiatri 62,78%, untuk non psikiatri 54,42% dan 39,34% untuk Napza.
- 2) BOR tertinggi ada di ruang Anak dan Remaja (kelas I) untuk rawat inap psikiatri (163,19%) dan ruang kelas 2 (Gayatri) untuk rawat inap non psikiatri (78,53%) serta ruang Jatayu infeksi untuk Napza (57,69%).
- 3) BOR Terendah untuk psikiatri ada di Dwi Amba (0,00%), , ruang Gayatri dan kebidanan isolasi (0%) dan untuk Napza di Shinta, MPE, isolasi dan di ruang infeksi (0%)
- 4) ALOS diruang rawat inap psikiatri (26,84 hari) dan untuk rawat inap non psikiatri (4,67hari) sedangkan untuk Napza mencapai (14,22 hari).

Permasalahan:

- 1) Beberapa permasalahan yang berkontribusi pada rendahnya BOR antara lain:
 - a) Jumlah tempat tidur yang tersedia di beberapa ruangan tidak sesuai dengan jumlah tempat tidur yang tertera pada surat keputusan untuk ruangan yang bersangkutan;
 - b) Kapasitas PHCU sebagai ruang rawat awal kasus psikiatri terbatas (kurang dari jumlah demand), kurangnya ruang isolasi serta ALOS di PHCU yang tinggi menyebabkan beberapa pasien yang akan menjalani rawat inap dari IGD atau instalasi rawat jalan tidak bisa segera masuk;
 - c) Terdapat kompetitor baru untuk pelayanan non psikiatri dengan pembiayaan BPJS yaitu beberapa rumah sakit privat di wilayah kota Bogor sudah memberikan pelayanan untuk peserta BPJS.
- 2) Perpindahan pasien dari satu ruangan ke ruangan lainnya terutama untuk kasus psikiatri tidak diinput realtime sehingga informasi ruangan tidak akurat.
- 3) Belum optimalnya koordinasi antar unit di instalasi rawat inap.
- 4) Belum meratanya persebaran SDM Keperawatan secara proporsional di Instalasi Rawat Inap.



Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Menginventarisir sarana dan prasarana yang memerlukan perbaikan atau penambahan untuk kelancaran pelayanan di ruang rawat inap.
- 2) Berkoordinasi dengan Direktorat yang bersangkutan dalam rangka melengkapi dan memperbaiki sarana dan prasarana.
- 3) Membuat standar sarana dan prasarana yang baku sehingga dapat menjadi acuan untuk pemeliharaan ruang rawat inap dalam rangka pemberian pelayanan yang optimal kepada pasien.
- 4) Melakukan renovasi PHCU.
- 5) Mengadakan satuan kerja untuk promosi rawat inap terutama Napza dan CLP.
- 6) Menginformasikan kepada petugas administrasi pasien tentang mutasi pasien sehingga petugas administrasi pasien dapat menginput realtime mutasi pasien.
- 7) Melakukan relokasi SDM Keperawatan agar proporsional dengan kebutuhan pelayanan.
- 8) Menghitung ulang jumlah tempat tidur di seluruh ruangan rawat inap



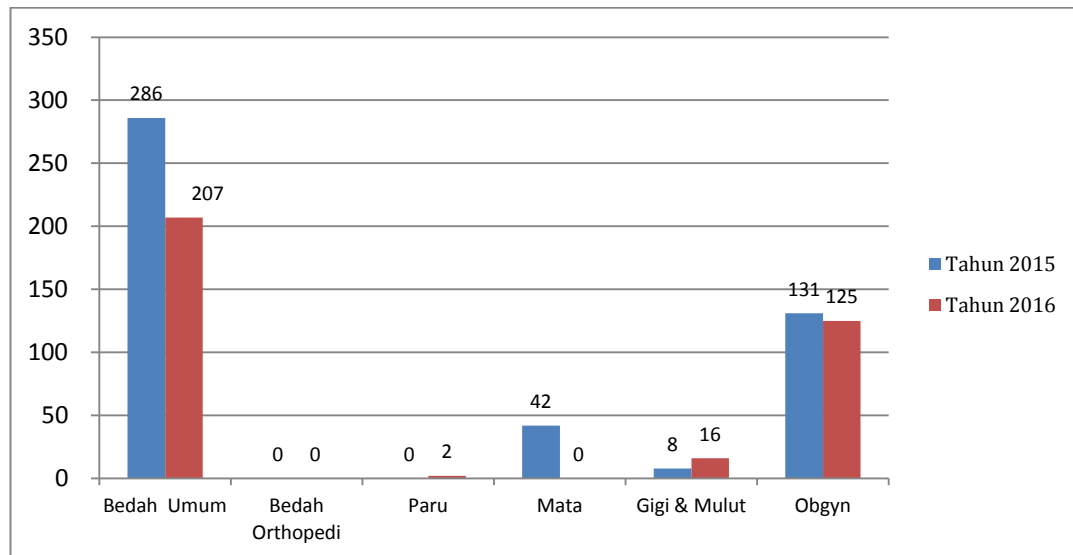
UNIT BEDAH DAN UNIT HEMODIALISA

UNIT BEDAH

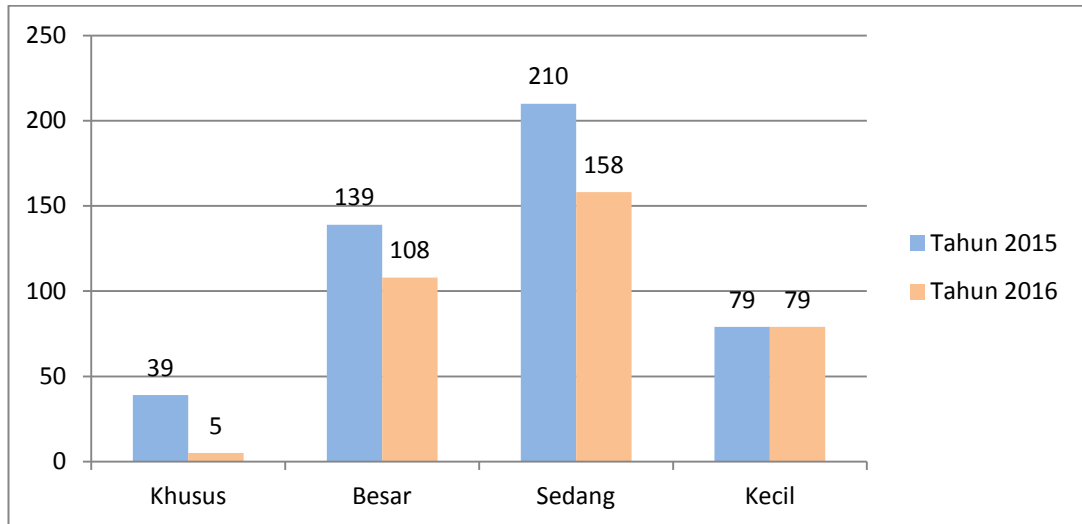
Tabel. 5.32.
Perbandingan Tindakan Operasi Berdasarkan Spesialisasi
Semester I Tahun 2015 dengan Tahun 2016

No	Spesialisasi	Capaian 2015	Capaian 2016
1	Bedah Umum	286	207
2	Bedah Orthopedi	0	0
3	Paru	0	2
4	Mata	42	0
5	Gigi & Mulut	8	16
6	Obgyn	131	125
TOTAL		467	350

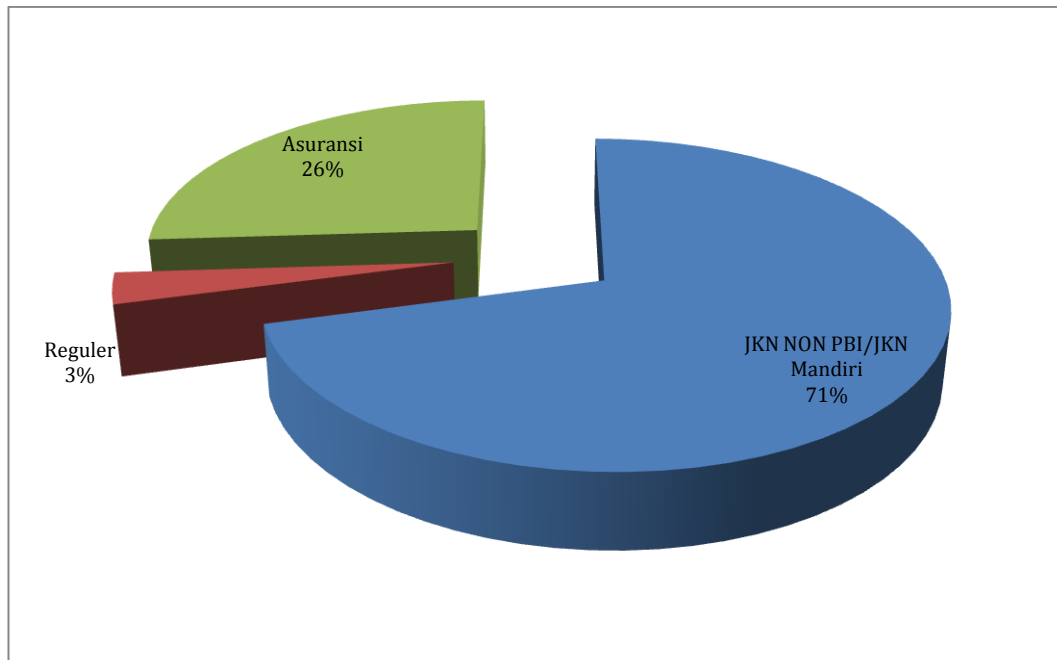
Gambar. 5.18.
Diagram Perbandingan Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Spesialisasi
Semester I Tahun 2015 dengan Tahun 2016



Gambar. 5. 19
Diagram Perbandingan Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Tindakan
Semester I Tahun 2015 dengan 2016



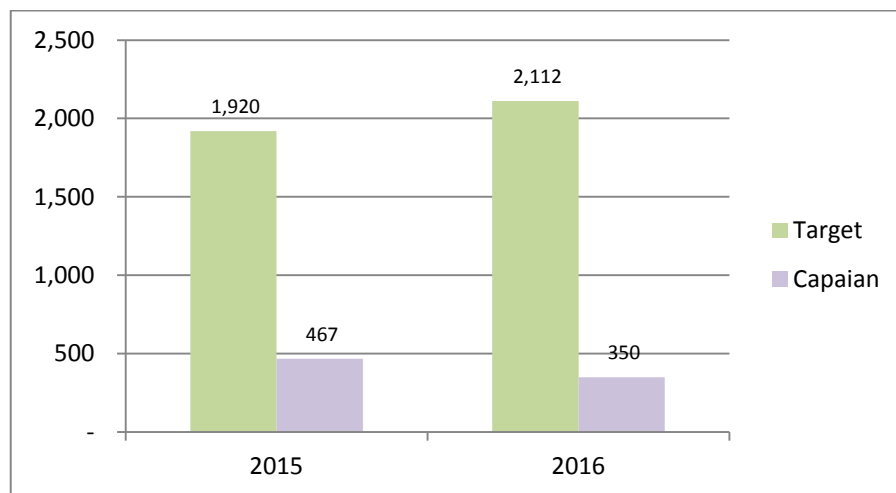
Gambar. 5.20.
Diagram Kunjungan Operasi Berdasarkan Cara Bayar Semester I Tahun 2016



Tabel. 5.33.
Perbandingan Target dan Capaian Tindakan Operasi
Semester I Tahun 2015 dengan 2016

No	Kegiatan Kunjungan	2015			2016			
		Target	Capaian Semester I	% Capaian	Target	Capaian Semester I	% Capaian Tahunan	Pertumbuhan
1	Tindakan Pembedahan	1,920	467	24.32	2,112	350	16.57	0.75

Gambar. 5.21.
Diagram Perbandingan Jumlah Tindakan Bedah Semester I Tahun 2015 dengan 2016



Kondisi yang di capai:

- 1) Jumlah operasi terbanyak berdasarkan spesialisasi adalah bedah umum yaitu sebanyak 100 tindakan (59,9%)
- 2) jumlah terbanyak berdasarkan jenis operasi adalah operasi sedang, yaitu sebanyak 158 tindakan
- 3) Dibandingkan capaian pada semester 1 tahun 2015 yang mencapai 467 tindakan, terjadi penurunan pada semester I tahun 2016 yang hanya mencapai 350 tindakan. Sehingga tingkat pertumbuhan kegiatan pelayanan bedah hanya sebesar 0,75.
- 4) Jumlah operasi rata-rata perhari mencapai 3 tindakan.



Permasalahan:

- 1) Dokter spesialis Bedah hanya satu orang menyebabkan overload pekerjaan untuk pelayanan yang bersangkutan.
- 2) Belum optimalnya fasilitas sarana dan prasarana sehingga kurang nyaman untuk melakukan layanan diruangan bedah.

Usulan Pemecahan Masalah

- 1) Melakukan analisa beban kerja kebutuhan dokter spesialis di bidang pelayanan bedah terhadap demand.
- 2) Mengoptimalkan sarana dan prasarana sesuai standar

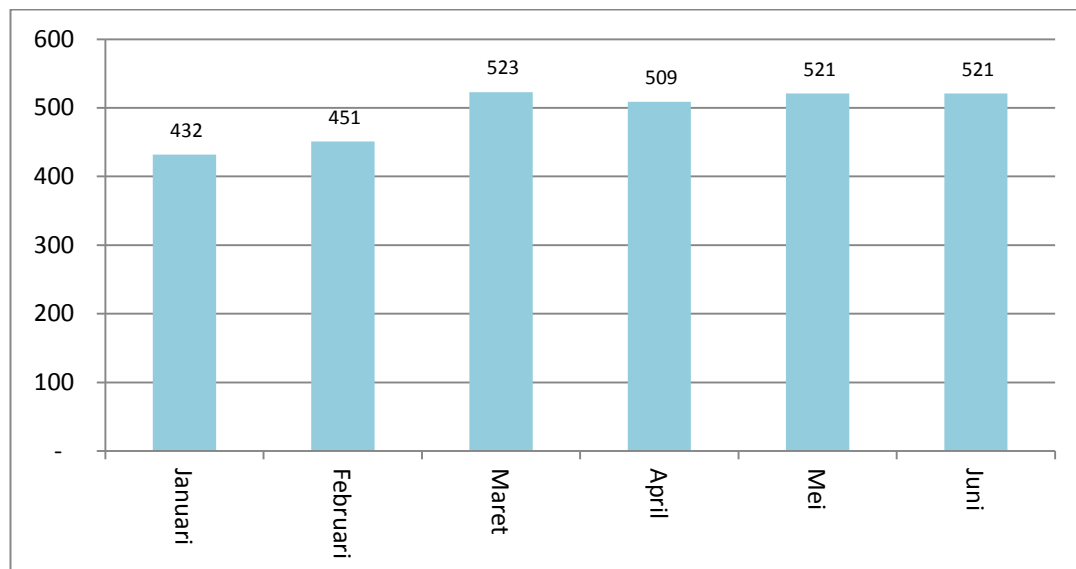


UNIT HEMODIALISA

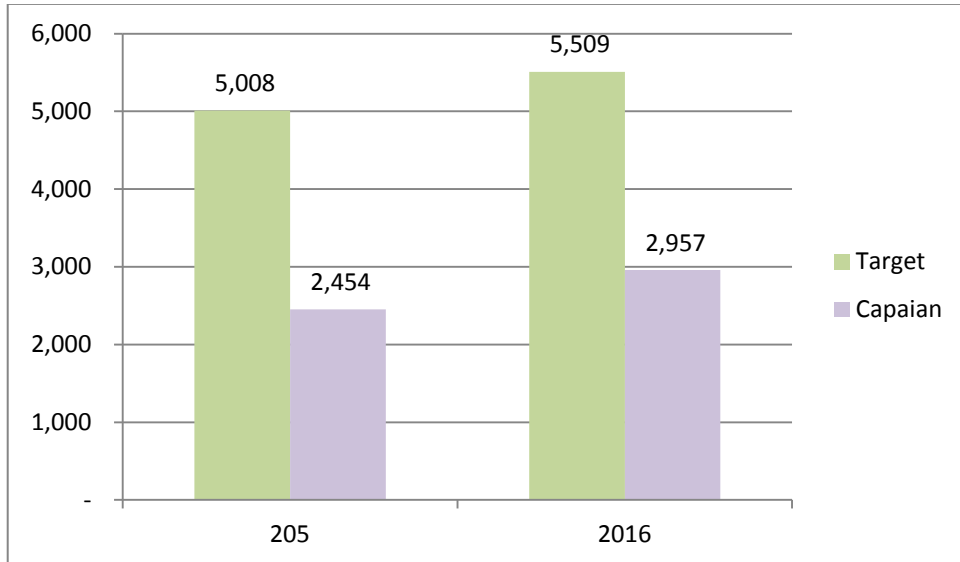
Tabel. 5.34.
Perbandingan Target dan Capaian Tindakan
Hemodialisa Semester I Tahun 2015 dengan 2016

No	Kegiatan Kunjungan	2015			2016			Pertumbuhan
		Target	Capaian Semester I	% Capaian	Target	Capaian Semester I	% Capaian Tahunan	
1	Tindakan Hemodialisa	5,008	2,454	49.00	5,509	2,957	53.68	1.20

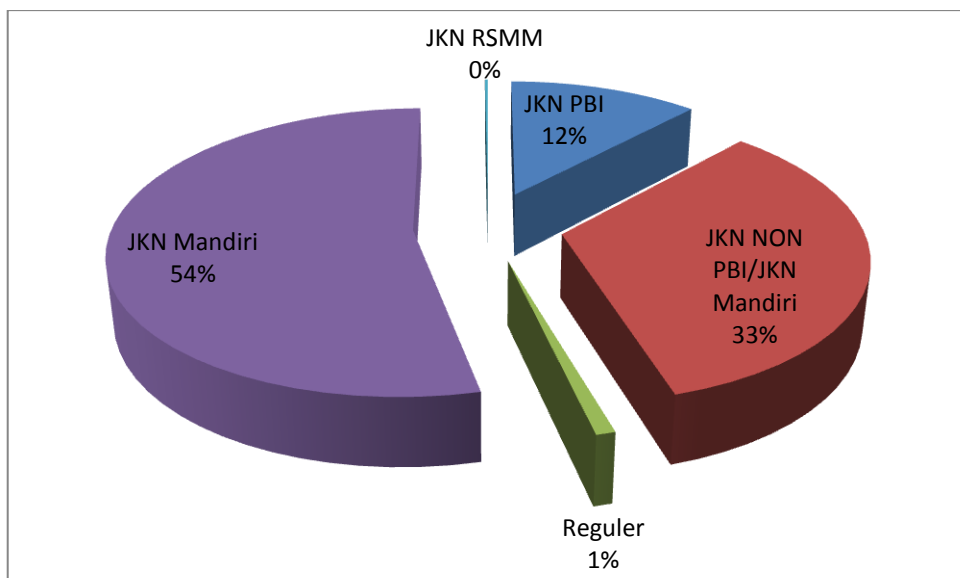
Gambar. 5.22.
Diagram Kinerja Hemodialisa Per-Bulan Tahun 2016



Gambar. 5.23.
Diagram Perbandingan Hemodialisa Semester I Tahun 2015 dengan 2016



Gambar. 5.24.
Diagram Kunjungan Pasien Hemodialisa per cara bayar Semester I Tahun 2016





Kondisi yang di capai:

- 1) Jumlah operasi terbanyak berdasarkan spesialisasi adalah bedah umum yaitu sebanyak 100 tindakan (59,9%)
- 2) jumlah terbanyak berdasarkan jenis operasi adalah operasi sedang, yaitu sebanyak 158 tindakan
- 3) Sepanjang Tahun 2016 tidak ada operasi orthopedi yang dilakukan (0%)
- 4) Dibandingkan capaian pada semester 1 tahun 2015 yang mencapai 467 tindakan, terjadi penurunan pada semester I tahun 2016 yang hanya mencapai 350 tindakan. Sehingga tingkat pertumbuhan kegiatan pelayanan bedah hanya sebesar 0,75.
- 5) Jumlah operasi rata-rata perhari mencapai 3 tindakan.
- 6) Kunjungan / tindakan hemodialisa pada semester I tahun 2016 mengalami pertumbuhan sebesar 1,20
- 7) Jumlah kunjungan/ tindakan hemodialisa pada semester I tahun 2016 sebanyak 2957 kunjungan atau 53,68% dari target yang ditentukan sebesar 5.509 kunjungan.

Permasalahan:

- 1) Selama tahun 2015 spesialisasi orthopedi tidak pernah melakukan operasi hal ini disebabkan karena dokter yang bersangkutan mengundurkan diri.
- 2) Dokter spesialis Bedah hanya satu orang menyebabkan overload pekerjaan untuk pelayanan yang bersangkutan.

Usulan Pemecahan Masalah

- 1) Menentukan sikap apakah RSM akan mencari pengganti doktr orthopedi atau tidak mencari pengganti.
- 2) Melakukan analisa beban kerja kebutuhan dokter spesialis di bidang pelayanan bedah terhadap demand.

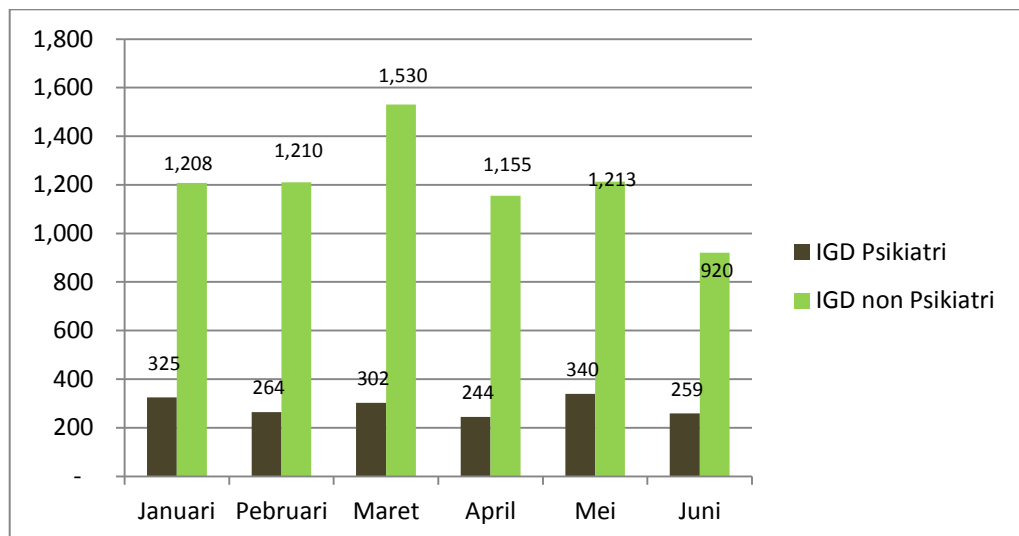


INSTALASI GAWAT DARURAT

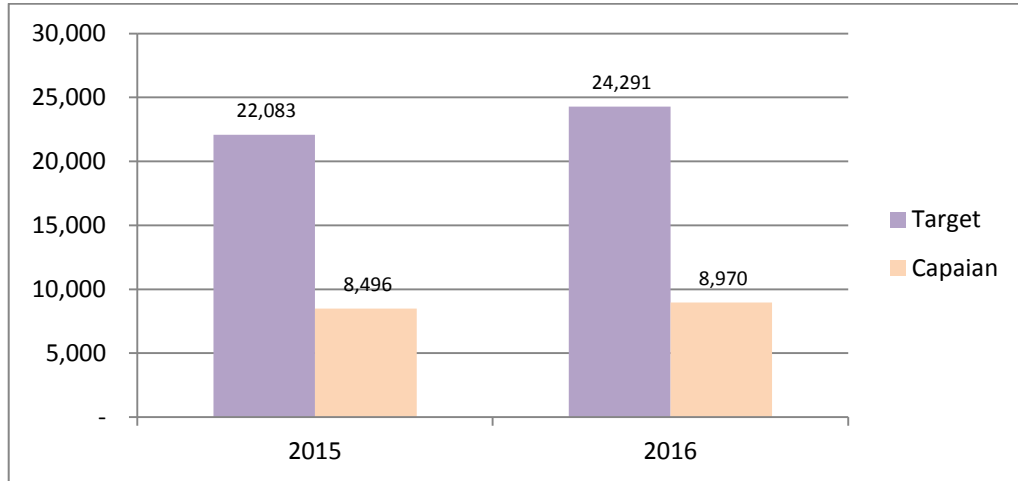
Tabel 5.35
Perbandingan Target dan Capaian IGD Semester I Thn 2015 dengan 2016

No	Layanan	2015			2016			Pertumbuhan
		Target	Capaian Semester I	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian	
1	Psikiatri	6,023	1,711	28.41	6,625	1,734	26.17	1.01
2	Non Psikiatri	16,060	6,785	42.25	17,666	7,236	40.96	1.06
	Total	22,083	8,496	38.47	24,291	8,970	36.93	1.05

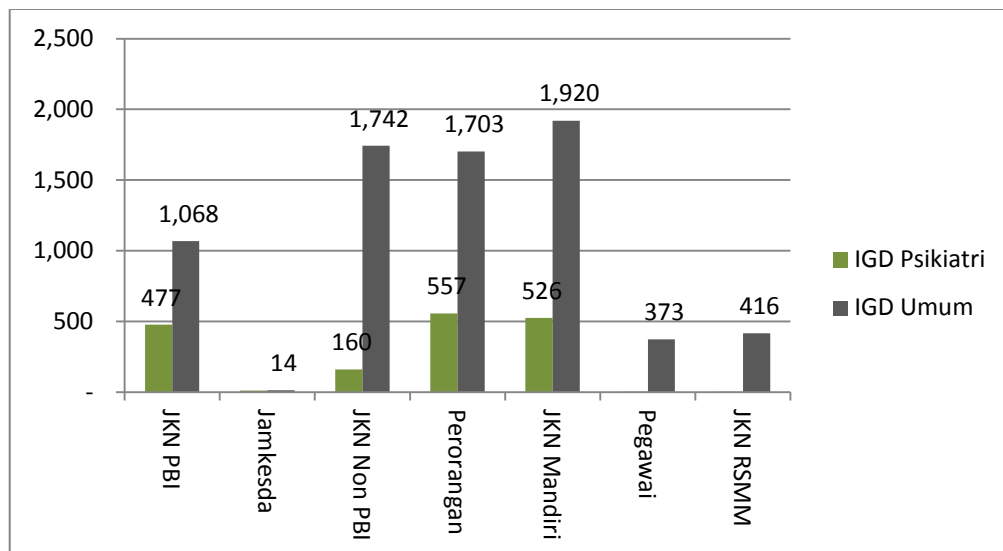
Gambar. 5.25.
Diagram Jumlah Kujungan IGD Psikiatri dan Non Psikiatri Semester I Tahun 2016



Gambar. 5.26.
Diagram Perbandingan Capaian Kunjungan IGD Semester I Tahun 2015 dengan 2016



Gambar. 5.27.
Diagram Kunjungan IGD Berdasarkan Cara Bayar Semester I Tahun 2016





Tabel 5.36
10 Besar Diagnosa IGD Non Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Fever, unspecified	221	223	444	95	69	164	608
2	Dyspepsia	84	118	202	27	48	75	277
3	Dengue haemorrhagic fever	59	36	95	28	23	51	146
4	Dyspnoea	40	48	88	8	7	15	103
5	Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified	33	38	71	16	12	28	99
6	Congestive heart failure	31	21	52	27	19	46	98
7	Essential (primary) hypertension	24	30	54	17	23	40	94
8	Other and unspecified abdominal pain	34	38	72	4	6	10	82
9	Asthma, unspecified	12	15	27	15	28	43	70
10	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	27	12	39	9	18	27	66
Jumlah		565	579	1,144	246	253	499	1,643

Tabel 5.37
10 Besar Diagnosa IGD Psikiatri Semester I Tahun 2016

No.	Diagnosa	Kasus Baru			Kasus Lama			Total
		L	P	Total	L	P	Total	
1	Paranoid schizophrenia	0	0	0	2	1	3	3
2	Dyspepsia	1	1	2	0	0	0	2
3	Fever, unspecified	1	0	1	0	1	1	2
4	Septicaemia, unspecified	1	0	1	0	0	0	1
5	Immunodeficiency, unspecified	1	0	1	0	0	0	1
6	Anxiety disorder, unspecified	0	1	1	0	0	0	1
7	Polyneuropathy, unspecified	1	0	1	0	0	0	1
8	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	0	0	0	1	0	1	1
9	Asthma, unspecified	0	0	0	0	1	1	1
10	Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified	0	1	1	0	0	0	1
Jumlah		5	3	8	3	3	6	14



Kondisi yang dicapai

Kinerja Kegiatan

- a. Jumlah kunjungan IGD selama semester I tahun 2016 sebanyak 8970 kunjungan.
- b. Rata-rata kunjungan IGD perbulan: 1495 kunjungan
 - 1) Rata-rata kunjungan IGD perhari (182 hari): 49 kunjungan
 - 2) Psikiatri: 9 kunjungan
 - 3) Non Psikiatri : 39 Kunjungan
- c. Perbandingan kunjungan pasien psikiatri dengan non psikiatri sebesar 1:4,2
- d. Diagnosa terbanyak di IGD adalah Paranoid schizophrenia untuk kasus psikiatri dan *Fever unspecified* untuk kasus non psikiatri
- e. Tingkat pertumbuhan IGD : 1,06%

Kendala dan Permasalahan:

- a. Belum terbentuknya tim penanggulangan bencana sehingga SDM belum sepenuhnya siaga bencana.
- b. Adanya pembatasan layanan di rawat jalan sehingga beberapa pasien mendatangi IGD yang mengakibatkan beberapa kunjungan kasus *false emergency* di IGD.
- c. Radiologi cito di IGD belum beroperasi.
- d. Tempat pendaftaran pasien jauh (berbeda gedung)

Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Mengusulkan pembentukan Tim Penanggulangan bencana.
- 2) Edukasi pada pengunjung untuk kunjungan *true emergency* atau *false emergency*
- 3) Koordinasi dengan Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum untuk mempermudah layanan pendaftaran di IGD

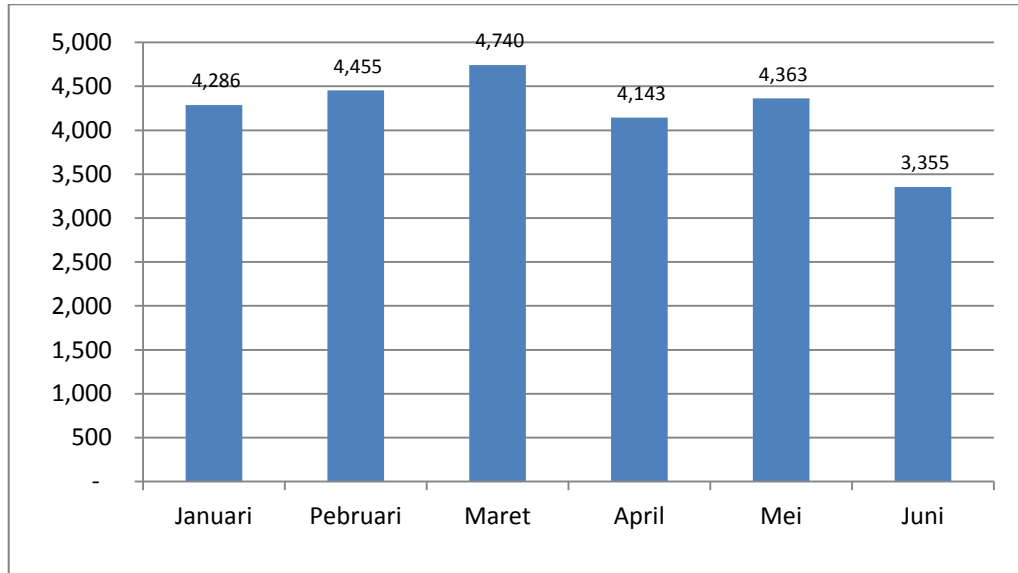


INSTALASI LABORATORIUM

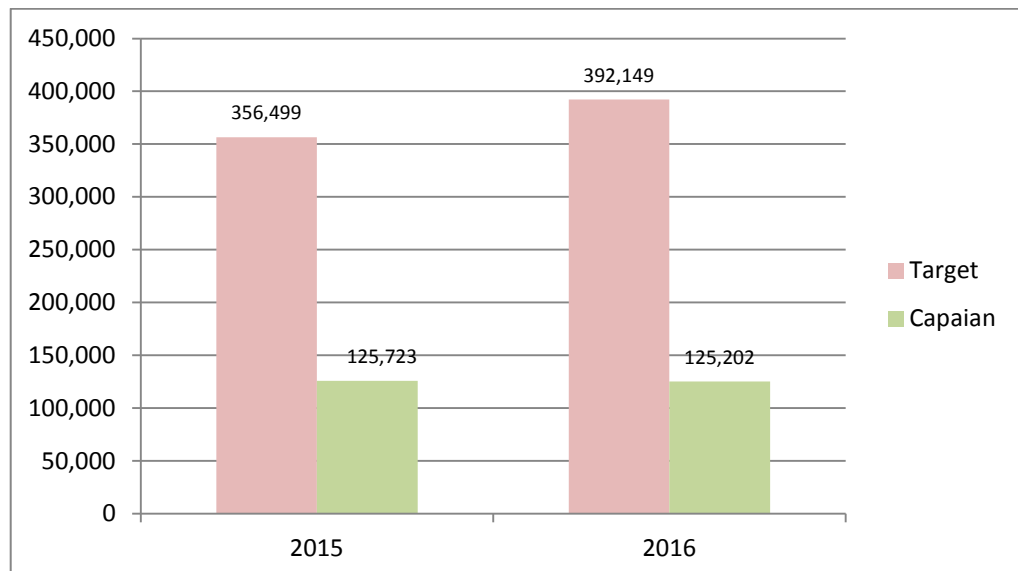
Tabel 5.38
Perbandingan Pemeriksaan Laboratorium Semester I Tahun 2015 dengan 2016

No	Pemeriksaan	2015			2016			Pertumbuhan
		Target	Capaian Sm 1	% Capaian	Target	Capaian Sm 1	% Capaian	
1	Kimia				165,431			
2	Hematologi	178,445	60,065	33.66	196,290	64,680	32.95	1.07
3	Serologi/Imunologi	8,066	2,182	27.05	8,873	2,264	25.52	1.03
4	Urinalisa	6,038	2,038	33.75	6,642	1,326	19.96	0.65
5	Faeces	648	215	33.18	713	137	19.22	0.63
6	Benzidin	29	0	0.00	32	-	0.00	0.00
7	Bacteriologi	2,364	610	25.80	2,600	625	24.03	1.02
8	Drug of Abuse Test Kualitatif	6,111	1,853	30.32	6,722	1,841	27.39	0.99
9	Analisa Gas darah	916	340	37.12	1,008	654	64.91	1.91
10	Elektrolit	3,490	1,870	53.58	3,839	1,515	39.46	0.81
11	Lain-lain			0.00	-	-	0.00	0.00
	Total	356,499	125,723	35.27	392,149	125,202	31.93	0.99

Gambar. 5.28.
Diagram Jumlah Pasien Laboratorium Per-Bulan Tahun 2016



Gambar. 5.29
Diagram Perbandingan Pemeriksaan Laboratorium Semester I Tahun 2015 dengan 2016





Kondisi yang dicapai:

- a. Jumlah pemeriksaan laboratorium selama semester pertama 2016 sebanyak 125.202 pemeriksaan
- b. Jenis pemeriksaan laboratorium terbanyak adalah pemeriksaan hematologi, yaitu sebanyak 63680 sedangkan benzidine, tidak ada pemeriksaan.
- c. Tingkat pertumbuhan pemeriksaan laboratorium sebesar 0.99
- d. Jumlah Rata-Rata pemeriksaan laboratorium perhari (149 hari) mencapai 840 pemeriksaan

Permasalahan:

- 1) Ruang tunggu dan ruang pengambilan sampel kurang nyaman sehingga petugas kurang leluasa melakukan pekerjaannya.
- 2) Fasilitas sarana dan prasarana kurang memadai misal: kamar kecil yang kurang memenuhi standar.
- 3) Pasien membayar pemeriksaan laboratorium dikasir yang letaknya berjauhan dari ruang pengambilan sampel, hal ini membuat pasien tidak nyaman
- 4) Beberapa pemeriksaan tidak bisa dilakukan di laboratorium internal sehingga masih harus bekerja sama dengan pihak ketiga (Laboratorium Klinik Prodia) sehingga terjadi keterlambatan dalam pengambilan keputusan klinis untuk beberapa kasus yang harus dilakukan pemeriksaan laboratorium di luar.
- 5) Kurang optimalnya operasional Billing system untuk laboratorium sehingga tidak bisa membuat catatan pada hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan BTA masih harus ditulis tangan, nilai normal sesuai jenis kelamin dan umur belum bisa diterapkan.
- 6) Kalibrasi alat belum dilakukan secara teratur.
- 7) Pemeriksaan laboratorium untuk pasien BPJS merupakan paket sehingga jumlah pemeriksaan menurun karena pemeriksaan harus selektif dan sesuai indikasi.



Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Berkoordinasi dengan Direktorat Keuangan dan administrasi Umum untuk merencanakan perbaikan fasilitas sarana dan prasarana yaitu untuk renovasi kamar kecil, ruang tunggu dan kasir yang dekat dengan laboratorium.
- 2) Membangun laboratorium information system
- 3) Pemeriksaan yang tidak dilakukan perlu evaluasi untuk tahun berikutnya apakah masih diperlukan persediaan reagensinya atau tidak lagi melakukan pemeriksaan tersebut.

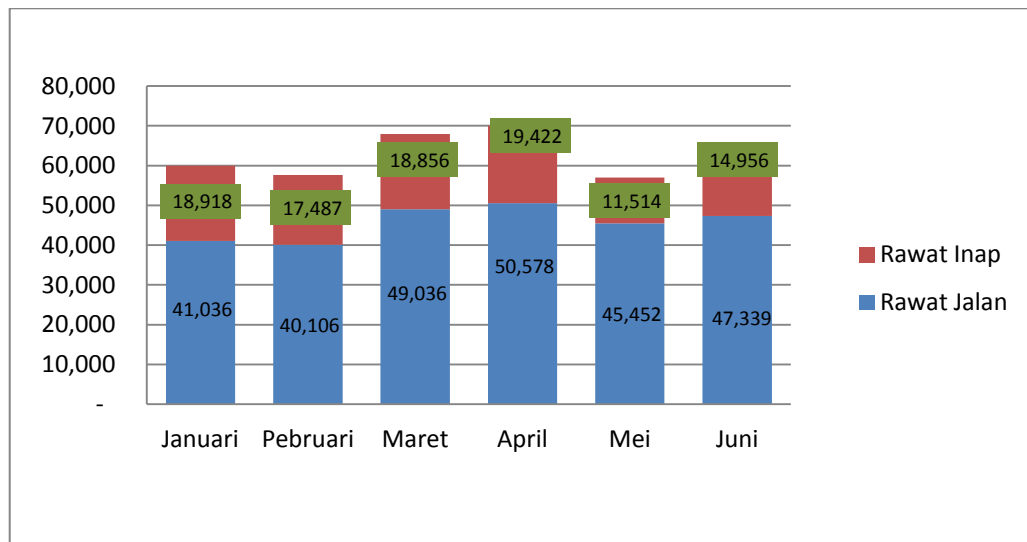


INSTALASI FARMASI

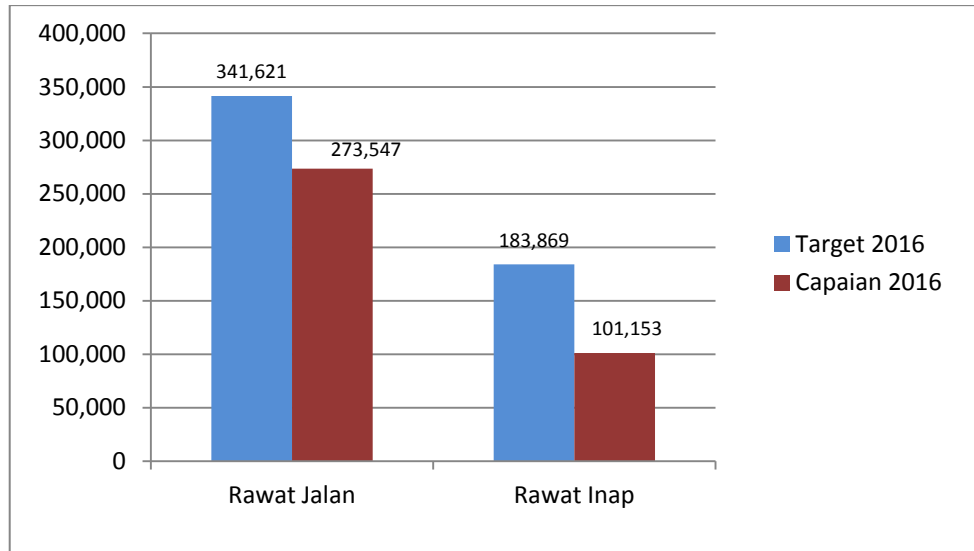
Tabel 5.39
Perbandingan Layanan Per-resep-an Semester I Tahun 2016 dengan tahun 2015

No	Pereseapan	2015			2016			Pertumbuhan
		Target	Capaian	% Capaian	Target	Capaian	% Capaian Tahunan	
1	Rawat Jalan	310,564	197,518	63.60	341,621	273,547	80.07	1.38
2	Rawat Inap	167,154	87,407	52.29	183,869	101,153	55.01	1.16
	Total	477,718	284,925	59.64	525,490	374,700	71.30	1.32

Gambar. 5.30
Diagram Layanan Per-resep-an Per-Bulan selama Semester I Tahun 2016



Gambar. 5.31.
Diagram Perbandingan Target dan Capaian Penerimaan Resep Obat Semester I Tahun 2016



Kondisi yang dicapai:

- 1) Resep yang dilayani pada semester I 2016 mencapai 374.700
- 2) Pertumbuhan layanan farmasi semester satu tahun 2016: 1,32

Permasalahan:

- 1) Waktu kedatangan resep rata-rata dari poliklinik menjelang siang sekitar pukul 12.00-13.00 WIB secara bersamaan.
- 2) Beberapa tulisan resep dokter tidak jelas dan tidak terbaca sehingga memerlukan waktu untuk membaca dan menghubungi yang bersangkutan
- 3) Beberapa obat overstock dan beberapa obat terjadi kekosongan obat.
- 4) Penyimpanan, pencatatan monitoring dan evaluasi stok obat belum optimal.

Usul Pemecahan Masalah:

- 1) Jadwal atau jam praktek sebaiknya ditepati
- 2) System pendaftaran dan pemeriksaan pasien disempurnakan untuk percepatan pelayanan pasien
- 3) Untuk mengatasi kekosongan obat, dibuat pengajuan tambahan dan perencanaan obat dioptimalkan sesuai kebutuhan dan data yang ada.
- 4) Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala

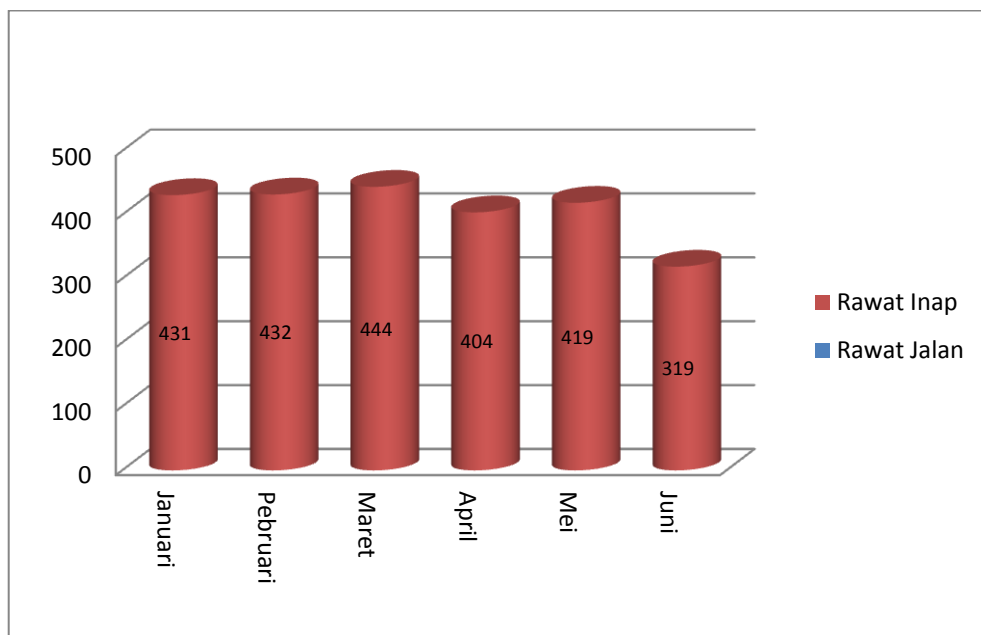


LAYANAN GIZI

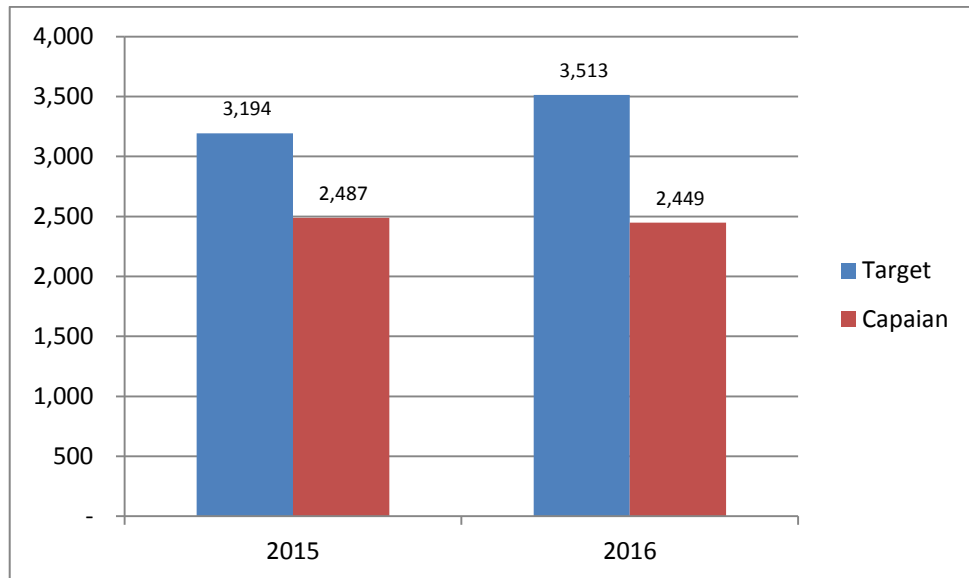
Tabel 5.40
Perbandingan Pencapaian Kegiatan Konsultasi Gizi Semester I Tahun 2016

No	Konsultasi Gizi	Tahun 2015			Tahun 2016			Pertumbuhan
		Target	Capaian Semester I	% Capaian	Target	Capaian semester 1	% Capaian Tahunan	
1	Rawat Jalan	422	166	39.34	464	-	0.00	-
2	Rawat Inap	2,772	2321	83.73	3049.2	2,449	80.32	1.05
	Total	3,194	2,487	77.86	3,513	2,449	69.70	0.98

Gambar. 5.32.
Diagram Konsultasi Gizi Per-Bulan Semester I Tahun 2016



Gambar. 5.33.
Diagram Perbandingan Target dan Capaian Konsultasi Gizi
Semester I Tahun 2015 dengan 2016



Kondisi yang dicapai:

- a. Sejak awal bulan Januari layanan gizi klinik sudah tidak ada hal ini mempengaruhi layanan konsultasi gizi di klinik gizi.
- b. Tingkat pertumbuhan konsultasi gizi klinik 0,98

Permasalahan:

- 1) Belum optimalnya kerjasama antara tenaga medis yang merujuk pasien dengan ahli gizi.
- 2) System shift di rawat inap belum optimal
- 3) Sarana dan prasarana memasak tidak memadai dan belum sesuai standar
- 4) Kompetensi SDM belum memadai

Usul Pemecahan Masalah:

- a. Membentuk forum komunikasi dengan tenaga medis untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang gizi yang berhubungan dengan penyakit yang diderita.
- b. pembenahan sistem dan prosedur di klinik gizi.
- c. System shift dan layanan di tinjau kembali



- d. Peningkatan sarana prasarana sesuai standar
- e. Meningkatkan kompetensi SDM Melalui
 - Pelatihan (in dan out house training)
 - Short course



B. Realisasi Anggaran

1. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)

a. Penilaian terhadap RBA

Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor tahun 2016 telah disusun pada bulan September 2015 dan pengesahan oleh Kementerian Kesehatan dilakukan dengan SP.DIPA 024.04.2.415505/2016 tanggal 19 Mei 2016 (revisi ke tiga, termasuk penggunaan saldo awal), berjumlah **Rp 237.347.760.000,-**.

Rencana Strategis Bisnis RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor (RSB) sudah menjadi acuan dalam penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) untuk lima tahun ke depan, dan telah diimplementasikan dalam bentuk Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) tahun 2016. Seyogyanya penyusunan RBA menjadi lebih baik, dalam rangka untuk menyiapkan kegiatan yang diperlukan sesuai dengan RSB. Untuk itu penyusunan RBA hendaknya didasarkan pada usulan/rencana kegiatan dari unit-unit yang ada dan dikoordinir oleh pihak yang *incharge* dalam bidang keuangan (Direktur Keuangan). RBA yang disusun dengan perencanaan yang baik akan memudahkan dalam melaksanakan dan mengendalikan kegiatan.

Disamping itu dalam menyusun RBA juga perlu untuk menyusun skala prioritas kegiatan, sehingga apabila terjadi alokasi anggaran yang tidak sesuai dengan usulan, atau terjadi perubahan anggaran pada saat pelaksanaan RBA, maka bisa lebih mudah untuk membuat penyesuaian rencana kegiatan.

2. Implementasi RBA

Implementasi RBA RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor semester satu tahun 2016 telah dilakukan oleh manajemen sejak RBA ditetapkan dan berjalan sesuai dengan bergulirnya tahun anggaran. Implementasi ini dilakukan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing unit yang ada di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. Implementasi RBA juga telah selaras dengan RSB dalam bentuk pelaksanaan program dan kegiatan yang mendukung tugas dan fungsi RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.



a) **Realisasi Program**

Dilihat dari sisi realisasi program, selama semester satu tahun 2016, secara umum program-program dalam RBA RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor sudah dilaksanakan namun masih ada sebagian yang belum terlaksana. Rekapitulasi realisasi program kerja RBA tahun 2015, adalah sebagai berikut : (terlampir)

Berdasarkan tabel terlampir dapat disampaikan bahwa dari 41 program kerja yang direncanakan untuk tahun 2016, sebanyak 15 (36,6%) program kerja sudah dilaksanakan/terlaksana dan sisanya (63,4%) belum optimal pelaksanaannya. Program-program yang pelaksanaannya belum optimal perlu menjadi perhatian.

Untuk persiapan akreditasi 2016 dimana kinerja dan performance rumah sakit akan dinilai, perlu adanya monitoring dan assessment yang terus menerus agar bisa mencapai standar akreditasi yang diinginkan (paripurna) dan bisa lebih bermanfaat bagi masyarakat.

b) **Realisasi Penerimaan Pendapatan**

Dilihat dari sisi kinerja penerimaan pendapatan BLU dari pelayanan kesehatan untuk semester satu tahun 2016, diketahui total realisasi penerimaan pendapatan/fungsional RSM Bogor semester satu Tahun 2016 (*cash basis*), adalah sebesar **Rp37.541.287.590,-** atau **32,72%** dari yang dianggarkan (**Rp114.719.405.000,-**). Sedangkan Realisasi penerimaan pendapatan BLU berdasarkan akrual basis untuk semester satu tahun 2016 sebesar **Rp38.594.938.489,-** atau **33,69 %** dari target tahun 2016. Sementara jumlah realisasi penggunaan/penyerapan anggaran yang berasal dari dana Rupiah Murni selama semester satu tahun 2016 adalah sebesar **Rp33.737.666.352,-** atau **31,49%** dari target tahun 2016, sedangkan penggunaan anggaran BLU mencapai **Rp27.155.455.606,-** atau **20,86%** dari target pendapatan BLU.

Secara keseluruhan, total realisasi penerimaan pendapatan BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor semester satu tahun 2016 bila dibandingkan dengan semester satu tahun 2015 mengalami kenaikan sebesar **Rp9.009.688.090,-** hal ini bila dilihat sebanding dengan kenaikan volume layanan rawat jalan dan



rawat inap. Realisasi pendapatan semester satu tahun 2016 berjumlah **Rp37.541.287.590,-** atau **32,72% % dari** target. Masih rendahnya pencapaian target penerimaan semester satu tahun 2016 tersebut disebabkan:

- Diberlakukannya secara serentak sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui sistem rujukan berjenjang dan per region di seluruh Indonesia dengan tarif yang berbeda dengan tarif rumah sakit, sementara penentuan target pendapatan dihitung berdasarkan pada tarif rumah sakit. Disamping itu banyak rumah sakit baru yang sudah beroperasi, baik rumah sakit swasta maupun rumah sakit umum daerah, di wilayah yang selama ini menjadi wilayah RS dr. H. Marzoeqi Mahdi, yang sudah beroperasi dengan type kelas dibawah RS dr. H. Marzoeqi Mahdi.
- Kurang optimalnya kegiatan layanan kesehatan sehubungan dengan masalah remunerasi khususnya terkait dengan tenaga medis
- Belum optimalnya pemanfaatan IT dalam penyelenggaraan Sistem Informasi, termasuk dalam pengelolaan billing system dan pengelolaan rekam medis, dalam menunjang kegiatan layanan. Terkait dengan pemanfaatan IT, tahun 2016 sudah akan dilakukan pengadaan perangkat IT, SIRS dan pengembangan SIRS dengan menggunakan dana yang berasal dari penggunaan saldo awal.

-

c). **Penyerapan Anggaran**

Penyerapan anggaranDIPA secara keseluruhan tahun 2016 sebesar Rp60.893.121.958,- atau 25.66 % dari Pagu yang terdiri dari :

Rupiah Murni : Rp33.737.666.352,-atau 31.49% dari Pagu RM

BLU :Rp27.155.455.606,-atau 20.86% dari Pagu BLU



Rincian belanja dan capaian investasi Tahun 2016, sebagai berikut:

Tabel. 5.41
Belanja RSM Tahun 2016

No	URAIAN	Pagu 2016 (Rp)	Realisasi (Rp)	%	Pagu 2015 (Rp)	Realisasi (Rp)	%
A	Sumber APBN (RM)						
1	Belanja Pegawai	49.385.280.000	25.631.801.643	6.61%	45.529.594.000	19.050.624.989	41.84%
2	Belanja barang	27.016.808.000	7.070.512.147	26.17%	33.777.726.000	8.737.489.466	25.86%
3	Belanja modal	30.768.339.000	1.035.352.562	3.36%	21.000.000.000	85.455.000	0.40%
B	Sumber Pendapatan BLU						
1	Belanja Pegawai	41.484.989.000	15.849.985.013	38.20%	53.982.384.000	18.331.622.983	33.95%
2	Belanja barang	64.214.755.000	11.211.685.283	17.45%	55.443.196.000	7.705.958.174	13.89%
3	Belanja modal	24.477.589.000	93.785.310	0.38%	8.432.250.000	473.419.125	5.61%
Jumlah (A+B)		237.347.760.000	60.893.121.958	25.65%	218.165.150.000	54.384.569.737	73.81%

Rendahnya Penyerapan anggaran tahun 2016 disebabkan karena :

- Adanya kebijakan pengeluaran anggaran yang dananya dari BLU di sesuaikan dengan dan didasarkan pada realisasi penerimaan pendapatan BLU. Realisasi penerimaan pendapatan BLU untuk tahun 2016 sebesar Rp37.541.287.590,- atau 32.72% dari yang dianggarkan (Rp114.719.405.000,-). Realisasi penerimaan pendapatan BLU berdasarkan akrual basis untuk tahun 2016 sebesar Rp38.594.938.489,-atau 33.69% dari target tahun 2016, sedangkan penyerapan anggaran yang bersumber dari pagu BLU sebesar Rp27.155.455.606,- atau 72.87% dari realisasi penerimaan pendapatan BLU .
- Adanya pelelangan melalui LPSE yang harus dilakukan lebih dari satu kali karena gagal lelang sedangkan pelelangan tidak dimulai diawal tahun.



- Adanya keterlambatan pelaksanaan kegiatan belanja modal berupa penyelesaian renovasi gedung rawat inap dan gedung lainnya, yang pembiayaannya berasal dari dana BLU (penggunaan saldo awal kas) karena harus menunggu persetujuan usulan penggunaan saldo awal. Ijin penggunaan saldo awal baru turun bulan pertengahan Mei 2016.

3. Kendala Yang dihadapi dalam pelaksanaan RBA

- Keterlambatan Persetujuan usulan penggunaan saldo awal kas untuk penyelesaian kegiatan renovasi ruangan.
- Penyelenggaraan lelang melalui LPSE yang sering berulang karena gagal lelang.



BAB VI PENUTUP

Pencapaian kinerja rumah sakit dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor dalam kurun Semester I 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 RSM Bogor Tahun 2015-2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi pada setiap unit kerja.

Keberhasilan atas pencapaian kinerja Semester I 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.



*Laporan Semester I
Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor
Tahun 2016*

LAMPIRAN



*Laporan Semester I
Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor
Tahun 2016*



HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016

Nama Satker BLU : RSJ dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor
Periode : Januari - Maret 2016

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)	9	10	11 = (5x10)	12	13	14 = (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%	75	3.75	0.14%	75	3.75	0.13%	75	3.75
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric)	≤1,5%	0.05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (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	6	Infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	≤5%	0.05	2.80%	100	5	1.95%	100	5	2.95%	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	100%	100	7	100%	100	7	93.40%	75	5.25
	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 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
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤240 Menit	0.02	35 menit	100	2	47.25 Menit	100	2	53 Menit	100	2
	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 Rekam Medik lengkap dlm waktu	>80%	0.02	31.89%	0	0	41.43%	0	0	42.42%	0	0
PELAYANAN KEUANGAN													
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya	65%	0.1	65%	100	10	65%	100	10	65%	100	10
					JUMLAH TS			JUMLAH TS			JUMLAH TS		
					82.75			86.5			86.75		
					NILAI IKI			NILAI IKI			NILAI IKI		
					1.625			1.750			1.750		

Direktur Utama,

dr. H. Bambang Eko Sunaryanto , Sp.KJ, MARS
NIP 196204301987111001



HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA INDIVIDU (IKI) TAHUN 2016

Nama Satker BLU : RSJ dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor
Periode : April - Juni 2016

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	APRIL			MEI			JUNI		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)	9	10	11 = (5x10)	12	13	14 = (5x13)
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	96	100	5	99.70%	100	5	99.50%	100	5
	3	Prosentase kejadian pasien jatuh	≤3%	0.05	0.14%	75	3.75	0%	100	5	0%	100	5
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive)	≤1,5%	0.05	6.25%	50	2.5	0%	100	5	0%	100	5
	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (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	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
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 (KRK)	>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	53 Menit	100	2	50.3 Menit	100	2	50.8 Menit	100	2
	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 (WTPR)	≤3 Jam	0.05	3 Jam 12 Menit	75	3.75	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 dim waktu 24	>80%	0.02	69.02%	50	1	75.68%	75	1.5	70.92%	75	1.5
PELAYANAN KEUANGAN													
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya	65%	0.1	65%	100	10	65%	100	10	57.33%	90	9
						JUMLAH TS	88.25	JUMLAH TS	91.25	JUMLAH TS	91.5		
						NILAI IKI	1.750	NILAI IKI	1.875	NILAI IKI	1.875		

Direktur Utama,

dr. H. Bambang Eko Sunaryanto , Sp.KJ, MARS
NIP 196204301987111001



HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

Nama Satker BLU : RS dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor
Periode : Triwulan I Tahun 2016

NO	INDIKATOR	STANDAR	TARGET TW I	HAPER TW I	Cn	KETERANGAN
1	2	3	4	5	6	7
1	Ketepatan Identifikasi Pasien	100	75	75	90.00%	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	60	73.33	97.33%	
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	144.92%	

Keterangan :

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

Direktur Utama,

dr. H. Bambang Eko S., Sp.KJ, MARS
NIP.196204301987111001



HASIL PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2016

Nama Satker BLU : RS dr. H. Marzoeqi 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	90.00%	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	60	100	124.00%	
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	51.37	138.63%	

Keterangan :

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

Direktur Utama,

dr. H. Bambang Eko S., Sp.KJ, MARS
NIP. 196204301987111001