

**LAPORAN TAHUNAN
RS PUSAT OTAK NASIONAL
TAHUN 2018**



KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penyusunan Laporan Berkala Tahun 2018 ini dapat kami selesaikan dengan baik.

Laporan berkala tahun 2018 ini disusun sebagai pertanggungjawaban kinerja maupun anggaran Rumah Sakit Pusat Otak Nasional kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagai Unit Pelaksana Teknis dibidang pelayanan kesehatan khususnya untuk otak dan persarafan.

Laporan berkala tahun 2018 ini berisikan laporan mengenai kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), pencapaian kinerja, realisasi anggaran dan upaya untuk meraih WTP dan zona integritas dalam pelaksanaan kegiatan dan program selama tahun 2018.

Terima kasih dan penghargaan yang tulus kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan berkala Tahun 2018 ini, harapan kami semoga Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dapat berkembang dengan baik untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Adapun kritik dan saran guna adanya perbaikan dalam laporan berkala yang akan datang sangat kami harapkan. Semoga laporan ini dapat berguna bagi semua pihak.

Jakarta, 28 Januari 2019

Direktur Utama
RS Pusat Otak Nasional



dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS
NIP 196209131922031002

DAFTAR ISI

IKHTISAR EKSEKUTIF	4
BAB I: PENDAHULUAN	6
1. Latar Belakang.....	6
2. Maksud dan Tujuan Laporan.....	6
3. Ruang Lingkup Laporan.....	6
BAB II : ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	7
1. Hambatan Tahun Lalu	7
2. Kelembagaan.....	7
3. Sumber Daya.....	8
BAB III : TUJUAN DAN SASARAN KERJA	14
1. Dasar Hukum.....	14
2. Tujuan, Sasaran dan Indikator	14
BAB IV : STRATEGI PELAKSANAAN	20
1. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	20
2. Hambatan dan Pelaksanaan Strategi	21
3. Upaya Tindak Lanjut.....	21
BAB V : HASIL KERJA	22
1. Pencapaian Target Kinerja.....	22
2. Realisasi Anggaran.....	63
3. Upaya Untuk Meraih WTP dan Zona Integritas	63
BAB VI : PENUTUP	65
1. Kesimpulan	65
2. Saran	65

IKHTISAR EKSEKUTIF

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional merupakan salah satu unit pelayanan vertikal di bidang pelayanan kesehatan di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, sesuai dengan Surat Keputusan Kementerian Kesehatan RI Nomor 045/Menkes/Per/X/2012 dan telah diresmikan pada 14 Juli 2014 oleh Presiden RI, Soesilo Bambang Yudhoyono.

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional memiliki komitmen yang kuat untuk melaksanakan tata pemerintahan yang baik (*good governance*) yang mengedepankan akuntabilitas, sehingga pelaksanaan penyelenggaraan kinerja RS Pusat Otak Nasional untuk tahun 2018 dapat dipertanggungjawabkan yaitu dalam bentuk Laporan berkala Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Tahun 2018.

Pada tahun 2018 ini Capaian pelayanan RS Pusat Otak Nasional untuk kunjungan rawat jalan meningkat 84.65% (69.671 pengunjung) dari capaian tahun 2017 (58.982 pengunjung), dan pengunjung IGD meningkat 74.92% (6320 pengunjung) dari capaian tahun 2017 (4735 pengunjung). Seiring dengan meningkatnya kunjungan pasien rawat inap selama tahun 2018 sebesar 76% (4755 pengunjung) dari capaian tahun 2017 (3614 pengunjung), maka RS Pusat Otak Nasional melakukan penambahan kapasitas tempat tidur dari yang semula 132 tempat tidur pada awal tahun 2018 menjadi 153 tempat tidur. Dengan adanya penambahan kapasitas tempat tidur ini menjadikan BOR RS Pusat Otak Nasional untuk tahun 2018 sebesar 64.61% dengan nilai rata-rata tempat tidur kosong (TOI) sebesar 4 hari dan rata-rata lama rawat pasien (ALOS) sebesar 8 hari.

Pelayanan poliklinik RS Pusat Otak Nasional terbagi atas beberapa subdivisi, yang dimaksudkan agar penanganan pasien lebih spesifik disesuaikan dengan kondisi kesehatannya. Adapun poliklinik yang telah dilaksanakan di tahun 2018 antara lain :

- | | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| 1. Neuro Umum | 9. Sleep Disorder | 17. Anestesi | 25. Neuro Diagnostik |
| 2. Neuro Vascular | 10. Nyeri Kepala | 18. Gigi | 26. Neuro RDemensia |
| 3. Neuro Infeksi | 11. Saraf Perifer | 19. Penyakit Dalam | 27. Psikologi |
| 4. Neuro Trauma | 12. Pain Intervention | 20. Jantung | 28. Fisioterapi |
| 5. Neuro Behavior | 13. Bedah Umum | 21. Paru | 29. Terapi Wicara |
| 6. Neuro Restorasi | 14. Bedah Saraf | 22. THT | 30. Okupasi Terapi |
| 7. Neuro Pediatri | 15. Bedah Orthopedi | 23. Gizi | |
| 8. Epilepsi | 16. Bedah Plastik | 24. Neuro Kognitif | |

Sejak tanggal 1 Maret 2015 RS Pusat Otak Nasional telah membuka pelayanan Poliklinik Eksekutif dengan jam pelayanan :

1. Senin - Jumat mulai pukul 07.30 - 21.00 WIB
2. Sabtu mulai pukul 07.30 – 14.00 WIB

Adapun pelayanan yang diberikan di Poliklinik Eksekutif adalah Medical Brain Check Up, Fisioterapi Eksekutif, Okupasi Terapi Eksekutif, Terapi Wicara Eksekutif, Neurodiagnostik Eksekutif, Neurokognitif Eksekutif dan Poli Vaksinasi.

Pada tanggal 16 Desember 2018, RS Pusat Otak Nasional telah mendapatkan sertifikat akreditasi rumah sakit dengan tingkat kelulusan Paripurna dengan nomor : KARS-SERT/272/XII/2018, dan pada tanggal 7 Desember 2015 RS Pusat Otak Nasional telah memiliki izin operasional sebagai Rumah Sakit Khusus Otak kelas A sesuai dengan Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal dengan nomor : 4/1/10/KES/PMDN/2015. Dengan demikian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional diharapkan dapat memberikan yang terbaik dalam pelayanan kesehatan serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat khusus dibidang Otak dan persarafan.

Pencapaian penerimaan RS Pusat Otak Nasional pada tahun 2018 tercapai sebesar Rp. 167.555.943.958 (246,04%) dari target yang ditetapkan sebesar Rp. 68.100.142.000 Dengan telah dibukanya pelayanan poliklinik eksekutif dan adanya ikatan kerjasama dengan beberapa asuransi kesehatan swasta selain BPJS telah meningkatkan penerimaan rumah sakit. Realisasi penyerapan anggaran DIPA Rumah Sakit Pusat Otak Nasional per tanggal 31 Desember 2018 sebesar Rp.210.109.059.178 (84,07%) dari pagu anggaran tahun 2018 sebesar Rp 249.916.715.000,-Berdasarkan hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja ditahun 2018, RS Pusat Otak Nasional mendapatkan predikat AA.

BAB I: PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Penyusunan laporan berkala merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari satuan kerja dilingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu semesteran maupun tahunan.

Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu tahun 2018, maka disusunlah Laporan Berkala RS Pusat Otak Nasional tahun 2018, dimana RS Pusat Otak Nasional merupakan salah satu unit pelayanan vertikal dibidang pelayanan kesehatan dilingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

2. Maksud dan Tujuan Laporan

Maksud dan tujuan penyusunan laporan berkala Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, yakni :

- a. Dalam rangka mendukung sistem akuntabilitas negara dengan memenuhi kewajiban institusional dan pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit sebagai salah satu satuan organisasi Unit Pelaksana Teknis yang berada dilingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- b. Sebagai bahan monitoring dan evaluasi atas kegiatan serta kinerja organisasi yang sudah berjalan selama tahun 2018, sehingga dapat dijadikan sebagai tolak ukur serta acuan dalam meningkatkan kinerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dimasa yang akan datang.

3. Ruang Lingkup Laporan

Ruang lingkup laporan berkala RS Pusat Otak Nasional tahun 2018 meliputi :

- Bab I : Pendahuluan
- Bab II : Analisis Situasi Awal Tahun
- Bab III : Tujuan dan Sasaran Kerja
- Bab IV : Strategi Pelaksanaan
- Bab V : Hasil Kerja
- Bab VI : Penutup

BAB II : ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

1. Hambatan Tahun Lalu

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya selama tahun 2018, hambatan yang mempengaruhi kinerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional baik secara langsung maupun tidak langsung adalah sebagai berikut:

- Pencatatan dan dokumentasi berbagai data, belum dilaksanakan dengan baik;
- Belum terintegrasinya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) secara menyeluruh;
- Kurang maksimalnya pelayanan kepada pasien rawat inap dikarenakan masih terbatasnya jumlah tempat tidur di RS Pusat Otak Nasional yakni sebanyak 153 tempat tidur;
- Terbatasnya kuantitas dan kualitas pegawai ;
- Disiplin dan komitmen petugas yang belum optimal;
- Koordinasi antar unit kerja belum terlaksana dengan baik;
- Belum tersedianya beberapa tenaga profesional yang sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sebagai rumah sakit pusat kajian dan rujukan nasional otak dan sistem persarafan;
- Belum sempurnanya hospital safety system dan maintenance building.

2. Kelembagaan

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Jakarta adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan RI yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, yang mempunyai tugas menyelenggarakan upaya pencegahan, penyembuhan dan pemulihan di bidang otak dan saraf yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan lainnya serta melaksanakan upaya rujukan.

Dalam melaksanakan tugasnya, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelaksanaan pelayanan kesehatan otak dan saraf secara paripurna dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
- b. Pelaksanaan deteksi dini dan pencegahan penyakit otak dan saraf;
- c. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan;
- d. Pelaksanaan pelayanan rujukan;
- e. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan di bidang otak dan saraf serta kesehatan lainnya;

- f. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang otak dan saraf serta kesehatan lainnya;
- g. Pengelolaan sumber daya manusia; dan
- h. Pelaksanaan keuangan dan administrasi umum.

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan no. 45 tahun. 2012 tanggal 29 Oktober 2012 mengenai organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (terlampir), organisasi Rumah Sakit Pusat Otak Nasional yang dipimpin oleh seorang Direktur Utama, terdiri atas:

- a. Direktorat Pelayanan
- b. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian,
- c. Direktorat Keuangan Administrasi Umum; dan
- d. Unit-unit Non- struktural (Komite, Instalasi dan Satuan Pemeriksaan Intern).

Adapun susunan direksi pada struktur organisasi Rumah Sakit Pusat Otak Nasional adalah sebagai berikut :

Direktur Utama	: dr. Mursyid Bustami, Sp S (K), KIC, MARS
Direktur Pelayanan	: dr. Andi Basuki Prima Birawa, Sp S (K), MARS
Direktur SDM dan Diklit	: dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS
Direktur Keuangan dan Adum	: Diana Mutiara, SE, M.Akun

3. Sumber Daya

a. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang dimiliki oleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional terdiri atas PNS, Non PNS. Adapun gambaran sumber daya manusia Rumah Sakit Pusat Otak Nasional per 31 Desember 2018 adalah sebagai berikut:

Rekapitulasi Jabatan

NO	JABATAN	Jan-17				Des-18			
		PNS	NON PNS	KONSULTAN/ TAMU	JUMLAH	PNS	NON PNS	KONSULTAN/ TAMU	JUMLAH
1	administrator	7			7	8	0		8
2	administrator kesehatan	3	1		4	3	2		5
3	analisis data dan informasi	1			1	2	0		2
4	analisis kepegawaian (analisis manajemen kepegawaian)	1	1		2	1	1		2
5	analisis kepegawaian pemula (pengadministrasi kepegawaian)	1			1	1	0		1
6	analisis keuangan				0		2		2
7	apoteker	9			9	8	1		9
8	apoteker ahli madya	2			2	2	0		2
9	asisten apoteker pemula	20	1		21	20	1		21
10	asisten apoteker terampil	1			1	1	0		1
11	auditor (analisis bidang pengawasan)	1			1	1	0		1
12	bendahara	2			2	2	0		2
13	binatu rumah sakit		2		2		5		5
14	caraka (pengadministrasi persuratan)	1	4		5	1	6		7
15	dokter	46	11	1	58	49	8		57
16	dokter ahli madya				0	1	0		1
17	dokter ahli muda	5			5	8	0		8
18	dokter ahli pertama	4			4	9	0		9
19	dokter gigi ahli madya	1			1	1	0		1
20	dokter konsultan			6	6			4	4
21	dokter pendidik klinis ahli utama	1			1	1	0		1
22	fisikawan medis	1			1	1	0		1
23	fisioterapis	1	4		5	1	4		5
24	fisioterapis ahli muda	1			1	1	0		1
25	fisioterapis pemula	5	4		9	5	3		8
26	fisioterapis terampil	4			4	4	0		4
27	inspektur sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan				0		1		1
28	juru bayar/kasir		7		7		8		8
29	nutrisionis	7			7	6	0		6
30	nutrisionis ahli pertama				0	1	0		1
31	nutrisionis pemula	8	1		9	4	0		4
32	nutrisionis terampil				0	4	0		4

33	okupasi terapis pemula		2		2		4		4
34	okupasi terapis terampil	1			1	1	0		1
35	pekerja		4		4		7		7
36	pembimbing kesehatan kerja				0		1		1
37	pemelihara sarana dan prasarana				0		1		1
38	penata laporan keuangan	7	3		10	7	3		10
39	pengadministrasi umum	2	4		6	2	13		15
40	pengawas	5			5	5	0		5
41	pengelola instalasi air dan listrik				0		8		8
42	pengelola wisma				0		1		1
43	pengemudi		6		6		6		6
44	pengemudi ambulance		2		2		3		3
45	PENGEVALUASI (PENATA BAHAN EVALUASI DAN MONITORING KEGIATAN)	1			1	1	0		1
46	Penyusun Laporan		1		1		1		1
47	perawat	110	10		120	98	16		114
48	perawat pemula	141	10		151	85	23		108
49	perawat terampil	52			52	107	0		107
50	perawat ahli madya				0	1	0		1
51	perawat ahli muda	1			1	2	0		2
52	perawat ahli pertama	33			33	45	0		45
53	perekam medik ahli				0		2		2
54	perekam medik ahli pertama	1			1	1	0		1
55	perekam medik pemula	15			15	14	0		14
56	perekam medik terampil				0	1	0		1
57	perencana	2	1		3	2	1		3
58	petugas pendaftaran		2		2		2		2
59	pimpinan tinggi pratama	4			4	4	0		4
60	pramubakti		5		5		6		6
61	pramusaji				0		2		2
62	pranata hubungan masyarakat	5			5	5	0		5
63	pranata jamuan				0		3		3
64	PRANATA KOMPUTER (ANALIS SISTEM INFORMASI DAN JARINGAN)	7	5		12	7	7		14
65	PRANATA KOMPUTER PEMULA (PENGELOLA TEKNOLOGI INFORMASI)	9	1		10	9	1		10
66	PRANATA LABORATORIUM KESEHATAN MAHIR				0	3	0		3
67	PRANATA LABORATORIUM KESEHATAN PEMULA	22	1		23	3	1		4

68	PRANATA LABORATORIUM KESEHATAN TERAMPIL				0	16	0		16
69	Psikologi klinis pertama	1			1	1	0		1
70	pustakawan pemula	1			1	1	0		1
71	radiografer pemula	16			16	12	0		12
72	radiografer penyelia	1			1	1	0		1
73	radiografer terampil				0	4	0		4
74	sanitarian	1			1	1	0		1
75	sanitarian pemula	1			1	1	1		2
76	sekretaris	4			4	4	0		4
77	teknisi elektromedis mahir	1			1	1	0		1
78	teknisi elektromedis terampil	2			2	2	0		2
79	teknisi mesin		7		7		9		9
80	terapis wicara pemula	1	2		3	1	2		3
81	verifikator keuangan	8	1		9	8	3		11
82	teknisi jaringan		6		6				
83	satpam		6		6				
Jumlah		588	115	7	710	602	169	4	775

Sumber : Laporan Bulanan Bagian SDM

Uraian Status Pegawai Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Golongan Jabatan

No	URAIAN	STATUS PEGAWAI		JUMLAH
		PNS	NON PNS	
I	Berdasarkan Pendidikan :			
1	S3	1		1
2	S2	61	17	78
3	S1	208	47	255
4	D.IV	2	11	13
5	D.III	316	41	357
6	SLTA	1	70	71
	Jumlah	589	186	775
II	Berdasarkan Golongan :			
1	Golongan IV	21	-	21
2	Golongan III	253	-	253
3	Golongan II	314	-	314
4	Golongan I	-	-	-
5	Non PNS	-	187	187
	Jumlah	588	187	775

Sumber : Laporan Bulanan Bagian SDM

b. Sarana dan Prasarana

Gedung Bangunan yang dimiliki dan telah dipergunakan oleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sampai dengan Desember 2018 adalah gedung A seluas 36.792 meter persegi yang terdiri 12 lantai dan gedung B seluas 31.927 meter persegi yang terdiri dari 16 lantai. Gedung A digunakan untuk pelayanan kepada pasien saja, sedangkan Gedung B digunakan untuk kegiatan manajemen, parkir, rumah singgah keluarga pasien dan riset medis.

Laporan pengelolaan sarana dan prasarana Rumah Sakit Pusat Nasional selama untuk tahun anggaran 2018 per 31 Desember 2018, adalah :

- a. BMN Intrakomtabel
 - Posisi Awal (per 1 Januari 2018) : Rp.1.210.498.273.112
 - Penambahan : Rp.166.767.029.099
 - Pengurangan : Rp.148.121.753.000
 - Posisi akhir (per 31 Desember 2018) : Rp.1.229.143.549.211
- b. BMN Ekstrakomptabel
 - Posisi Awal (per 1 Januari 2018) : Rp.356.640.252
 - Penambahan : Rp.483.852.509
 - Pengurangan : Rp. -
 - Posisi akhir (per 31 Desember 2018) : Rp.840.492.761
- c. BMN Gabungan
 - Posisi Awal (per 1 Januari 2018) : Rp.1.210.854.913.364
 - Penambahan : Rp.167.250.881.608
 - Pengurangan : Rp.148.121.753.000
 - Posisi akhir (per 31 Desember 2018) : Rp.1.229.984.041.972
- d. BMN Aset Tak Berwujud
 - Posisi Awal (per 1 Januari 2018) : Rp.2.468.703.270
 - Penambahan : Rp.2.062.173.972
 - Pengurangan : Rp.2.008.541.700
 - Posisi akhir (per 31 Desember 2018) : Rp.2.522.335.542

Laporan Posisi Barang Milik Negara RS Pusat Otak Nasional
Per Tanggal 31 Desember 2018 (dalam Rupiah)

No	Uraian Neraca	Nilai BMN	Akumulasi Penyusutan	Nilai Netto
1	Barang Konsumsi	5.017.662.176	-	5.017.662.176
2	Bahan untuk Pemeliharaan	396.992.992	-	396.992.992
3	Suku Cadang	1.252.692.342	-	1.252.692.342
4	Bahan Baku	35.672.632	-	35.672.632
5	Persediaan lainnya	5.436.666.000	-	5.436.666.000
6	Tanah	463.032.094.000	-	463.032.094.000
7	Peralatan dan Mesin	331.757.583.326	252.923.677.205	78.833.906.121
8	Gedung dan Bangunan	432.282.490.350	16.761.177.368	415.521.312.982
9	Jalan, Irigasi dan Jaringan	1.870.187.535	178.397.233	1.691.790.302
10	Aset Tetap lainnya	201.194.000	-	201.194.000
11	KDP	-	-	-
12	Aset tak Berwujud	2.522.335.542	2.359.152.493	163.183.049
Total		1.243.805.570.895	272.222.404.299	971.583.166.596

Sumber : Laporan SIMAK BMN TA. 2018

c. Dana

Anggaran RS Pusat Otak Nasional untuk tahun 2018, dapat dilihat berdasarkan tabel berikut ini:

URAIAN	ALOKASI		
	APBN	BLU	JUMLAH
Belanja Pegawai	33.197.299.000	-	33.197.299.000
Belanja Barang	25.800.876.000	168.499.717.000	194.300.593.000
Belanja Modal	10.918.000.000	11.500.283.000	22.418.283.000
Total	69.916.175.000	180.000.000.000	249.916.175.000

BAB III : TUJUAN DAN SASARAN KERJA

1. Dasar Hukum

Dasar Hukum yang dijadikan acuan oleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dalam menyusun kebijakan dan rencana kerja, yaitu :

- a. Peraturan Presiden No. 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010-2014;
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/IV/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja kementerian Kesehatan;
- c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 021/Menkes/SK/I/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014;
- d. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1099/Menkes/SK/VI/2011 tentang Rencana Strategis kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014;
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 1981/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit.
- f. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum.
- g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor.4 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran Badan Layanan Umum dilingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.
- h. Pakta Integritas Menteri Kesehatan;
- i. Peraturan Menteri Kesehatan no. 045/Menkes/Per/X/2012 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Jakarta
- j. Rencana Strategi Bisnis (RSB) RS Pusat Otak Nasional Tahun 2015-2019
- k. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Tahun 2018

2. Tujuan, Sasaran dan Indikator

Tujuan dan sasaran Rumah Sakit Pusat Otak Nasional adalah :

Tujuan – 1 : Meningkatnya kompetensi tenaga rumah sakit dalam rangka optimalisasi pelayanan

Sasaran : 1. Terwujudnya SDM yang kompeten
2. Terwujudnya budaya kinerja yang baik

Tujuan – 2 : Meningkatnya sistem manajemen Keuangan dan pengelolaan sumber daya secara efisiensi, transparan dan akuntabel.

Sasaran : 1. Kehandalan sarana prasarana dan alat kesehatan
2. Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik
3. Terwujudnya optimalisasi surplus RS

Tujuan – 3 : Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit bagi pelanggan eksternal dan internal

- Sasaran : 1. Terselenggaranya layanan produk unggulan
 2. Terwujudnya RS sebagai Sarana Pendidikan pelayanan primer neurologi
 3. Terjalannya kerjasama untuk semua bidang pelayanan
 4. Terwujudnya pelayanan kesehatan yang unggul dengan kendali mutu dan kendali biaya
 5. Terwujudnya kepuasan stakeholder

Key Performance Indicators (KPI) sesuai RSB RS Pusat Otak Nasional

Adapun KPI RS Pusat Otak Nasional berdasarkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	Target 2018
Learning and Growth	Terwujudnya SDM yang Kompeten	Persentase SDM yang tersertifikasi	70%
	Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi	Level integrasi IT Rumah Sakit	Integrated-2
	Kehandalan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan	Tingkat kehandalan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai <i>best practice</i>	80%
	Budaya kinerja yang baik	Persentase SDM dengan kinerja optimal	90%
Internal Business Process	Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik	Opini audit atas laporan keuangan oleh KAP	WTP
		Akreditasi Rumah Sakit	KARS SNARS 1
	Terwujudnya RS sebagai sarana pendidikan otak dan sistem persarafan	Akreditasi RS pendidikan	Kontinuitas
	Terselenggaranya layanan unggulan dalam bidang Otak dan Sistem Persarafan	Jumlah Layanan Unggulan	6
	Terjalannya kerjasama dalam bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian	Jumlah kerjasama	12
	Terwujudnya pelayanan kesehatan yang unggul dengan kendali mutu & kendali biaya	Persentase kasus sesuai PPK/ CP	90%
Persentase capaian 5 indikator medik		90%	
Stakeholder	Terwujudnya kepuasan stakeholder	Tingkat kepuasan pasien dan keluarga	90%
		Tingkat kepuasan staf	85%
Financial	Peningkatan pendapatan dan efisiensi anggaran	Peningkatan surplus rumah sakit per tahun	8%
		Peningkatan sistem akuntansi	5

Sumber : KPI RS Pusat Otak Nasional Tahun 2018

Standar Pelayanan Minimum (SPM) :

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	Administrasi dan Manajemen	1 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		2 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
		3 <i>Utility</i> peralatan canggih CT Scan	≥ 80%
		4 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%
		6 Cost Recovery Rate	> 40%
		7 Efektifitas penanganan komplain pasien	100%
		8 Cash Ratio	10
		9 Current Ratio	13
		10 Collection Period	10
		11 Fixed Asset Turnover	10
		12 Return On Asset	5
		13 Return On Equity	5
		14 Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional	12
2	Gawat Darurat	1. Kemampuan resusitasi pasien anak dan dewasa di IGD	100%
		2. Jam buka Pelayanan IGD	24 Jam
		3. Sertifikasi pemberi pelayanan Gawat Darurat	100%
		4. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan dokter di IGD	≤ 5 mnt
		5. Kematian pasien < 24 jam	≤ 2‰
		6. Turn around time pasien IGD	100%
		7. Kepuasan Pelanggan	≥ 70%
3	Bedah	1. Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	≤ 2 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan ETT	≤ 6%
4	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pemeriksaan Radiologi CT Scan Kepala ≤ 3 jam	≥ 80%
		2. Waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi Thorax < 3 jam	≥ 80%
		3. Reject Film Radiologi	≤ 2%
5	Transfusi Darah	1. Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0.01%
		2. Efektifitas Penggunaan Darah	100%
6	Rawat Inap	1. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24%
		2. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %

		3. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	
		4. Pengkajian awal Ranap < 24 jam	100%	
		5. Komunikasi efektif/TBAK	100%	
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	
7	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	
8	Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	
9	Sterilisasi Sentral	1. Indikator Biologi :		
		- Uji Biologi Indikator Plasma	negatif	
		- Uji Biologi Indikator Implant	negatif	
		- Uji Biologi Indikator Steam	negatif	
10	Rawat Jalan	1. Pengkajian pasien di Rajal < 2 jam	100%	
		2. Tingkat Kepuasan Pelanggan	>90%	
		3. Tidak ada kejadian pasien jatuh	100%	
		4. Response time pelayanan poli < 2 Jam	100%	
11	Laboratorium	1. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab	100%	
		2. TAT pemeriksaan lab emergency (CITO) kurang dari 140 menit	100%	
		3. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan lab	100%	
		4. Kepuasan Pelanggan	≥80%	
12	Ambulance	1. Waktu pelayanan Ambulance	24 jam	
		2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance di RS	100%	
13	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan :		
		- Obat Jadi	≤ 30 mnt	
		- Obat Racikan	≤ 60 mnt	
		2. Penulisan resep sesuai dengan formularium nasional	100%	
		3. Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%	
14	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	BBLK	Unilab dan BPLHD
		- pH	6.0 - 9.0	6.0 - 9.0
		- Total zat padat tersuspensi	30	75
		- BOD	30	75
		- COD	80	100
		- Amonia bebas		
		- Phosphat		
		2. Baku mutu limbah padat	100%	
15	IPSRS	1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	

		3. Peralatan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
16	Sasaran Keselamatan Pasien	1 Identifikasi pasien secara benar	100%
		2 Komunikasi efektif/TBAK	100%
		3 Jumlah kejadian penyimpanan cairan elektrolit pekat di ruang rawat	0
		4 Kepatuhan penerapan time out	100%
		5. Kepatuhan kebersihan tangan petugas	100%
		6. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
17	Rekam Medik	1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik	100%
		2. Kelengkapan Pengisian Informed Consent	100%
18	PPI	1. VAP	0%
		2. Infeksi Aliran Darah (IADP)	< 3.5%
		3. Plebitis	< 1%
		4. Infeksi Saluran Kemih (ISK)	< 4.7%
		5. Infeksi Daerah Operasi (IDO)	< 2%
		6. Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	< 1%
		7. Dekubitus	< 3%
		8. Tertusuk Jarum	0%
19	Pemulasaraan Jenazah	1. Kecepatan Waktu Pelayanan Pengambilan Jenazah dari Ruangan	100%
		2. Kecepatan Waktu Dimulainya Memandikan Jenazah	100%
		3. Kecepatan Waktu Dimulainya Pengawetan Jenazah	100%
		4. Pelayanan Penitipan Jenazah Kondisi Baik di Lemari Pendingin	100%
20	Pelayanan Intensif (NCCU)	1. Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam	≤3%
		2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif	100%
21	Penanggulangan Infeksi Tuberkulosis	1. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS	100%
		2. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS	100%
22	Indikator Medis	1. Penderita Stroke Iskemik mendapatkan terapi antitrombolitik pada saat pulang	100%
		2. Penderita Stroke Iskemik dengan AF mendapatkan tambahan terapi antikoagulan pada saat pulang	100%
		3. Penderita Stroke (Iskemik dan Hemoragik) 100% mendapatkan edukasi tentang pengelolaan faktor risikonya	100%
		4. Penderita Stroke (Iskemik dan Hemoragik) 100% dilakukan rehabilitasi medic	100%
23	Neurodiagnostik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Neurodiagnostik ≤ 120 mnt	100%
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Neurodiagnostik	100%
		3. Kejadian penundaan pemeriksaan neurodiagnostik	< 10 kejadian
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %

		5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
24	Neurobehaviour	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Neurobehaviour ≤ 120 mnt	100%
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Neurobehaviour	100%
		3. Kejadian penundaan pemeriksaan neurobehaviour	< 10 kejadian
		4. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
		5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%

Sumber : SPM RS Pusat Otak Nasional

Penetapan Kinerja Tahun 2018

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Target 2018
1	2	3	4
I	Direktorat Pelayanan		
1	Terselenggaranya layanan unggulan	Jumlah layanan unggulan	6
2	Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu & kendali biaya	Persentase kasus sesuai PPK/CP	90%
		Persentase capaian 5 indikator medik	90%
II	Direktorat SDM dan Diklit		
1	Terwujudnya SDM yang kompeten	Persentase SDM yang tersertifikasi	70%
2	Terwujudnya budaya kinerja yang baik	Persentase SDM dengan kinerja optimal	90%
3	Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik	Akreditasi rumah sakit	KARS SNARS 1
4	Terwujudnya rumah sakit sebagai sarana pendidikan otak dan sistem persarafan	Akreditasi rumah sakit pendidikan	Konitunitas
5	Terjalinnnya kerjasama dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian	Jumlah kerjasama	12
6	Terwujudnya kepuasan stakeholder	Tingkat kepuasan pasien dan keluarga	90%
		Tingkat kepuasan staf	85%
III	Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum		
1	Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi	Level integrasi IT rumah sakit	Integrated-2
2	Kehandalan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan	Tingkat kehandalan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai <i>best practice</i>	80%
3	Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik	Opini audit atas laporan keuangan	WTP
4	Peningkatan pendapatan dan efisiensi anggaran	Peningkatan surplus rumah sakit per tahun	8%
		Peningkatan sistem akuntansi	5

Sumber : SPM RS Pusat Otak Nasional

Jumlah anggaran kegiatan RS Pusat Otak Nasional untuk tahun 2018 adalah sebesar Rp249.916.175.000,- (Dua Ratus Empat Puluh Sembilan Milyar Sembilan Ratus Enam Belas Juta Seratus Tujuh Puluh Lima Ribu Rupiah).

BAB IV : STRATEGI PELAKSANAAN

1. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

a. Komponen Pelayanan :

- Mengoptimalkan pelayanan sub spesialisik paripurna di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
- Memanfaatkan pendeknya waktu tunggu operasi
- Menyiapkan SDM penunjang pelayanan sub spesialisik yang kompeten untuk menghadapi tuntutan fasilitas pelayanan yang lebih canggih
- Mengoptimalkan pengembangan sistem pemberian pelayanan keperawatan
- Menetapkan standar pelayanan medis yang baku

b. Komponen Keuangan :

- Menyusun perencanaan keuangan komprehensif
- Memanfaatkan fleksibilitas dalam pengelolaan anggaran PNBK/BLU
- Menerapkan pengelolaan keuangan yang akuntabel dan terintegrasi
- Meningkatkan Sistem Informasi Rumah Sakit yang terpadu dan terintegrasi

c. Komponen Organisasi Manajemen dan Peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM)

- Mengoptimalkan program pemasaran.
- Mengoptimalkan pelaksanaan pendidikan dan penyuluhan kesehatan bagi pasien
- Meminimalisasi keluhan pelanggan rumah sakit
- Meningkatkan kualitas SDM disatuan kerja rumah sakit
- Tersusunnya kegiatan pelayanan administrasi
- Pemberdayaan SDM rumah sakit
- Tersusunnya perencanaan program dan kebutuhan yang berorientasi sesuai arah pengembangan pelayanan rumah sakit
- Melakukan kegiatan layanan sesuai arah pengembangan
- Melakukan upaya preventif dibidang pelayanan dan administrasi
- Hemat energi melalui green hospital
- Menerapkan standar pelayanan sesuai kaidah akreditasi JCI atau sejenisnya.

d. Komponen Sarana dan Prasarana

- Mengoptimalkan utilitas sarana dan prasarana rumah sakit
- Menggunakan masterplan perpektif
- Mengoptimalkan kinerja sanitasi

2. Hambatan dan Pelaksanaan Strategi

Dalam melaksanakan strategi pencapaian tujuan dan sasaran yang diinginkan, masih banyak hambatan terjadi dalam pelaksanaan operasional Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, antara lain :

a. Hambatan dalam komponen Pelayanan

- Koordinasi Pelayanan belum optimal, karena kurangnya pemahaman akan tupoksinya masing-masing;
- Standar Pelayanan Operasional (SPO) belum sepenuhnya dilaksanakan;
- Masih kurangnya kuantitas tenaga medis yang kompeten terutama untuk bidang yang berhubungan dengan otak dan sistem persarafan;

b. Hambatan dalam komponen Keuangan

- Standar Pelayanan Operasional (SPO) belum sepenuhnya dilaksanakan
- Belum optimalnya SIMRS (Billing System), dan jaringannya terbatas
- Koordinasi yang belum optimal didalam komponen keuangan ini, dikarenakan kurangnya pemahaman akan tupoksinya masing-masing.

c. Hambatan dalam komponen Organisasi Manajemen dan Peningkatan SDM

- Penempatan dan pemanfaatan SDM belum sesuai dengan kompetensinya;
- Belum optimalnya sistem reward dan punishment;
- Kurangnya kuantitas dan kualitas SDM yang kompeten dibidangnya.

d. Hambatan dalam komponen sarana dan prasarana

- Belum terintegrasinya SIMRS secara menyeluruh, sehingga terhambatnya sistem monitoring dan evaluasi;
- Potensi banjir di lingkungan rumah sakit relatif masih tinggi.

3. Upaya Tindak Lanjut

- Melengkapi& memperbaiki Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan;
- Untuk memperbaiki koordinasi antara direktorat, setiap satu minggu sekali, yakni setiap hari rabu diadakan rapat struktural, dan diadakannya rapat internal yang dilakukan oleh masing-masing direktorat
- Mengirimkan SDM baik yang berhubungan dengan pelayanan maupun administrasi untuk pelatihan, seminar ataupun studi banding ke satker lain untuk meningkatkan kompetensinya
- Mengkaji kembali penempatan dan pemanfaatan SDM sesuai dengan kompetensinya
- Melengkapi dan meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit.

BAB V : HASIL KERJA

1. Pencapaian Target Kinerja

Target dan Realisasi Penerimaan

Uraian	Target	Realisasi	%
Pendapatan Badan Layanan Umum	67.578.742.000	126.699.692.202	187,48
Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	67.578.742.000	126.699.692.202	187,48
Jumlah Penerimaan	67.578.742.000	126.699.692.202	187,48
Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha	246.400.000	1.323.622.418	537,18
Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	275.000.000	5.594.295.200	2034,29
Jumlah Pendapatan	68.100.142.000	167.362.972.311	245,76

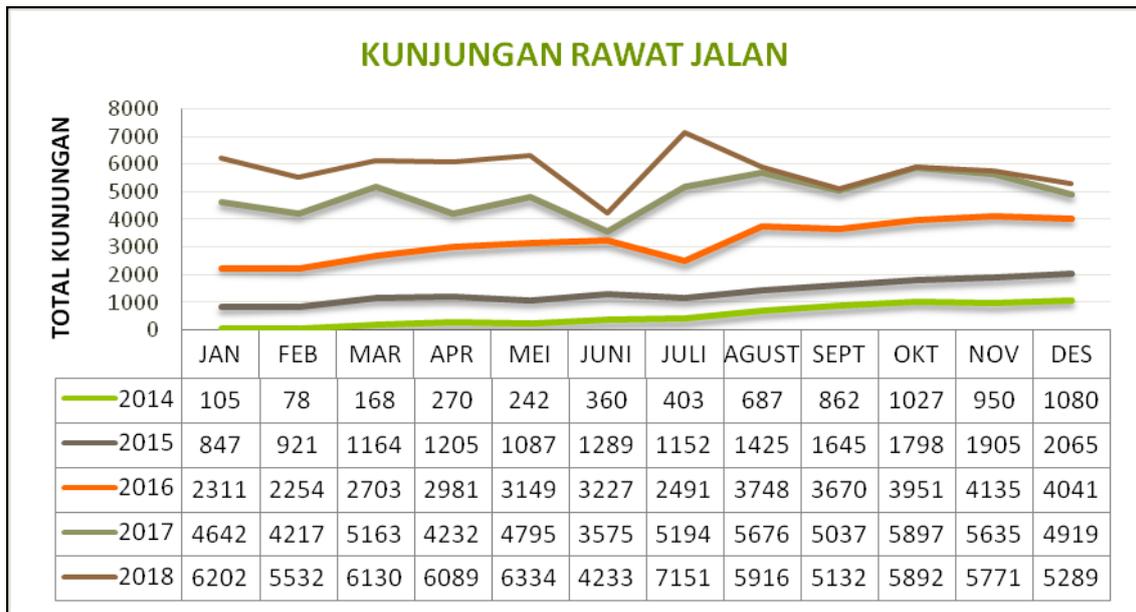
Sumber : target dan realisasi penerimaan

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sebagai rumah sakit rujukan bidang otak dan persarafan yang sudah semakin dikenal dikalangan masyarakat. Hal ini terlihat dari semakin meningkatnya dari waktu ke waktu jumlah pasien yang berkunjung sejak rumah sakit mulai operasional sampai dengan saat ini. Kunjungan pasien tidak hanya berasal dari wilayah DKI Jakarta dan sekitarnya saja, melainkan sampai wilayah lain di Indonesia.

Peningkatan kunjungan pasien Rumah Sakit Pusat Otak Nasional pada tahun 2018 terlihat hampir diseluruh kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Pada bulan April 2015 pelayanan poliklinik mulai per subdivisi, sehingga penanganan pasien lebih spesifik disesuaikan dengan kondisi kesehatannya.

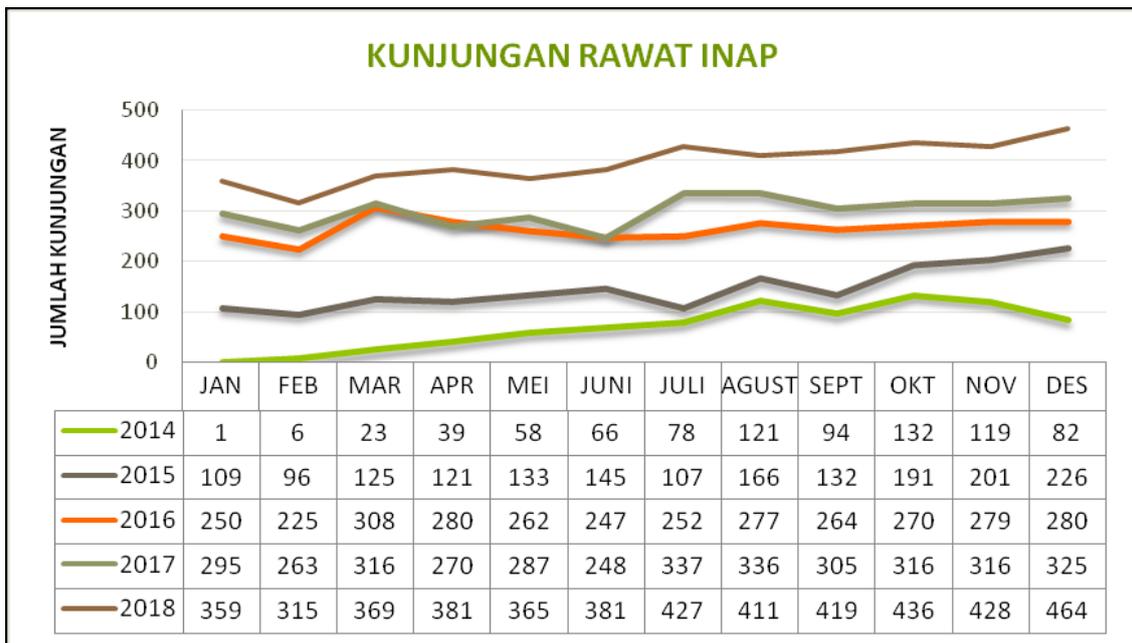
Pada tanggal 1 Maret 2015, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional telah membuka pelayanan Poliklinik Eksekutif, dimana jam pelayanannya dilakukan Senin sampai Jumat mulai pukul 07.30 - 21.00 WIB dan Sabtu mulai pukul 07.30 – 14.00 WIB, selain itu rumah sakit juga membuka pelayanan vaksinasi. Dengan adanya pembukaan layanan Poliklinik Eksekutif dan vaksinasi tersebut, menambah pendapatan yang diperoleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Penambahan pendapatan lainnya juga diperoleh melalui hasil kerjasama lembaga/badan usaha, jasa layanan perbankan, ambulance dan bagian diklat.

Adapun data pelayanan RS Pusat Otak Nasional di Tahun 2018 adalah sebagai berikut :



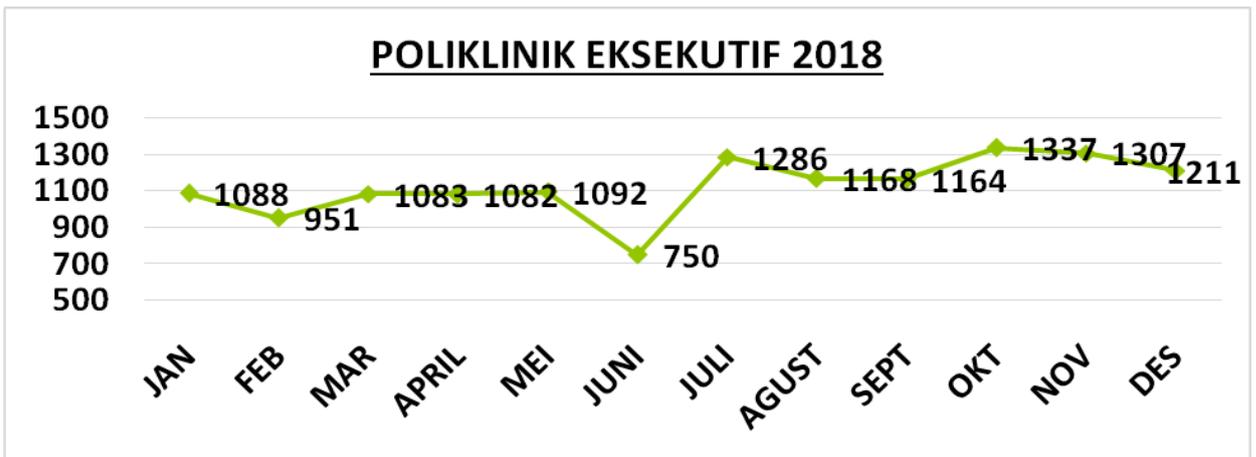
Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

Perbandingan Kunjungan Rawat Inap Tahun 2014 – 2018



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

I Kunjungan Poliklinik Eksekutif tahun 2018



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

Total Kunjungan Poli Eksekutif :

2014 : 473

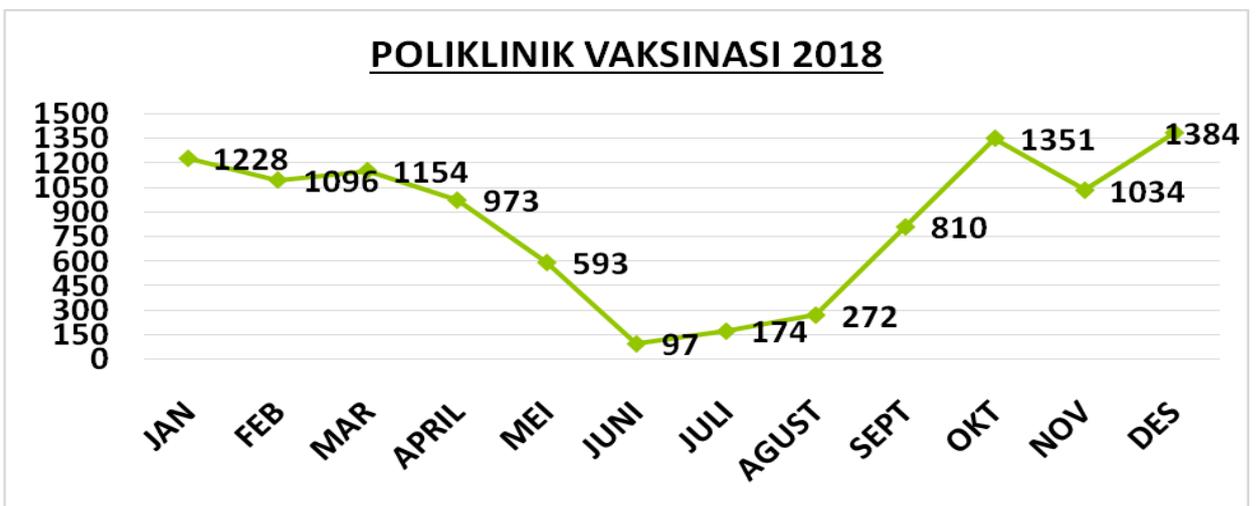
2015 : 1.423

2016 : 6.071

2017 : 10.741

2018 : 13.519 (s.d Desember 2018)

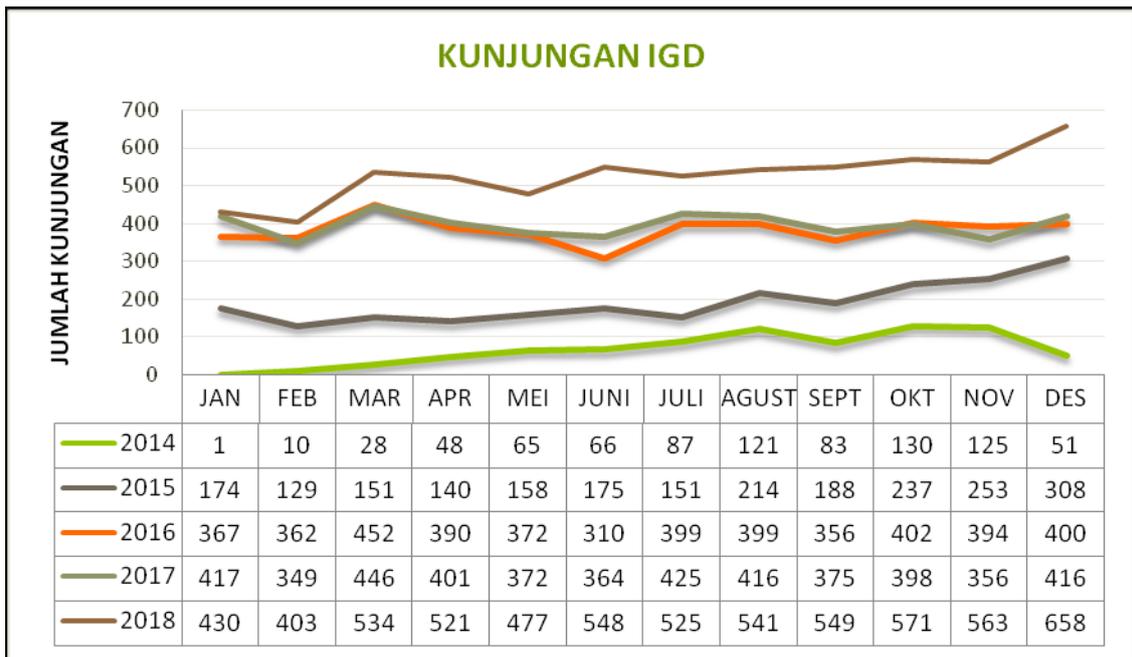
Poliklinik Vaksinasi Tahun 2018



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

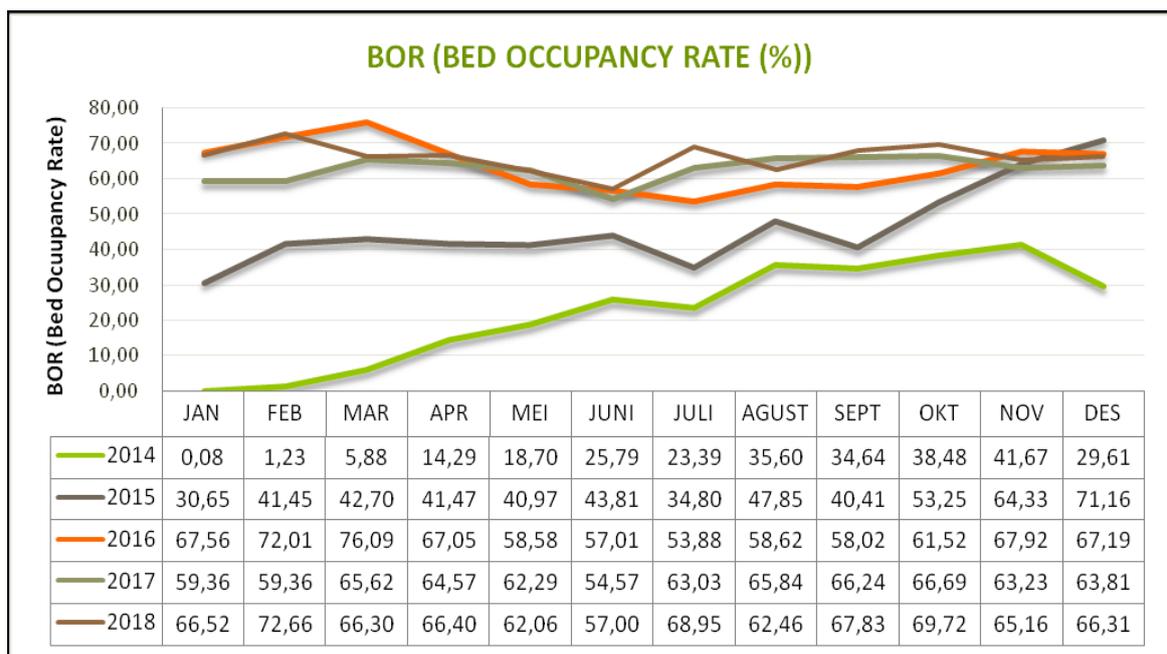
Total Kunjungan Vaksinasi 2018 : 10.166 (s.d Desember 2018), dengan rata-rata 48.64 pasien per hari

Perbandingan Kunjungan IGD Tahun 2014 - 2018



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

Perbandingan Kunjungan Rawat Inap Tahun 2014 - 2018



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

Perbandingan BOR (*Bed Occupancy Rate*) Tahun 2014 – 2018

- **Instalasi Rekam Medik**

Instalasi Rekam Medik mempunyai 3 (tiga) kegiatan utama, yaitu:

- Pelayanan, yang terdiri dari: Pendaftaran dan Pengarsipan Rekam Medik
- Pengolahan Data, yang terdiri dari: Assembling, Coding, Sensus Harian, Analisa kelengkapan rekam medik, Pelaporan

- Penjaminan, yang terdiri dari: Grouping Klaim INA-CBGs, Laporan klaim jaminan, Pemberkasan dan Korespondensi Rekam Medik

Capaian Resptime Pendaftaran dan Filling RM

No.	Uraian	BULAN (WAKTU)												RATA-RATA
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	
1	Pendaftaran	00.03.07	00.03.11	00.02.57	00.02.36	00.04.03	00.04.54	00.03.32	00.04.35	00.04.38	00.02.21	00.02.13	00.03.14	0.03.27
2	Penyiapan dan Distribusi RM	0.23.05	0.22.35	0.19.18	0.16.46	0.19.22	0.19.36	0.18.01	0.19.48	0.21.29	0.24.05	0.23.00	0.27.17	0.21.12

Keterangan::

1. Resptime Pendaftaran adalah waktu proses pendaftaran sejak pasien dipanggil sampai proses pendaftaran selesai
2. Resptime Penyiapan dan distribusi adalah waktu penyiapan berkas RM sampai didistribusikan ke ruang Assesment

Berdasarkan data pada table tersebut, dapat disimpulkan bahwa Pelayanan rekam medis untuk waktu tunggu pendaftaran dan waktu penyiapan berkas rekam medik sudah memenuhi target yang ditetapkan. Kualitas pencapaian akan dapat ditingkatkan dengan mengembangkan system Pelayanan berbasis elektronik/online yang terus berupaya disempurnakan melalui pengembangan system Informasi RS yang menjadi prioritas pengembangan RS PON.

Capaian Permintaan Data Medis

NO	JENIS PERMINTAAN DATA	BULAN (JUMLAH)												JUMLAH
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	
1	Resume/Ringkasan Medik	6	11	6	6	8	6	13	11	12	6	5	14	104
2	Laporan Kematian	5	7	5	4	9	1	8	8	3	5	3	6	64
3	Asuransi	13	17	14	17	15	9	8	8	9	6	7	10	133
4	Lain-lain	1	3	1	1	5	2	2	6	9	3	1	4	38

TOTAL	25	38	26	28	37	18	31	33	33	20	16	34	339
-------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Keterangan:

Permintaan data lain-lain terdiri dari Surat Keterangan, Visum Et Repertum dan Hasil Penunjang

Capaian Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 jam

No.	Uraian	BULAN (%)											
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
1	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian RM dalam Waktu 24 jam	83.19	84.89	85.01	85.80	86.07	88.46	82.68	84.06	81.20	83.02	83.50	84.15

Keterangan :

Persentase jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu \leq 24 jam setelah pasien pulang

Data tersebut menunjukkan pencapaian kelengkapan dan ketepatan pengembalian RM dalam waktu 24 jam sudah melampaui target (\geq 82 %) yang ditetapkan dalam IKT Direktur Utama. Angka pencapaian akan selalu diupayakan meningkat dengan mengupayakan perbaikan melalui peningkatan kepatuhan dan keterlibatan DPJP, serta dukungan SIRS yang memudahkan system pencatatan pada RM secara elektronik (EHR).

Permasalahan

Permasalahan yang dihadapi Instalasi Rekam Medik atau target kegiatan yang belum tercapai pada tahun 2018 yaitu:

No.	Masalah	Tindak Lanjut Yang Sudah/Akan Dilakukan
1	Analisa Kelengkapan RM Rawat Inap sering terlambat karena petugas sering berganti dan membackup pelayanan karena keterbatasan tenaga di pendaftaran sedangkan hasil rekapan diperlukan untuk data pendukung remunerasi dan IKT Dirut	<ol style="list-style-type: none">1. Pengajuan lembur2. Penempatan 2 orang petugas khusus analisa dengan diminimalkan pergantian orang3. Petugas pendaftaran membantu analisa kelengkapan RM setelah selesai pelayanan4. Penempatan seorang pegawai baru dipendaftaran dan pengolahan data
2	Masih ada beberapa dokter sulit diminta melengkapi rekam medik yang belum lengkap	Koordinasi dengan Diryan dan Instalasi Rawat Inap untuk laporan dan memaksimalkan kelengkapan diruangan
3	Analisa kelengkapan RM terhadap pasien sedang rawat belum berjalan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengaktifkan Panitia RM2. Koordinasi dengan ketua untuk sosialisasi tupoksi Panitia RM
4	Assembling rawat inap belum maksimal	<ol style="list-style-type: none">1. Pemakaian sekat rawat inap saat diruangan2. Seorang pegawai baru dipengolahan data membantu mengerjakan assembling
5	Laporan pelayanan terlambat	<ol style="list-style-type: none">1. Memaksimalkan output laporan berdasarkan <i>Electronic Health Record (EHR)</i>2. Koordinasi dengan unit pelayanan agar mengirim laporan \leq tanggal 5 per bulan
6	<i>Electronic Health Record (EHR)</i> belum lengkap, sehingga laporan sebagian masih manual	Koordinasi dengan IT untuk usulan pengembangan atau perbaikan
7	Coding terhambat	<ol style="list-style-type: none">1. Membagi tugas coding ke petugas pendaftaran dan filing setelah pelayanan2. Cek uraian tugas RM untuk pemerataan
8	Pendaftaran online belum bridging	Membuat usulan pengembangan pendaftaran

	dengan EHR	online
9	Masih banyak pasien yang belum daftar online sebelum berobat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi daftar mandiri 2. Usulan tersedianya computer untuk daftar mandiri
10	Scan berkas RM belum berjalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memasukan kegiatan scan sebagai kegiatan prioritas dalam program kerja instalasi 2. Menugaskan salah satu petugas filing
11	Seringnya peminjaman berkas RM keluar ruang RM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dokter/petugas terkait untuk tidak membawa keluar ruang RM 2. Memberi batas waktu 2 hari peminjaman
12	Seringnya pengajuan lembur selama tahun 2018 karena kekurangan orang (4 orang cuti melahirkan, petugas dimaksimalkan dipelayanan) dan hasil pengolahan data <i>dateline</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memaksimalkan masuknya 3 SDM baru dibulan November 2. Review pembagian tugas seluruh staf 3. Pengaturan cuti
13	Penitipan formulir kelengkapan Vaksin ke ruangan RM tanpa ada media/sarana penyimpanannya berupa kardus/container dll dengan jumlah yang banyak.	Koordinasi dengan Tim Vaksin agar menyiapkan kardus atau alat bantu untuk menyimpan formulir vaksin di ruang filing
14	Masih terjadi duplikasi nomor rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 2. Briefing/pembinaan terhadap petugas pendaftaran 3. Koordinasi dengan SIRS dalam melengkapi menu cek data pasien baru
15	Masih terjadi berkas rekam medis RM di rawat jalan terbawa pulang oleh pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan perawat poli dan pihak terkait agar menjaga keamanan RM di area masing-masing 2. Sosialisasi untuk tidak memberikan RM kepada pasien dalam kondisi apapun, termasuk mengantarkan ke petugas lain

16	Belum berjalan money penerapan Rekam Medik Elektronik (RME) dirawat jalan	Usulan melalui Diryan untuk ada pemantauan penerapan RME Rajal dengan melibatkan unit terkait
17	Petugas pendaftaran IGD dan Ranap sering kewalahan karena peningkatan kunjungan pasien IGD dan rawat inap baik yang berasal dari poliklinik maupun IGD. Seringkali petugas harus mengantar pasien ranap elektif keruang rawat inap pada hari libur.	1. Usulan pemisahan pendaftaran IGD dan rawat inap (Admission center/sentral opname) 2. Usulan ada petugas khusus pengantaran pasien ke ruang rawat inap 24 jam
18	Sering terjadi pengembalian bagian dari isi rekam medik (hasil pemeriksaan), berdampak pada kesulitan petugas RM untuk memasukkan bagian tersebut segera ke berkasnya karena harus mencari dan menyimpan kembali	Koordinasi dengan petugas terkait
19	Adanya 2 SDM RM yang sering ijin karena sakit atau keperluan keluarga	1. Pemanggilan petugas ybs untuk pembinaan dan meningkatkan motivasi 2. Diberi tanggung jawab dan kepercayaan 3. Koordinasi dengan bagian SDM 4. Memberikan penilaian ke bagian SDM

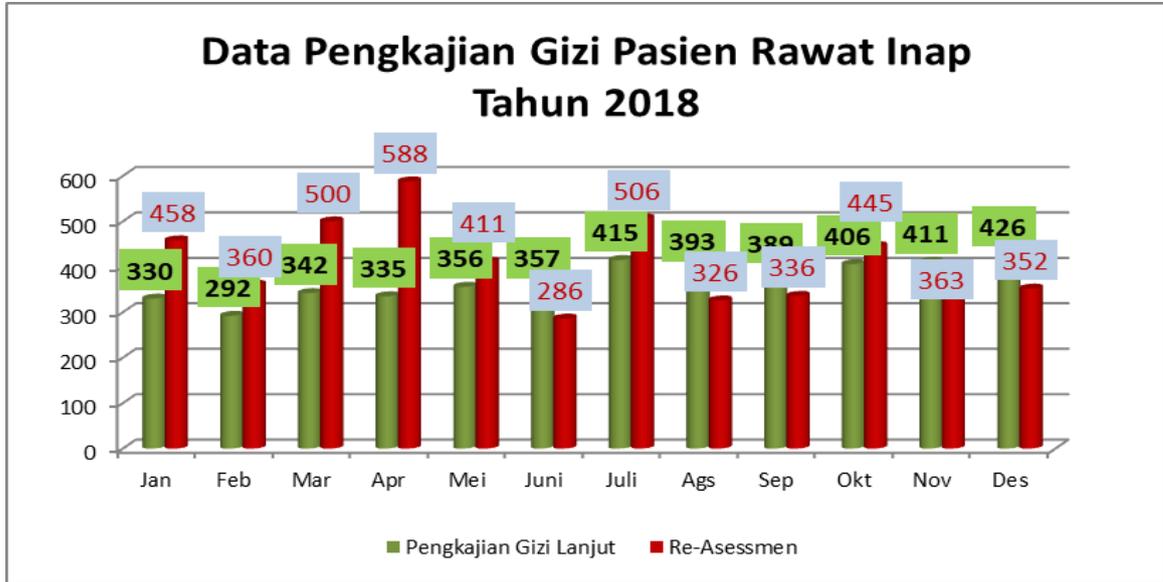
Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik Tahun 2018

- **Instalasi Gizi**

Pemberian makanan pasien untuk periode Tahun 2018 merupakan hasil produksi sendiri oleh Instalasi Gizi (swakelola). Perhitungan jumlah porsi didasarkan pada rekapan dari DPBM (Daftar Permintaan Makanan Pasien) yang dibuat oleh Ahli Gizi Ruangan kemudian diterjemahkan dalam bentuk porsi dan bahan makanan oleh Ahli Gizi Produksi Makanan. Standar pelayanan yang ditetapkan untuk makanan pasien adalah 3x makan utama + 2x snack (untuk bentuk makanan biasa, lunak dan saring), sedangkan untuk cair tergantung pada kebutuhan pasien, rata-rata 6x pemberian. Selain itu, untuk pasien yang membutuhkan ekstra seperti putih telur diberikan untuk pasien dalam

kondisi khusus.

Pencapaian Asesmen Gizi Pasien Rawat Inap



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Gizi

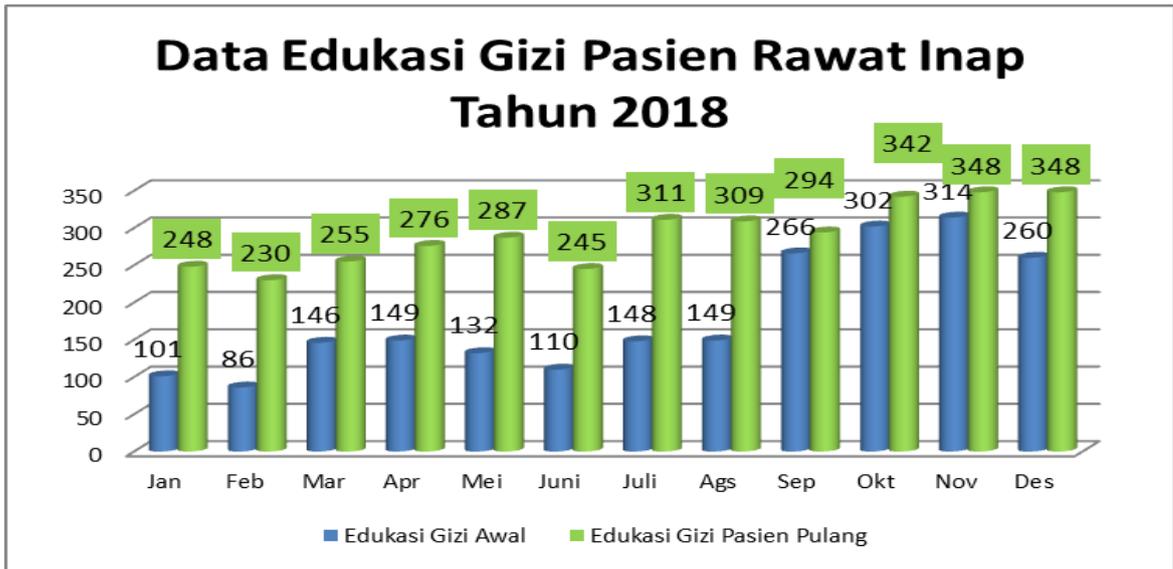
Data Pengkajian Gizi pasien Rawat Inap menunjukkan fluktuasi sesuai dengan jumlah pasien yang di rawat. Disamping itu, untuk Re-Assesment (pengkajian ulang) dilakukan berdasarkan hasil skor pengkajian awal. Misalnya, hasil skor 0 akan dilakukan pengkajian ulang 7 hari kemudian, skor 1 dilakukan pemantauan asupan selama 3 hari kemudian dilakukan pengkajian ulang ketika asupan selama 3 hari kurang dari 80% dan skor 2 langsung dilakukan Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT).

Pengkajian gizi lanjut yang dilakukan oleh dietisien rawat inap sesuai dengan standar akreditasi SNARS, dilakukan pada 0-48 jam pasien pertama kali masuk. Masih adanya pasien yang mendapatkan pengkajian gizi lanjut > 48 jam diantaranya disebabkan karena pasien langsung masuk operasi cito dan berada di ruang recovery, data pasien baru yang terlambat masuk, pasien masuk di hari sabtu/minggu pada saat ahli gizi ruangan sedang libur. Namun demikian, telah diambil tindak lanjut untuk adanya piket ahli gizi ruangan setiap hari sabtu/minggu untuk menghindari keterlambatan pengkajian gizi lanjut >48 jam. Upaya tersebut dilakukan untuk membantu menurunkan angka resiko *Hospital Malnutrition* dan memantau terapi gizi pasien setiap hari sesuai dengan hasil pengkajian gizi lanjut dan SOP yang telah ditetapkan. Berikut ini merupakan perbandingan data pengkajian gizi lanjut dan ulang (Re-Assesmen) Tahun 2018 dan 2017 :



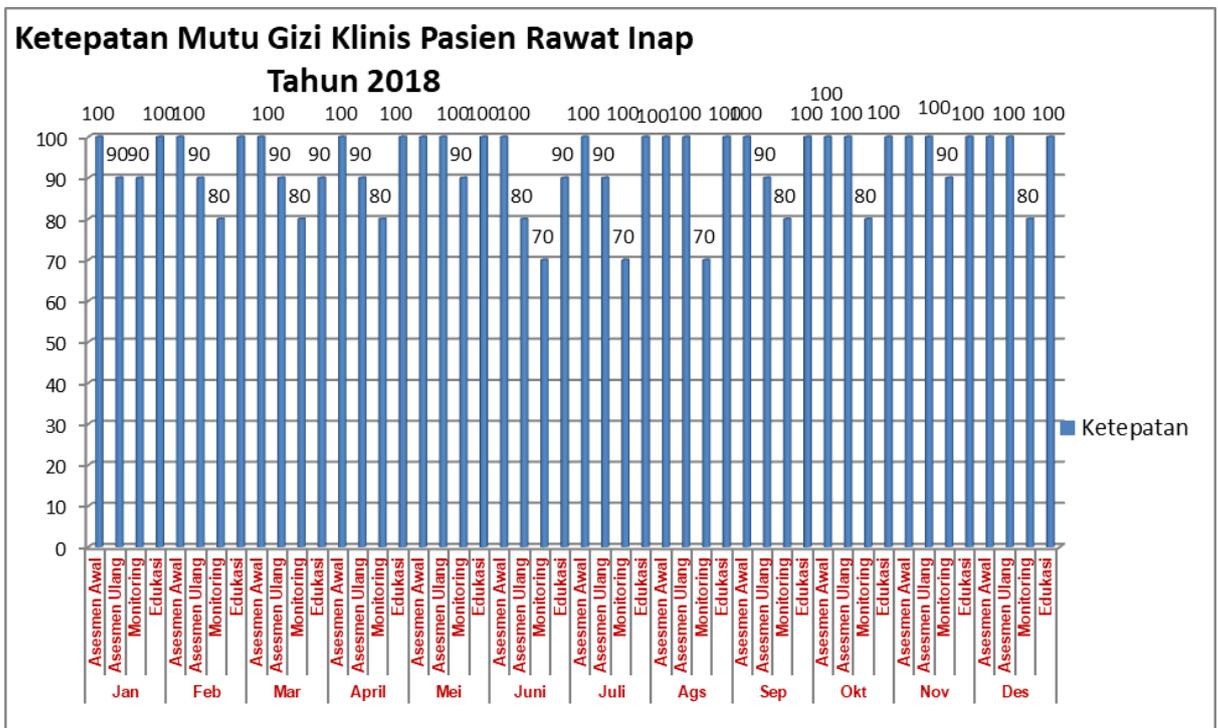
Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Gizi

Berdasarkan data skor pengkajian gizi awal menunjukkan bahwa dari Bulan Januari – Desember Tahun 2017 terdapat skor pengkajian gizi berdasarkan MUST (*Mulnutrition Universal Screening Tools*) dengan risiko malnutrisi (≥ 2) lebih tinggi dari pada skor 1 dan 0. Analisis yang didapatkan di Ruang Rawat Inap, sebagian besar pasien masuk dengan gangguan nutrisi berupa tidak adanya asupan gizi selama 5 hari, adanya penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir, pasien masuk dalam kondisi critical ill atau adanya komplikasi penyakit yang diderita pasien. Hal tersebut dapat mempengaruhi hasil skor pengkajian gizi lanjut pasien rawat inap. Tahap Pengkajian gizi lanjut ini penting untuk menentukan tahap asuhan gizi selanjutnya terutama untuk menentukan diagnosis gizi, intervensi gizi dan rencana monitoring evaluasi untuk memantau terapi gizi yang diberikan kepada pasien.



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Gizi

Pencapaian Edukasi Gizi Awal paling tinggi pada bulan November 2018 yaitu sebanyak 314 Pasien dan Edukasi Gizi Rencana Pulang pada bulan November dan Desember 2018 sebanyak 348 Pasien.



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Gizi

Dari data tersebut menunjukkan bahwa pada bulan Juni 2018 terdapat 2 indikator yang tidak memenuhi standar yaitu Asesmen Ulang Gizi dan Monitoring Gizi. Hal tersebut dikarenakan terdapat 2 orang Ahli Gizi Ruangan Rawat Inap yang cuti. Telah dilakukan evaluasi dan perubahan peraturan cuti di Instalasi Gizi bahwa jumlah cuti ditambah libur dalam 1 periode maksimal 6 hari dan tidak boleh bersamaan dalam artian harus ada pengganti yang bertanggung jawab terhadap ruangan rawat inap tersebut, serta telah dilakukan piket di hari sabtu dan minggu oleh PJ dan Ahli Gizi ruangan.

Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Gizi

URAIAN		INDIKATOR KINERJA	PENCAPAIAN		KETERANGAN
			2018	2017	
1	Sisa Makan Pasien	Sisa Makan Pasien Per Bulan Rata-rata < 20%	21%	23,96 %	Belum mencapai target, tetapi ada peningkatan pencapaian sisa makan pasien -2,96%
2	Ketepatan Diet Pasien	Rata-Rata Ketepatan Diet Pasien Per Hari 100%	100%	100%	Mencapai target
3	Ketepatan Waktu Makan	Rata-Rata Ketepatan Waktu Makan Pasien Per Kali Makan 90%	90%	92%	Mencapai target, tetapi ada penurunan pencapaian pada 2018 karena jumlah pasien yang semakin meningkat
4	Ketepatan Asesmen Pasien	Pencapaian Asesmen Awal 85%	100%	100 %	Mencapai target
5	Ketepatan Re Asesment Pasien	Pencapaian Asesmen Ulang 85%	93,3%	95,83 %	Mencapai target, tetapi ada penurunan pencapaian pada 2018 karena jumlah pasien yang semakin meningkat
6	Ketepatan Monitoring Pasien	Pencapaian Monitoring Pasien Rawat Inap 80%	80%	75,83 %	Mencapai target dan ada peningkatan pencapaian tahun 2018 sebesar 4,17%
7	Ketepatan Edukasi/ Konseling Gizi Pasien Rawat Inap	Pencapaian Konseling Gizi Rawat Inap 85%	98,3%	93,3%	Mencapai target dan ada peningkatan sebesar 5%

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Giz

Pencapaian Kepuasan Pelayanan Gizi

Tahun 2018

Indikator	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Rata-Rata	Keterangan
Pelayanan	97,1	96	96,2	96,9	100	100	100	100	96	100	100	100	98,5	Mencapai Target
Keramahan Dietisien	100	100	96,2	93,8	100	100	100	100	96	100	100	100	98,8	Mencapai Target
Keramahan Pramusaji	100	100	96,2	96,9	91,7	100	100	100	96	100	100	100	98,4	Mencapai Target
Penyajian	100	100	96,2	96,9	95,8	96	96,2	96	96	95,2	100	94,7	96,9	Mencapai Target
Kebersihan alat makan	100	92	92,3	93,8	91,7	96	96,2	96	92	95,2	100	94,7	95,0	Mencapai Target
Ketepatan waktu	94,3	92	96,2	96,9	95,8	96	96,2	96	96	95,2	100	94,7	95,8	Mencapai Target
Menu	91,4	92	92,3	93,8	91,7	92	92,3	92	92	95,2	95	89,5	92,4	Mencapai Target
Variasi makanan	94,3	92	92,3	93,8	91,7	92	92,3	92	92	95,2	95	89,5	92,7	Mencapai Target
Warna makanan	94,3	91,7	88,5	90,6	87,5	92	92,3	92	88	90,5	95	89,5	91,0	Mencapai Target
Rasa makanan	88,6	80	88,5	90,6	83,8	86	88,5	88	88	85,7	90	84,2	86,8	Mencapai Target
Tekstur kematangan makanan	88,6	88	88,5	90,6	87,5	86	88,5	88	88	85,7	90	84,2	87,8	Mencapai Target
Target	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Gizi

Secara Keseluruhan Pelayanan Gizi Rumah Sakit Pusat Otak Nasional bulan Januari-Desember 2018 telah mencapai target yang ditetapkan.

- **Instalasi Neurorestorasi**

Instalasi Neurorestorasi RS Pusat Otak Nasional merupakan instalasi fungsional yang melayani rehabilitasi sebagai upaya pengembalian dan peningkatan fungsional tubuh. Instalasi Neurorestorasi mencakup 3 unit pelayanan, yaitu :

- a. Fisioterapi
- b. Okupasi Terapi dan
- c. Terapi Wicara.

Sejak Instalasi ini beroperasi peningkatan pelayanan setiap tahun nya cukup signifikan, namun belum selaras dengan peningkatan kualitas pelayanan melalui penambahan SDM, sarana prasarana dan kompetensi SDM secara optimal. Berikut kami sampaikan laporan pelayanan pada Instalasi Neurorestorasi, beserta capaian Standar Pelayanan Minimal dan hambatan dan upaya penyelesaian yang telah dilakukan.

Pelayanan Neurorestorasi di RSPON saat ini adalah pelayanan untuk rawat jalan, rawat inap dan senam stroke. Variasi kasus yang ditangani adalah kasus-kasus neurologi dan neuromuscular, sebagai berikut:

1. *Cerebro Vascular Disease (stroke)*
2. *Dementia Vascular*
3. Keganasan (tumor *cerebri*)
4. Lesi pada Medula Spinalis
5. Cedera kepala
6. Parkinson
7. HNP Lumbal
8. HNP Cervical
9. *Radiculopaty Lumbal*
10. *Radiculopaty Cervical*

Sejak bulan Agustus tahun 2017 telah dibuka Unit Pelayanan Neurorestorasi Rawat Inap. Pelayanan ini ditujukan sebagai melatih kemampuan fungsional dan kemandirian pasien dengan lebih optimal, dimana pelayanan neurorestorasi diberikan dengan frekuensi yang lebih sering dan dilakukan juga di hari libur kerja.

Unit ini terdiri dari 16 tempat tidur dan dilengkapi dengan ruangan khusus untuk fisioterapi (mini gymnasium), okupasi terapi dan terapi wicara.

Selain unit tersebut, untuk pelayanan pasien eksekutif Neurorestorasi saat ini dilaksanakan secara intergratif di Poliklinik Eksekutif, sehingga pelayanannya dapat lebih optimal karena tidak digabung dengan pasien umum.

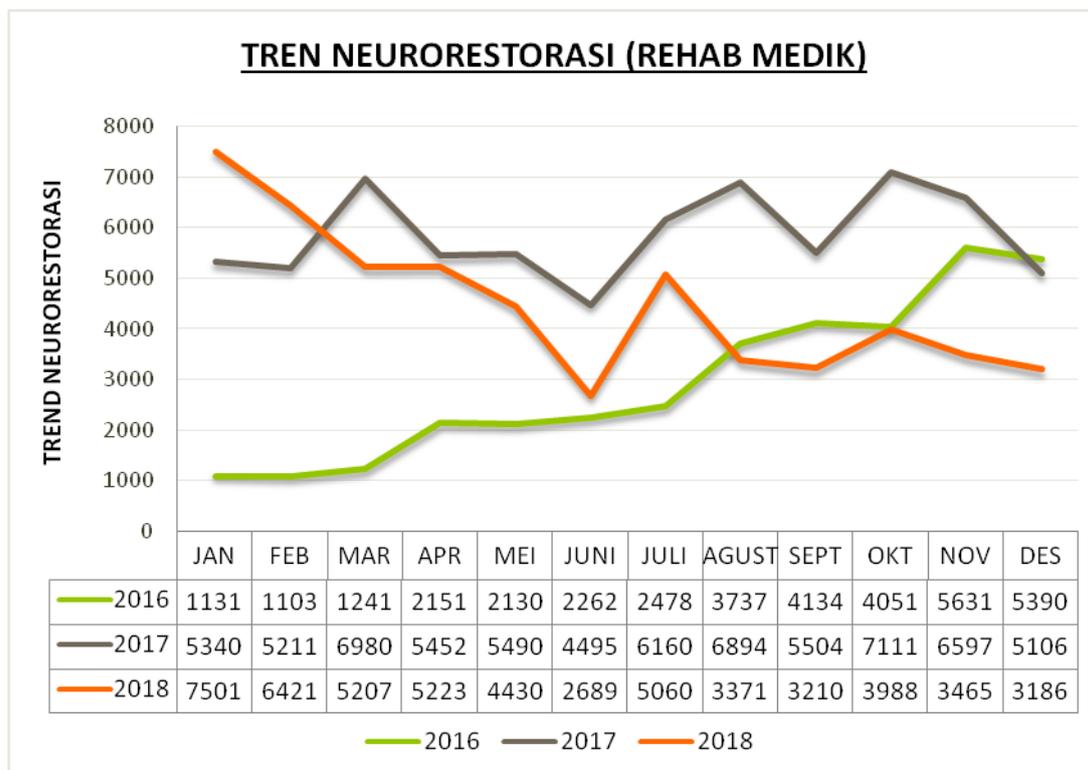
Secara umum pada tahun 2018 jumlah pasien yang dilayani sebanyak 56.062 orang dengan rincian seperti pada tabel dibawah ini:

**Pencapaian Target Pelayanan Poli Eksekutif RSPON
Periode Tahun 2018**

C. POLIKLINIK EKSEKUTIF														
NO	POLI	BULAN												TOTAL KUNJUNGAN
		JAN	FEB	MAR	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	
1	POLI EKSEKUTIF	830	677	815	807	811	554	891	799	802	965	906	842	9699
2	POLI EKSEKUTIF - PROF JUSUF	24	75	55	31	49	46	74	70	58	30	49	54	615
3	FISIOTERAPI EKSEKUTIF	143	123	128	143	135	76	189	167	163	168	195	185	1815
4	OKUPASI TERAPI EKSEKUTIF	1	0	5	13	16	10	23	20	27	26	31	25	197
5	TERAPI WICARA EKSEKUTIF	12	12	9	22	21	9	32	42	34	44	32	30	299
6	NEURODIAGNOSTIK EKSEKUTIF	58	46	52	46	50	47	50	44	54	76	75	62	660
7	NEUROKOGNITIF EKSEKUTIF	20	18	19	20	10	8	27	26	26	28	19	13	234
TOTAL		1088	951	1083	1082	1092	750	1286	1168	1164	1337	1307	1211	13519
HARI PELAYANAN		26	23	25	24	24	18	26	25	24	27	25	24	291
RERATA PER HARI		41.85	41.35	43.32	45.08	45.50	41.67	49.46	46.72	48.50	49.52	52.28	50.46	46.46
RERATA PER BULAN													1126.58	

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Rekam Medik

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui Total Kunjungan Eksekutif 2018 : 13.519 (s.d Desember 2018), dengan rata-rata 46.46 pasien per hari

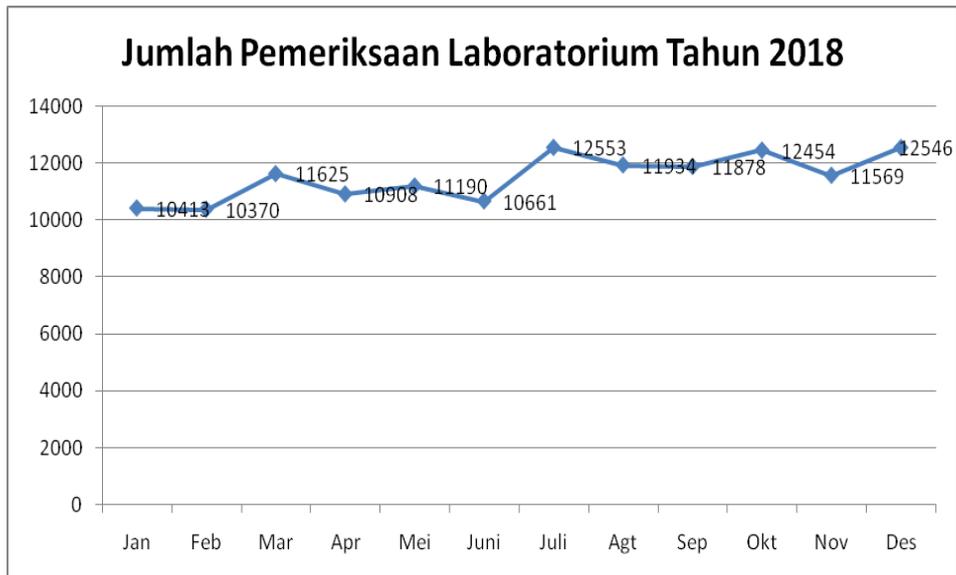


Tindakan rehabilitasi medik terdiri dari okupasi terapi, terapi wicara, fisioterapi, dan psikologi. Jumlah tindakan Neurorestorasi tahun 2018 sebanyak 53.751 dan pada tahun

2018 terdapat kebijakan dari BPJS mengenai pelayanan rehabilitasi medik yang dapat ditanggung/dibayarkan oleh BPJS yaitu pengobatan rehabilitasi medik di fasilitas kesehatan yang memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi (berlaku bulan Agustus 2018)

- **Instalasi Laboratorium**

- Instalasi Laboratorium RS Pusat Otak Nasional terletak di lantai 2. Instalasi Laboratorium RS Pusat Otak Nasional memberikan pelayanan selama 24 jam. Memberikan pelayanan untuk pemeriksaan rutin di bidang hematologi, kimia klinik, imunologi, analisa cairan tubuh (urinalisa, feses, analisa cairan otak), pewarnaan Gram dan BTA. Untuk pemeriksaan kultur, patologi anatomi dan pemeriksaan yang belum dapat dikerjakan di Instalasi Laboratorium akan dirujuk ke laboratorium rujukan yang fasilitasnya lebih lengkap.
- Beberapa pemeriksaan khusus dan pemeriksaan yang masih jarang dilakukan, dirujuk ke laboratorium rujukan. Pengiriman sampel pemeriksaan dilakukan secara mandiri ke laboratorium rujukan oleh kurir menggunakan kendaraan dinas, sampel yang dirujuk ke Prodia dan ABC dilakukan oleh kurir laboratorium rujukan.
- Pembayaran ke laboratorium rujukan dilakukan dengan pembayaran tunai menggunakan anggaran biaya pemeriksaan keluar. Adapun pembayaran ke laboratorium Prodia dan ABC dilakukan dengan sistem tagihan setiap bulan.
- Pada Tahun 2018, Instalasi Laboratorium telah melayani 142.178 pemeriksaan meningkat sebesar 29% dibanding tahun 2017 .
- Untuk pelayanan transfusi darah, telah dilaksanakan di RS Pusat Otak Nasional karena RS Pusat Otak Nasional telah memiliki Bank Darah Bank Darah Rumah Sakit.
- Berikut gambaran pemeriksaan di Instalasi Laboratorium pada Tahun 2017:



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Laboratorium

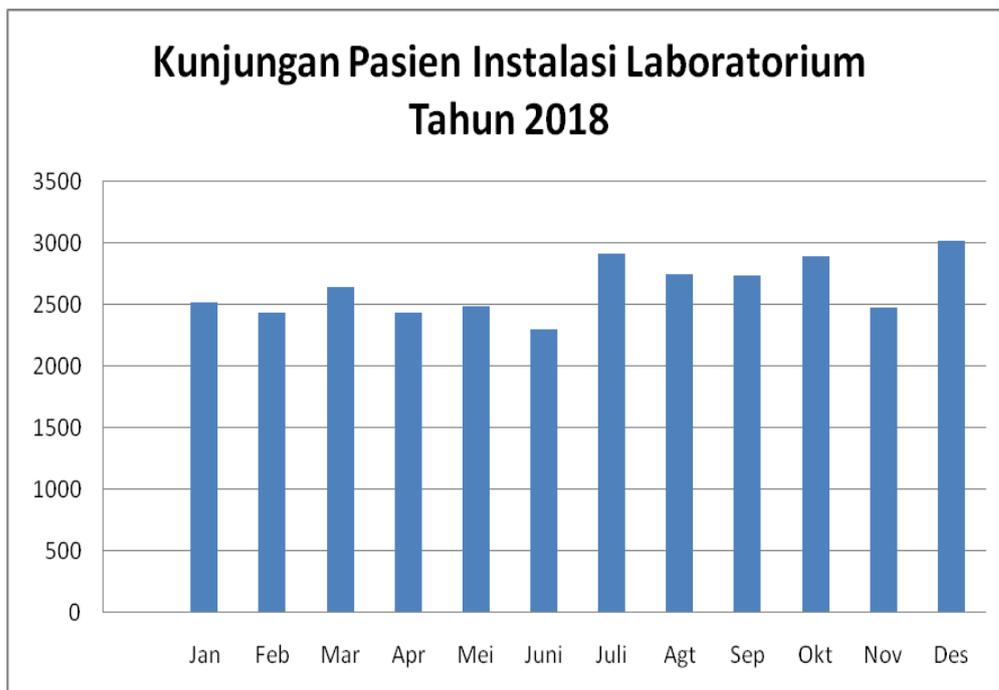
Pemeriksaan Instalasi Laboratorium Tahun 2018

Berikut tabel jumlah kunjungan pasien di Instalasi Laboratorium tahun 2018 :

No	Bulan	Jumlah Kunjungan
1	Januari	2511
2	Februari	2430
3	Maret	2637
4	April	2429
5	Mei	2482
6	Juni	2291
7	Juli	2905
8	Agustus	2742
9	September	2734
10	Oktober	2887
11	November	2473
12	Desember	3009
Total		28.521

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Laboratorium

Berdasarkan Tabel tersebut Jumlah kunjungan pasien Instalasi Laboratorium Tahun 2018 sebanyak 28.521 meningkat 8.3% bila dibandingkan dengan jumlah kunjungan di tahun 2017



Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Laboratorium

Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Laboratorium Tahun 2018

No	Indikator	Pencapaian	Target
1	Waktu tunggu hasil pelayanan cito (< 100 menit)	94.9 %	100%
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%
3	Tidak adanya kesalahan peyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%
4	Kepuasan Pelanggan	95.2 %	≥ 80%
5	Pelaporan hasil kritis	99.7%	100%
6	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	1.53%	0%
7	Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2.5	

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Laboratorium

Dari 7 indikator SPM tersebut, terdapat 3 indikator yang sudah tercapai, yaitu pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik, tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium, dan kepuasan pelanggan. Sedangkan untuk indikator waktu tunggu

hasil pelayanan laboratorium cito < 100 menit baru mencapai 94.9%. Ada beberapa hal yang mempengaruhi yaitu:

- 1) Formulir terselip di antara formulir yang telah di-*authorized* atau tercampur antara pemeriksaan cito dan non cito.
- 2) *Electronic Health Record* mengalami *down*
- 3) Penyesuaian sistem LIS.
- 4) Ada penambahan permintaan pemeriksaan.
- 5) Terjadi kekosongan reagen.
- 6) Hasil selesai saat petugas yang berwenang melakukan *release* sedang beristirahat
- 7) Spesimen datang saat alat sedang dilakukan *quality control* dan *maintenance*
- 8) Pemeriksaan memerlukan pengulangan (disampling ulang atau dikerjakan ulang) untuk konfirmasi hasil

Indikator pelaporan hasil kritis mencapai 99.3%, faktor yang mempengaruhi yaitu 1) Kesulitan menghubungi dokter peminta pemeriksaan untuk melaporkan hasil kritis pasien dari poliklinik 2) Petugas laboratorium baru menyadari adanya hasil kritis setelah lebih dari 1 jam hasil selesai. Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium sebesar 1.53% karena membutuhkan pengulangan pemeriksaan untuk konfirmasi hasil.

Pelayanan Transfusi Darah

SPM pelayanan transfusi darah dapat dilihat dari 2 indikator, yaitu kejadian reaksi transfusi dan efektivitas penggunaan darah. Berikut pencapaian SPM pelayanan transfusi darah :

Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Transfusi Darah Tahun 2018

No	Indikator	Pencapaian	Target
1	Efektivitas penggunaan darah (<i>Crossmatch:Transfusion Ratio</i>)	0.73	<3.00
2	Kejadian reaksi transfusi darah	0.04%	≤ 0.01%

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Laboratorium

1) Kejadian Reaksi Transfusi

Standar yang ditetapkan untuk angka kejadian reaksi transfusi adalah 0.01%. Pada Tahun 2018, dari semua kantong darah yang ditransfusikan ke pasien, terdapat 2 gejala reaksi ringan berupa urtikaria, 1 gejala reaksi sedang berupa demam, dan 1 gejala reaksi sedang berupa menggigil. Adapun gejala reaksi sedang-berat yang terjadi disebabkan kondisi pasien sebelum transfusi memang mengalami demam.

2) Efektivitas Penggunaan Darah

Standar pencapaian efektivitas penggunaan darah adalah *Crossmatch:Transfusion Ratio* (CT Ratio) <3.00. Hasil yang diperoleh pada Tahun 2018, dari 2485 kantong permintaan darah sebanyak 219 kantong (CT Ratio = 0.73) tidak terpakai dan harus dimusnahkan. Hal ini disebabkan pada bulan Januari sampai Maret, permintaan darah masih dilakukan ke PMI DKI Jakarta, sehingga darah yang tidak terpakai tidak dapat digunakan untuk pasien lainnya dan tidak dapat dikembalikan ke UTD PMI sehingga harus dimusnahkan. Adapun terdapat 6 kantong darah rusak, yaitu darah yang telah keluar dari bank darah ke ruang perawatan/ruang operasi namun tidak jadi ditransfusikan, darah dikembalikan ke bank darah namun dalam kondisi suhu penyimpanan yang sudah tidak sesuai/tidak layak sehingga tidak dapat digunakan kembali, serta terdapat 1 darah kadaluarsa.

Rencana Tindak Lanjut

Pada proses pelayanan laboratorium yang berlangsung pada tahun 2018, terdapat beberapa hambatan dan masalah, diantaranya :

Gambaran Permasalahan dan Tindak Lanjut Instalasi Laboratorium Tahun 2018

No	Masalah	Tindak Lanjut
1	Prasarana/alat lab belum lengkap	<ul style="list-style-type: none">• Melakukan pengiriman ke laboratorium rujukan• Melakukan Ikatan Kerja Sama dengan pihak penyedia alat untuk pemeriksaan khusus di bidang neurologi• Menjadi rujukan untuk pemeriksaan khusus di bidang neurologi

2	Pemeriksaan ke laboratorium rujukan membutuhkan dana	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat pengajuan uang muka biaya pemeriksaan keluar untuk melakukan pembayaran tunai biaya pemeriksaan laboratorium luar • Melakukan kerjasama dengan laboratorium swasta (Laboratorium ABC dan Prodia) maupun pemerintah (RSCM, RS Kanker Dharmais), untuk mengurangi frekuensi pembayaran tunai dan pengiriman sampel langsung oleh kurir. • Membuka laboratorium untuk pemeriksaan kultur bakteri, jamur, dan patologi anatomi sehingga mengurangi pemeriksaan ke laboratorium rujukan.
3	Bank Darah masih dalam tahap uji coba	<p>Dibuat MOU sementara selama tahap uji coba bank darah</p> <p>Sedang direncanakan untuk peresmian bank darah</p>

Sumber : Laporan Tahunan Instalasi Laboratorium

Pencapaian hasil kinerja berdasarkan SPM RS :

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	PERIODE												
				JAN	Feb	Mar	APR	MEI	JUNI	JULI	AGT	SEPT	OKT	NOV	DES	
1	Administrasi dan Manajemen	1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	99%											
		2	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%											
		3	Utility peralatan cangkih CT Scan	≥ 80%	42,5%	44,03%	48,37%	50,32%	73,62%	44,11%	50,96%	49,60%	47,15%	51,66%	51,40%	48,88%
		4	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%												
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	37,5%											
		6	Cost Recovery Rate	> 40%												
		7	Efektifitas penanganan komplain pasien	100%	100%	100,0%										
		8	Kecepatan Respon Komplain (KRB)	> 75%			50%	67%	*80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		9	Cash Ratio	10	0,25											
		10	Current Ratio	13	2,5											
		11	Collection Period	10	2											
		12	Fixed Asset Turnover	10	0,5											
		13	Return On Asset	5	0,5											
		14	Return On Equity	5	0,6											
		15	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional	12	2,5											
2	Gawat Darurat	1,	Kemampuan resusitasi pasien anak dan dewasa di IGD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2,	Jam buka Pelayanan IGD	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3,	Sertifikasi pemberi pelayanan Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4,	Waktu tanggap (response time) pelayanan dokter di IGD	≤ 5 mnt	0:01:02	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00
		5,	Kematian pasien ≤ 3 jam	≤ 2.5 %	4,68 %	0%	0,19%	0,19%	0,64%	0,5%	0,39%	0,93%	1,09%	0,53%	0,18%	0,77%
		6,	Turn around time pasien IGD	100%	86,4%	80,30%	71,56%	32,5%	74%	78%	74,76%	72%	71,90%	75%	80,50%	75,61%
		7,	Kepuasan Pelanggan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Bedah	1,	Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari	≤ 2 hari	0,3	0,15	0,22	0,11	0,11	0,05	0,07	0,24	0,33	0,04	0,1	0,02
		2,	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		3,	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4,	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5,	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6,	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7,	Ketepatan Laporan Pembedahan	100%					99,2%	98,9%	98,7%	96%	98%	98%	97%	100%
		8,	Discrepancy antara diagnosa pre op dan post op	0%								0%	0%	0%	0%	0%
		9,	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan ETT	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	Radiologi	1,	Waktu tunggu hasil pemeriksaan Radiologi CT Scan Kepala	≤ 3 jam	2:17:00	4:45:06	5:41:47	1:23:01	1:15:13	1:01:04	2:03:22	1:51:06	2:53:30	1:35:52	1:08:32	1:16:02
		2,	Waktu tunggu hasil pemeriksaan Radiologi Thorax	≤ 3 jam	5:11:36	2:22:15	4:24:49	3:02:35	1:16:11	1:13:11	1:47:35	1:25:00	3:00:02	1:56:33	1:41:16	1:08:35
		3,	Reject Film Radiologi	≤ 2%	1,09%	0,44%	1%	1,10%	1%	1%	1%	0,60%	0,50%	0,10%	0,30%	0,30%
5	Transfusi Darah	1,	Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0.01%	0%	0%	1%	0,84%	0,66%	0,94%	0%	0%	0%	0%	0%	
		2,	Efektifitas Penggunaan Darah	100%	68%	73%	62,00%	71%	74%							
		3,	Rasio Efektifitas Penggunaan Darah	< 3						1,23	1,25	1,36	1,33	1,4	1,31	1,73

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	PERIODE											
				JAN	Feb	Mar	APR	MEI	JUNI	JULI	AGT	SEPT	OKT	NOV	DES
6	Rawat Inap	1. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24%	5,9%	0,32%	6,46%	3,14%	6,22%	7,40%	4,15%	6,25%	4,75%	4,26%	3,07%	4,56%
		2. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,9%	2,24%	0,78%	1,14%	0,00%	0,82%	1,22%	1,16%	1,00%	0%	0,71%	1,30%
		3. Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	100%	99,97%	100%	99,98%	100%	99,94%	99,99%	99,96%	99,97%	100%	99,83%	99,95%
		4. Pengkajian awal Ranap < 24 jam	100%	98,43%	98,65%	97,05%	98%	98%	98%	98%	98,79%	97,02%	98%	97,47%	96,79%
		5. NIHSS	100%	45,73%	48,26%	46,33%	57,07%	50,87%	53,72%	54%	40,01%	50,90%	60%	58,68%	45,49%
		6. Status Fungsional	100%	46,16%	60,20%	63,67%	56%	65,72%	54,39%	65%	52%	54,05%	62%	60,25%	47,38%
		7. Komunikasi efektif/TBAK	100%	64,71%	73,04%	63,30%	62%	59,76%	64,43%	54%	67%	61,14%	65%	64,35%	70,78%
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 90%	92,00%	96,50%	94,14%	96,63%	95%	97%	94%	94%	96,40%	94%	94,38%	96,36%
7	Gizi (Manajerial operasional)	1. Ketepatan diet pasien	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	93,0%	90,00%	91,6%	92,00%	97%	93%	95%	97%	98%	99%	98%	100%
		3. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	22,0%	20,00%	24,0%	22,00%	20%	20%	20%	22%	24%	20%	24%	20%
		4. Ketepatan penyajian alat makan pasien	90%	100,0%	95%	100,0%	100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100%	100%
		5. Kepuasan pelayan gizi	70%												
		a. Pelayanan gizi yang diberikan	70%	97,1%	96%	96,2%	97%	100%	100%	100%	100%	96,00%	100,00%	96,00%	100%
		b. Keramahan petugas gizi	70%	100%	100%	96,2%	94%	100%	100%	100%	100%	96,00%	100%	96%	100%
		c. Penyajian makanan yang diberikan	70%	100%	100%	96,2%	97%	92%	96%	100%	96%	96,00%	95%	96%	95%
		d. Kebersihan alat makan	70%	100,0%	92%	96,2%	97%	92%	96,20%	96%	96%	92,00%	95,20%	92,00%	95%
		e. Ketepatan waktu makan	70%	94,3%	92%	96,2%	97%	96%	96,00%	96,20%	96,00%	96,00%	95,20%	96,00%	95%
		f. Menu yang disajikan	70%	91,4%	92%	92,3%	94%	92%	92,30%	92,30%	92,00%	92,00%	90,50%	92,00%	90%
		g. Variasi makanan yang diberikan	70%	94,3%	92,00%	92,3%	93,80%	92%	92,30%	92,30%	92,00%	92,00%	90,50%	92,00%	90%
		h. Warna makanan yang diberikan	70%	94,3%	91,70%	88,5%	90,60%	88%	92,30%	92,30%	92,00%	88,00%	91%	88%	90%
		i. Rasa makanan yang disajikan	70%	88,6%	80%	88,5%	91%	83%	86%	88,50%	88,00%	88,00%	91%	88%	84%
		j. Tekstur kematangan yang disajikan	70%	88,6%	88%	88,5%	91%	88%	86%	88,50%	88,00%	88,00%	85,70%	88,00%	86%
		6. Kesesuaian menu dan organoleptik													
		a. Kesesuaian menu yang disajikan	90%	93,0%	100%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Warna makanan yang disajikan	90%	100,0%	100%	100,0%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Aroma makanan yang disajikan	90%	100,0%	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		d. Rasa makanan yang disajikan	90%	93,0%	86%	100,0%	92,60%	87%	93%	93%	93%	93%	97%	92%	100%
e. Tekstur makanan yang disajikan	90%	100,0%	100%	88,0%	100%	100%	100%	100%	100%	92%	100%	100%	100%		
7. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	99,9%	100,0%	100,0%	100%	99,94%	100%	100%	99,90%					
Gizi (Klinis)	1. Asesmen awal	75%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Pencapaian hasil kinerja berdasarkan KPI :

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Target 2018	Realisasi 2018
1	2	3	4	5
I	Direktorat Pelayanan			
1	Terselenggaranya layanan unggulan	Jumlah layanan unggulan	6	5
2	Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu & kendali biaya	Persentase kasus sesuai PPK/CP	85%	85%
		Persentase capaian 5 indikator medik	85%	100%
II	Direktorat SDM dan Diklit			
1	Terwujudnya SDM yang kompeten	Persentase SDM yang tersertifikasi	50%	77,55%
2	Terwujudnya budaya kinerja yang baik	Persentase SDM dengan kinerja optimal	85%	98%
3	Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik	Akreditasi rumah sakit	Kontinuitas KARS	100%
4	Terwujudnya rumah sakit sebagai sarana pendidikan otak dan sistem persarafan	Akreditasi rumah sakit pendidikan	Terakreditasi RS Pendidikan	Persiapan 80%
5	Terjalinnnya kerjasama dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian	Jumlah kerjasama	10	15
6	Terwujudnya kepuasan stakeholder	Tingkat kepuasan pasien dan keluarga	80%	87,47%
		Tingkat kepuasan staf	80%	81,20%
III	Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum			
1	Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi	Level integrasi IT rumah sakit	Integrated-1	Integrated-1
2	Kehandalan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan	Tingkat kehandalan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai best practice	70%	80%
3	Terwujudnya manajemen dan tata kelola yang baik	Opini audit atas laporan keuangan	WTP	WTP
4	Peningkatan pendapatan dan efisiensi anggaran	Peningkatan surplus rumah sakit per tahun	5%	68,67%
		Peningkatan sistem akuntansi	4	WTP

Sumber : LAKIP Tahun 2018

Pencapaian kinerja promotif preventif :

Sebagai wujud kepedulian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional kepada masyarakat, telah dilakukan kegiatan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) yang dimaksudkan untuk memberikan pengertian kepada masyarakat tentang kesehatan khususnya yang berhubungan dengan otak dan persarafan. Untuk tahun 2018 PKRS dilakukan didalam dan di luar Rumah Sakit kepada pasien dan keluarga pasien baik di instalasi rawat jalan maupun rawat inap dan di beberapa puskesmas binaan disekitar rumah sakit.

Program Unggulan

Tahun 2018 RS Pusat Otak Nasional memiliki 6 Layanan unggulan yaitu :

1. Brain Check up

Brain Check Up adalah salah satu layanan unggulan yang hanya ada di RS Pusat Otak Nasional. Selama tahun 2018 baru ada 8 orang pasien (8,3%) yang melakukan *brain check up*, dibandingkan dengan target 8 orang per bulan. Dua orang peserta *brain check up* merupakan pejabat pemerintah, empat orang pejabat BUMN dan dua orang pejabat swasta.

Beberapa kendala adalah pelaksanaan *brain check up* adalah sebagai berikut: masih kurangnya promosi; belum tersentralnya pelaksanaan *brain check up* di satu ruangan atau satu lantai; Treadmill test yang modelnya sudah out of date; serta kendala tim dokter bila pelaksanaan dilakukan pada hari kerja, karena berakibat menggeser pasien rawat jalan.

Untuk mencapai target, direncanakan beberapa usulan sebagai berikut: peningkatan pemberian informasi dan promosi kepada masyarakat, antara lain bekerjasama dengan *London School of Public Relation*; tersentralnya pelayanan *brain check up* di lantai 5, dengan tersedianya alat USG dan alkes lain di lantai 5; serta optimalisasi pelayanan di hari Sabtu atau hari libur.

2. Stroke Care Comprehensive

Stroke care comprehensive adalah rangkaian pelayanan lengkap dan spesialis, untuk pengobatan stroke yang efektif, akurat dan cepat dan juga mampu mengintervensi cepat untuk membedakan gejala stroke dan non-stroke.

Pelayanan komprehensif terhadap pasien stroke diberikan bagi pasien stroke sejak dari fase hiperakut, fase akut hingga fase pemulihan. Selama periode tahun 2018, dari total kunjungan pasien di Instalasi IGD sebanyak 6281 orang, terdapat 2730 orang (43,4%) merupakan pasien stroke. Stroke perdarahan terjadi pada 645 orang (23,6%), sedangkan stroke iskemik, atau penyumbatan sebanyak 2805 orang (76,3%). Adapun yang

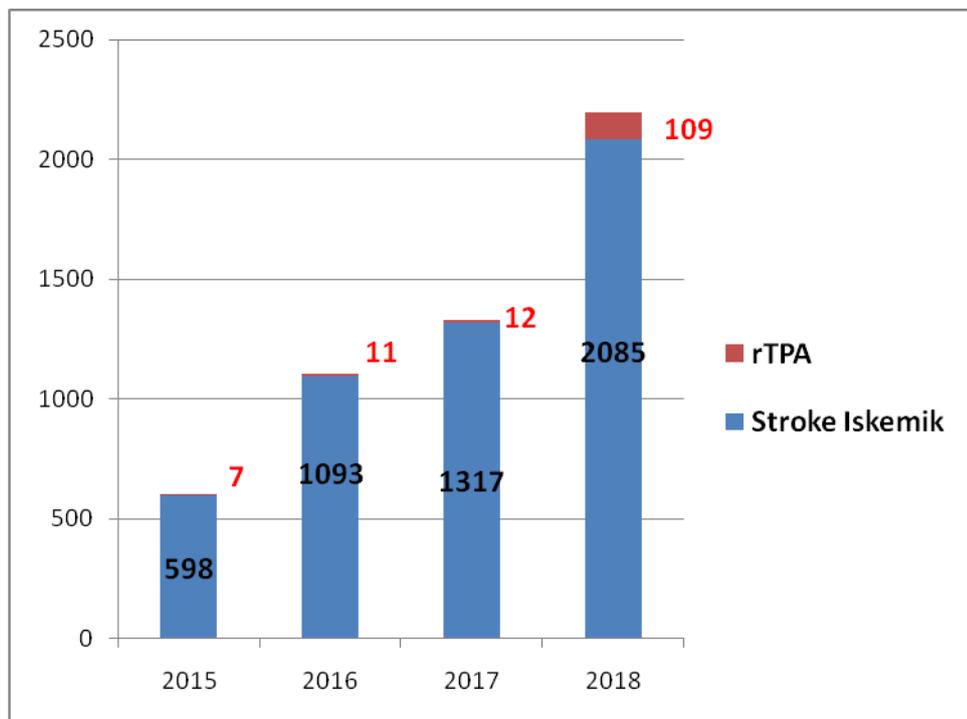
mendapatkan terapi trombolitik (altepelase) adalah sebanyak 109 orang (5,2%) dari total pasien stroke iskemik, dengan rata-rata per bulan adalah 9 orang. Terapi trombolitik ini sangat bermakna dalam memperbaiki aliran darah ke otak sehingga mampu mencegah atau menurunkan deficit neurologi yang dialami pasien stroke, bila diberikan dalam waktu kurang dari 3,5 jam setelah onset.

Angka pasien stroke yang mendapat terapi altepelase di RS Pusat Otak Nasional pada periode tahun 2018 meningkat dengan sangat tajam bila dibandingkan dengan tahun 2017, yang hanya sekitar 12 orang/ tahun. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat semakin tinggi pengetahuannya dan kesadarannya untuk segera membawa pasien yang terserang stroke ke RS Pusat Otak Nasional. Kondisi ini juga menggambarkan bahwa kinerja Tim Stroke di RS Pusat Otak Nasional semakin solid dan telah diakui khususnya oleh masyarakat DKI Jakarta dan sekitarnya. Bahkan ada pasien luar daerah yang akan dikirim ke RS Pusat Otak Nasional tetapi terkendala belum siapnya layanan Helikopter di helipad lantai 12.

Terkait dengan terapi trombolitik diatas, kompetensi keperawatan yang telah dikembangkan dan mampu diterapkan oleh tim keperawatan di IGD meliputi asesmen keperawatan neurologi, pemeriksaan screening dysphagia dan pemeriksaan National Institute Health Stroke Scale (NIHSS)

Berikut adalah grafik yang menggambarkan prosentase kenaikan terapi rTPA pada pasien stroke iskemik sejak tahun 2015 hingga tahun 2018.

**Data Pasien Stroke yang mendapatkan Terapi Altepelase (rTPA)
Di IGD RS Pusat Otak Nasional Periode Tahun 2015 s/d 2018**



Pelayanan bagi pasien stroke fase akut di RS Pusat Otak Nasional dilakukan di Stroke Care Unit (SCU) dan di Stroke Ward (lantai 6A). Tetapi bagi pasien stroke yang membutuhkan bantuan ventilator mekanik dirawat di Neuro Critical Unit (NCCU). Selama periode tahun 2018, rata-rata sebanyak 12 orang/ bulan pasien stroke dirawat di NCCU. Sedangkan bila ruangan SCU atau Stroke Ward penuh, pasien dapat dirawat di ruang rawat lain sesuai dengan kemampuan pasien, mulai dari kelas III hingga *President Suite*.

Kapasitas SCU adalah 10 bed, dengan rata-rata BOR 78,15%. Sedangkan kapasitas Stroke Ward adalah 32 bed yang terdiri dari kelas I, Kelas II dan Kelas III. Rencananya pada tahun 2019, Stroke Ward ini akan dikembangkan menjadi 2 ruangan (1 wing) di lantai 7 dengan kapasitas 70 bed. Baik di SCU maupun di Stroke Ward, model asuhan yang diberikan adalah terintegrasi dan terkoordinir antar seluruh Tim Stroke. Tim Stroke terdiri atas dokter spesialis saraf, perawat, fisioterapis, terapis wicara, terapis okupasi, dan ahli gizi. Bila diperlukan juga difasilitasi layanan bedah saraf dan psikologi. Sebagian besar anggota Tim Stroke telah mengikuti pelatihan dan *benchmark* ke Negara luar, seperti ke University College of London, Prasad Neurologi Institute di Bangkok, serta Singapore General Hospital dan National University Singapore. Kegiatan yang dilakukan di SCU dan Stroke Ward antara lain mobilisasi dini, *Bladder Training*, *Swallowing Therapy*, dan *Discharge Planning*. Tim Stroke ini dipimpin oleh seorang dokter spesialis saraf yang berperan sebagai DPJP, yang menyelenggarakan rapat tim minimal seminggu sekali. Selama ini rapat tim belum terlaksana secara optimal oleh karena kesibukan anggota tim. Diharapkan pada tahun berikutnya rapat tim

stroke ini dapat dilaksanakan secara berkala dan hasil pertemuan terdokumentasi dengan baik di status rekam medic pasien.

Berdasarkan data keperawatan pada saat *discharge* atau pulang, sebagian besar pasien stroke masih mengalami ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (*Activity Daily Living's/ ADL's*) Pasien yang mandiri hanya 8,56%. Sebagian besar ketergantungan ringan (44,6%), sedang 10,8%, berat 20% dan ketergantungan total 13,1%. Hal ini menunjukkan hampir seluruh pasien stroke masih memerlukan bantuan orang lain dalam ADL's pada saat pulang ke rumah. Data juga menunjukkan, bahwa rerata lama rawat pasien stroke adalah 12,6 hari, lebih panjang dari target, yaitu 5 hari untuk stroke iskemik dan 7-10 hari untuk stroke perdarahan.. Memanjangnya lama rawat pasien stroke di rumah sakit sebagian besar karena belum siapnya keluarga merawat pasien di rumah.

Untuk mengatasi hal ini, selain tersedia layanan neurorestorasi rawat jalan, juga telah disediakan layanan neurorestorasi rawat inap di Unit Neurorestorasi lantai 5, serta mengembangkan Program Home Care bagi pasien pasca stroke. Kebijakan terbaru dari JKN adalah, seorang pasien dengan jaminan BPJS dapat berobat jalan maksimal 3 kali sebulan, sehingga perlu dikembangkan adanya layanan neurorestorasi dengan jaminan umum yang dilaksanakan pada sore hari atau hari Sabtu.

Sedangkan sistem layanan pasien pasca stroke di Unit Neurorestorasi sama dengan di SCU, yaitu pelayanan diberikan secara interdisipliner dan terkoordinir oleh Tim Stroke, hanya ketua tim adalah seorang dokter spesialis saraf dari divisi neurorestorasi. Di Unit Neurorestorasi ini tersedia fasilitas gymnasium, ruang Terapi Okupasi, ruang Terapis wicara dan Ruang rileksasi atau terapi music. Prioritas pelayanannya adalah melatih pasien dalam ADL's dan membantu menyiapkan keluarga atau care giver untuk perawatan pasien pasca stroke di rumah.

Selain layanan kuratif dan rehabilitative diatas, di RS Pusat Otak Nasional juga telah mengembangkan layanan neurodiagnostik yang terkait dengan neurovaskuler seperti TCD, TMS dan Neurobehaviour, yang akan dibahas pada layanan unggulan berikutnya. Tersedia juga layanan promotif berupa edukasi pasien dan keluarga setiap hari Kamis oleh Tim Stroke yang bekerja sama dengan Tim Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

3. Gangguan memori dan neurobehavior

Gangguan memori adalah suatu keadaan dimana pasien tidak mampu untuk mempelajari informasi baru atau untuk memanggil kembali informasi yang sudah didapat sebelumnya.

Gangguan memori merupakan keluhan kognitif yang paling sering terjadi pada pasien dengan sindrom behavioral organik. Hampir seluruh pasien demensia menunjukkan gangguan memori pada awal gejala timbulnya penyakit.

Neurobehavior adalah subspecialisasi neurologi yang mempelajari dasar neurologis dari perilaku, memori, dan kognisi, dampak dari kerusakan saraf dan penyakit pada fungsi-fungsi ini, dan perlakuan tersebut. Gangguan neurobehavioral terdiri dari kelompok besar gangguan perilaku yang terlihat dalam hubungan dengan penyakit otak (misalnya, stroke, multiple sclerosis, demensia, dan kondisi neuro-onkologi), sementara serta gangguan otak permanen (misalnya, metabolisme dan ensefalopati beracun), dan / atau cedera (misalnya, trauma, hipoksia, dan / atau iskemia).

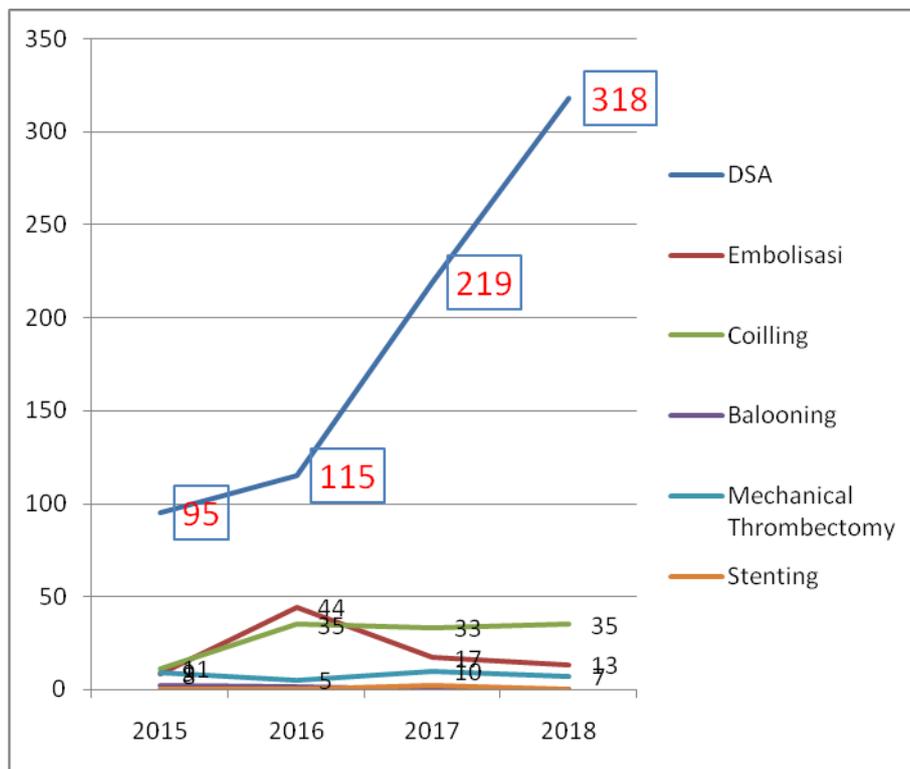
4. Neurointervensi

Neurointervensi adalah prosedur *minimally invasive*, hanya menggunakan kateter melalui pembuluh darah (pangkal paha atau lengan), dengan bekas operasi sebesar jarum yang dapat dilakukan dengan anastesi lokal atau general

Layanan unggulan Neuro intervensi di RS Pusat Otak Nasional telah dimulai sejak tahun 2015, yang dilakukan oleh satu orang dokter spesialis saraf divisi neurovaskuler dan satu orang dokter spesialis bedah saraf divisi neurovaskuler. Tindakan yang dilakukan meliputi neurodiagnostik berupa Digital Substruction Angiography (DSA), serta tindakan terapi berupa *Embolisasi, coiling, ballooning, mechanical trombectomy*, dan *stenting*. Berikut grafik tindakan di Ruang Neuro intervensi periode tahun 2015 s/d 2018.

Kegiatan Neuro Intervensi

Di RS Pusat Otak Nasional Periode tahun 2015 s/d 2018



Tindakan yang paling sering dilakukan selama 4 tahun terakhir adalah tindakan diagnostic DSA. Tujuan dari tindakan DSA adalah untuk mengetahui adanya gangguan pada anatomis pembuluh darah yang menuju ke otak, misalnya aneurisme, AVM atau gangguan anatomis lain. Data menunjukkan terjadi peningkatan yang signifikan mulai tahun 2016 dan mencapai puncaknya mengalami kenaikan sebesar sekitar 200% pada tahun 2018. Hal ini disebabkan karena jumlah pasien yang meningkat serta seluruh biaya DSA discover oleh BPJS.

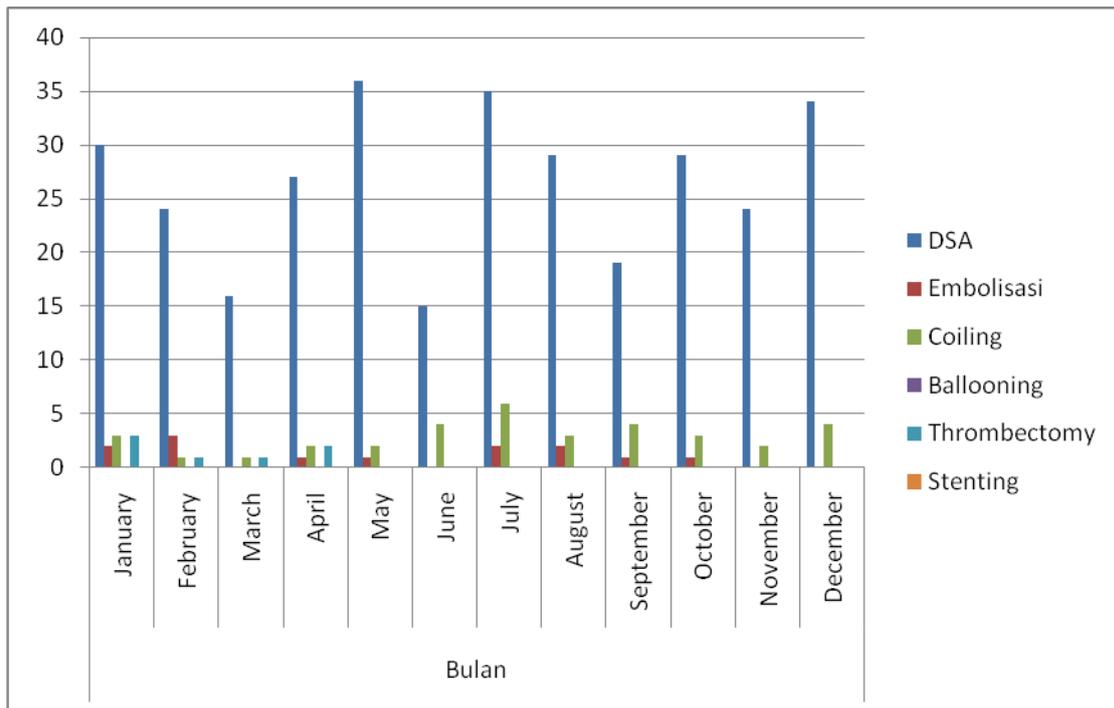
Tindakan neurointervensi yang bersifat kuratif semuanya tidak dijamin oleh BPJS, termasuk embolisasi. Tindakan ini bertujuan untuk menyumbat aliran darah yang menuju Aneurisma dan AVM dengan zat embol, sehingga mencegah terjadinya rupture pembuluh darah otak. Sejauh ini rata-rata terdapat 1-2 tindakan per bulan, serta relative mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2016 dan 2017. Selain masalah biaya, kemungkinan juga saat ini telah berkembangnya neurointervensi di rumah sakit lain di Jakarta.

Neuro intervensi kuratif yang kedua adalah mechanical thrombectomy, yaitu pengambilan bekuan darah dari pembuluh darah otak melalui tindakan kateterisasi. Tindakan ini merupakan tindak lanjut apabila pengobatan trombolitik (rTPA) tidak berhasil. Sejak bulan Mei 2018, tindakan ini tidak dilakukan karena biaya tidak discover oleh BPJS. Diharapkan pada tahun 2019 dan seterusnya tindakan ini bisa dibiayai oleh

RS Pusat Otak Nasional, minimal dua kali per bulan, sebagai upaya menjaga kompetensi tenaga dokter yang bertugas, dan peningkatan kualitas pelayanan pasien neuro.

Tindakan neurointervensi lain yang bersifat terapi meliputi ballooning, stenting dan coilling. Untuk ketiga intervensi ini ada pilihan lain, yaitu melalui operasi kepala atau kraniotomi yang dijamin BPJS, sehingga pasien dan keluarga lebih memilih operasi. Berikut kami sampaikan grafik kegiatan neurointervensi sepanjang tahun 2018.

**Data Kegiatan Neurointervensi di RS Pusat Otak Nasional
Periode Januari s/d Desember 2018**



5. Brain Micro Surgery

Brain micro surgery adalah suatu teknologi bedah mikro (microsurgery) pada otak dan pembuluh darah di kepala menggunakan teknik key hole surgery (operasi melalui lubang sebesar lubang kunci) yang dengan bantuan mikroskop khusus dan kamera endoskopi, maka struktur bagian terdalam otak atau pembuluh darah sekalipun akan tampak jelas. Dengan teknik key hole ini memiliki keuntungan yakni luka yang ditimbulkan sangat kecil sehingga operasi akan berjalan lebih singkat dan waktu sembuhnya lebih cepat sehingga diharapkan cedera otak akibat tindakan operasi dapat diminimalisir. Kecilnya luas luka sayatan dari microsurgery tersebut dapat pula meminimalkan dampak infeksi dan secara kosmetik lebih bagus sebab luka bekas sayatan relative lebih tidak kentara, sehingga diharapkan pasien yang dioperasi dengan teknik key hole akan lebih cepat pulih kesehatannya dan tidak perlu berlama-lama di rumah sakit.

6. Neurointensif

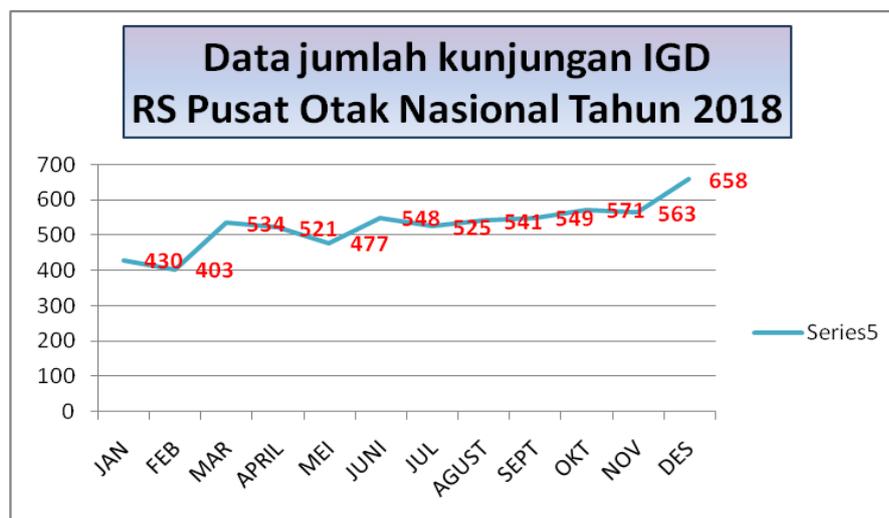
Pasien dengan kasus neurologi yang mengalami kondisi kritis di RS Pusat Otak Nasional ditangani di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan di ruang intensif. Terdapat tiga buah ruang intensif, meliputi Ruang Neuro *Critical Care Unit* (NCCU), ruang *Neuro High Care Unit* (NHCU), dan ruang *Stroke Care Unit* (SCU). Ruang IGD dibawah tanggung jawab Kepala Instalasi IGD, sedangkan ketiga ruang intensif ini dibawah tanggung jawab Kepala Instalasi ruang intensif. Saat ini kapasitas bed NCCU ada 10 buah, ruang NHCU ada 8 buah, dan ruang SCU ada 10 buah. Sejak bulan April 2018 kapasitas ruang HCU dikurangi 2 diperuntukkan bagi pasien Post Anestesi Care Unit (PACU) sehingga menjadi 6 buah bed.

a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1). Data Kunjungan pasien IGD

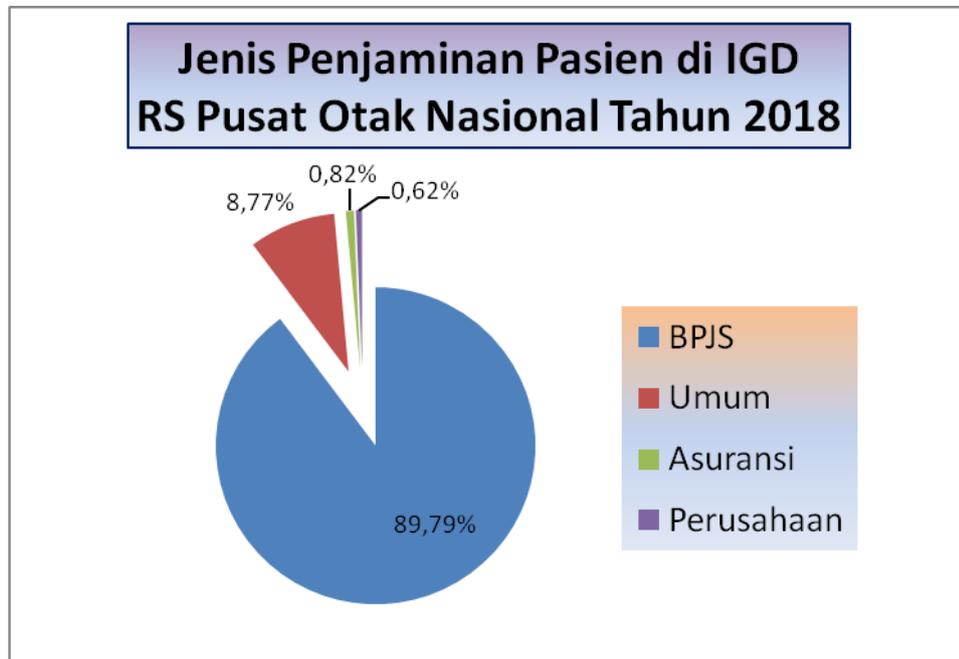
Daftar kunjungan pasien ke IGD pada tahun 2018 secara bertahap mengalami peningkatan, puncaknya pada bulan Desember yang mencapai 658 orang pasien, dengan rata-rata kunjungan adalah sekitar 526 pasien per bulan, atau 18 orang pasien per hari. Sekitar Sepertiga pasien yang kunjungan ke IGD (sekitar 33%) adalah pasien lama, sehingga perlu ditingkatkan edukasi kepada pasien dan keluarga sebelum pulang kerumah, terkait perawatan pasien di rumah dan cara mencegah terulangnya serangan penyakit.

Berikut data kunjungan pasien ke IGD periode tahun 2018.



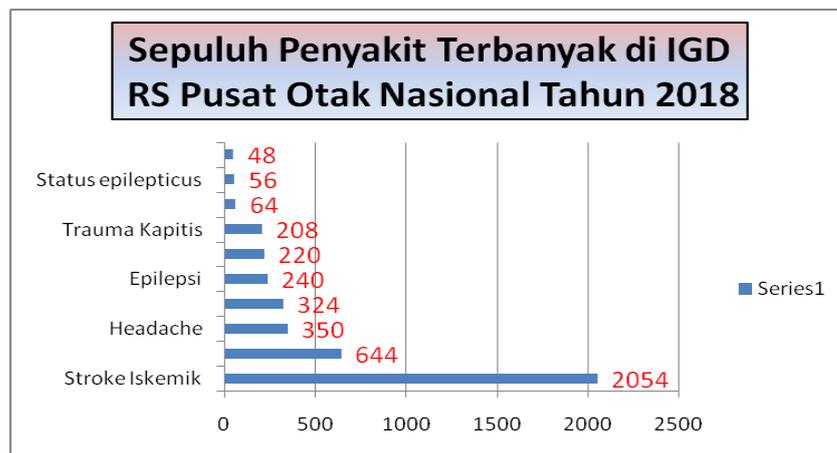
2). Jenis Penjaminan Pasien di IGD

Sebagian besar pasien yang kunjungan ke IGD adalah pasien dengan jaminan BPJS, yaitu sebesar 89,79%. Diperlukan informasi dan promosi yang lebih aktif untuk meningkatkan .kunjungan pasien dari non BPJS



3). Sepuluh Penyakit Terbanyak di IGD

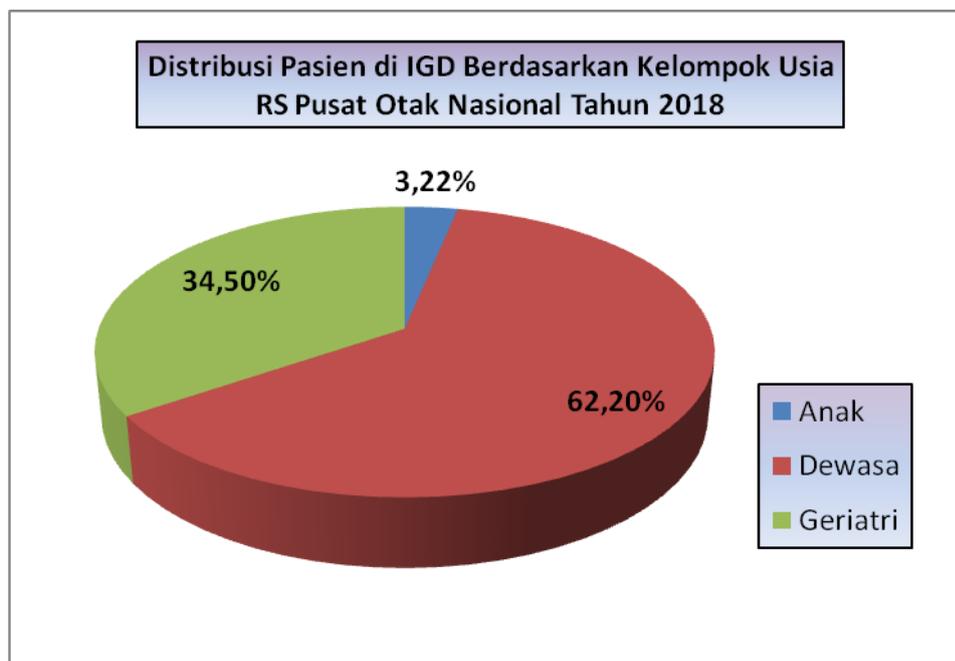
Stroke Iskemik merupakan jenis penyakit terbesar yang berkunjung ke IGD. Penyakit lain yang cukup banyak meliputi Headache, tumor otak, epilepsy, stroke perdarahan dan cedera kepala. Dengan demikian, masyarakat telah mulai memahami, bahwa RS Pusat Otak Nasional adalah rumah sakit khusus yang menangani kasus neurologi dan bedah saraf.



4). Data Pasien di IGD berdasarkan Kelompok Usia

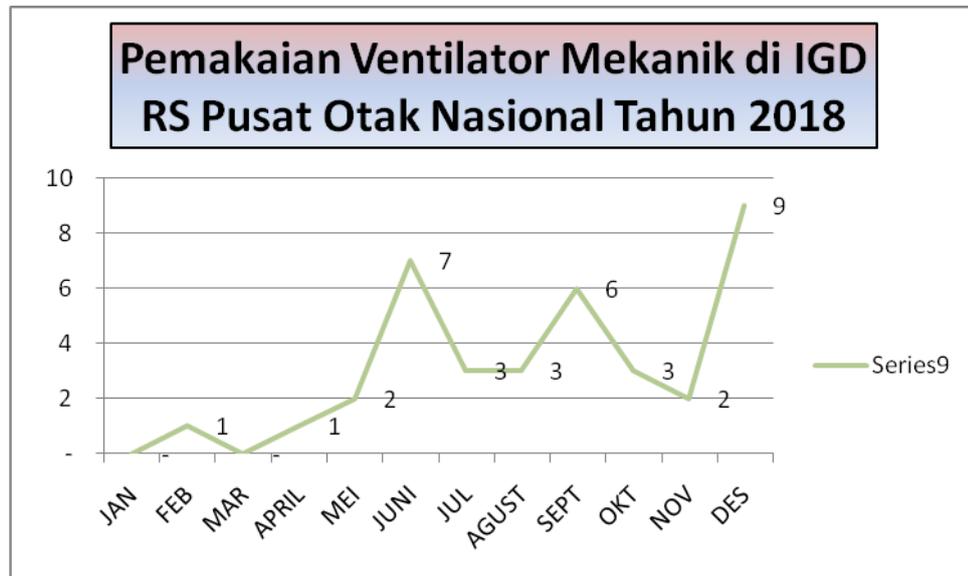
Sebagian besar pasien yang berkunjung ke IGD adalah pasien kelompok usia dewasa. Namun demikian, sekitar 34,5% adalah pasien kelompok usia geriatric, sehingga diperlukan koordinasi yang lebih intens dengan Tim Geriatri untuk penanganan pasien yang berusia lebih dari 60 tahun.

Selain itu, juga terdapat 3,22% pasien anak yang berusia kurang dari 14 tahun, sehingga diperlukan perawat IGD yang kompeten dalam penanganan kegawatan pasien anak. Direncanakan pada tahun 2019 akan diselenggarakan inhouse training pelatihan aspek neuropediatric dan akan mengikutsertakan perawat IGD sebagai peserta pelatihan.



5). Pemakaian Ventilator Mekanik di IGD

Secara umum, selama tahun 2018 terdapat 37 pasien yang terpasang ventilator mekanik, dengan rata-rata 3 orang per bulan. Saat ini terdapat 2 mesin ventilator mekanik dan satu ventilator transport di IGD dalam kondisi baik dan jumlahnya telah mencukupi.



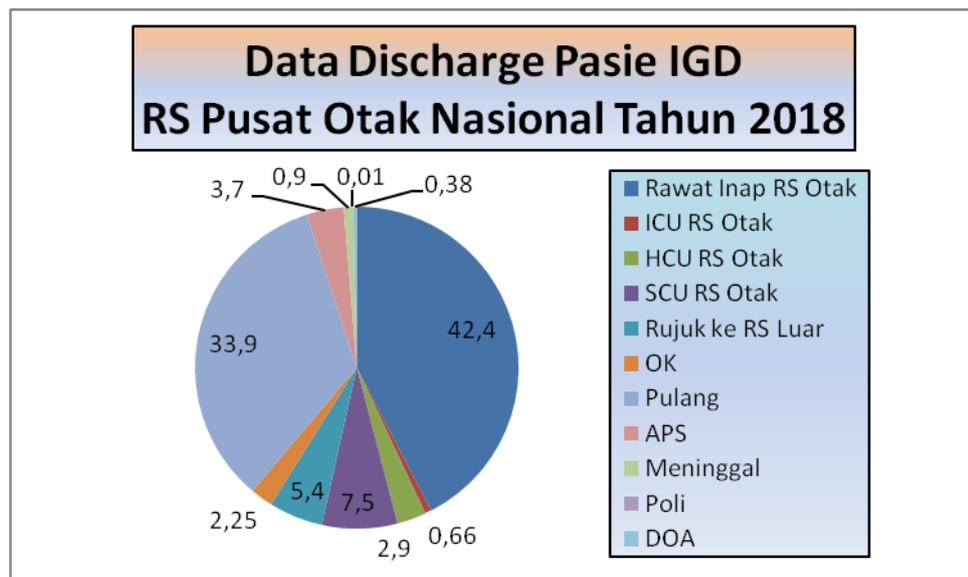
6). Data discharge pasien IGD

Dari total jumlah kunjungan pasien IGD sebesar 6320 orang, sebagian besar (42,4%) pasien dilakukan rawat inap di RS Pusat Otak Nasional. Sepertiga pasien (33,9%) diizinkan pulang, sedangkan 3,7% mengajukan pulang atas permintaan sendiri (APS).

Selama periode tahun 2018, pasien IGD yang dirujuk keluar rumah sakit sekitar 341 orang (5,4%), atau rata-rata sekitar 28 orang atau satu orang per hari dirujuk ke rumah sakit luar. Kasus yang dirujuk adalah pasien yang membutuhkan ruang ICU atau membutuhkan tindakan Hemodialisis. Hanya 0,66% pasien IGD yang bisa dirawat di NCCU RS Pusat Otak Nasional. Direncanakan pada tahun 2019 akan disediakan pelayanan Hemodialisis di NCCU atau ICU.

Sebanyak 2,25% pasien menjalani operasi cito di Kamar Operasi lantai 4, dan selama ini tidak ada kendala yang berarti oleh karena ada dokter bedah saraf dan dokter spesialis anestesi yang jaga 24 jam, serta telah diatur dengan baik system jaga perawat kamar operasi.

Pasien meninggal di IGD sebesar 0,9% dan pasien DOA sebesar 0,01%. Sebagian besar penyebab meninggalnya pasien di IGD karena keparahan penyakit.



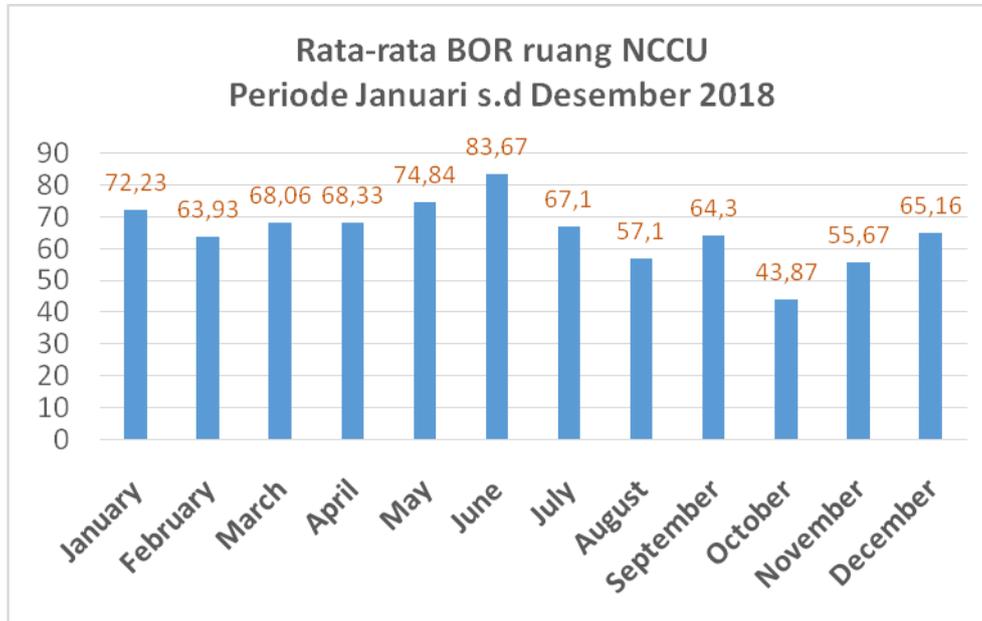
b. Ruang Neuro Critical Care Unit (NCCU)

1). Bed Occupying Rate (BOR)

Ruang NCCU memiliki kapasitas 10 bed dengan 1 bed disediakan untuk pasien code blue yang membutuhkan bantuan pernapasan mekanik. Saat ini telah tersedia 14 ventilator mekanik merk Drager dalam kondisi baik, satu buah ventilator merk Carefusion dalam kondisi baik, serta satu buah ventilator transport merk Drager juga dalam kondisi baik.

Sedangkan ruang PACU memiliki 2 buah ventilator merk Drager dalam kondisi baik, serta satu buah ventilator transport merk Drager juga dalam kondisi baik. direncanakan secara bertahap kapasitas bed akan dikembangkan menjadi 12 bed pada tahun 2020, meningkat menjadi 14 bed pada tahun 2021 dan kapasitas penuh 17 bed pada tahun 20122.

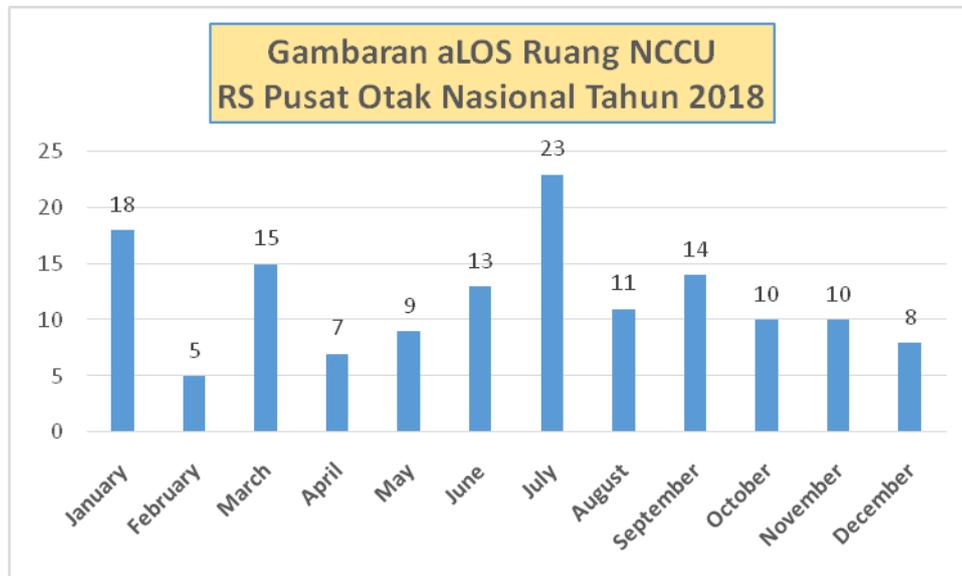
Berikut kami sampaikan rata-rata BOR ruang NCCU selama periode tahun 2018



Selama periode tahun 2018, rata-rata BOR adalah 63,705%. BOR tertinggi adalah pada bulan Juni sebesar 83,67%, sedangkan terendah pada bulan Oktober yaitu sebesar 43,87%. Penurunan pada bulan Oktober disebabkan antara lain karena menurunnya jumlah pasien operasi. Selain itu juga mulai operasionalnya tatalaksana pasien pascakraniotomi di PACU yang berlokasi di ruang Neuro High Care Unit (NHCU), sehingga pasien pascakraniotomi sebagian besar tidak dirawat di NCCU melainkan diobservasi di PACU selama kurang dari 24 jam sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap.

2). Average Length of Stay (aLOS)

Berikut rata-rata lama rawat pasien di ruang NCCU periode Januari s.d Desember 2018



Target lama rawat pasien di NCCU adalah 9-14 hari. Selama periode Januari s.d Desember 2018, rata-rata lama rawat pasien di ruang NCCU terpendek adalah 5 hari, yaitu pada bulan Februari. Sedangkan Rata-rata lama rawat pasien terpanjang adalah pada bulan Juli, yang mencapai 23 hari. Hal ini disebabkan antara lain karena tingginya pasien dengan status vegetative (*end of life*).

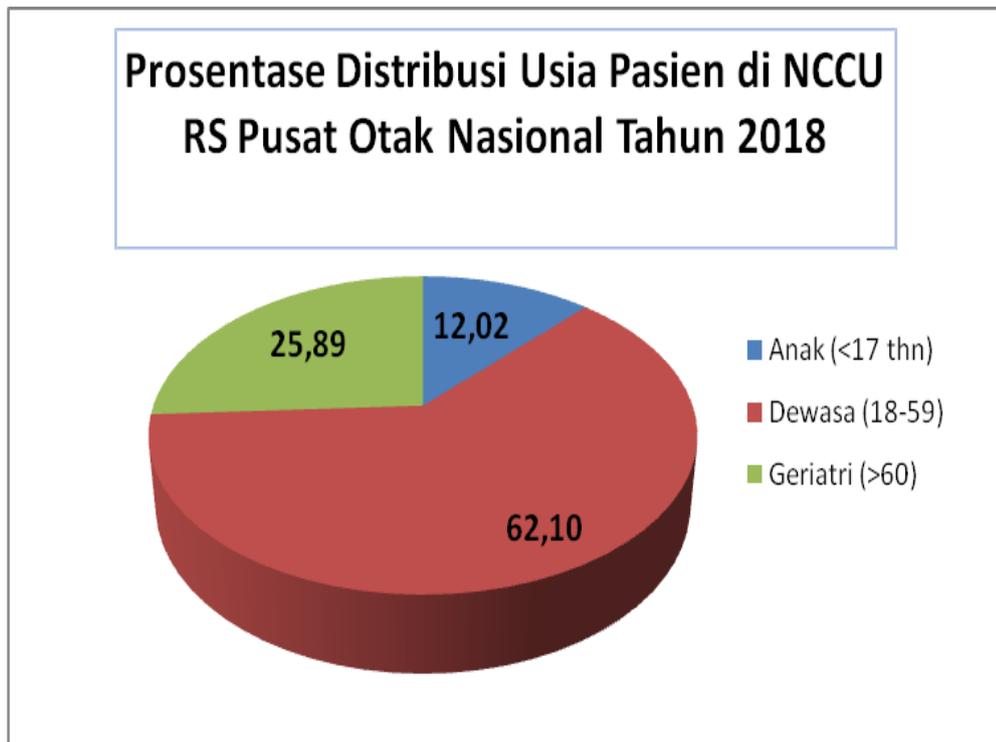
3). Distribusi Pasien di NCCU berdasarkan kelompok usia

Sebagian besar pasien di NCCU adalah kelompok usia dewasa yaitu sebesar 62,10%. Namun demikian, pasien kelompok usia anak yang berusia kurang dari 17 tahun ada sekitar 12,02%, sehingga diperlukan perawat ICU yang kompeten dalam perawatan pasien anak, khususnya pasien anak dengan kasus neurologi dan bedah saraf. Saat ini belum ada perawat ICU yang bersertifikat Pediatric Intensive Care Unit (PICU). Pada tahap awal, akan dikirim 1-2 orang perawat mengikuti Pelatihan PICU di RSCM, oleh karena biaya pelatihan PICU sangat mahal (Tujuh belas juta rupiah per peserta) dan membutuhkan waktu cukup lama (2 bulan). Selain itu, juga

akan diselenggarakan In House Training Pelatihan Asuhan Keperawatan Neuropediatrik, dengan mengikutsertakan perawat dari IGD, rawat inap dan poliklinik yang juga merawat pasien anak dengan kasus neuro dan bedah saraf.

Selain pasien dengan kelompok usia anak dan dewasa, sekitar seperempat pasien di NCCU adalah pasien kelompok usia geriatric. Dengan telah dibentuknya Tim Geriatri di RS Pusat Otak Nasional, diharapkan kerjasama dan koordinasi yang lebih baik lagi antara DPJP di NCCU dan Tim Geriatri, sehingga pelayanan kepada pasien dapat terintegrasi dengan lebih baik.

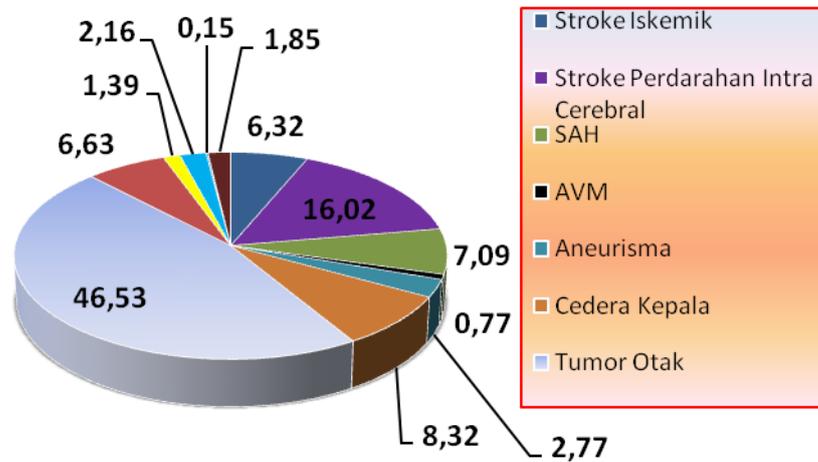
Berikut kami sampaikan grafik prosentase usia pasien yang dirawat di NCCU selama periode Januari s.d Desember 2018.



4). Distribusi Pasien di NCCU berdasarkan Jenis Penyakit

Berikut kami sampaikan grafik kasus-kasus penyakit pasien yang dirawat di NCCU pada periode tahun 2018.

Gambaran Jenis Penyakit di NCCU RS Pusat Otak Nasional 2018



Jenis penyakit terbanyak di NCCU adalah Tumor Otak sebesar 46,53%. Saat ini RS Pusat Otak Nasional memiliki SDM dokter bedah saraf sebanyak 5 orang, satu diantaranya sedang melanjutkan pendidikan di Canada. Selain memiliki SDM yang handal, RS Pusat Otak Nasional juga memiliki peralatan teknologi terkini dan canggih di Kamar Operasi. Sehingga nantinya RS Pusat Otak Nasional dapat menjadi *Centre of Excellent for Brain Tumor* di Indonesia.

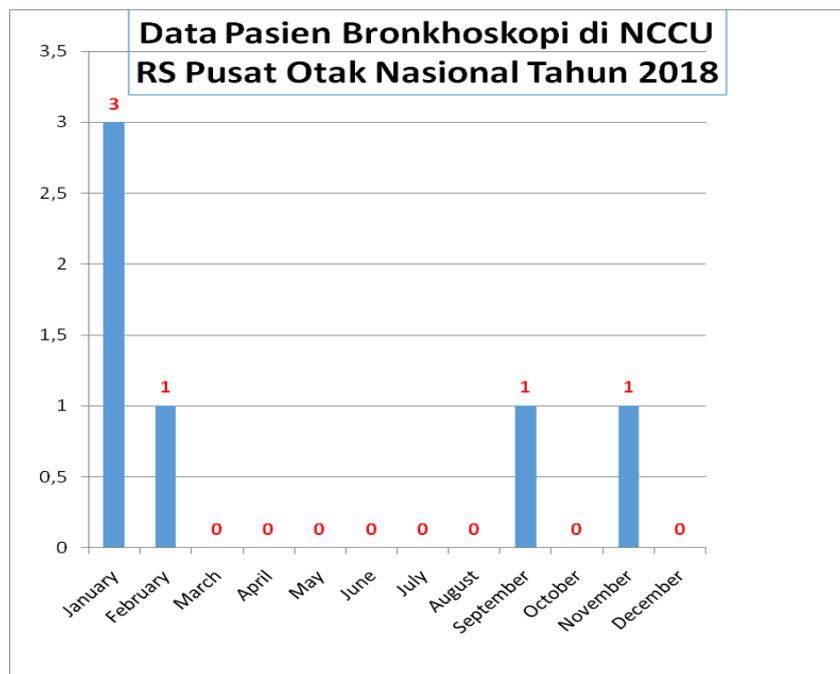
Jenis penyakit terbanyak nomer 2 di NCCU adalah Stroke Perdarahan Intra Cerebral dan ketiga Stroke Iskemik. Hal ini sejalan dengan program yayanan unggulan utama di RS Pusat Otak Nasional, yaitu terselenggaranya pelayanan pasien stroke secara komprehensif. Adapun jumlah pasien yang dilakukan kraniotomi dan kraniektomi sebesar 267 orang. Hal ini sejalan dengan data pasien rawat jalan, dimana jumlah antrian pasien yang akan operasi bedah saraf mencapai 144 orang per tanggal 7 Januari 2019.

Direncanakan pada tahun 2020 kamar operasi akan dikembangkan menjadi 4 buah kamar operasi yang operasional dan ditambahkan alat bedah saraf yang memungkinkan lama operasi

menjadi lebih singkat, sehingga jumlah pasien yang dilakukan operasi juga akan meningkat.

5). Data pasien *Bronchoscopy* di NCCU

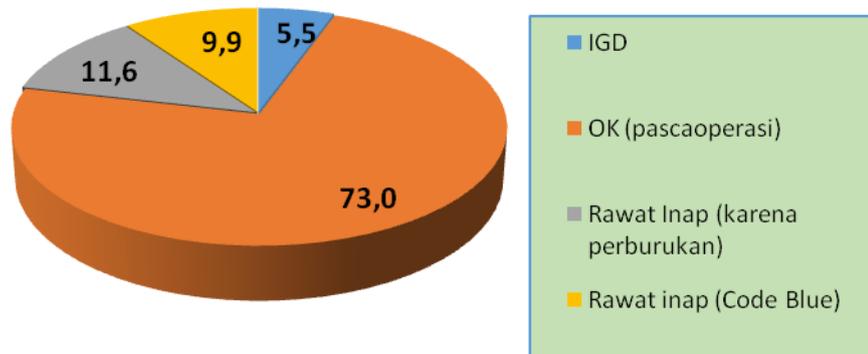
Utilitas atau penggunaan alat *bronchoscopy* di NCCU masih sangat kurang, dimana hanya 5 pasien pada tahun 2018. Hal ini dikarenakan rendahnya insiden pasien yang membutuhkan prosedur *bronchoscopy*, dimana sebagian besar pasien tidak mengalami hambatan atau kesulitan pada saat dilakukan intubasi, serta rendahnya angka kejadian pasien yang memerlukan *bronchial washing*. Direncanakan pada tahun 2019 akan diopimalkan penggunaan alat *bronchoscopy* ini untuk pasien rawat jalan, antara lain untuk biopsi masa di paru.



6). Alasan Pasien Masuk NCCU

Sebagian besar pasien masuk ke NCCU karena alasan pascaoperasi, khususnya operasi bedah saraf. Berikut gambaran alasan pasien masuk NCCU.

Prosentase Alasan Pasien Masuk NCCU RS Pusat Otak Nasional Tahun 2018



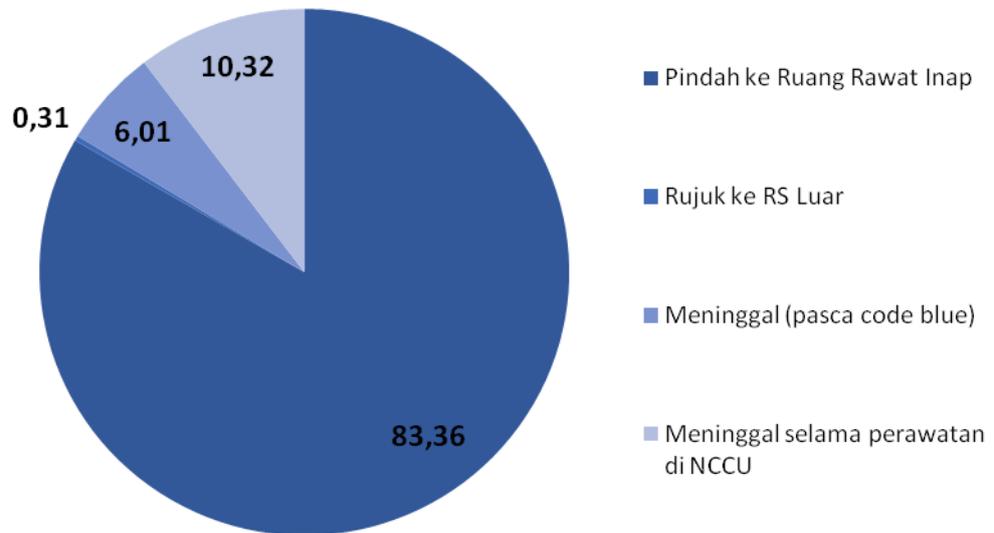
Seiring dengan tingginya kasus bedah saraf di NCCU, diperlukan perawat yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan kasus ini. Direncanakan, pada tahun 2019, selain mengirim perawat untuk mengikuti pelatihan ICU intermediate, juga akan diselenggarakan *inhouse training* untuk pelatihan perioperatif bedah saraf.

Sebanyak 64 orang pasien (9,9%) pasien masuk ke NCCU setelah dilakukan Code Blue di ruangan, sedangkan sekitar 75 orang pasien (11,6%) masuk karena perburukan kondisi medis yang dikirim oleh DPJP sebagai hasil evaluasi *Neurologi Early Warning System* (NEWSS) oleh perawat di rawat inap. Selanjutnya perlu monitoring kepatuhan perawat dalam menerapkan NEWSS di rawat inap, serta perlu dilakukan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan code blue di ruangan.

7). Prosentase Kondisi Pasien Keluar Saat Keluar NCCU

Berikut grafik kondisi pasien keluar dari NCCU pada tahun 2018

Prosentasi Kondisi Pasien Keluar NCCU di RS Pusat Otak Nasional Tahun 2018



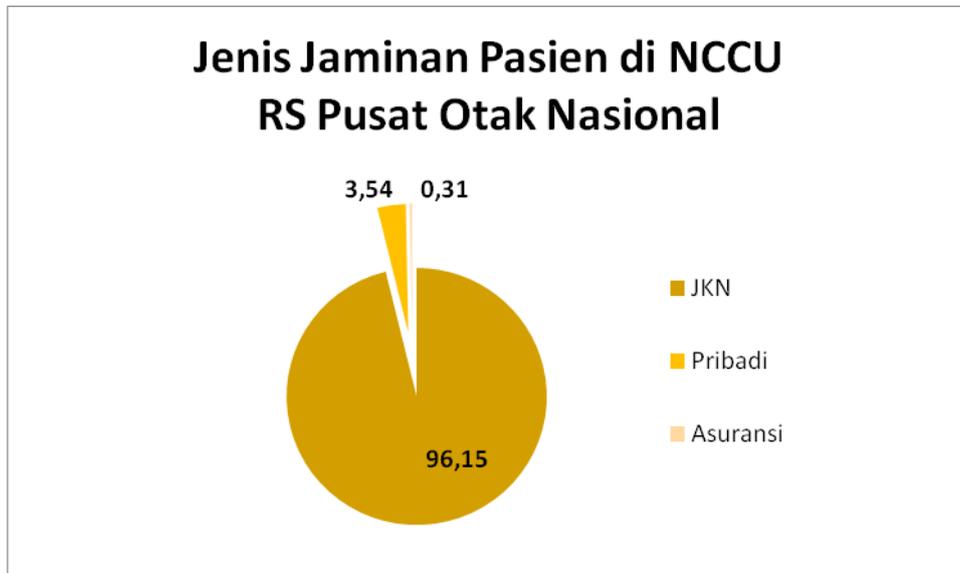
Sebanyak 60% pasien yang dilakukan code blue meninggal di NCCU. Hal ini menunjukkan pentingnya peningkatan kompetensi tim code blue. Direncanakan pada tahun 2019, seluruh perawat dan dokter di RS Pusat Otak Nasional mendapatkan pelatihan code blue melalui inhouse training.

Sedangkan sebanyak 89% pasien dari rawat inap meninggal di NCCU, sehingga diperlukan ruang paliatif atau ruang end of life tambahan diluar NCCU, agar kapasitas bed dapat dimanfaatkan untuk pasien yang lebih membutuhkan ruang intensif.

Dua orang dirujuk ke rumah sakit luar karena membutuhkan Hemodialisis (HD) dan saat ini belum tersedia alat HD di NCCU. Rencana pada tahun 2019 akan disediakan alat Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) untuk pelayanan HD di NCCU sehingga tidak perlu dirujuk ke rumah sakit lain. Selain itu, alat CRRT ini juga dimanfaatkan untuk pemberian terapi plasmapheresis yang dibutuhkan oleh pasien Guillain Barre Syndrome (GBS) dan pasien Myasthenia Gravis.

8). Status Jaminan Pasien di NCCU

Sebagian besar pasien di NCCU dijamin oleh BPJS, yaitu sebesar 96,15%. Sedangkan jaminan pribadi hanya 3,54% dan asuransi kurang dari 1%. Pada tahun 2019 perlu ditingkatkan kerja sama dengan asuransi swasta dan perusahaan swasta atau BUMN lain.



2. Realisasi Anggaran

Realisasi anggaran per 31 Desember 2018 :

Uraian	Anggaran	Realisasi	%
I. Pendapatan Negara dan Hibah			
a. Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	67.578.742.000	126.699.692.202	187.48
b. Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha	246.400.000	1.323.622.418	537.18
c. Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	275.000.000	5.594.295.200	2034.29
Jumlah Pendapatan Negara dan Hibah	85.359.041.000	129.615.850.938	245.76

Sumber : Laporan Pengesahan Pendapatan BLU Tahun 2018

URAIAN	ALOKASI			REALISASI			%
	APBN	BLU	JUMLAH	APBN	BLU	JUMLAH	
Belanja Pegawai	33.197.299.000	-	33.197.299.000	29.481.355.417	-	29.481.355.417	89
Belanja Barang	25.800.876.000	168.499.717.000	194.300.593.000	25.039.211.400	136.575.851.194	161.615.062.594	83
Belanja Modal	10.918.000.000	11.500.283.000	22.418.283.000	10.821.238.675	8.366.819.472	19.188.058.147	86
Total	69.916.175.000	180.000.000.000	249.916.175.000	65.341.805.492	144.942.670.666	210.284.476.158	84

Sumber : Aplikasi OM SPAN Kementerian Keuangan RI per 31 Desember 2018

Kendala penyerapan anggaran untuk Tahun 2018 :

1) Belanja Pegawai

Penyerapan untuk belanja Pegawai mengalami beberapakendala diantaranya :

- Ada kelebihan pagu perencanaan belanja pegawai

2) Belanja Barang

Penyerapan untuk belanja barang mengalami beberapa kendala di antaranya :

- Adanya berkas tagihan dari pihak penyedia yang belum lengkap sehingga menghambat proses pembayaran.
- Untuk pembayaran Remunerasi baru mulai dibayarkan pada bulan Juni karena menunggu keputusan Kementerian Kesehatan RI.

3. Upaya Untuk Meraih WTP dan Zona Integritas

Dalam rangka meraih WTP dan zona integritas, maka ada beberapa hal yang dilakukan oleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, yakni :

- Membangun Komitmen dan Integritas Pimpinan, Para Pengelola dan Para Pelaksana Kegiatan, hal ini dibuktikan sejak tahun 2016 telah di bentuk tim UPG (Unit Pengendalian Gratifikasi) dan penandatanganan pakta integritas yang dilakukan oleh

jajaran direksi dan karyawan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sebagai komitmen dalam rangka menuju wilayah bebas Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)

- Melakukan Penguatan Monitoring dan Evaluasi, yakni dengan :
 1. Meningkatkan kualitas pelaksanaan monitoring terpadu terhadap pelaksanaan kegiatan dan anggaran diantaranya dengan melakukan monitoring anggaran setiap bulannya
 2. Melakukan perbaikan segera terhadap ketidaksesuaian pelaksanaan kegiatan dan anggaran diantaranya dengan melakukan revisi DIPA dan POK
 3. Melakukan pertemuan rutin selama satu kali dalam seminggu dalam rangka evaluasi pelaksanaan kegiatan dan anggaran diantaranya rapat struktural dan rapat masing-masing direktorat
- Peningkatan Kapasitas SDM, antara lain :
 1. Melaksanakan pelatihan diantaranya dengan mengikut sertakan pelatihan ACLS, BNLS dan lain-lain bagi perawat & dokter dan pelatihan Bendahara Pengeluaran dan Penerimaan bagi staf keuangan bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
 2. Melaksanakan studi banding pengelolaan keuangan & pelayanan bagi para pejabat, para pengelola keuangan dan pelaksana kegiatan internal rumah sakit ke satker-satker lainnya diantaranya Kementerian Kesehatan RI, RS Persahabatan, RSCM dan lain-lain
 3. Melaksanakan seminar yang diadakan oleh Kementerian Kesehatan RI ataupun perkumpulan profesi lainnya diantaranya mengikuti seminar bagi fisioterapi, dokter & perawat
 4. Meningkatkan kualitas SDM pengadaan barang/jasa (PPK dan Panitia)
- Bimbingan teknis dengan KPPN Jakarta VII

BAB VI : PENUTUP

1. Kesimpulan

Secara umum, laporan berkala ini menunjukkan pencapaian kinerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional selama tahun 2018 sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional memiliki tugas untuk menyelenggarakan upayapenyembuhan, pemulihan, dan rehabilitasi paripurna di bidang Otak dan Persarafan secaraserasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatanlainnya serta melaksanakan upaya rujukan.

Sebagai rumah sakit yang baru diresmikan oleh Presiden Soesilo Bambang Yudhoyono pada tanggal 14 Juli 2014, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional berpotensi untuk terus tumbuh dan berkembang menjadi lebih baik, hal ini tercermin dari pencapaian kinerja yang telah dilaksanakan selama tahun 2018 dengan realisasi penyerapan anggaran ditahun 2018 sebesar Rp. 210.109.059.178 (84.07%) dari pagu anggaran tahun 2018 sebesar Rp 249.916.175.000

2. Saran

Upaya dan strategi yang dapat dilakukan dalam rangka meningkatkan kinerja dalam pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional adalah sebagai berikut :

- a. Membangun komitmen dari keseluruhan pegawai untuk bersama-sama melaksanakan dan mengoptimalkan kinerja pelayanan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional;
- b. Meningkatkan pengetahuan dari keseluruhan pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- c. Meningkatkan percepatan pengelolaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dalam rangka meningkatkan pelayanan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional;
- d. Untuk penguatan monitoring dan evaluasi, maka dilakukan koordinasi dan integrasi semua kegiatan di rumah sakit melalui pertemuan rutin secara berkala dan berjenjang di semua lini anggaran (para pemegang anggaran);
- e. Melakukan efisiensi biaya operasional rumah sakit;
- f. Melakukan optimalisasi dalam pengelolaan keuangan baik penyusunan anggaran, perencanaan, pelaksanaan anggaran kegiatan dan pelaporan keuangan secara tertib, teratur sesuai aturan.

Demikian Laporan Berkala RS Pusat Otak Nasional Tahun 2017 ini dibuat sebagai gambaran kinerja RS Pusat Otak Nasional dengan harapan dapat dijadikan dasar bagi perbaikan dimasa yang akan datang.

Berikut adalah foto-foto dari beberapa fasilitas yang dimiliki dan dapat menunjang program yang dijadikan unggulan oleh Rumah Sakit Pusat Otak Nasional :

