



RENCANA STRATEGIS BISNIS

RS. dr. H. Marzoeqi Mahdi

2020 - 2024

REVISI 3



KATA PENGANTAR



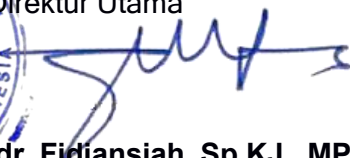
Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah S.W.T, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi (PKJN RSJMM) Tahun 2020-2024 telah disusun. Hal ini menindaklanjuti terbitnya Peraturan menteri Kesehatan RI No 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Permenkes No 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Revisi RSB ini dilakukan guna mendukung Reformasi Bidang Kesehatan yang dicanangkan Kementerian Kesehatan dalam Revisi Renstra yang dituangkan dalam Permenkes tersebut.

RSB pada dasarnya merupakan suatu perencanaan lima tahunan yang dimaksudkan agar organisasi dapat secara proaktif beradaptasi dengan perubahan lingkungan organisasi internal dan eksternal. Kemampuan organisasi dalam melakukan penyesuaian tersebut menentukan keberlangsungan dan keberhasilan organisasi dalam mewujudkan Visi dan Misinya.

RSB PKJN RSJMM Bogor merupakan dokumen perencanaan yang memuat arah dan kebijakan dalam kurun waktu 2020-2024 serta menggambarkan serangkaian Program Kerja Strategis untuk mewujudkan Visi "*Terwujudnya layanan Personal Development menuju masyarakat sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan*". Visi ini diwujudkan melalui Misi RSMM Bogor yang dijabarkan dalam Rencana Aksi Kerja (RAK).

Dalam penyusunan revisi RSB ini, PKJN RSJMM Bogor mempertimbangkan berbagai permasalahan dan perubahan strategis yang dihadapi. RSB ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi PKJN RSJMM Bogor dalam menyesuaikan perubahan strategis organisasi khususnya dalam memenuhi harapan *stakeholder*.

Kami sampaikan penghargaan serta ucapan terima kasih kepada Tim penyusun, *stakeholder* dan semua pihak yang telah menyumbangkan waktu, pikiran serta tenaga hingga RSB PKJN RSJMM Bogor tahun 2020-2024 Revisi sudah tersusun dengan baik. Semoga Allah S.W.T melimpahkan rahmat dan karunia-Nya untuk kelancaran dan keberhasilan PKJN RSJMM Bogor dalam upaya mewujudkan Visinya.

Bogor, Januari 2023
 Plt. Direktur Utama

DR. dr. Fidiانسjah, Sp.KJ., MPH.
 NIP 196306271988121002



LEMBAR PERSETUJUAN DIREKSI

**REVISI RENCANA STRATEGIS BISNIS
PKJN RSJ Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2020-2024**

Ditetapkan di Bogor
Pada Januari 2023

1. Plt. Direktur Utama

DR. dr. Fidiansjah, Sp.KJ., MPH.
NIP 196306271988121002

2. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang

dr. Rahmi Handayani, Sp.Kj., MARS.
NIP 196903072008012024

3. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan BMN

Evi Nursafinah, SE., MPH.
NIP 197406112000032002

4. Direktur SDM, Pendidikan dan Umum

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.
NIP 196903081994031002

**LEMBAR PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS****REVISI RENCANA STRATEGIS BISNIS
PKJN RSJ Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2020-2024**

Ditetapkan di Bogor
Pada Januari 2023

Ketua Dewan Pengawas

dr. Sunarto, M.Kes

Anggota :

1. Dita Novianti, S.Si, Apt, MM

2. Isaac Shahrir Djauhari Jenie

3. drs. Charmaeda Tjokrosuwarno, MA.

4. Raden Patrick Wahyudwisaksono



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	<i>i</i>
LEMBAR PERSETUJUAN DIREKSI.....	<i>ii</i>
LEMBAR PERSETUJUAN DEWAN PENGAWAS.....	<i>iii</i>
DAFTAR ISI.....	<i>iv</i>
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
1.1 <i>Resume</i> Renstra PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.....	1
1.2 Visi dan Misi PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.....	2
1.3 Target RSBPKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.....	5
BAB II: ANALISIS DAN STATEGI.....	7
2.1 Evaluasi Kinerja PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.....	7
2.2 Analisis SWOT / <i>Balanced Scorecard</i>	8
2.3 Inisiatif Strategis.....	13
BAB III: RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 (LIMA) TAHUN.....	14
3.1 Program PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.....	14
3.2 Strategi Bisnis PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.....	12
3.3 Kegiatan dan Indikator.....	14
BAB IV: PENUTUP.....	27
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Resume Renstra PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007, menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Oleh karena itu perlu disusun rencana pembangunan berwawasan kesehatan yang berkesinambungan atau *Health in All Policies* (HiAPs), di mana seluruh komponen bangsa mempunyai tanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan, baik itu anggota masyarakat, pemerintah, swasta, organisasi kemasyarakatan, maupun profesi. Seluruh pembangunan sektoral harus mempertimbangkan kontribusi dan dampaknya terhadap kesehatan.

Visi Nasional pembangunan jangka panjang adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan. Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan RPJPN 2005-2025, Presiden terpilih sebagaimana tertuang dalam RPJMN 2020-2024 telah menetapkan Visi Presiden 2020-2024: "Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong". Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu "Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan".

Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan menjadi konsekuensi logis ketika sektor kesehatan akan bertransformasi. Perubahan tersebut mencakup 6 (enam) hal prinsip atau disebut sebagai pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional, yaitu:



1. Transformasi Layanan Primer,
2. Transformasi Layanan Rujukan, yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat;
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan,
5. Transformasi SDM Kesehatan,
6. Transformasi Teknologi Kesehatan,

Sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut maka PKJN RSJMM harus melakukan transformasi Layanan Rujukan, melalui perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit. Untuk menterjemahkan program transformasi bidang kesehatan yang dilakukan Kementerian Kesehatan, PKJN RSJMM melakukan revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) mengacu pada Renstra Kementerian Kesehatan berdasarkan Permenkes No 13 Tahun 2022.

1.2 Visi dan Misi PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor

1.2.1 Keterkaitan Visi dan Misi PKJN RSJMM dengan Visi dan Misi Kementerian Kesehatan

Visi Presiden Tahun 2020-2024 adalah :

*“Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian,
Berlandaskan Gotong Royong”.*

Dalam rangka mencapai terwujudnya visi tersebut, maka telah ditetapkan 9 (sembilan) misi Presiden tahun 2020- 2024, yakni:

1. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia;
2. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya Saing;
3. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan;
4. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan;
5. Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa;
6. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya;
7. Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga;
8. Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya;
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.



Kementerian Kesehatan menjabarkan Visi Presiden tahun 2020-2024 tersebut di bidang kesehatan sebagai berikut :

“menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan”.

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2020-2024 sebagai Misi Kementerian Kesehatan, sebagai berikut:

1. Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja;
2. Perbaiki Gizi Masyarakat;
3. Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit;
4. Pembudayaan GERMAS;
5. Memperkuat Sistem Kesehatan.

Dan untuk mensukseskan pencapaian Visi Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 tersebut, PKJN RSJMM Bogor menetapkan Visi :

“Terwujudnya layanan *Personal Development* menuju masyarakat sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan”.

Dan sebagai Unit Pelaksana Teknis PKJN RSJMM dalam mendukung penguatan sistem transformasi kesehatan dan memperkuat sistem kesehatan yang diterjemahkan dalam 6 (enam) pilar transformasi bidang kesehatan , PKJN RSJMM Bogor menetapkan misi tahun 2020-2024, sebagai berikut:

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

Tata Nilai PKJN RSJMM Bogor adalah belajar dan berkembang, profesionalisme, bekerja seimbang, kekeluargaan, saling menghargai, motivasi dan komitmen. Motto PKJN RSJMM Bogor adalah “SEHAT” (*Smart*, Empati, Harmonis, Akuntabel dan Transparansi).



1.2.2 Tugas dan Fungsi PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor

Dalam pelaksanaan RSB Tahun 2020-2024 telah terjadi perubahan Peraturan Menteri Kesehatan RI terkait SOTK RS PKJN RSJMM Bogor semula PERMENKES no. 65 tahun 2020 menjadi PERMENKES Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Berdasarkan Permenkes Nomor 26 Tahun 2022 PKJN RSJMM Bogor mempunyai tugas :

“menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan”.

Dalam melaksanakan tugasnya, PKJN RSJMM Bogor menyelenggarakan fungsi:

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
- c. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan;
- e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. pengelolaan sistem informasi;
- k. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Selain sebagai tugas dan fungsinya sebagai salah satu RS Vertikal di bawah Kementerian Kesehatan yang diatur dalam Permenkes No. 26 Tahun 2022, RSJ. Dr H.Marzoeki Mahdi Bogor juga mengemban tugas dan fungsi sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional (PKJN) yang diatur dalam Permenkes no. 741 No HK.01.07/MENKES/741/2022 Tentang Penetapan PKJN RSJMM sebagai PKJN yang terbit tanggal 18 Februari 2022.

Berikut adalah tugas PKJN RSJMM :

- a. memberikan pelayanan kesehatan jiwa komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) yang terintegrasi dengan layanan di komunitas, layanan spesialis dan



subspesialis psikiatri lengkap dan layanan non psikiatri sebagai pendukung layanan kesehatan jiwa;

- b. melakukan pengampunan jejaring rujukan kesehatan jiwa; dan
- c. sebagai rumah sakit rujukan nasional di bidang kesehatan jiwa.

Dan berikut adalah fungsi PKJN RSJMM:

- a. pemetaan jejaring pengampunan nasional terhadap kapasitas/kemampuan rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit rujukan provinsi, dan rumah sakit rujukan regional, yang dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa;
- b. penyelenggaraan upaya kesehatan melalui pelayanan, pendidikan, dan penelitian kesehatan di bidang kesehatan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan;
- c. penguatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian kesehatan di bidang kesehatan jiwa pada rumah sakit rujukan provinsi secara aktif
- d. pembentukan tim pengampu jejaring kesehatan jiwa nasional;
- e. koordinasi dengan institusi lain di bidang kesehatan jiwa dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya;
- f. pembentukan sistem jejaring dengan seluruh rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa; dan
- g. penyusunan rencana strategis dan standar prosedur operasional terkait dengan pengampunan dan sistem rujukan rumah sakit yang memberikan pelayanan khusus kesehatan jiwa.

1.3 Target RSB PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor

Berdasarkan tujuan dan sasaran strategis Kementerian Kesehatan yang tercantum dalam Permenkes No.13 Tahun 2022, PKJN RSJMM menyesuaikan tujuan dan sasaran strategisnya pada RSB Tahun 2020-2024 untuk target tahun 2023. Selain itu juga menambahkan 16 inisiatif transformasi Rumah Sakit Vertikal sebagai bagian dari indikator kinerja Utama RS.

Penugasan PKJN RSJMM sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional (PKJN) tidak merubah sasaran strategis yang sudah ditetapkan sebelumnya karena sudah terdapat sasaran strategis Terwujudnya layanan unggulan Personal Development Care (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA; dengan indikator Terwujudnya Kemandirian Pasien yang sesuai dengan tugas dan fungsi PKJN.



Berikut adalah tujuan strategis, sasaran strategis dan indikator kinerja utama PKJN RSJMM tahun 2020-2024 :

Tujuan Strategis, yakni:

1. Memberikan layanan kesehatan jiwa yang bermutu dan terintegrasi dengan komunitas;
2. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan riset dalam bidang kesehatan jiwa sebagai dasar pengembangan layanan;
3. Mewujudkan program jejaring pengampunan kesehatan jiwa;
4. Mewujudkan tata kelola keuangan yang sehat.

Sasaran Strategis Tahun 2020-2024, yakni:

- 1 Terwujudnya pertumbuhan revenue;
- 2 Terwujudnya efisiensi anggaran;
- 3 Terwujudnya kepuasan pelanggan;
- 4 Terwujudnya layanan unggulan *Personal Development Care* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA;
- 5 Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu;
- 6 Terwujudnya pusat riset, pendidikan, pelatihan;
- 7 Terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan;
- 8 Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi;
- 9 Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi;
- 10 Terwujudnya SDM Unggul;
- 11 Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal;
- 12 Terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi;
- 13 Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang Tangguh.



BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

2.1 Evaluasi Kinerja PKJN RSJ.dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor

Kinerja PKJN RSJMM Bogor berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) Rencana Strategis Bisnis (RSB) tahun 2015-2019 dilihat dari Perspektif Pelanggan adalah tercapainya kepuasan pelanggan dengan rata-rata sebesar 87.36% (standar 80%). Pada Perspektif Proses Bisnis Internal, PKJN RSJMM Bogor sudah mewujudkan Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial dengan capaian sebesar 84.87% (standar 80%), layanan Kesehatan Jiwa yang bermutu dengan mencapai Akreditasi Internasional di tahun 2019. Pada sasaran strategis terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian, RS telah membuat modul dan diusulkan ke PPSDM untuk mendapat sertifikasi dan telah mempublikasikan penelitian baik nasional maupun internasional. Pada sasaran strategis Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan, RS sudah melakukan pembinaan pada 5 kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa dan meningkatkan kualitas kemitraan layanan kesehatan jiwa dengan capaian sebesar 80.60% (standar 80%).

Pada Perspektif Keuangan, PKJN RSJMM Bogor melakukan optimalisasi POBO dengan rata-rata 55.57% (standar 45%) dan meningkatkan efisiensi anggaran sebesar 82.49%. Pada Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran, budaya kinerja RS mencapai 94.28%. Sedangkan untuk mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal, OEE RS mencapai 77.75%. (standar 75%). PKJN RSJMM Bogor juga mengembangkan sistem IT yang terintegrasi di semua unit layanan RS.

Beberapa hambatan yang ditemui pada pelaksanaan IKU RSB antara lain:

1. Belum optimalnya koordinasi antar unit kerja, Instalasi dan Direktorat sehingga memperlambat jalannya program yang direncanakan;
2. Belum optimalnya sosialisasi pada seluruh jajaran sehingga hal-hal yang sudah direncanakan di tingkat manajemen tidak diketahui ditingkat pelaksana;
3. Secara kuantitas, jumlah SDM di PKJN RSJMM Bogor sudah mencukupi, namun kompetensi dan kualitas masih harus ditingkatkan lagi sesuai dengan kompetensi standar untuk mempercepat pelaksanaan program sehingga program belum dilaksanakan secara optimal;
4. Belum terpenuhinya sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk kegiatan program yang telah direncanakan;



5. Pengadaan kebutuhan sarana dan prasarana mengikuti prosedur *procurement* yang terlambat dilaksanakan sehingga beberapa program harus menunggu pemenuhan kebutuhan;

Kinerja PKJN RSJMM Bogor berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) Rencana Strategis Bisnis (RSB) tahun 2020-2022, menunjukkan capaian yang cukup baik, terlihat dari capaian Tahun 2020 yang mencapai 88,24% dan tahun 2021 mencapai 94,44%

Berdasarkan hal tersebut, indikator yang telah ditetapkan dalam RSB 2020-2024 tetap dipertahankan, hanya dilakukan evaluasi atas capaian dan target. Selanjutnya ditambahkan Indikator Kinerja sesuai dengan Sasaran Strategis PKJN RSJMM yang diturunkan dari Revisi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 sesuai Permenkes No 13 Tahun 2022.

2.2 Analisis SWOT / *Balanced Scorecard*

Tantangan pelayanan kesehatan jiwa saat ini adalah adanya kesenjangan system pelayanan kesehatan jiwa, sulitnya akses pelayanan kesehatan jiwa yang berkualitas, dan belum adanya upaya promotive dan preventif terintegrasi. Upaya-upaya yang dilakukan untuk peningkatan kesehatan jiwa adalah dengan melakukan penguatan fasilitas kesehatan, meningkatkan sumber daya kesehatan dan menguatkan sistem rujukan dengan sistrute.

Tantangan strategis PKJN RSJMM Bogor adalah:

1. RS Jiwa sebagai *Pusat Kesehatan Jiwa Nasional* diharapkan dapat memberikan pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pemberdayaan dalam kesehatan jiwa;
2. Adanya arahan Presiden kepada Menteri Kesehatan terkait Transformasi Sistem Kesehatan;
3. Implementasi PP nomor 2 tahun 2018 tentang SPM Bidang Kesehatan di Propinsi dan di Kabupaten /Kota terkait dukungan pemerintah daerah terhadap layanan kesehatan jiwa;
4. Masih adanya stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ);
5. Terjadinya Bencana Pandemi Covid 19;
6. Perluasan jejaring pengembangan pengampunan kesehatan jiwa;
7. Penanganan masalah kesehatan jiwa menjadi hal yang penting untuk mencapai kualitas hidup terutama layanan berbasis HAM;
8. Layanan kesehatan harus komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-kultural-spiritual secara holistik dan berkesinambungan;
9. Standarisasi sistem pelayanan kesehatan jiwa;
10. Sulitnya akses pelayanan kesehatan jiwa berkualitas;



11. Terbatasnya pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer, daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan;
12. Perlu optimalisasi upaya promotif dan preventif terintegrasi;
13. Mutu pelayanan dasar setiap jenis pelayanan dasar;
14. Kehadiran disrupti teknologi yang cepat dan pesat.

Tantangan PKJN RSJMM Bogor dalam perkembangan teknologi informasi harus menjadi bagian terpenting yang harus segera diatasi. Teknologi informasi menjadi “*tulang punggung*” dalam kehidupan dan mendisrupsi kegiatan manusia melalui teknologi finansial, robotik, big data kesehatan, termasuk teknologi kesehatan. PKJN RSJMM Bogor dapat melakukan inovasi layanan (Desain layanan, mutu dan keselamatan pasien, pelayanan berfokus pada pasien), inovasi TI dan Komunikasi (*Big data* kesehatan, komputasi awan dan virtualisasi, aplikasi mobile kesehatan), inovasi teknologi (Robotik, organ buatan, realitas virtual, teknologi tepat guna), dan inovasi bisnis (inovasi pemasaran, manajemen CSR, *green hospital*).

PKJN RSJMM Bogor dalam mengatasi isu dan tantangan strategis tersebut, melakukan analisa SWOT pada kondisi internal dan eksternal, hambatan, tantangan, dan peluang. PKJN RSJMM Bogor terlebih dahulu melakukan re-identifikasi atas peluang dan ancaman yang akan dihadapi dalam mencapai visi pada tahun 2020-2024.

Faktor-Faktor Yang Membentuk Peluang dan Ancaman PKJN RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

FAKTOR PELUANG	FAKTOR ANCAMAN
1. Regulasi yang mendukung tentang pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas tenaga kesehatan	1. Perubahan sistem regulasi yang mendukung program layanan kesehatan jiwa (anggaran, SDM, dll)
2. Regulasi pengelolaan BLU yang mendukung pemanfaatan aset	2. Stigma terhadap Orang Dengan Gangguan jiwa (ODGJ) masih tinggi
3. Pangsa pasar untuk pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat tinggi	3. Keterbatasan institusi penyelenggara pendidikan subspecialisasi
4. Pengembangan jejaring kemitraan pelayanan kesehatan	4. Pemanfaatan tenaga kesehatan oleh institusi lain
5. Kemampuan pembiayaan <i>stakeholders</i> yang mandiri	5. Peran institusi lain dan NGO dalam kesinambungan layanan kesehatan jiwa di masyarakat belum optimal
6. Potensi penanganan kesehatan jiwa yang berkesinambungan sesuai siklus hidup	6. Kompetitor dengan RS sekitar
7. Potensi pengembangan untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian dengan institusi nasional dan internasional	
8. PKJN RSJMM sudah melakukan sister Hospital dengan beberapa RS di Asia	
9. PKJN RSJMM Bogor telah ditetapkan sebagai Penyelenggara Wisata Medis	

Berdasarkan hasil peluang dan ancaman yang teridentifikasi dilakukan identifikasi hal-hal apa saja kekuatan dan kelemahan PKJN RSJMM Bogor dalam memenuhi visi dan misinya. Hasil pemetaan kekuatan dan kelemahan untuk PKJN RSJMM Bogor dapat dilihat pada tabel berikut:



**Faktor-Faktor Yang Membentuk Kekuatan dan Kelemahan
PKJN RS. dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor**

FAKTOR KEKUATAN	FAKTOR KELEMAHAN
1. PKJN RSJMM Bogor telah ditetapkan menjadi Pusat Kesehatan Jiwa Nasional	1. Harmonisasi tatakelola manajemen belum optimal
2. Layanan komprehensif oleh Tim Interdisiplin	2. SIMRS telah terintegrasi namun belum menyeluruh
3. Memiliki jejaring yang luas	3. Pengelolaan dan pemanfaatan aset belum optimal
4. Pemberdayaan masyarakat (komunitas) dan kelompok pelanggan	4. Komitmen SDM terhadap organisasi masih belum optimal
5. SDM yang unggul dan kompeten (konsistensi kemampuan di atas rata-rata)	
6. Kemandirian pengelolaan keuangan dalam BLU	
7. Terakreditasi paripurna	
8. Lokasi strategis, luas, dan asri dengan kemudahan akses layanan	
9. Menjadi rujukan layanan jiwa, Napza, HIV AIDS terpadu	

Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis

Penghitungan tipe strategi untuk setiap analisa SWOT sebagai berikut:

Setelah melakukan identifikasi terhadap peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan, untuk mengetahui posisi daya saing PKJN RSJMM Bogor dalam memenuhi visi pada tahun 2020-2024 dilakukan pembobotan dan penghitungan.

**Identifikasi dan Penentuan Total Nilai Terbobot Peluang dan Ancaman
PKJN RS. dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor**

FAKTOR PELUANG	BOBOT (A)	RATING (B)	NILAI TERBOBOT (C=AXB)	FAKTOR ANCAMAN	BOBOT (A)	RATING (B)	NILAI TERBOBOT (C=AXB)
1. Regulasi yang mendukung tentang pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas tenaga kesehatan	0,15	80	12,0	1. Perubahan sistem regulasi yang mendukung program layanan kesehatan jiwa (anggaran, SDM, dll)	0,2	75	15,0
2. Regulasi pengelolaan BLU yang mendukung pemanfaatan aset	0,10	75	7,5	2. Stigma terhadap Orang Dengan Gangguan jiwa (ODGJ) masih tinggi	0,2	70	14,0
3. Pangsa pasar untuk pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat tinggi	0,10	80	8,0	3. Keterbatasan institusi penyelenggara pendidikan subspecialisasi	0,2	75	15,0
4. Pengembangan jejaring kemitraan pelayanan kesehatan	0,10	70	7	4. Pemanfaatan tenaga kesehatan oleh institusi lain	0,2	75	15,0
5. Kemampuan pembiayaan stakeholders yang mandiri	0,10	70	7	5. Peran institusi lain dan NGO dalam kesinambungan layanan kesehatan jiwa di masyarakat belum optimal	0,1	70	7,0
6. Potensi penanganan kesehatan jiwa yang berkesinambungan sesuai siklus hidup	0,15	80	12	6. Kompetitor dengan RS sekitar	0,1	65	6,5
7. Potensi pengembangan untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian dengan institusi nasional dan internasional	0,10	90	9				
8. PKJN RSJMM sudah melakukan sister Hospital dengan beberapa RS di Asia	0,10	85	8,5				
9. PKJN RSJMM Bogor telah ditetapkan sebagai Penyelenggara Wisata Medis	0,10	80	8				
JUMLAH	1	710	79	JUMLAH	1,0	430	73



**Identifikasi dan Penentuan Total Nilai Terbobot Kekuatan dan Kelemahan
PKJN RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

FAKTOR KEKUATAN	BOBOT (A)	RATING (B)	NILAI TERBOBOT (C=AXB)	FAKTOR KELEMAHAN	BOBOT (A)	RATING (B)	NILAI TERBOBOT (C=AXB)
1. Sebagai pusat Pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan jiwa	0,2	80	16	1. Harmonisasi tatakelola manajemen belum optimal	0,25	80	20
2. Layanan komprehensif oleh Tim Interdisiplin	0,1	80	8	2. SIMRS telah terintegrasi namun belum menyeluruh	0,25	70	18
3. Memiliki jejaring yang luas	0,1	80	8	3. Pengelolaan dan pemanfaatan aset belum optimal	0,20	80	16
4. Pemberdayaan masyarakat (komunitas) dan kelompok pelanggan	0,1	80	8	4. Komitmen SDM terhadap organisasi masih belum optimal	0,30	85	26
5. SDM yang unggul dan kompeten	0,1	85	9				
6. Kemandirian pengelolaan keuangan dalam BLU	0,1	75	8				
7. Terakreditasi paripurna	0,1	90	9				
8. Lokasi strategis, luas, dan asri dengan kemudahan akses layanan	0,1	80	8				
9. Menjadi rujukan layanan jiwa, Napza, HIV AIDS terpadu	0,1	80	8				
JUMLAH	1	730	81	JUMLAH	1	315	79

Berdasarkan langkah di atas dilakukan penempatan nilai dalam diagram kartesius.

Penentuan nilai ditentukan sebagai berikut:

<p>Nilai Sumbu Y = total nilai terbobot peluang dikurangi total nilai terbobot ancaman. Nilai Sumbu Y = 79.00 - 73.00 = 6.00</p> <p>Nilai Sumbu X = total nilai terbobot kekuatan dikurangi total nilai terbobot kelemahan. Nilai Sumbu X = 81.00 - 79.00 = 3.00</p> <p>Dengan demikian, titik koordinat (sumbu X, sumbu Y) adalah (3.00,6.00).</p>	<p>Diagram Kartesius RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor</p>
---	---

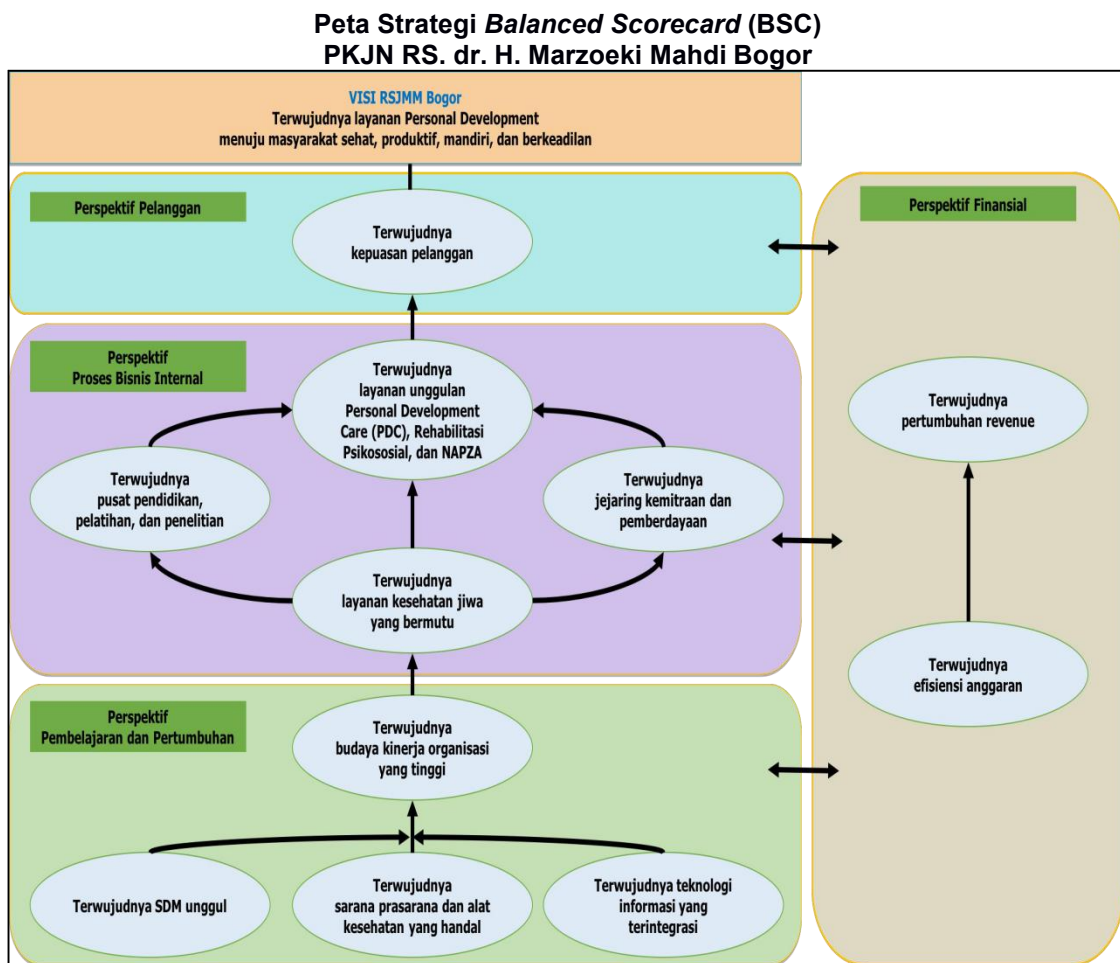
Kondisi ini menunjukkan posisi PKJN RSJMM Bogor berada pada “**Kuadran I**” yang menggambarkan bahwa posisi total nilai kekuatan PKJN RSJMM Bogor melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman. PKJN RSJMM Bogor direkomendasikan untuk memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (**growth strategy**). Artinya, melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan personilnya.



PKJN RSJMM Bogor melakukan upaya untuk meningkatkan pertumbuhan *revenue*, melakukan efisiensi anggaran, meningkatkan kepuasan pelanggan, mengembangkan layanan unggulan *Personal Development Center* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA, mewujudkan layanan kesehatan jiwa yang bermutu, meningkatkan jejaring kemitraan dan pemberdayaan, menjadi pusat riset, pendidikan, dan pelatihan, meningkatkan budaya kinerja organisasi yang tinggi, menjadikan sdm unggul, mewujudkan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal, serta teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri.

Peta Strategi *Balanced Scorecard* (BSC)

Berdasarkan upaya-upaya strategis yang teridentifikasi maka disusun peta strategi PKJN RSJMM Bogor tahun 2020-2024. Peta strategi BSC menggambarkan jalinan sebab-akibat berbagai sasaran strategis dalam kurun waktu RSB tahun 2020-2024 yang dikelompokkan dalam perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Peta strategi PKJN RSJMM Bogor sebagai berikut:





2.3 Inisiatif Strategis

Sasaran strategis PKJN RSJMM Bogor yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis adalah:

- 1 Terwujudnya pertumbuhan revenue;
- 2 Terwujudnya efisiensi anggaran;
- 3 Terwujudnya kepuasan pelanggan;
- 4 Terwujudnya layanan unggulan *Personal Development Care* (PDC), rehabilitasi psikososial, dan NAPZA;
- 5 Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu;
- 6 Terwujudnya pusat riset, pendidikan, pelatihan;
- 7 Terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan;
- 8 Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi;
- 9 Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi;
- 10 Terwujudnya SDM Unggul;
- 11 Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal;
- 12 Terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi;
- 13 Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang Tangguh.



BAB III

RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 TAHUN

3.1 Program PKJN RSJMM Bogor

Program kerja strategis PKJN RSJMM Bogor dalam mewujudkan Visi dan Misi tahun 2020-2024 adalah dengan cara: (Matriks IKU terlampir)

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

3.2 Strategi Bisnis PKJN RSJMM Bogor

Strategi pencapaian visi RSB PKJN RSJMM Bogor tahun 2020-2024 selalu mengutamakan mutu, keselamatan pasien, kepuasan pelanggan, dengan harapan dapat meningkatkan kesejahteraan karyawan. Strategi yang dilakukan adalah:

- 1 Sistem: Sederhana, efektif, efisien, empati;
- 2 Pelayanan prima: Pengembangan layanan subspecialis psikiatri sebagai rujukan optimalisasi layanan unggulan sebagai rujukan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan penelitian;
- 3 Sarana prasarana: Pengembangan sarana prasarana sesuai standar dan optimalisasi aset sebagai *revenue*;
- 4 Layanan modern berbasis IT: Selalu mengikuti perkembangan teknologi informasi.

Layanan *Personal Development Care (PDC)* adalah layanan khusus yang didesain untuk mengelola pengembangan diri seseorang, bagaimana seseorang mempersiapkan diri secara mental untuk menempuh suatu tahap dalam kehidupannya secara optimal. Layanan dimulai dari seluruh tahap kehidupan, mulai dari pasangan usia subur sampai masa lansia. Rencana layanan PDC tahun 2020-2024 adalah:

1. *Pregnancy care*: Layanan di masa kehamilan, deteksi dini gangguan jiwa, deteksi dini kehamilan risiko tinggi, intervensi pada ibu hamil untuk meningkatkan kapasitas mental ibu dalam persiapan pengasuhan, prevensi depresi dan psikosis post partum;
2. *Baby and child development program*: Layanan masa kanak-kanak, deteksi dini gangguan jiwa pada masa kanak-kanak: gejala-gejala awal autism, retardasi mental,



gangguan perilaku, asesmen persiapan menghadapi tahap kehidupan masa kanak-kanak, asesmen kesiapan masa sekolah;

3. *Youth Mental Health Care (YMHC)*: Layanan masa sekolah dan masa remaja, asesmen persiapan masuk sekolah, asesmen pemilihan jurusan sekolah, asesmen persiapan masuk perguruan tinggi, deteksi dini dan intervensi dini risiko tinggi gangguan jiwa pada remaja;
4. *Premarital counselling* dan *assessment center*: Layanan masa dewasa, asesmen persiapan untuk bekerja, asesmen dan konseling pra nikah;
5. *Senior care*: Layanan persiapan masa pensiun, skrining kognitif lansia, konseling persiapan masa pension.

Konsep pengembangan PKJN RSJMM Bogor menuju tahun 2024 adalah "*Pusat Kesehatan Jiwa Nasional Tersier*" yaitu:

1. Pusat promotif-preventif sesuai siklus hidup;
2. Pusat rujukan layanan kesehatan jiwa dengan pengembangan layanan subspecialistik dan layanan inovasi;
3. Pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian dalam kesehatan jiwa;
4. Pusat perkembangan teknologi dalam kesehatan jiwa dengan memanfaatkan teknologi terkini untuk diagnostik dan penatalaksanaan gangguan jiwa;
5. Pusat pemberdayaan masyarakat baik layanan primer maupun sekunder dan melakukan pendampingan RSJ daerah dan layanan kesehatan lainnya;
6. Pusat kemitraan dalam kesehatan jiwa yaitu kemitraan lintas sektor untuk meningkatkan aksesibilitas dan mempertahankan kemandirian pasien, dan optimalisasi aset sebagai revenue.

3.3 Kegiatan dan Indikator

Kegiatan dan indikator yang akan dilaksanakan di PKJN RSJMM Bogor tertuang dalam Program Kerja Strategis tahun 2020-2024 yang dijelaskan sebagai berikut:



**Tabel Program Kerja Strategis Tahun
2020-2024PKJN RS. dr. H. Marzuki
Mahdi Bogor**

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-										
			1		2		3		4		5		
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator	
PERSPEKTIF KEUANGAN													
1	Terwujudnya pertumbuhan revenue	1	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2.5%	Optimalisasi <i>idle cash</i> dengan penempatan pada investasi jangka pendek	2.5%	Optimalisasi <i>idle cash</i> dengan penempatan pada investasi jangka pendek	2.5%	Optimalisasi <i>idle cash</i> dengan penempatan pada investasi jangka pendek	2.5%	Optimalisasi <i>idle cash</i> dengan penempatan pada investasi jangka pendek	2.5%	Optimalisasi <i>idle cash</i> dengan penempatan pada investasi jangka pendek
					Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3		Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3		Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3		Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3		Optimalisasi pemanfaatan aset oleh pihak ke 3
					Pengusulan revisi tarif								
					Pengendalian pertumbuhan piutang		Pengendalian pertumbuhan piutang		Pengendalian pertumbuhan piutang		Pengendalian pertumbuhan piutang		Pengendalian pertumbuhan piutang
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU						95%	Monev berkala realisasi penerimaan sesuai target pendapatan BLU	95%	Monev berkala realisasi penerimaan sesuai target pendapatan BLU	
2	Terwujudnya efisiensi anggaran	3	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional	45%	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya	45%	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya	45%	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya	45%	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya	45%	Percepatan klaim BPJS dan penjamin lainnya
					Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel		Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel		Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel		Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel		Efisiensi belanja dengan pengadaan yang kredibel
					Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan		Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan		Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan		Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan		Pengawasan terhadap pelaksanaan anggaran dan

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-										
			1		2		3		4		5		
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator	
				pendapatan secara periodik		pendapatan secara periodik		pendapatan secara periodik		pendapatan secara periodik		pendapatan secara periodik	
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindak lanjut							92,50 %	Penyelesaian Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK	92,50 %	Penyelesaian Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni							97%	Optimalisasi realisasi anggaran yang tersedia dari alokasi Dana Rupiah Murni	97%	Optimalisasi realisasi anggaran yang tersedia dari alokasi Dana Rupiah Murni
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU							95%	Optimalisasi realisasi anggaran yang tersedia dari alokasi Dana BLU	95%	Optimalisasi realisasi anggaran yang tersedia dari alokasi Dana BLU
		7	Persentase nilai EBITDA Margin							10%	Pencapaian target penerimaan BLU dan efisiensi biaya operasional	10%	Pencapaian target penerimaan BLU dan efisiensi biaya operasional
PERSPEKTIF PELANGGAN													
3	Terwujudnya kepuasan pelanggan	8	Tingkat kepuasan pelanggan	80%	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien	80%	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien	85%	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien	85%	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien	85%	Peningkatan kualitas pelayanan publik terstandar yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien
					Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima		Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima		Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima		Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima		Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima
					Pemenuhan dan		Pemenuhan dan		Pemenuhan dan		Pemenuhan dan		Pemenuhan dan

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI		TAHUN KE-									
				1		2		3		4		5	
				Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator
					monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi		monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi		monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi		monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi		monev sarana dan prasarana yang sesuai standar akreditasi
					Pengelolaan IT terintegrasi		Pengelolaan IT terintegrasi		Pengelolaan IT terintegrasi		Pengelolaan IT terintegrasi		Pengelolaan IT terintegrasi
					Optimalisasi sistem administrasi		Membangun ikatan dengan konsumen		Pemberdayaan konsumen		<i>After care service</i>		
		9	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)	100%	Pengembangan sistem manajemen komplain berbasis IT	100%	Penguatan sistem manajemen komplain berbasis IT	100%	Monev dan pemantapan pelaksanaan sistem manajemen komplain berbasis IT	100%	Penambahan fitur aplikasi mendukung KRK	100%	Pemantapan semua fitur aplikasi Komplain via android
					Penguatan <i>mindset</i> SDM yang responsif terhadap komplain						Pemanfaatan feedback dan <i>follow up</i> penanganan komplain untuk continues improvement		Monev dan pemantapan pelaksanaan sistem manajemen komplain berbasis IT
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan							≥ 80%		≥ 80%	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL													
4	Terwujudnya layanan unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan	100%	Layanan assessment fisik, mental dan psikologi (one stop service)	100%	Pertumbuhan layanan vaksin	100%	terlaksananya layanan Home Care	100%	Keikutsertaan Porkesremen	100%	MONEV Layanan PDC
					Mengembangkan layanan PDC		Pertumbuhan layanan YMH		melakukan job club (minimal 2		melakukan job club (minimal 2		

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-										
			1		2		3		4		5		
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator	
									perusahaan)		perusahaan)		
					Pelaksanaan Program vaksin : kebugaran dan manasik haji dan umroh		Terlaksananya layanan Geriatri terpadu		Pertumbuhan layanan PDC		Pertumbuhan layanan PDC		
		12	Terwujudnya kemandirian pasien	100%	Terlaksananya layanan hotline service (layanan hunting)	100%	terlaksananya Layanan half way House bagi rehabilitan	100%		100%		100%	
					adanya layanan konsultasi premarital		enterprice RSMM						
					melakukan assessment dan replacement rehabilitan pada tempat yang tepat		Keikutsertaan Porkesremen						
5	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu	13	Capaian Program Inovasi RS	80%	Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi, untuk masyarakat dan berdaya jual/revenue	80%	Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi, untuk masyarakat dan berdaya jual/revenue	80%	Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi, untuk masyarakat dan berdaya jual/revenue	80%	Membuat Inovasi yang berbasis pada efektifitas, efisiensi, untuk masyarakat dan berdaya jual/revenue	80%	Monev akreditasi
					Meningkatkan layanan spesialisik kedokteran non jiwa		Meningkatkan layanan spesialisik kedokteran non jiwa		Meningkatkan layanan spesialisik kedokteran non jiwa		Meningkatkan layanan spesialisik kedokteran non jiwa		monev layanan reguler
					Percepatan layanan Laboratorium (online)		percepatan layanan pemberian obat (pereseapan online)						
		14	Capaian Akreditasi RS	100%	Pelaksanaan survei akreditasi internasional (remedial)	100%	Reakreditasi Internasional	100%	pemenuhan progress akreditasi	100%	Pelaksanaan survei akreditasi internasional (remedial)	100%	Monev akreditasi
		15	Persentase							<		<	

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-										
			1		2		3		4		5		
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator	
		penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal								2.5%		2.5%	
		16 Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan prioritas								2 Kali		2 Kali	
		17 Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran								100%		100%	
		18 Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP								10%		10%	
		19 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional								1 Layanan		1 Layanan	
		20 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang								≥ 80%		≥ 80%	
		21 Penundaan waktu Operasi Elektif								≤ 3%		≤ 3%	
		22 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik								≥ 80%		≥ 80%	
		23 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI								≥ 80%		≥ 80%	
		24 Optimalisasi								60%		60%	

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-									
			1		2		3		4		5	
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator
		Perawatan Pasien Schizofrenia										
		25 Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup							60%		60%	
		26 Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator							12 Laporan		12 Laporan	
		27 Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol							12 Laporan		12 Laporan	
		28 Kepatuhan kebersihan tangan							≧ 90%		≧ 90%	
		29 Kepatuhan penggunaan APD							100%		100%	
		30 Kepatuhan identifikasi pasien							100%		100%	
		31 Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi							≧ 80%		≧ 80%	
		32 Pelaporan hasil kritis laboratorium							100%		100%	
		33 Kepatuhan penggunaan							≧ 90%		≧ 90%	

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-											
			1		2		3		4		5			
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator		
				formularium nasional										
		34		Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)						≧ 85%		≧ 85%		
		35		Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh						100%		100%		
		36		Kecepatan waktu tanggap komplain						≧ 80%		≧ 80%		
6	Terwujudnya pusat riset, pendidikan, dan pelatihan	37		Publikasi penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%	Penetapan regulasi tentang penelitian di RS	100%	Pelaksanaan dan penguatan jejaring publikasi	100%	Pelaksanaan movev penelitian	100%	Mengembangkan budaya meneliti di kalangan staf	100%	Pemantapan RSMM sebagai pusat riset kesehatan jiwa
						Peningkatan kompetensi bagi pegawai dalam bidang penelitian		Penerapan sistem reward untuk peneliti		Koordinasi dan sinkronisasi mutu penelitian		Penerapan sistem reward		
							Penguatan jejaring publikasi		Pemasaran program dan hasil penelitian untuk mendapatkan sponsorship penelitian			Persiapan RSMM sebagai Pusat Riset Kesehatan jiwa		
							Pelaksanaan penelitian dan publikasi							
							Penerapan sistem reward untuk peneliti							
							Publikasi hasil penelitian							
		38		Peningkatan pelatihan yang tersertifikasi	100%	Koordinasi dengan lembaga/unit	100%	Penguatan kompetensi pegawai dan	100%	Optimalisasi jumlah pelatihan dan penyusunan	100%	Menumbuhkan budaya menulis di kalangan staf	100%	Optimalisasi Pelaksanaan, movev dan

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI		TAHUN KE-									
				1		2		3		4		5	
				Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator
					pelatihan yang kompeten		linatih		modul tersertifikasi				publikasi
					Peningkatan kompetensi bagi pegawai dan linatih		Koordinasi pelaksanaan sertifikasi dan monev		Pelaksanaan sertifikasi dan monev		Pelaksanaan sertifikasi dan monev		Pemantapan RSMM sebagai lembaga pelatihan dan penyusun modul teraktif
					Persiapan kerjasama sertifikasi pelatihan		Penerapan sistem reward untuk pegawai dan linatih		Publikasi sertifikasi dan evaluasi melalui e_learning		Penerapan sistem reward untuk pegawai dan linatih		
					Pelaksanaan pelatihan		Penguatan jejaring dan pemasaran						
7	Terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan	39	Peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh PKJN RSJMM	80%	Penambahan 2 Puskesmas binaan	80%		90%	penambahan 2 puskesmas binaan	100%		100%	Monev kerjasama dengan mitra yang diampu
					ACT dan outreach ke ODGJ								
					Penyusunan program rangkaian kegiatan promosi dengan rumah sakit jiwa di Sumatera,DKI dan Jabar		promosi dan pendampingan ke 5 rumah sakit/ puskesmas didaerah Jabodetabek		Pelaksanaan ke rumah sakit yang diampu		Pengiriman pegawai dari rumah sakit lain untuk magang (<i>Internship</i>) ke RSMM		
					Penandatanganan Perjanjian kerja sama dengan rumah sakit jiwa								
					Puskesmas terkait layanan Rehab Psi dan Napza								
		40	Melakukan pembinaan RS							1 RS Daerah		1 RS Daerah	

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-										
			1		2		3		4		5		
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator	
		daerah sesuai dengan kekhusannya menjadi utama atau paripurna								h		h	
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Tertintegrasi	41 Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	-		60%			70%		85%		100%	
		42 Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna								1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)		1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN													
9	Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi	43 Capaian pelaksanaan WBK/WBMM	100%	Persiapan dan Pencanaan WBK, bimbingan dari Itjen	100%	Self Assesment WBK, Usulan Penilaian Tim Penilai Internal (TPI)	100%	Penilaian TPI/TPN – Tercapai WBK - 50 % (tidak masuk kriteria) (lulus TPI/TPN)	100%	Persiapan dan perencanaan WBMM	100%	Penilaian TPI/TPN WBMM -50% tidak masuk kriteria) (lulus TPI/TPN)	
10	Terwujudnya SDM unggul	44 Peningkatan kemampuan SDM berbasis kompetensi	75%	Pelaksanaan uji gap kompetensi dan mapping yang berorientasi pada pola pengembangan kompetensi pegawai berdasarkan pendidikan, pelatihan dan kemampuan	75%	Penempatan pegawai sesuai kompetensi	80%	Penguatan kompetensi pegawai	80%	Penguatan kompetensi pegawai	80%	Pemantapan SDM RSMM sebagai pegawai dan kompeten dan unggul	
				Pelaksanaan pemenuhan		Evaluasi kompetensi dan		Pemanfaatan pegawai di		Pemanfaatan pegawai di			

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI		TAHUN KE-									
				1		2		3		4		5	
				Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator
					standarisasi kompetensi		kinerja pegawai		internal maupun eksternal sesuai kompetensi		internal maupun eksternal sesuai kompetensi		
					Pelaksanaan talent pool		Pemenuhan standarisasi kompetensi sesuai core business dan arah pengembangan		Pengembangan pangsa pasar		Pengembangan pangsa pasar		
							Penyusunan profil pegawai dan kompetensinya				Monev kinerja dan hasil pemasaran		
							Publikasi dan pemasaran kemampuan pegawai						
		45	Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja	75%	Internalisasi kedisiplinan pegawai sesuai budaya kinerja	80%	Pembinaan pegawai melalui kegiatan peningkatan kompetensi leadership	85%	Optimalisasi sistem pemantauan	90%	Penerapan sistem feedback personal dan interpersonal dalam organisasi	95%	Pemantapan sistem pembinaan pegawai yang unggul dan berdisiplin
					Penerapan sistem pembinaan kinerja		Pemanfaatan teknologi informasi dalam rangka evaluasi dan strategi intervensi terhadap kedisiplinan pegawai		Optimalisasi sistem reward and punishment.		Penguatan Monev kedisiplinan kinerja pegawai		
11	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	75%	Optimalisasi inventarisasi peralatan RS, sistem pemeliharaan dan kalibrasi	80%	Pelaksanaan dan monev peralatan RS dan alkes	85%	Maintenance fungsi peralatan RS dan alkes	85%	Maintenance fungsi peralatan RS dan alkes	85%	Maintenance fungsi peralatan RS dan alkes
					Optimalisasi kompetensi SDM pengelola		Maintenance fungsi peralatan RS dan alkes		Monev sistem manajemen peralatan dan		Pengembangan inovasi baru di bidang peralatan		Pemantapan pemanfaatan peralatan dan

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI		TAHUN KE-									
				1		2		3		4		5	
				Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator
					peralatan				alkes menggunakan teknologi informasi		dan alkes sesuai perkembangan teknolo		alkes untuk meningkatkan mutu pelayanan
					Optimalisasi sistem manajemen peralatan dan alkes menggunakan teknologi informasi		Identifikasi kebutuhan alat dan alkes melalui HTA		Melakukan PKS Kalibrasi dengan BPFK		Melakukan Kalibrasi mandiri 6 alat kesehatan		Melakukan Kalibrasi mandiri 8 alat kesehatan
							Monev sistem manajemen peralatan dan alkes menggunakan teknologi informasi						
		47	Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan sesuai standar	80%	Optimalisasi dan monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar	80%	Optimalisasi dan monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar	80%	Optimalisasi dan monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar	80%	Optimalisasi dan monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar	80%	Optimalisasi dan monev pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan sesuai standar
					Pemeliharaan sarana dan prasarana		Pemeliharaan sarana dan prasarana		Pemeliharaan sarana dan prasarana		Pemeliharaan sarana dan prasarana		Pemeliharaan sarana dan prasarana
		48	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar							95%		95%	
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar							70%		70%	
12	Terwujudnya teknologi Informasi yang	50	Capaian BIOS (BLU <i>Integrated Online System</i>)	100%	Pengembangan dan pemeliharaan	100%	Pengembangan dan pemeliharaan	100%	Pengembangan dan pemeliharaan	100%	Pengembangan dan pemeliharaan	100%	Pengembangan dan pemeliharaan

NO	SASARAN STRATEGIS	KPI	TAHUN KE-									
			1		2		3		4		5	
			Target 2020	Kegiatan dan Indikator	Target 2021	Kegiatan dan Indikator	Target 2022	Kegiatan dan Indikator	Target 2023	Kegiatan dan Indikator	Target 2024	Kegiatan dan Indikator
	terintegrasi dan mandiri			sarana IT		sarana IT		sarana IT		sarana IT		sarana IT
				SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik		SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik		SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik		SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik		Monev SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik
				<i>Office Automation</i>		Pengembangan Sistem informasi perencanaan dan pengadaan Webservice		Pengembangan Sistem keuangan akuntansi Webservice		Pengembangan Sistem monitoring manajemen (dashboard)		SMART <i>hospital system</i>
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi						100%	Monev Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan dan pengembangan RME	100%	Monev Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan dan pengembangan RME
		52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital						1 Sistem	Integrasi SIMRS dengan sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem	Monev Integrasi SIMRS dengan sistem informasi surveillans berbasis digital



BAB IV PENUTUP

Hal-hal yang penting dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Visi dan Misi PKJN RSJMM Bogor selaras dengan Visi dan Misi Presiden tahun 2020-2024 dan Kementerian Kesehatan, yaitu “*Terwujudnya layanan Personal Development menuju masyarakat sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan*”.
2. Tujuan Strategis PKJN RSJMM Bogor mendukung Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan, yakni adalah terwujudnya POBO yang optimal, terwujudnya kepuasan pelanggan, penguatan upaya kesehatan bermutu yang berorientasi pada kualitas hidup melalui layanan *Personal Development*, pemberdayaan masyarakat dan kemitraan dalam membangun kesehatan jiwa, peningkatan ketersediaan dan mutu sumber daya yang unggul dalam pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian, serta peningkatan tatakelola RS yang transparan, akuntabel, dan inovatif.
3. PKJN RSJMM Bogor berada pada Kuadran I yang memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth strategy*). RS melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan personilnya. Sasaran strategis PKJN RSJMM Bogor adalah terwujudnya pertumbuhan revenue, terwujudnya efisiensi anggaran, terwujudnya kepuasan pelanggan, terwujudnya layanan unggulan *Personal Development Care (PDC)*, rehabilitasi psikososial, dan napza, terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu, terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan, terwujudnya pusat riset, pendidikan, dan pelatihan, terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi, terwujudnya sdm unggul, terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal, dan terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri.
4. PKJN RSJMM Bogor dalam mewujudkan Visi tahun 2024 mengembangkan layanan *Personal Development Care (PDC)*, yaitu layanan khusus yang didesain untuk mengelola pengembangan diri seseorang, bagaimana seseorang mempersiapkan diri secara mental untuk menempuh suatu tahap dalam kehidupannya secara optimal. Layanan dimulai dari seluruh tahap kehidupan, mulai dari pasangan usia subur sampai masa lansia. Rencana layanan PDC tahun 2020-2024 adalah *Pregnancy Care, Baby and Child Development Program, Youth Mental Health Care (YMHC), Premarital Councelling* dan *Assessment Center*, dan *Senior care*.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

CAPAIAN KINERJA RS BERDASARKAN IKU RSB TAHUN 2015-2019

RSJ. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		CAPAIAN HASIL PERHITUNGAN				
				2015	2016	2017	2018	2019
PERSEPEKTIF PELANGGAN								
1	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	1	Tingkat Kepuasan Pelanggan	81.85%	90.50%	88.83%	86.74%	88.88%
		2	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%	97.92%	100%	100%
2	Terwujudnya Peran Strategis Menjadi RS Jiwa Rujukan Nasional	3	Tingkat Kualitas Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa					
			Persentase rujukan yang berkualitas	0.00%	95.00%	72.59%	97.61%	100%
			Persentase Konsultasi	40.00%	64.00%	89.10%	99.30%	100%
			Persentase Pencapaian Integrasi Layanan	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Pengembangan Model Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Pelayanan Interdisiplin	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan	1 Model Layanan
		5	Pusat Promosi Kesehatan Jiwa	70.00%	82.44%	100%	100%	100%
		6	Kerjasama Nasional dan Internasional Dalam Pendidikan, Penelitian dan Layanan di Bidang Rehabilitasi Psikososial	1 Institusi Nasional	2 Institusi Nasional, 1 Institusi di ASEAN	2 Institusi Nasional, 1 Institusi di ASEAN	2 Institusi Nasional, 1 Institusi di ASEAN	2 Institusi Nasional, 1 Institusi di ASEAN
PERSEPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL								
3	Terwujudnya Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial	7	Persentase Rehabilitan yang Mengalami Perbaikan Fungsi Personal dan Sosial	41.00%	99.60%	97.85%	92.15%	93.73%
		8	Persentase Rehabilitan Yang Mandiri di Masyarakat	Proses pendataan	19.40%	55.03%	47.50%	41.93%
4	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	9	Akreditasi Paripurna	Survei Simulasi Akreditasi	Lulus Akreditasi Versi 2012 paripurna	Survei Verifikasi Akreditasi ke I	Survei Verifikasi Akreditasi II	Lulus Akreditasi Internasional
5	Terwujudnya Pusat Riset dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Yang Aplikabel untuk Mendukung Layanan Unggulan Rehabilitasi Psikososial	10	Lisensi Sebagai Pusat Riset dan Pendidikan di Bidang Rehabilitasi Psikososial dari Lembaga yang Berwenang (Kementerian Kesehatan RI)	Pembuatan Modul	Pembuatan Modul	Pembuatan Modul	Pengajuan ke PPSDM	Pengajuan ke PPSDM
6	Terwujudnya Kemitraan yang Berkualitas di Bidang Kesehatan Jiwa	11	Tingkat Kualitas Kemitraan Layanan Kesehatan Jiwa	50.00%	85.70%	96.20%	85.38%	85.70%
7	Terwujudnya Transformasi Layanan Kesehatan Jiwa dengan Pendekatan Layanan Interdisiplin	12	Proses bisnis yang Terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	2 Layanan	4 Layanan	5 Layanan	6 Layanan	6 Layanan
8	Terwujudnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Derajat	13	Pembinaan Kelompok Swabantu Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa	1 Kelompok	2 Kelompok	3 Kelompok	5 Kelompok	5

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		CAPAIAN HASIL PERHITUNGAN				
				2015	2016	2017	2018	2019
	Kesehatan Jiwa							Kelompok
PERSEPEKTIF KEUANGAN								
9	Terwujudnya Efisiensi Anggaran Berbasis Kebutuhan	14	Tingkat Efisiensi Anggaran	73.82%	78.81%	86.35%	88.83%	84.62%
10	Terwujudnya POBO yang Optimal	15	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	58.00%	56.00%	56.79%	56.81%	51.25%
PERSEPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
11	Terwujudnya Budaya Kinerja yang Efektif	16	Tingkat Proses Budaya Kinerja	0%	86.77%	95.05%	97.39%	97.91%
		17	Persentase SDM yang memiliki Kinerja Sesuai Standar	75.53%	74.13%	70.92%	72.08%	70.49%
12	Terwujudnya Sistem Informasi RS. yang Terintegrasi	18	Level IT yang Terintegrasi	Basic 1	Basic 1	Basic 1	Integrated 1	Integrated 1
13	Terwujudnya Keandalan Sarana dan Prasarana	19	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	80.00%	64.00%	70.83%	86.72%	86.70%
14	Terwujudnya SDM yang Handal dan Kompeten	20	Persentase SDM yang Memiliki Kompetensi Sesuai Standar	92.26%	96.28%	96.22%	96.07%	94.00%
		21	Persentase SDM yang Mendapat Pelatihan Sesuai Standar	28.00%	104.55%	57.16%	76.85%	56.00%

CAPAIAN KINERJA RS BERDASARKAN IKU RSB TAHUN 2020-2022

RSJ. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		BO BOT	SATUAN	CAPAIAN		
						2020	2021	2022
PERSPEKTIF KEUANGAN								
1	Terwujudnya Pertumbuhan <i>Revenue</i>	1	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	6	%	-16,05	72.4	2.5
2	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	2	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	6	%	45,39	79.55	45
PERSPEKTIF PELANGGAN								
3	Terwujudnya Kepuasan Pelanggan	3	Tingkat Kepuasan Pelanggan	5	%	87.11	84.39	85
		4	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	5	%	100	100	100
4	Terwujudnya Layanan Unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	5	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan	7	%	100	100	100
		6	Terwujudnya Kemandirian Pasien	5	%	100	100	100
5	Terwujudnya Layanan Kesehatan Jiwa yang Bermutu	7	Capaian Program Inovasi RS	7	%	91.44	95.54	80
		8	Capaian Akreditasi RS	7	%	100	100	100
6	Terwujudnya Pusat Riset, Pendidikan, dan Pelatihan	9	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	7	%	100	100	100
		10	Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi	5	%	30	100	100
7	Terwujudnya Jejaring Kemitraan dan Pemberdayaan	11	Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh PKJN RSJMM	5	%	80	100	90
8	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	12	Presentasi pelaksanaan system rujukan yang terintegrasi di RS UPT Vertikal	5	%		100	100
9	Terwujudnya Budaya Kinerja Organisasi yang Tinggi	13	Capaian Pelaksanaan WBK/WBBM	5	%	100	100	100
PERSPEKTIF PELANGGAN								
10	Terwujudnya SDM yang unggul	14	Peningkatan Kemampuan SDM berbasis Kompetensi	8	%	77.75	98	80

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		BO BOT	SATU AN	CAPAIAN		
						2020	2021	2022
		15	Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja	5	%	97.82	100	85
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	16	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	5	%	80	94	85
		17	Pemenuhan Sarana Prasarana Layanan Unggulan Sesuai Standar	5	%	83.90	85	80
12	Terwujudnya Teknologi Informasi yang Terintegrasi dan mandiri	18	Capaian BIOS (<i>BLU Integrated Online System</i>)	8	%	100	100	100

MATRIKS IKU
RS. DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2020-2024

Merupakan indikator RSB tahun 2020-2024 sesuai dengan Permenkes No 13 tahun 2022 untuk target dan capaian tahun 2023-2024:

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	BO BOT	SATU AN	TARGET						
				2020	2021	2022	2023	2024		
PERSPEKTIF KEUANGAN										
1	Terwujudnya pertumbuhan revenue	1	Tingkat pertumbuhan pendapatan		%	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
		2	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU		%				95	95
2	Terwujudnya efisiensi anggaran	3	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional		%	45	45	45	45	45
		4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindak lanjut		%				92.50	92.50
		5	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni		%				97	97
		6	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU		%				95	95
		7	Persentase nilai EBITDA Margin		%				10	10
PERSPEKTIF PELANGGAN										
3	Terwujudnya kepuasan pelanggan	8	Tingkat kepuasan pelanggan		%	80	80	85	85	85
		9	Kecepatan respon terhadap complain (KRK)		%	100	100	100	100	100
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan		%				≥ 80	≥ 80
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
4	Terwujudnya layanan unggulan <i>Personal Development Center</i> (PDC), Rehabilitasi Psikososial, dan Napza	11	Pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan		%	100	100	100	100	100
		12	Terwujudnya Kemandirian Pasien		%	100	100	100	100	100
5	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu	13	Capaian Program Inovasi RS		%	80	80	80	80	80
		14	Capaian Akreditasi RS		%	100	100	100	100	100
		15	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal		%				< 2.5	< 2.5
		16	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan prioritas						2 Kali	2 Kali
		17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis		%				100	100

		Anggaran						
		18	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	%				10 10
		19	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional					1 1 Layanan Layanan
		20	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%				≥ 80 ≥ 80
		21	Penundaan waktu Operasi Elektif	%				≤ 3 ≤ 3
		22	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%				≥ 80 ≥ 80
		23	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	%				≥ 80 ≥ 80
		24	Optimalisasi Perawatan Pasien Schizofrenia	%				60 60
		25	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	%				60 60
		26	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator					12 12 Laporan Laporan
		27	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol					12 12 Laporan Laporan
		28	Kepatuhan kebersihan tangan	%				≧ 90 ≧ 90
		29	Kepatuhan penggunaan APD	%				100 100
		30	Kepatuhan identifikasi pasien	%				100 100
		31	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	%				≧ 80 ≧ 80
		32	Pelaporan hasil kritis laboratorium	%				100 100
		33	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	%				≧ 90 ≧ 90
		34	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	%				≧ 85 ≧ 85
		35	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	%				100 100
		36	Kecepatan waktu tanggap komplain	%				≧ 80 ≧ 80
6	Terwujudnya pusat riset, pendidikan, dan pelatihan	37	Publikasi penelitian Nasional dan/atau Internasional	%	100	100	100	100 100
		38	Peningkatan pelatihan yang tersertifikasi	%	100	100	100	100 100

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		BO BOT	SATU AN	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
7	Terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan	39	Peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh PKJN RSJMM		%	80%	80	90	100	100
		40	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna						1 RS Daerah	1 RS Daerah
8	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Tertinggi	41	Presentasi pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal		%	-	60	70	85	100
		42	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna						1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna a)
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN										
9	Terwujudnya budaya kinerja organisasi yang tinggi	43	Capaian pelaksanaan WBK/WBMM		%	100	100	100	100	100
10	Terwujudnya SDM unggul	44	Peningkatan kemampuan SDM berbasis kompetensi		%	75	75	80	80	80
		45	Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja		%	75	80	85	90	95
11	Terwujudnya Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan Yang Handal	46	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>		%	75	80	85	85	85
		47	Pemenuhan sarana prasarana layanan unggulan sesuai standar		%	80	80	80	80	80
		48	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar		%				95	95
		49	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar		%				70	70
12	Terwujudnya teknologi Informasi yang terintegrasi dan mandiri	50	Capaian BIOS (BLU <i>Integrated Online System</i>)		%	100	100	100	100	100

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		BO BOT	SATU AN	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
		51	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi		%				100	100
		52	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital						1 Sistem	1 Sistem

KAMUS INDIKATOR

1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

Perspektif	:	Perspektif Keuangan														
Sasaran strategis	:	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan														
Indikator Kinerja Unit	:	Tingkat pertumbuhan pendapatan														
Definisi Operasiona	:	<p>Persentase pertumbuhan pendapatan operasional dibandingkan tahun sebelumnya.</p> <p>Pendapatan operasional merupakan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Badan Layanan Umum (BLU) yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan Badan Layanan Umum (BLU), tidak termasuk pendapatan yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) / Rupiah Murni dan Hibah</p>														
Formula	:	<p>Numerator : Pendapatan operasional pada tahun berjalan dikurangi pendapatan operasional pada tahun lalu</p> <p>Denominator : Pendapatan operasional bulan tahun lalu</p> <p>$(\text{Pendapatan operasional tahun berjalan dikurangi tahun lalu} : \text{Pendapatan operasional tahun lalu}) \times 100\%$</p>														
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:	6														
	:	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Barang Milik Negara Koordinator Keuangan dan Barang Milik Negara														
Sumber Data	:	Laporan Keuangan Rumah Sakit														
Periode Pengumpulan data	:	Tahunan														
Periode Pelaporan	:	Tahunan														
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.5%</td> <td>2.5%</td> <td>2.5%</td> <td>2.5%</td> <td>2.5%</td> </tr> </tbody> </table>					2020	2021	2022	2023	2024	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%
2020	2021	2022	2023	2024												
2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%												

2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Perspektif	:	Perspektif Keuangan				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				
Definisi Operasional	:	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.				
Formula	:	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktorat Perencanaan, Keuangan & BMN Koordinator Keuangan & Barang Milik Negara				
Sumber Data	:	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	95%	

3. Rasio Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap Biaya Operasional

Perspektif	:	Perspektif Keuangan										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya efisiensi anggaran										
Indikator Kinerja Unit	:	Rasio pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap biaya operasional										
Definisi Operasional	:	<p>Persentase hasil perbandingan pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap biaya operasional dalam satu periode (akrual basis).</p> <p>Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan Badan Layanan Umum (BLU), dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Rupiah Murni).</p> <p>Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Badan Layanan Umum (BLU), tidak termasuk biaya penyusutan.</p>										
Formula	:	<p>Numerator : Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP)</p> <p>Denominator : Biaya Operasional</p> <p>(Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) : Biaya Operasional) x 100%</p>										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:	6										
Person in charge	:	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Barang Milik Negara Koordinator Keuangan dan Barang Milik Negara										
Sumber Data	:	Laporan Keuangan Rumah Sakit										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	45%	45%	45%	45%	45%
2020	2021	2022	2023	2024								
45%	45%	45%	45%	45%								

4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Perspektif	:	Perspektif Keuangan				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan				
Definisi Operasional	:	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti}}{\text{Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan}}$				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktorat Perencanaan, Keuangan & BMN Koordinator Keuangan & BMN Satuan Pemeriksaan Intern (SPI)				
Sumber Data	:	Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	92.50%	

5. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Perspektif	:	Perspektif Keuangan				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni				

Definisi Operasional	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
Formula	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktorat Perencanaan, Keuangan & BMN Koordinator Keuangan & BMN				
Sumber Data	:	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	97%	

6. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU

Perspektif	:	Perspektif Keuangan				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber BLU				
Definisi Operasional	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU				
Formula	:	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktorat Perencanaan, Keuangan & BMN Koordinator Keuangan & Barang Milik Negara				
Sumber Data	:	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	95%	

7. Persentase Nilai EBITDA Margin

Perspektif	:	Perspektif Keuangan				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase Realisasi Nilai EBITDA Margin				
Definisi Operasional	:	EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit sebelum Bunga, Pajak Depresiasi dan Amortisasi (pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, depresiasi dan Amortisasi).				
Formula	:	$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan}} \times 100 \%$ <p>Formula Kemenkes : EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%</p>				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktorat Perencanaan, Keuangan & BMN / Koordinator Keuangan & BMN				
Sumber Data	:	Laporan Operasional Keuangan Rumah Sakit				
Periode Pengumpulan data	:	harian/mingguan/Bulanan				
Periode Pelaporan	:	bulanan/triwulan/Semesteran/ tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	10%	

8. Tingkat Kepuasan Pelanggan

Perspektif	:	Perspektif Pelanggan										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya kepuasan pelanggan										
Indikator Kinerja Unit	:	Tingkat kepuasan pelanggan										
Definisi Operasional	:	<p>Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa yang diberikan oleh Rumah Sakit.</p> <p>Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melaksanakan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).</p> <p>Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instansi pemerintah (Permenpan No. 14 tahun 2017).</p>										
Formula	:	<p>Numerator : Hasil Penilaian Indeks Kepuasan Masyarakat</p> <p>Denominator : Skala Maksimal Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat</p> <p>(Capaian IKM : Standar maksimal IKM) x 100%</p>										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum Koordinator Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan IKM di Koordinator Organisasi dan Umum										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>85%</td> <td>85%</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	80%	80%	85%	85%	85%
2020	2021	2022	2023	2024								
80%	80%	85%	85%	85%								

9. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)

Perspektif	:	Perspektif Pelanggan										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya kepuasan pelanggan										
Indikator Kinerja Unit	:	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)										
Definisi Operasional	:	<p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah Sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data dan tindak lanjut atas <i>response time</i> komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/ grading/ dampak risiko.</p> <p>Warna merah: Cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dan lain-lain.</p> <p>Warna Kuning: Cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian <i>immaterial</i> dan lain-lain.</p> <p>Warna Hijau: Tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun <i>immaterial</i> dll.</p> <p>Hal-hal yang dilakukan dalam Kecepatan respon terhadap komplain adalah:</p> <p>h. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau.</p> <p>i. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar.</p> <p>j. Membuat persentase jumlah komplain setiap kategori yang dilakukan ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain di setiap kategori.</p> <p>5. Komplain Kategori Merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam</p> <p>6. Komplain Kategori Kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari</p> <p>7. Komplain Kategori Hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari.</p>										
Formula	:	<p>Numerator : Komplain Kategori Merah + Komplain Kategori Kuning + Komplain Kategori Hijau yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai standar</p> <p>Denominator : Jumlah seluruh komplain</p> <p>$((KKM+KKK+KKH) : \text{Jumlah Seluruh Komplain}) \times 100\%$</p>										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum Koordinator Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan penanganan komplain di Koordinator Organisasi dan Umum										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	100%	100%	100%	100%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
100%	100%	100%	100%	100%								

10. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Perspektif	:	Perspektif Keuangan
-------------------	---	----------------------------

Sasaran strategis	:	Terwujudnya Efisiensi Anggaran										
Indikator Kinerja Unit	:	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan										
Definisi Operasional	:	<p>3 Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>4 Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</p> <p>5 Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.</p> <p>6 Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.</p> <p>7 Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survey kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</p> <p>8 Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persyaratan. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur. Waktu Penyelesaian Biaya/Tarif. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan. Kompetensi Pelaksana. Perilaku Pelaksana. Penanganan pengaduan, Saran dan Masukan. Sarana dan prasarana. <p>9 Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka</p>										
Formula	:	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Responden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$										
Bobot IKU (%)	:											
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan & UMUM										
Sumber Data	:	Hasil survei										
Periode Pengumpulan data	:	Semesteran										
Periode Pelaporan	:	Semesteran, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ 80%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80%	
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	≥ 80%									

11. Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan unggulan <i>Personal Development Care (PDC)</i> , Rehabilitasi Psikososial, dan Napza										
Indikator Kinerja Unit	:	Pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan										
Definisi Operasional	:	<p>Layanan unggulan adalah layanan yang sudah menjadi unggulan dan atau layanan yang direncanakan akan diunggulkan.</p> <p>Pertumbuhan layanan unggulan adalah ketercapaian jumlah kegiatan layanan unggulan dibanding target ketercapaian jumlah kegiatan meliputi persiapan, operasionalisasi layanan unggulan, pertumbuhan jumlah pasien, pemantapan, dan evaluasi layanan unggulan</p> <p>Tahapan Layanan Unggulan RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor kurun waktu 2020-2014 terdiri dari :</p> <p>Tahun 2020:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Pemantapan Rehabilitasi Psikososial dan NAPZA 16. Terwujudnya layanan unggulan PDC: <i>Medical Check Up (MCU)</i> terpadu, Pusat Vaksinasi, Pusat Layanan Haji dan Umroh, <i>Crisis Center</i>, Layanan Konseling <p>Tahun 2021:</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Pemantapan PDC (Psikogeriatri dan <i>Youth Mental Health (YMH)</i>) <p>Tahun 2022:</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Pemantapan PDC (<i>Home Care dan Baby and Child Care</i>) <p>Tahun 2023:</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Pertumbuhan PDC, (<i>Assesment Center</i>, Psikogeriatri, <i>YMH, Home Care</i>) <p>Tahun 2024:</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Pertumbuhan dan Evaluasi Layanan Unggulan 										
Formula	:	<p>Numerator : Jumlah kegiatan layanan unggulan yang tercapai dalam kurun waktu tertentu</p> <p>Denominator : target kegiatan layanan unggulan</p> <p>(Jumlah kegiatan layanan unggulan yang tercapai dalam kurun waktu tertentu : Target kegiatan layanan unggulan) x 100%</p> <p>Ket : Jumlah kegiatan merupakan tahapan dari setiap kegiatan</p>										
Bobot IKU (%)	:	7										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Koodinator Pelayanan Medik dan Keperawatan										
Sumber Data	:	Laporan Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	100%	100%	100%	100%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
100%	100%	100%	100%	100%								

12. Terwujudnya Kemandirian Pasien

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan unggulan <i>Personal Development Care (PDC)</i> , Rehabilitasi Psikososial, dan Napza

Indikator Kinerja Unit	:	Terwujudnya kemandirian pasien										
Definisi Operasional	:	<p>Kemandirian pasien psikiatri adalah kemandirian yang dicapai oleh pasien setelah mengikuti program rehabilitasi psikososial.</p> <p>Kemandirian meliputi kemandirian fisik (bisa melakukan <i>Activity Of Daily Living - ADL</i>), kemandirian sosial (bisa berperan secara sosial dalam lingkungan keluarga dan masyarakat), kemandirian finansial, dan kemandirian ekonomi (mampu bekerja dan mendapatkan penghasilan). (<i>Rencana Revisi do 2023</i>)</p> <p>Terwujudnya kemandirian pasien adalah prosentase tercapainya output dari layanan rehabilitasi psikososial, yaitu pasien mandiri secara sosial atau finansial mengacu pada axis 5 dari pendekatan multiaksial PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.</p> <p>Pengukuran dilakukan terhadap pasien yang sudah selesai mengikuti pelatihan vokasional yang dibuktikan dengan adanya sertifikat dan bisa berfungsi di rumah, masyarakat atau mendapatkan penghasilan.</p> <p>Target 2 Rehabilitan per bulan</p>										
Formula	:	<p>Numerator : Rehabilitan yang mandiri secara sosial atau finansial Denominator : Jumlah target rehabilitan mandiri secara sosial atau finansial</p> <p>(Rehabilitan yang mandiri secara sosial atau finansial : Jumlah target rehabilitan mandiri secara sosial atau finansial) x 100%</p>										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan										
Sumber Data	:	Laporan Instalasi Rehabilitasi Psikososial										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td>100 %</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	100 %	100%	100%	100%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
100 %	100%	100%	100%	100%								

13. Capaian Program Inovasi Rumah Sakit

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Capaian program inovasi Rumah Sakit				
Definisi Operasional	:	<p>Program inovasi Rumah Sakit adalah program reka baru yang bertujuan untuk memperbaiki layanan yang berorientasi pada peningkatan mutu dan kepuasan pelanggan.</p> <p>Capaian program inovasi adalah prosentase capaian indikator input/proses/output yang digunakan untuk mengukur program inovasi tersebut dibandingkan dengan target yang ditetapkan.</p> <p>Program inovasi layanan bisa berganti setiap tahun atau memperluas / memperdalam program tahun sebelumnya.</p>				
Formula	:	<p>Numerator : Jumlah kumulatif prosentase capaian indikator dalam program inovasi</p> <p>Denominator : Jumlah indikator x target</p> <p>(Jumlah kumulatif prosentase capaian indikator dalam program inovasi : Jumlah indikator x target) x 100%</p>				
Bobot IKU (%)	:	7				
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan Kepala Instalasi Rawat Inap				
Sumber Data	:	Laporan capaian inovasi layanan Rumah Sakit				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		80%	80%	80%	80%	80%

15. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal				
Definisi Operasional	:	Angka kematian lebih dari 48 jam setelah dirawat untuk tiap 1000 penderita keluar				
Formula	:	Jumlah kematian setelah dirawat lebih 48 jam di bagi jumlah pasien keluar dikali 1000				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Instalasi Rekam Medik / DPMKP				
Sumber Data	:	Data SIRS / Rekam Medis				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≤ 2.5/mil	

16. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan prioritas

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada kasus layanan prioritas				
Definisi Operasional	:	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS khusus sesuai kekhususannya yang dilaporkan setiap 6 bulan				
Formula	:	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Komite Medis				
Sumber Data	:	Catatan Rekam medik masing-masing RS vertikal				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Triwulan / Semesteran / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	2 Kali	

17. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran										
Definisi Operasional	:	Pelayanan Unggulan VVIP rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri										
Formula	:	jumlah layanan unggulan VVIP yang dikembangkan dibagi layanan unggulan VVIP yang direncanakan										
Bobot IKU (%)	:											
Person in charge	:	DPMKP / DSPU										
Sumber Data	:	Laporan										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	100%	
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	100%									

18. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				
Definisi Operasional	:	Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP}}{\text{jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	DPMKP				
Sumber Data	:	data jumlah pasien di rumah sakit				
Periode Pengumpulan data	:	bulanan				
Periode Pelaporan	:	bulanan / triwulan / semester / tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	10%	

19. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Perspektif		Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional				
Definisi Operasional	:	Kerjasama RSJMM dengan rumah sakit atau institusi kesehatan LN terkait layanan Rehab Psikososial				
Formula	:	proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi : TW I penjajakan, pembahasan proposal, 40% TW II penandatanganan kesepakatan, 20% TW III implementasi kerja sama, 20% TW IV hasil evaluasi 20%				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	DPMKP				
Sumber Data	:	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama , rekomendasi hasil assesment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	1 Layanan	

20. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. 2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. 3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit. 										
Formula	:	Jumlah pasien dengan waktu layanan ≤ 120 menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang x 100 %										
Bobot IKU (%)	:											
Person in charge	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan Kepala Instalasi Farmasi										
Sumber Data	:	Data Integrasi Sistem Informasi RS/Rekam Medis										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>$\geq 80\%$</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	$\geq 80\%$	
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	$\geq 80\%$									

21. Penundaan waktu Operasi Elektif

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Penundaan waktu Operasi Elektif										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan. 										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100 \%$										
Bobot IKU (%)	:											
Person in charge	:	Direktur Medik, Keperawatan & Penunjang										
Sumber Data	:	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≤ 3%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≤ 3%	
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	≤ 3%									

22. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik										
Definisi Operasional	:	<ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis • Perhitungan sesuai kebutuhan (Lebih dari 3 orang dokter) 										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan/memulai}}{\text{Jumlah tenaga medis yang}} \times 100$										
Bobot IKU (%)	:											
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang										
Sumber Data	:	Laporan pelayanan poliklinik										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulan, semester										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>≥ 80%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	≥ 80%	
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	≥ 80%									

23. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI				
Definisi Operasional	:	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i\text{visite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100 \%$				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang				
Sumber Data	:	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	≥ 80%	

24. Optimalisasi Perawatan Pasien Schizofrenia

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Optimalisasi Perawatan Pasien Schizofrenia										
Definisi Operasional	:	<p>Optimalisasi perawatan pasien schizofrenia adalah perawatan pasien Schizofrenia sesuai standar yang menghasilkan output perbaikan Gejala klinis dan optimalisasi lama rawat</p> <p>Perbaikan Gejala Klinis Skizofrenia adalah perbaikan gejala pada pasien Skizofrenia yang dirawat inap , diukur menggunakan instrumen <i>Positive and Negative Syndrom Scale</i>(PANSS) Remisi yang dilakukan saat pasien masuk atau maksimal 1x 24 jam setelahnya dan 1x 24 jam sebelum pasien pulang</p> <p>PANSS Remisi merupakan instrumen penilaian cepat (<i>quickscore</i>) yang digunakan untuk mengukur perbaikan gejala klinis yang dilihat dari dua dimensi yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terdiri dari 8 Item dengan skala likert 1-7</p> <p>Pasien dianggap mengalami perbaikan gejala klinis bila mengalami perbaikan berupa penurunan skor $\geq 20\%$ dari skor awal .</p> <p>Perhitungan Perbaikan Gejala Klinis :</p> <p>(Total Skor PANSS Remisi saat pasien masuk - Total Skor PANSS Remisi saat Pasien pulang) : (Total Skor PANSS remisi saat pasien masuk) x 100%</p> <p>Optimalisasi lama rawat pasien schizofrenia adalah kesesuaian lama perawatan terhadap standar lama perawatan pasien schizofrenia dalam satu episode rawat inap mulai dari fase akut sd fase stabil yang ditandai adanya perbaikan gejala klinis pasien (diukur menggunakan instrument PANSS Remisi terjadi penurunan skor sebesar $\geq 20\%$</p> <p>Standar lama perawatan pasien Schizofrenia : 18 hari</p>										
Formula	:	(Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang dan mengalami perbaikan gejala klinis dengan lama rawat ≤ 18 hari / Jumlah Pasien Skizofrenia yang pulang) x 100%										
Bobot IKU (%)	:											
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang, Ka Instalasi Rawat Inap										
Sumber Data	:	Rekam Medis Pasien Skizofrenia										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Triwulan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>60%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	-	-	60%	
2020	2021	2022	2023	2024								
-	-	-	60%									

25. Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu

Indikator Kinerja Unit	:	Pasien Ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup				
Definisi Operasional	:	<p>Perbaikan kualitas hidup Pasien ketergantungan Stimulan adalah adanya perbaikan kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien meliputi 4 Domain yaitu : Kesehatan Fisik , Psikologis, Hubungan sosial serta lingkungan yang dirasakan oleh pasien .</p> <p>Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang (Molnar, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang kompleks (RADF, 2009). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan.</p> <p>Pengukuran Kualitas Hidup dilakukan menggunakan instrumen WHO QoL-BREF yang merupakan versi pendek dari WHO QoL 100, terdiri 26 item dengan skala likert 1-5 dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan)</p> <p>Kesehatan Fisik : Item no 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18 Psikologis : Item no 5, 6, 7, 11, 19, dan 26 Hubungan Sosial : Item no 20, 21, dan 22 Lingkungan : Item no 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25</p> <p>Pengukuran dilakukan pada minggu pertama saat pasien masuk dan diukur ulang dalam satu minggu sebelum pasien selesai mengikuti program . Dibandingkan Skor awal dengan skor akhir dan diukur prosentase peningkatannya .</p> <p>Pasien dianggap mengalami perbaikan kualitas hidup apabila mengalami peningkatan skor $\geq 20\%$</p> <p>Perhitungan Perbaikan Kualitas Hidup : (Total Skor WHO QoL saat pasien selesai program – Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) : (Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) x 100%</p>				
Formula	:	$\left(\frac{\text{Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang menyelesaikan program dengan peningkatan skor WHO QoL} \geq 20\%}{\text{Jumlah Pasien Ketergantungan Stimulan yang menyelesaikan program}} \right) \times 100\%$				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang. Ka Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA				
Sumber Data	:	Rekam Medis Pasien Ketergantungan Stimulan				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Triwulan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	60%	

26. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				
Definisi Operasional	:	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				
Formula	:	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan				
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:					
Sumber Data	:	Laporan INM dari Aplikasi SIMAR				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	12 Laporan	

27. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

Perspektif		Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				
Definisi Operasional	:					
Formula	:					
Bobot IKU (%)	:					
Person in charge	:					
Sumber Data	:					
Periode Pengumpulan data	:					
Periode Pelaporan	:					
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		-	-	-	12 Laporan	

28. Kepatuhan kebersihan tangan

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu
Indikator Kinerja Unit	:	Kepatuhan kebersihan tangan
Definisi Operasional	:	<ul style="list-style-type: none"> ●Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. ●Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. ●Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. ●Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> • Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. • Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. • Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti: pemasangan intra vena kateter (<i>infus</i>), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain. • Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. • Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat- alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. ●Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. ●Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. ●Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. ●<i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. ●Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. ●Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). ●Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. ●Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi ●kegiatan yang dilakukan.

Formula	:	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Penanggung jawab mutu										
Sumber Data	:	Hasil observasi										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>≥90%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				≥90%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			≥90%									

29. Kepatuhan penggunaan APD

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL													
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu													
Indikator Kinerja Unit	:	Kepatuhan penggunaan APD													
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risikotransmisi (kontak, <i>droplet</i> dan <i>airborne</i>). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas laboratorium. 4. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan <i>tool</i> yang telah ditentukan. 5. Periode observasi adalah waktu yang digunakan untuk melakukan pengamatan. 													
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode}}{\text{observasi}} \times 100 \%$ <p>Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi</p>													
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:														
Person in charge	:	Penanggung jawab mutu													
Sumber Data	:	Hasil observasi													
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan													
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan													
Target	:	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				2020	2021	2022	2023	2024				100%	
2020	2021	2022	2023	2024											
			100%												

30. Kepatuhan identifikasi pasien

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Kepatuhan identifikasi pasien										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Klinik. 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena. b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakankegawatdaruratan. c. Prosedur diagnostik: pengambilansampel. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar. 										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Penanggung Jawab Mutu										
Sumber Data	:	Hasil observasi										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				100%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			100%									

31. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi				
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria. 				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100 \%$				
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:					
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	:	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					$\geq 80\%$	

32. Pelaporan hasil kritis laboratorium

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Pelaporan hasil kritis laboratorium										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaansegera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit. 										
Formula	:	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100 \%$										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Kepala Instalasi Laboratorium										
Sumber Data	:	Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <tr> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				100%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			100%									

33. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Kepatuhan penggunaan formularium nasional										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan 										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100 \%$										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Kepala Instalasi Farmasi										
Sumber Data	:	Lembar resep di Instalasi Farmasi										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>≥90%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				≥90%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			≥90%									

34. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)				
Definisi Operasional	:	<p>1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</p> <p>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</p>				
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100 \%$				
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:					
Person in charge	:	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain				
Sumber Data	:	Data sekunder dari rekam medis pasien				
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					≥85%	

35. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Asesment</i> awal risiko jatuh b. <i>Assesment</i> ulang risiko jatuh c. <i>Intervensi</i> pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit. 										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100 \%$										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien										
Sumber Data	:	Data sekunder menggunakan data dari rekam medis										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				100%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			100%									

36. Kecepatan waktu tanggap komplain

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu										
Indikator Kinerja Unit	:	Kecepatan waktu tanggap komplain										
Definisi Operasional	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan <i>grading</i> risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. 2. <i>Grading</i> risiko dan standar waktu tanggap komplain: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Grading</i> Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain. <i>Grading</i> Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain. c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial. 										
Formula	:	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan } \textit{grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100 \%$										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Kepala Bagian Humas/Unit Pengaduan/Bagian yang menangani complain										
Sumber Data	:	Data sekunder dari catatan Komplain										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan, Triwulanan, Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>≥80%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				≥80%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			≥80%									

37. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya pusat riset, pendidikan, dan pelatihan				
Indikator Kinerja Unit	:	Publikasi penelitian Nasional dan/atau Internasional				
Definisi Operasional	:	<p>Penelitian kegiatan pengumpulan, pengolahan, analisis, dan penyajian data yang dilakukan secara sistematis dan objektif untuk memecahkan suatu persoalan atau menguji suatu hipotesis untuk mengembangkan prinsip-prinsip umum.</p> <p>Penelitian terpublikasi adalah hasil penelitian staf internal RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor baik sebagai peneliti utama maupun kontributor yang dipublikasikan nasional dan atau internasional dalam bentuk abstrak, jurnal, poster atau makalah lengkap.</p> <p>Sumber pembiayaan internal maupun eksternal.</p> <p>Target publikasi penelitian adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahun 2020 sebanyak 1 penelitian • Tahun 2021 sebanyak 1 penelitian • Tahun 2022 sebanyak 1 penelitian • Tahun 2023 sebanyak 1 penelitian • Tahun 2024 sebanyak 1 penelitian <p>Penelitian terdiri dari beberapa tahapan dengan bobot masing-masing sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usulan 10% 2. Penilaian Komite Etik Penelitian 10% 3. Lolos dari Uji Etik Penelitian 15% 4. Pelaksanaan penelitian 20% 5. Hasil penelitian 20% 6. Publikasi penelitian 25% 				
Formula	:	<p>Numerator : Bobot capaian penelitian Denominator : Bobot Target penelitian</p> <p>$(\text{Bobot capaian penelitian} : \text{Bobot Target penelitian}) \times 100\%$</p> <p>Target triwulan :</p> <p>Januari sd Maret : point 1 (100%) April sd Juni : Point 1+2,3 (100%) Juli sd September : Point 1,2,3+4,5 (100%) Oktober sd Desember : Point 1,2,3,4,5+6 (100%)</p>				
Bobot IKU (%)	:	7				
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum Koordinator SDM, Pendidikan, dan Penelitian				
Sumber Data	:	Laporan Penelitian di Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian				
Periode Pengumpulan data	:	Triwulan				
Periode Pelaporan	:	Triwulan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

38. Peningkatan Pelatihan yang Tersertifikasi

Perspektif	: Perspektif Proses Bisnis Internal												
Sasaran strategis	: Terwujudnya pusat riset, pendidikan, dan pelatihan												
Indikator Kinerja Unit	: Peningkatan pelatihan yang tersertifikasi												
Definisi Operasional	<p>Pelatihan adalah proses, cara, perbuatan melatih; kegiatan atau pekerjaan melatih.</p> <p>Pelatihan tersertifikasi adalah pelatihan yang diselenggarakan oleh diklit RSJ. dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor telah diakreditasi PPSDM upload Sistem Akreditasi Pelatihan (SIKPEL)</p> <p>Target pelatihan tersertifikasi adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 Tahun 2020 tersertifikasi sebanyak 1 pelatihan 1 Tahun 2021 tersertifikasi sebanyak 5 pelatihan 2 Tahun 2022 tersertifikasi tambahan sebanyak 2 pelatihan 3 Tahun 2023 tersertifikasi tambahan sebanyak 2 pelatihan 4 Tahun 2024 tersertifikasi tambahan sebanyak 3 pelatihan <p>catatan : tahun 2021 pelatihan tersertifikasi sebanyak 5 pelatihan sebagai syarat terakreditasi PPSDM</p> <p>Tahapan akreditasi pelatihan tersertifikasi PPSDM dengan bobot masing-masing sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Menyusun kurikulum 20% 2 Menyusun modul 25% 3 Upload ke Sistem akreditasi pelatihan 10% 4 Penyelenggaraan pelatihan 20% 5 Terakreditasi 25% <p>usulan proses:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. membuat KAK pelatihan 20% 2. pengajuan akreditasi pelatihan 15% 3. penyelenggaraan pelatihan 50% 4. pelaporan pelaksanaan pelatihan 15% 												
Formula	<p>Numerator : Bobot capaian pelatihan Denominator : Bobot Target pelatihan</p> <p>$(\text{Bobot capaian pelatihan} : \text{Bobot Target pelatihan}) \times 100\%$</p> <p>Target triwulan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Januari sd Maret : point 1 (100%) April sd Juni : Point 1+2 (100%) Juli sd September : Point 1,2,+3,4 (100%) Oktober sd Desember : Point 1,2,3,4+5 (100%) <p>simulasi :</p> <p>bulan Agustus 2021 tercapai 5 modul pelatihan sampai dengan tahap kedua $45\% \times 5 : 75\% \times 5 = 60\%$</p>												
Bobot IKU (%)	: 5												
Person in charge	: Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum Koordinator SDM, Pendidikan, dan Penelitian												
Sumber Data	: Laporan Pelatihan di Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian												
Periode Pengumpulan data	: Triwulan												
Periode Pelaporan	: Triwulan												
Target	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table>		2020	2021	2022	2023	2024		100%	100%	100%	100%	100%
	2020	2021	2022	2023	2024								
	100%	100%	100%	100%	100%								

39. Kamus IKU Peningkatan Kompetensi Mitra yang Diampu oleh RSJMM

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya jejaring kemitraan dan pemberdayaan										
IKU	:	Peningkatan kompetensi mitra yang diampu oleh RSJMM										
Definisi Operasional	:	<p>RSJ mempunyai tugas sbg pengampu institusi Kesehatan berupa RSJ/ RSU/ PKM dalam bidang layanan Kesehatan jiwa terutama berkaitan dengan layanan unggulan di RSJ pengampu.</p> <p>Peningkatan kompetensi mitra yang diampu adalah persentase peningkatan kompetensi mitra berdasar program yang telah disepakati bersama antara RSJMM dan mitra yang diampu.</p> <p>Target kompetensi mitra yang diampu oleh RSJMM adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahun 2020 : 1 mitra • Tahun 2021 : 1 Mitra • Tahun 2022 : 1 Mitra • Tahun 2023 : 1 Mitra • Tahun 2024 :1 Mitra <p>Tahapan kegiatan peningkatan Kompetensi Mitra yang diampu oleh RSJMM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Advokasi, korespondensi, MoU (20%) 2. Pendampingan dan pelatihan RSJ (dalam jaringan atau luar jaringan) (20%) 3. Magang Mitra ke RSJMM (20%) 4. Implementasi Kemandirian (20%) 5. Monitoring dan Evaluasi (20%) 										
Formula	:	<p>Numerator : Jumlah capaian tahapan peningkatan kompetensi</p> <p>Denominator : Jumlah total tahapan peningkatan kompetensi</p> <p>(Jumlah capaian tahapan peningkatan kompetensi : Jumlah total tahapan peningkatan kompetensi) x 100%</p>										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Koordinator Pelayanan Penunjang										
Sumber Data	:	Data hasil asesmen kompetensi mitra yang diampu oleh RSJMM										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	80%	80%	90%	100%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
80%	80%	90%	100%	100%								

40. Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Melakukan pembinaan RS daerah sesuai dengan kekhususannya menjadi utama atau paripurna				
Definisi Operasional	:	rumah sakit khusus vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama				
Formula	:	jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan				
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:					
Person in charge	:	DPMKP				
Sumber Data	:					
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan				
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan				
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					1 RS Daerah	

41. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal (Sisrute)

Perspektif	:	Perspektif Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	:	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi										
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal										
Definisi Operasional	:	Persentase kasus rujukan melalui sisrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam										
Formula	:	Jumlah Kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan										
Sumber Data	:	Laporan Koordinator Medik dan Keperawatan										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>85%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	-	60%	70%	85%	100%
2020	2021	2022	2023	2024								
-	60%	70%	85%	100%								

42. Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna

Perspektif	:	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
Sasaran strategis	:	Terwujudnya layanan kesehatan jiwa yang bermutu				
Indikator Kinerja Unit	:	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna				
Definisi Operasional	:	rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna				
Formula	:	jumlah rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna				
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:					
Person in charge	:					
Sumber Data	:	data sdm, alkes dan pelayanan yang sesuai standar strata yang sudah ditetapkan				
Periode Pengumpulan data	:					
Periode Pelaporan	:					
Target	:	2020	2021	2022	2023	2024
					1 (masing2 RS Vertikal dengan strata paripurna)	

44. Peningkatan Kemampuan Sumber daya Manusia Berbasis Kompetensi

Perspektif	:	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Sumber Daya Manusia unggul										
Indikator Kinerja Unit	:	Peningkatan kemampuan Sumber daya Manusia berbasis kompetensi										
Definisi Operasional	:	<p>Kompetensi adalah kemampuan atau kecakapan yang dimiliki oleh seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan atau tugas di bidang tertentu, sesuai dengan jabatan yang disandangnya.</p> <p>Peningkatan kemampuan Sumber daya Manusia (SDM) berbasis kompetensi adalah upaya RS dalam meningkatkan kompetensi Sumber daya Manusia (SDM) sehingga memenuhi standar persyaratan Jabatan yang diembannya.</p> <p>Peningkatan SDM berbasis Kompetensi dinilai dengan mengukur prosentase jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) yang memiliki Kompetensi sesuai persyaratan jabatan dari total seluruh Sumber daya Manusia (SDM) RS.</p> <p>Indeks Pengukuran Profesionalitas ASN (Permenpan No. 38 Tahun 2018 tentang Pengukuran Indeks Profesionalitas ASN) adalah suatu instrumen yang digunakan untuk mengukur secara kuantitatif yang hasilnya ditetapkan untuk menilai dan mengevaluasi tingkat profesionalitas pegawai.</p>										
Formula	:	<p>Numerator : Jumlah Sumber daya Manusia (SDM) yang mempunyai kompetensi sesuai standar persyaratan Jabatan</p> <p>Denominator : Jumlah seluruh Sumber daya Manusia (SDM)</p> <p>(Jumlah SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar persyaratan Jabatan : Jumlah seluruh SDM) x 100%</p>										
Bobot IKU (%)	:	7										
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum Koordinator SDM, Pendidikan, dan Penelitian										
Sumber Data	:	Laporan kepegawaian dari Koordinator SDM, Pendidikan, dan Penelitian										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	75%	75%	80%	80%	80%
2020	2021	2022	2023	2024								
75%	75%	80%	80%	80%								

45. Persentase Tingkat Kepatuhan Pegawai Sesuai Budaya Kinerja

Perspektif	:	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya Sumber Daya Manusia Unggul										
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja										
Definisi Operasional	:	<p>Tingkat Kepatuhan pegawai adalah kesanggupan pegawai untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedinasan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar dijatuhi hukuman disiplin.</p> <p>Budaya kinerja adalah suatu falsafah dengan didasari pandangan hidup sebagai nilai-nilai yang menjadi sifat, kebiasaan dan juga pendorong yang dibudayakan dalam suatu kelompok dan tercermin dalam sikap menjadi perilaku, cita-cita, pendapat, pandangan serta tindakan yang terwujud sebagai kinerja atau bekerja.</p> <p>Tingkat kepatuhan pegawai sesuai budaya kinerja dinilai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disiplin diukur dengan kehadiran sesuai jam kerja, dengan bobot 70% <p>Target Kehadiran (Kumulatif) :</p> <p>>150 jam = 100%</p> <p>>140-150 jam = 90%</p> <p>< 140 jam = 80%</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patuh diukur dengan tidak adanya teguran tertulis dari Bagian SDM, dengan bobot 30% 										
Formula	:	<p>Numerator : Jumlah SDM yang memiliki tingkat kepatuhan sesuai budaya kinerja</p> <p>Denominator : Jumlah seluruh SDM</p> <p>A. (Jumlah pegawai yang disiplin hadir sesuai jam kerja (dalam jam) : Jumlah seluruh pegawai) x 100%</p> <p>B. (Jumlah pegawai yang patuh peraturan RS : Jumlah seluruh pegawai) x 100%</p> <p>Formula: ((capaian A x 0,7) + (capaian B x 0.3)) x 100%</p>										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum Koordinator SDM, Pendidikan, dan Penelitian										
Sumber Data	:	Laporan koordinator Bagian SDM, Diklit tentang penilaian tingkat kepatuhan pegawai										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	75%	80%	85%	90%	95%
2020	2021	2022	2023	2024								
75%	80%	85%	90%	95%								

46. Overall Equipment Effectiveness (OEE)

Perspektif	:	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal										
Indikator Kinerja Unit	:	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>										
Definisi Operasional	:	<p><i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i> adalah suatu cara untuk mengukur efektifitas peralatan secara keseluruhan dalam penerapan program <i>Total Productive Maintenance (TPM)</i> yang dilihat dari ketersediaan, kinerja dan kualitas alat kesehatan.</p> <p>Ketersediaan (<i>availability</i>) adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tersebut direncanakan beroperasi.</p> <p>Kinerja (<i>performance</i>) adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat.</p> <p>Kualitas (<i>quality</i>) adalah mutu yang dihasilkan oleh suatu alat.</p> <p>Alat yang diukur adalah <i>Trans Magnetic Stimulation (TMS)</i>, <i>Neurofeedback</i> dan <i>ECT</i></p>										
Formula	:	<p>Numerator : Prosentase ketersediaan alat , kinerja alat, kualitas alat</p> <p>Denominator : Jumlah unsur yang dinilai</p> <p>$OEE = (\%Availability + \%Performance + \%Quality) : 3$</p>										
Bobot IKU (%)	:	5										
Person in charge	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Direktur SDM, Pendidikan dan Umum, Koordinator Pelayanan Penunjang Koordinator Organisasi dan Umum										
Sumber Data	:	Laporan Unit kerja										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan/Triwulanan/Semesteran/Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>85%</td> <td>85%</td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024	75%	80%	85%	85%	85%
2020	2021	2022	2023	2024								
75%	80%	85%	85%	85%								

48. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Perspektif	:	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN													
Sasaran strategis	:	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal													
Indikator Kinerja Unit	:	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar													
Definisi Operasional	:	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya													
Formula	:	<p>1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%</p> <p>2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%</p> <p>3. Menghitung Hasil akhir/Persentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2</p>													
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:														
Person in charge	:	DSPU / Koordinator Organisasi dan Umum													
Sumber Data	:	ASPAK dan Survei Lapangan													
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan													
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan													
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>95%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				2020	2021	2022	2023	2024				95%	
2020	2021	2022	2023	2024											
			95%												

49. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

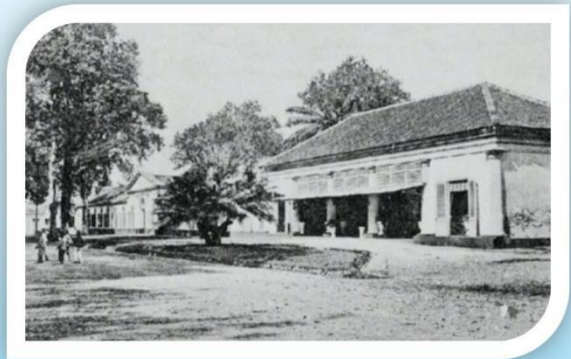
Perspektif	:	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang handal										
Indikator Kinerja Unit	:	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar										
Definisi Operasional	:	<ul style="list-style-type: none"> ● Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. ● Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. ● Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. ● Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. ● RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. ● Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit ● Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 ● Pembayaran <i>cashless</i> adalah system pembayaran tanpa uang tunai. ● Tersedia tempat khusus untuk <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman 										
Formula	:	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Respoden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$										
Formula Kamus Kemenkes	:	Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Direktur SDM, Pendidikan & Umum										
Sumber Data	:	Hasil survey										
Periode Pengumpulan data	:	Semesteran										
Periode Pelaporan	:	Semesteran, Tahunan										
Target	:	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>2020</td> <td>2021</td> <td>2022</td> <td>2023</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>70%</td> <td></td> </tr> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				70%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			70%									

51. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Perspektif	:	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN										
Sasaran strategis	:	Terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri										
Indikator Kinerja Unit	:	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.										
Definisi Operasional	:	Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab,radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.										
Formula	:	Perhitungan persentase jumlah rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK,layanan penunjang (lab,radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi dibagi jumlah seluruh rumah sakit Vertikal										
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:											
Person in charge	:	Direkrorat Perencanaan, Keuangan & BMN Koordinator Perencanaan & Evaluasi Instalasi SIRS										
Sumber Data	:	Hasil Pemantauan dan Desk serta kunjungan langsung ke Rumah Sakit Vertikal										
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan										
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan										
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	2020	2021	2022	2023	2024				100%	
2020	2021	2022	2023	2024								
			100%									

52. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

Perspektif	:	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN													
Sasaran strategis	:	Terwujudnya teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri													
Indikator Kinerja Unit	:	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital													
Definisi Operasional	:	Persentase fasyankes yang meliputi laboratorium kesehatan masyarakat, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital.													
Formula	:	Jumlah labkesmas,puskesmas, klinik dan rumah sakit yang terintegrasi sistem surveilans dibagi jumlah seluruh labkesmas,puskesmas, klinik dan rumah sakit dikali 100													
Bobot Indikator Kinerja Unit (IKU) (%)	:														
Person in charge	:	Direktorat Perencanaan, Keuangan & BMN Koordinator Perencanaan & Evaluasi Instalasi SIRS													
Sumber Data	:														
Periode Pengumpulan data	:	Bulanan													
Periode Pelaporan	:	Bulanan / Triwulan / Semester / Tahunan													
Target	:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1 Sistem</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				2020	2021	2022	2023	2024				1 Sistem	
2020	2021	2022	2023	2024											
			1 Sistem												



RS. dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

**Alamat:
Jalan dr. Sumeru No. 114
Bogor 16111**

**Telp. (0251) 8324024
8432025 8320467**

Fax. (0251)8324026

**Email. PKJN
RSJMM.bgr@gmail.com**