



LAKIP 2023

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL MAHAR MARDJONO

**Jl. Letjen M.T. Haryono No.Kav.11, Cawang, Kec. Kramat jati
Jakarta Timur DKI Jakarta 13630**

 (021)29373377  081196209945  rspusatotak

 @rumahsakitotak

 rspon Prof. Dr. dr. Mahar mardjono jakarta

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAKIP)
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL MAHAR MARDJONO
TAHUN 2023

Direktur Utama



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S. MARS
NIP 197210072001122005

Pit. Direktur Pelayanan Medik
dan Keperawatan



dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S
NIP198710262023211002

Direktur SDM,
Pendidikan dan Pelatihan



Dr.dr.Andi Basuki P.B, Sp.S (K), MARS
NIP196409131990031004

Direktur Perencanaan dan
Keuangan



Ignatius Susatyo Wijoyo, M.M
NIP919690323202310101

Direktur Layanan Operasional



dr. Sardiana Salam, Sp.S, M.Kes
NIP197811292006042020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono telah menyelesaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah tahun 2023. Laporan ini merupakan bagian dari upaya RSPON Mahar Mardjono dalam rangka penguatan sistem akuntabilitas kinerja seperti yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja ini merupakan bentuk pertanggungjawaban RSPON Mahar Mardjono sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya yang dipercayakan melalui perjanjian kinerja yang telah diperjanjikan sebelumnya yang disusun dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Penyusunan laporan ini telah disesuaikan dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja RSPON Mahar Mardjono ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan, baik sebagai informasi maupun evaluasi kinerja pada tahun 2023 serta dapat digunakan sebagai acuan dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan tahun yang akan datang.

Jakarta, 31 Januari 2024

Direktur Utama
RSPON Mahar Mardjono



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS
NIP 197210072001122005

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	viii
IKHTISAR EKSEKUTIF	- 1 -
BAB I PENDAHULUAN.....	- 3 -
A. Latar Belakang.....	- 3 -
B. Maksud dan Tujuan Laporan	- 3 -
C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi.....	- 4 -
D. Sumber Daya Manusia.....	- 9 -
E. Peran Strategis RSPON	- 10 -
F. Sistematika Penulisan.....	- 12 -
BAB II PERENCANAAN KINERJA	- 13 -
A. Rencana Kinerja Tahunan.....	- 13 -
B. Perjanjian Kinerja	- 17 -
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	- 23 -
A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja	- 23 -
1. Pencapaian Target Indikator Kinerja Tahunan (IKT) Rumah Sakit.....	- 23 -
2. Indikator Kinerja Utama (IKU)	- 110 -
3. Tingkat Maturitas BLU	- 118 -
B. Sumber Daya.....	- 127 -
1. Kinerja Pelayanan.....	- 127 -
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	- 127 -
3. Sumber Daya Keuangan	- 143 -
4. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya.....	- 143 -
BAB IV PENUTUP	- 152 -

DAFTAR TABEL

Tabel I. 1 Jumlah SDM Berdasarkan Ketenagaan per 31 Desember 2023.....	9 -
Tabel I. 2 Data SDM berdasarkan Kelompok Staf Medis (KSM) tahun 2023	10 -
Tabel II. 1 Sasaran dan Indikator Kinerja Utama RSPON Mahar Mardjono	13 -
Tabel II. 2 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2023.....	16 -
Tabel II. 3 Aspek dan Indikator Penilaian Tingkat Maturitas BLU	17 -
Tabel III. 1 Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	24 -
Tabel III. 2 Realisasi Anggaran Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	25 -
Tabel III. 3 Capaian Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	27 -
Tabel III. 4 Realisasi anggaran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	28 -
Tabel III. 5 Capaian Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	28 -
Tabel III. 6 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	29 -
Tabel III. 7 Capaian Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	29 -
Tabel III. 8 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	30 -
Tabel III. 9 Capaian Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung	30 -
Tabel III. 10 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung	31 -
Tabel III. 11 Capaian Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	32 -
Tabel III. 12 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	32 -
Tabel III. 13 Realisasi anggaran Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien.....	34 -
Tabel III. 14 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis ≤ 1x24 jam	35 -
Tabel III. 15 Capaian Indikator Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	35 -
Tabel III. 16 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	36 -
Tabel III. 17 Capaian Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	37 -
Tabel III. 18 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	38 -
Tabel III. 19 Capaian Indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit	39 -
Tabel III. 20 Realisasi anggaran indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit	40 -
Tabel III. 21 Capaian Indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	41 -
Tabel III. 22 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	42 -
Tabel III. 23 Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	42 -
Tabel III. 24 Realisasi anggaran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	44 -
Tabel III. 25 Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	44 -
Tabel III. 26 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	45 -
Tabel III. 27 Realisasi anggaran Indikator Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	46 -
Tabel III. 28 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	48 -
Tabel III. 29 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	49 -
Tabel III. 30 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	49 -
Tabel III. 31 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari	50 -
Tabel III. 32 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari.....	51 -

Tabel III. 33 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup	51 -
Tabel III. 34 Realisasi anggaran Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup	52 -
Tabel III. 35 Capaian Indikator Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator	53 -
Tabel III. 36 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator	53 -
Tabel III. 37 Capaian Indikator Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	54 -
Tabel III. 38 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	55 -
Tabel III. 39 Capaian Indikator Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	56 -
Tabel III. 40 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	56 -
Tabel III. 41 Capaian Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	57 -
Tabel III. 42 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)....	58 -
Tabel III. 43 Capaian Indikator Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	58 -
Tabel III. 44 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	59 -
Tabel III. 45 Capaian Indikator Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam ...	60 -
Tabel III. 46 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	61 -
Tabel III. 47 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	62 -
Tabel III. 48 Capaian Indikator Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	63 -
Tabel III. 49 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1 ...	64 -
Tabel III. 50 Capaian Indikator Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maks 4 Jam	64 -
Tabel III. 51 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	65 -
Tabel III. 52 Capaian Indikator Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	66 -
Tabel III. 53 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	66 -
Tabel III. 54 Pencapaian Indikator Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	67 -
Tabel III. 55 Capaian Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	70 -
Tabel III. 56 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP ..	70 -
Tabel III. 57 Capaian Indikator Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan	71 -
Tabel III. 58 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan ..	72 -
Tabel III. 59 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan	73 -
Tabel III. 60 Capaian Indikator Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan	73 -
Tabel III. 61 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan	74 -
Tabel III. 62 Capaian Indikator Jumlah Sample yang direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	74 -
Tabel III. 63 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS ..	75 -
Tabel III. 64 Capaian Indikator Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population	75 -
Tabel III. 65 Realisasi Anggaran Capaian Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population	76 -
Tabel III. 66 Capaian Indikator Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	77 -
Tabel III. 67 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	78 -
Tabel III. 68 Capaian Indikator Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan ..	78 -
Tabel III. 69 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan	

Persarafan	79 -
Tabel III. 70 Capaian Indikator Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	80 -
Tabel III. 71 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	80 -
Tabel III. 72 Capaian Indikator Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	81 -
Tabel III. 73 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	82 -
Tabel III. 74 Capaian Indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi	82 -
Tabel III. 75 Realisasi Anggaran Indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi	83 -
Tabel III. 76 Capaian Indikator Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	83 -
Tabel III. 77 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	85 -
Tabel III. 78 Capaian Indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	85 -
Tabel III. 79 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	86 -
Tabel III. 80 Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	86 -
Tabel III. 81 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	87 -
Tabel III. 82 Capaian Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	88 -
Tabel III. 83 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	88 -
Tabel III. 84 Capaian Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti ..	89 -
Tabel III. 85 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	90 -
Tabel III. 86 Realisasi Anggaran Indikator Opini Audit Atas Laporan Keuangan	90 -
Tabel III. 87 Realisasi Anggaran Indikator Opini Audit Atas Laporan Keuangan	91 -
Tabel III. 88 Capaian Indikator Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	92 -
Tabel III. 89 Capaian Indikator Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	92 -
Tabel III. 90 Capaian Indikator Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan ...	93 -
Tabel III. 91 Realisasi Indikator Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan ..	94 -
Tabel III. 92 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	96 -
Tabel III. 93 Capaian Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	96 -
Tabel III. 94 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	97 -
Tabel III. 95 Capaian Indikator Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam	98 -
Tabel III. 96 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam	98 -
Tabel III. 97 Capaian Indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang	99 -
Tabel III. 98 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang	100 -
Tabel III. 99 Capaian Indikator Presentase Integrasi Pengelolaan BMN	100 -
Tabel III. 100 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Integrasi Pengelolaan BMN	101 -
Tabel III. 101 Capaian Indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	102 -
Tabel III. 102 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	102 -
Tabel III. 103 Capaian Indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	103 -
Tabel III. 104 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	104 -
Tabel III. 105 Capaian Indikator Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional	104 -
Tabel III. 106 Realisasi Anggaran Indikator Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional	105 -
Tabel III. 107 Capaian Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	105 -
Tabel III. 108 Rincian Pendapatan BLU tahun 2023	106 -
Tabel III. 109 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	107 -
Tabel III. 110 Capaian Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	107 -
Tabel III. 111 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	108 -
Tabel III. 112 Capaian Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU	108 -
Tabel III. 113 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU	109 -
Tabel III. 114 Capaian Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin	109 -
Tabel III. 115 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin	110 -
Tabel III. 116 Capaian IKT RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023	118 -
Tabel III. 117 Hasil Penilaian Tingkat Maturitas BLU RSPON Mahar Mardjono	125 -

Tabel III. 118 Rincian Bed Occupancy Rate (BOR %) per bulan	135 -
Tabel III. 119 10 Besar Penyakit Terbanyak Tahun 2023	139 -
Tabel III. 120 Posisi SIMAK BMN RS. PON Mahar Mardjono	140 -
Tabel III. 121 Laporan BMN Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomptabel Tahun 2023.....	140 -
Tabel III. 122 Laporan Posisi BMN di Neraca Per 31 Desember TA 2023.....	142 -
Tabel III. 123 Komposisi Penerimaan RSPON Mahar Mardjono Tahun 2022 & 2023	143 -
Tabel III. 124 Penerimaan RSPON Mahar Mardjono Berdasarkan Jenis Pendapatan	144 -
Tabel III. 125 Rincian Realisasi Anggaran Per 31 Desember 2023	145 -
Tabel III. 126 Rincian Perhitungan nilai SMART	149 -
Tabel III. 127 Perincian Efisiensi Berdasarkan SMART DJA Per 31 Desember 2023	151 -

DAFTAR GAMBAR

Gambar I. 1 Bagan Struktur Organisasi RSPON Mahar Mardjono	9 -
Gambar I. 2 Grafik Komposisi SDM berdasarkan jenis ketenagaan per 31 Desember 2023	9 -
Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023.....	18 -
Gambar II. 2 Kontrak Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023	22 -
Gambar III. 1 Grafik Capaian IKU 11 selama tahun 2023	39 -
Gambar III. 2 Capaian IKU 13 selama tahun 2023.....	43 -
Gambar III. 3 Capaian IKU 28 selama Tahun 2023.....	Error! Bookmark not defined.
Gambar III. 4 Kunjungan Pasien Brain Check Up tahun 2023	68 -
Gambar III. 5 Kunjungan Pasien Pain Intervention tahun 2023.....	69 -
Gambar III. 6 Kunjungan Rawat Jalan tahun 2022-2023.....	127 -
Gambar III. 7 Kunjungan Rawat Jalan berdasarkan status dan cara Bayar Pasien	128 -
Gambar III. 8 Kunjungan Rawat Jalan Subdivisi Poli Neurologi tahun 2023.....	129 -
Gambar III. 9 Kunjungan Rawat Jalan Subdivisi Poli Non Neurologi Tahun 2023	129 -
Gambar III. 10 Kunjungan Poliklinik Eksekutif tahun 2022 - 2023	130 -
Gambar III. 11 Kunjungan Layanan Brain Check Up.....	130 -
Gambar III. 12 Layanan Vaksinasi Tahun 2023	131 -
Gambar III. 13 Kunjungan layanan Neurodiagnostik dan Neurokognitif	131 -
Gambar III. 14 Kunjungan Layanan IGD tahun 2022-2023.....	132 -
Gambar III. 15 Kunjungan IGD berdasarkan Status Pasien dan Cara Bayar tahun 2023.....	132 -
Gambar III. 16 Tindakan trombolisis r-TPA dan Kunjungan False Emergensi di IGD tahun 2023	133 -
Gambar III. 17 Kunjungan Rawat Inap tahun 2022-2023	133 -
Gambar III. 18 Kunjungan Rawat Inap Berdasarkan Status Pasien dan Cara Bayar Tahun 2023	134 -
Gambar III. 19 Capaian BOR selama tahun 2022-2023	134 -
Gambar III. 20 Rincian BOR per Kelas Tahun 2023.....	135 -
Gambar III. 21 Jumlah Pasien Re-Admisi dan Angka Pembatalan Operasi Tahun 2023	136 -
Gambar III. 22 Pelayanan Cathlab Tahun 2023	136 -
Gambar III. 23 Pelayanan Bedah Sentral (Operasi) Tahun 2023	137 -
Gambar III. 24 Pelayanan Laboratorium dan Radiologi Tahun 2023	137 -
Gambar III. 25 Pelayanan Neurorestorasi Tahun 2023.....	138 -
Gambar III. 26 Pelayanan Farmasi Tahun 2023.....	139 -
Gambar III. 27 Penerimaan RSPON Mahar Mardjono Tahun 2019-2023	143 -
Gambar III. 28 Realisasi Anggaran Per 31 Desember 2019-2023.....	145 -
Gambar III. 29 Realisasi Anggaran RM & BLU tahun 2019-2023.....	145 -
Gambar III. 30 Nilai SMART RSPON Mahar Mardjono Per 31 Desember 2023.....	149 -

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono tahun 2023 ini merupakan sarana penyampaian pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI beserta seluruh pemangku kepentingan baik serta merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan pengukuran pencapaian kinerja dalam mewujudkan tujuan Rumah Sakit sebagaimana tercantum didalam RSB RSPON Mahar Mardjono tahun 2020-2024, yakni *“Mewujudkan pusat layanan, pendidikan dan penelitian di bidang otak dan persarafan yang terjangkau dan berstandar Internasional”*.

RSPON Mahar Mardjono telah menetapkan 10 sasaran strategis dan 61 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON 2020-2024 dan tertuang pada perjanjian kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2023. Hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian 61 IKU selama tahun 2023 tersebut diperoleh tingkat pencapaian sebesar 95,08% yang terdiri dari 58 indikator yang sudah tercapai dan 3 indikator yang belum tercapai.

Sedangkan hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian atas 13 Indikator Kinerja Tahunan (IKT) yang merupakan Kontrak Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI yang bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan selama tahun 2023 telah tercapai sebesar 92,31%, terdiri dari 12 indikator yang telah tercapai dan 1 (satu) Indikator yang belum tercapai.

Selain itu, hasil penilaian tingkat maturitas BLU untuk RSPON Mahar Mardjono oleh Dit PPK BLU Kementerian Keuangan yang dinilai pada tahun 2023 berdasarkan hasil kinerja tahun 2022 sebesar 3,59.

Alokasi anggaran RSPON Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA tahun 2023 revisi ke-18 tanggal 17 Januari 2024 sebesar Rp806.257.435.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp787.150.179.305,00 (97,63%). Pencapaian pendapatan RSPON Mahar Mardjono pada tahun 2023 sebesar Rp394.175.110.111,00 dari target sebesar Rp350.006.177.000,00 (112,62%).

Berdasarkan hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja ditahun 2022, RS Pusat Otak Nasional mendapatkan predikat A dengan nilai 85,95.

Adapun prestasi maupun penghargaan yang dimiliki RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono selama tahun 2023 terdiri atas:

1. Mendapatkan Sertifikasi Akreditasi Rumah Sakit dengan Tingkat Kelulusan “PARIPURNA” dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan nomor: KARS-SERT/687/XII/2022 yang ditandatangani pada tanggal 8 Mei 2023;
2. Mendapatkan Piagam Penghargaan “Persi Award 2023” sebagai pemenang 2 untuk kategori *Green Hospital* pada tanggal 21 Oktober 2023;
3. Mendapatkan *The 1st Winner of Central Sterilization Indonesia Hero Award 2023* dari PPSSI (Persatuan Praktisi Sentral Sterilisasi Indonesia);
4. Mendapatkan *WSO Angels Award* pada Q2 tahun 2023 dengan predikat *Diamond*;
5. Mendapatkan sertifikat Best Poster Award dalam Pertemuan Ilmiah Pekan Sterilisasi Internasional;
6. Mendapatkan penghargaan sebagai unit kerja pelayanan berpredikat menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI;
7. Mendapatkan penghargaan peringkat ke-3 Rumah Sakit Vertikal kategori RS Khusus dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik dari Menteri Kesehatan RI.
8. Mendapatkan penghargaan peringkat ke-2 Rumah Sakit Vertikal kategori RS Khusus dengan Tingkat Maturitas BLU terbaik dari Menteri Kesehatan RI;

Dukungan atas program, kerjasama dan promosi layanan Rumah sakit akan terus ditingkatkan untuk meningkatkan pelayanan dan pendapatan Rumah Sakit menjadi lebih baik.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari satuan kerja dilingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu Tahun 2023.

RSPON Mahar Mardjono merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) dilingkungan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dengan pelayanan utama dibidang otak dan persarafan.

Sebagai bentuk pertanggung jawaban atas perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu Tahun 2023 kepada para *stakeholder*, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja ini mengacu pada PERMENPAN RI Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja.

B. Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Akuntabilitas Kinerja RS. PON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2023 disusun sebagai bentuk pertanggung jawaban atas :

1. Memberikan informasi mengenai Pengukuran dan evaluasi keberhasilan dan atau kegagalan dalam pelaksanaan kinerja yang telah dan seharusnya dicapai kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan;

2. Sebagai tolak ukur atas pencapaian kinerja yang telah dicapai untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan (*sustainable and continuous improvement*).

C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi

Tugas Pokok

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964), RSPON Mahar Mardjono diklasifikasikan sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan. Adapun kekhususan pelayanan Kesehatan utama RSPON Mahar Mardjono dibidang otak dan persarafan.

Fungsi

Dalam melaksanakan tugas, RSPON Mahar Mardjono menyelenggarakan fungsi:

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan Kesehatan yakni dibidang otak dan persarafan;
- c. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. pengelolaan pelayanan keperawatan
- 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 melaksanakan fungsi tersebut, RSPON Mahar Mardjono yang telah menerapkan Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Struktur Organisasi

Sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat (RSKP) tipe II, RSPON Mahar Mardjono dipimpin oleh seorang Direktur Utama dengan susunan Organisasi sebagai berikut:

- A. Satuan Pengawas Internal
- B. Komite terdiri dari:
 - 1. Komite Medik;
 - 2. Komite Keperawatan;
 - 3. Komite Etik dan Hukum;
 - 4. Komite Etik Penelitian;
 - 5. Komite Pencegahan, Pengendalian Infeksi dan Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba;
 - 6. Komite Mutu Rumah Sakit;
 - 7. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- C. Direktorat Medik dan Keperawatan
 - 1. Tim Kerja terdiri dari:
 - a. Tim Kerja Pelayanan Medik;
 - b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan; dan
 - c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang.
 - 2. Instalasi terdiri dari:
 - a. Instalasi Rawat Inap;
 - b. Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Rawat Intensif;
 - e. Instalasi Neurorestorasi;

-
- f. Instalasi Bedah Sentral;
 - g. Instalasi Farmasi;
 - h. Instalasi Radiologi;
 - i. Instalasi Laboratorium dan Bank Darah;
 - j. Instalasi Gizi;
 - k. Instalasi Penjaminan Pasien;
3. Unit terdiri dari:
- a. Unit Admisi.
4. Kelompok Staf Medik
- a. Kelompok Staf Medik Neurologi Akut;
 - b. Kelompok Staf Medik Paroksismal dan Neurologi Diagnostik;
 - c. Kelompok Staf Medik Neurologi Behavior & Kualitas Hidup;
 - d. Kelompok Staf Medik Bedah;
 - e. Kelompok Staf Medik Mitra.
- D. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
1. Tim Kerja terdiri dari:
- a. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia;
 - b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan; dan
 - c. Tim Kerja Penelitian.
2. Instalasi terdiri dari:
- a. Instalasi Penelitian Klinis (Clinical Research Unit); dan
 - b. Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis.
- E. Direktorat Perencanaan dan Keuangan, terdiri dari:
1. Tim Kerja terdiri dari:
- a. Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program;
 - b. Tim Kerja Perencanaan Anggaran;
 - c. Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan; dan
 - d. Tim Kerja Akuntansi dan BMN;

F. Direktorat Layanan Operasional

1. Tim Kerja terdiri dari:

- a. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga; dan
- b. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

2. Instalasi terdiri dari:

- a. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
- b. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
- c. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
- d. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit;
- e. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
- f. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu; dan
- g. Instalasi Rekam Medik.

G. Unit Layanan Pengadaan (ULP)

Adapun susunan direksi pada struktur organisasi RSPON Mahar Mardjono adalah sebagai berikut:

Direktur Utama	: dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS
Direktur Layanan Operasional	: dr. Sardiana Salam, Sp.S, M.Kes
Direktur Medik & Keperawatan	: dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S
Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	: dr. Andi Basuki Prima Birawa, Sp S (K), MARS
Direktur Perencanaan & Keuangan	: Ignatius Susatyo Wijoyo, SE, M.M

Pengawasan terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi RS. PON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta dibentuk Dewan Pengawas. Susunan Dewan Pengawas sebagai berikut :

Ketua : Dr. Sundoyo, S.H., M.K.M., M. Hum

Anggota : 1. Liendha Andajani, S.E., M.Si

2. Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, S.K.M., Dr.PH

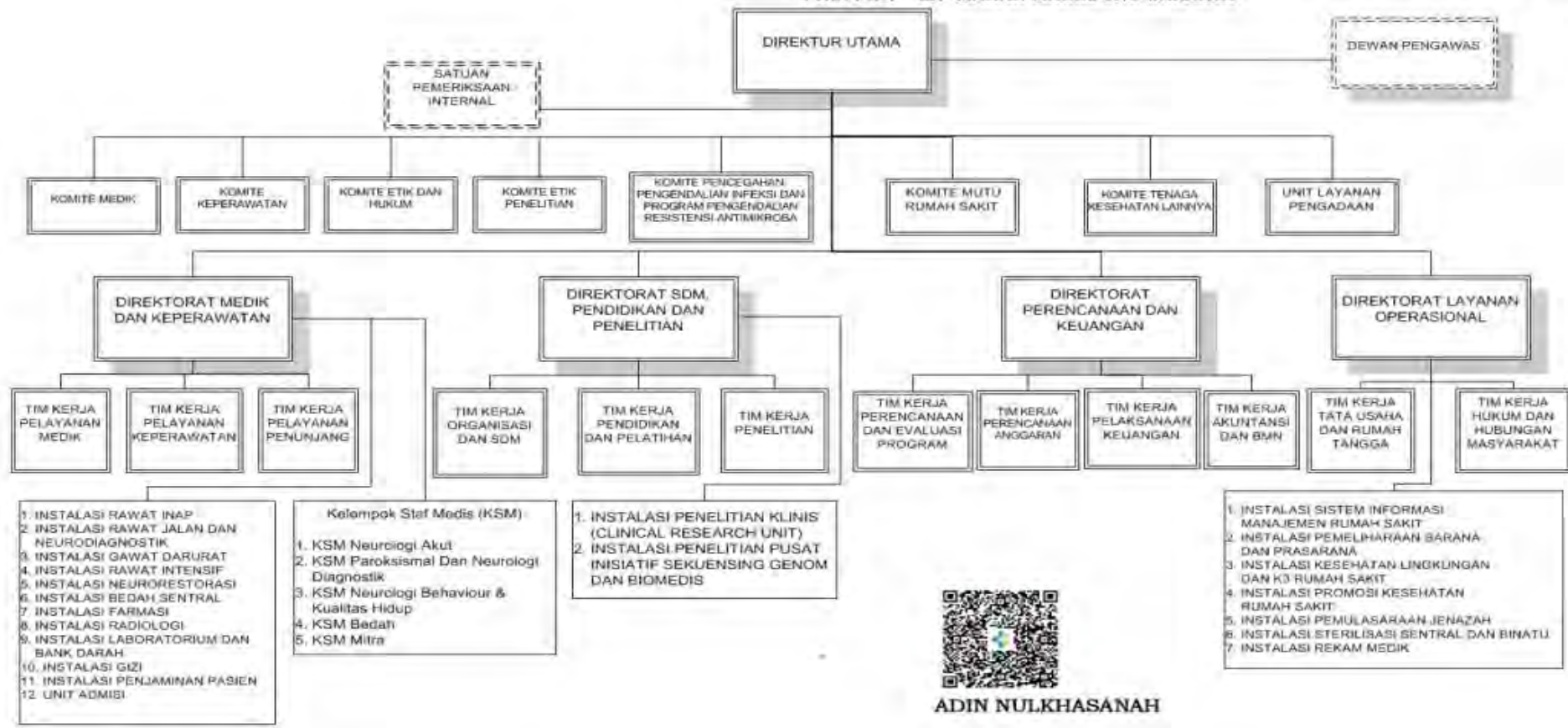
3. Robi Toni, S.E., M.M

4. Mochamad Agus Rofiudin, S.Kom., M.M

Gambaran struktur Organisasi struktur organisasi RSPON Mahar Mardjono

sebagaimana tertera dalam lampiran Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr.Dr. Mahar Mardjono Jakarta Nomor : Hk.02.03/XXXIX/6833/2023 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional PROF. Dr.dr.MAHAR MARDJONO JAKARTA

LAMPIRAN II
 KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
 RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
 PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA
 NOMOR : HK.02.03/XXXIX/6833/2023
 TENTANG
 STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
 PROF. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA



Gambar I. 1 Bagan Struktur Organisasi RSPON Mahar Mardjono

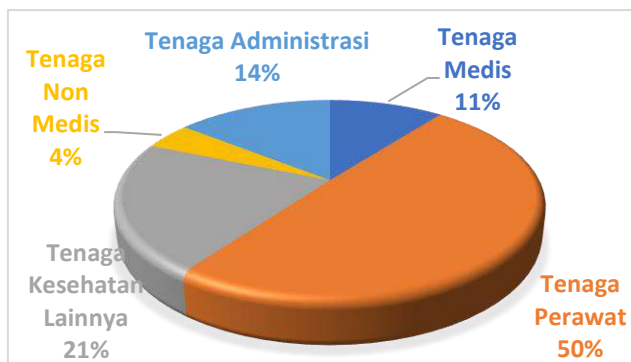
D. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM yang dimiliki RSPON Mahar Mardjono per 31 Desember 2023 sebesar 1070 Orang mengalami penurunan 5,7% dibandingkan per 31 Desember 2022 sebesar 1135 orang, yang terdiri dari Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan dengan berbagai disiplin Ilmu yang dimiliki untuk memberikan pelayanan sesuai dengan bidangnya.

Ketenagaan di RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono terdiri atas: Tenaga Medis, Tenaga Perawat, Tenaga Kesehatan lainnya, Tenaga Non Medis dan Tenaga Administrasi. Penambahan Sumber Daya Manusia di RSPON disesuaikan dengan kebutuhan atas pengembangan yang dilakukan oleh RSPON. Adapun rekapitulasi SDM RSPON Mahar Mardjono per 31 Desember 2023 sebagaimana tergambar berikut:

Tabel I. 1 Jumlah SDM Berdasarkan Ketenagaan per 31 Desember 2023

NO	TENAGA	PNS	PPPK	NON PNS TETAP	NON PNS KONTRAK	KONTRAK KERJASAMA	JUMLAH
1	Tenaga Medis	69	11	3	21	8	112
2	Tenaga Perawat	428	55	19	28	0	530
3	Tenaga Kesehatan Lainnya	141	17	10	59	1	228
4	Tenaga Non Medis	1	0	16	29	1	47
5	Tenaga Administrasi	68	1	30	48	6	153
TOTAL		707	84	78	185	16	1070



Gambar I. 2 Grafik Komposisi SDM berdasarkan jenis ketenagaan per 31 Desember 2023

Dari Tabel I.1 dan Gambar I.2 tersebut, nampak bahwa komposisi ketenagaan terbanyak adalah tenaga perawat sebesar 530 (50%) dan komposisi jenis ketenagaan paling sedikit adalah tenaga Non Medis 47 (4%)

Pada tahun 2023 RSPON Mahar Mardjono mempunyai 19 Kelompok Staf Medis (KSM) yang dikelompokkan berdasarkan spesialisasinya sebanyak 70 orang yang terinci sesuai tabel berikut:

Tabel I. 2 Data SDM berdasarkan Kelompok Staf Medis (KSM) tahun 2023

No.	Uraian	Jumlah
1	KSM Spesialis Saraf	32
2	KSM Spesialis Bedah Saraf	7
3	KSM Spesialis Anestasi	5
4	KSM Spesialis Patologi Klinik	2
5	KSM Spesialis Radiologi	3
6	KSM Spesialis Jantung & Pembuluh Darah	2
7	KSM Spesialis Bedah Plastik	2
8	KSM Spesialis Orthopedi dan Traumatologi	2
9	KSM Spesialis Paru	2
10	KSM Spesialis Anak	3
11	KSM Spesialis Penyakit Dalam	1
12	KSM Spesialis THT, Bedah Kepala & Leher	1
13	KSM Spesialis Bedah	2
14	KSM Spesialis Gigi	1
15	KSM Spesialis Mikrobiologi Klinik	1
16	KSM Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	1
17	KSM Spesialis Gizi Klinik	1
18	KSM Spesialis Okupasi	1
	Total	70

E. Peran Strategis RSPON

Rencana Strategis Bisnis RSPON Mahar Mardjono Tahun 2020-2024 Revisi 2 merupakan konsekuensi logis atas perubahan Renstra Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes No. 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Perubahan pada Renstra Kementerian Kesehatan 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, 3) Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, 4) Transformasi Pembiayaan Kesehatan, 5) Transformasi SDM Kesehatan, 6) Transformasi Teknologi Kesehatan. Dalam hal ini, pilar ke-2 (dua) Transformasi Layanan Rujukan, yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat, merupakan pilar utama yang diampu oleh RSPON Mahar Mardjono. Pilar 5 dan 6 merupakan penunjang untuk mencapai tujuan utama RSPON Mahar Mardjono yaitu Menjadi Pusat Layanan Kesehatan, Pendidikan dan Penelitian di Bidang Otak dan Saraf yang Terjangkau dan Berstandar Internasional. Dari ketiga pilar tersebut telah diturunkan menjadi 61 Indikator Kinerja Utama. Terdapat 2 tugas mandatori yang diturunkan oleh Kementerian Kesehatan khusus kepada RSPON Mahar Mardjono Jakarta yaitu sebagai *Hub Biomedical Genome-based Science Initiative* (BGS-i) untuk penyakit otak dan persarafan serta sebagai rumah sakit pengampu layanan *stroke*.

Dalam rangka mendukung mandat yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan dan mendukung pilar transformasi kesehatan serta menimbang kondisi *existing* RSPON Mahar Mardjono yang produktivitasnya mulai memasuki fase stagnan, RSPON Mahar Mardjono akan melakukan pengembangan dan transformasi menjadi Institut Neurosains Nasional untuk menuju Dekade Otak Indonesia yang ditujukan memenuhi ketersediaan kapasitas, aksesibilitas serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya kesehatan otak dan persarafan di Indonesia melalui pembangunan gedung, pengadaan peralatan Kesehatan dan pelatihan/pendidikan staf medis dan non medis. Pembebasan lahan dilakukan pada tahun 2022-2023. Konstruksi dilakukan secara *multiyears* tahun 2023-2024, dimana tahun 2023 dilakukan perencanaan, konstruksi awal, dan pembebasan lahan. Konstruksi di rencanakan akan rampung di tahun 2024.

Visi dan Misi RSPON Mahar Mardjono

Visi RSPON Mahar Mardjono mengikuti visi Kementerian Kesehatan RI yang juga selaras dengan Visi Nasional, Visi Kementerian Kesehatan yaitu **“Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”**. Dengan misi Kementerian Kesehatan, yakni: 1) Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja, 2) Perbaikan Gizi Masyarakat, 3) Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 4) Pembudayaan GERMAS, 5) Memperkuat Sistem Kesehatan.

Untuk mewujudkan visi tersebut RSPON Mahar Mardjono telah menetapkan misi, yaitu:

- 1) Mewujudkan pelayanan otak dan sistem persarafan yang bermutu tinggi dan terjangkau oleh semua lapisan Masyarakat;
- 2) Mewujudkan Pendidikan dan Penelitian yang mampu memberikan kontribusi pemecahan masalah otak dan sistem persarafan nasional maupun internasional.

F. Sistematika Penulisan

Ruang lingkup Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono tahun 2023 adalah sebagai berikut:

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menjelaskan tentang latar belakang penulisan laporan, maksud dan tujuan penulisan laporan, tugas pokok, fungsi dan struktur organisasi, Sumber Daya Manusia, peran strategis RSPON, dan sistematika penulisan pelaporan.

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

Dalam bab ini dipaparkan mengenai ringkasan/ ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2023.

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

Pada bab ini menguraikan pencapaian sasaran-sasaran kegiatan, dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja, serta analisis capaian kinerja yang objektif dideskripsikan mengenai keberhasilan dan kegagalan, permasalahan serta Usulan Pemecahan Masalah. Dalam bab ini juga disajikan mengenai kinerja pelayanan, Sumber Daya Sarana dan Prasarana, sumber daya Keuangan dan analisis efisiensi penggunaan sumber daya yang dimiliki oleh RSPON Mahar Mardjono di tahun 2023.

BAB IV. PENUTUP

Pada bagian ini berisi penjelasan singkat mengenai pembahasan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono tahun 2023 yang telah diuraikan pada bagian/bab sebelumnya.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kinerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan RSPON Mahar Mardjono tahun 2023 ditetapkan berdasarkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON Mahar Mardjono tahun 2020-2024 revisi 2.

Berdasarkan capaian hasil analisis SWOT dan dalam rangka melaksanakan program transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan, sebagaimana telah dituangkan didalam RSB RSPON Mahar Mardjono 2020-2024 revisi 2, ditetapkan 10 sasaran strategis dan 61 Indikator Kinerja Utama untuk mencapai visi, misi dan tujuan RSPON Mahar Mardjono, yaitu:

Tabel II. 1 Sasaran dan Indikator Kinerja Utama RSPON Mahar Mardjono

NO	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	
1.	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit
		2	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
		3	Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai
		4	Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi
		5	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung
		6	Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan
		7	Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien
		8	Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	9	Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan
		10	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit
		11	Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit
		12	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif
		13	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik
		14	Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap
		15	Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan
		16	Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
		17	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $< 4,5$ jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

NO	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	
		18	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari
		19	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
		20	Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator
		21	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol
		22	Persentase Kasus Sesuai Clinical Pathway
		23	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)
		24	Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit
		25	Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam
		26	Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit
		27	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1
		28	Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 6 Jam
		29	Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK
3.	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan	30	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit
		31	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP
		32	Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan
		33	Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan
		34	Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS
		35	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan
		36	Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional	37	Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan
		38	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan
5.	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	39	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan
6.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	40	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi
		41	Persentase SDM yang Tersertifikasi
		42	Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

NO	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	
		43	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT
7.	Budaya Kinerja yang Baik	44	Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001
		45	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian
8.	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti
		47	Opini Audit atas Laporan Keuangan
9.	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	48	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar
		49	Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT
		50	Persentase Integrasi Pengelolaan BMN
		51	Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit
		52	Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan
		53	Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien
		54	Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan
		55	Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam
10.	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	56	Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² /orang
		57	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
		58	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni
		59	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU
		60	Persentase Nilai EBITDA Margin
		61	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)

RSPON Mahar Mardjono juga merupakan Instansi pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor: 48/KMK.05/2021 tanggal 3 Februari 2021 tentang Penetapan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. Mahar Mardjono Jakarta pada Kementerian Kesehatan Sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Oleh karena itu, RSPON Mahar Mardjono juga menjalankan Rencana Kerja Tahunan untuk memenuhi kinerja yang diwajibkan sebagai Instansi BLU, diantaranya Indikator Kinerja Tahunan (IKT) dan Tingkat Maturitas Badan Layanan Umum (BLU) yang penilaiannya sesuai Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan Nomor Per- 11 /PB/2021 Tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola Dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum, dengan perincian sebagai berikut:

Tabel II. 2 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2023

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar (%)	Target (%)			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Ketersediaan Fasilitas Layanan	82,5%	N/A	77,5%	N/A	82,5%
2	Ketetapan Waktu Layanan	80%	56,7%	65%	75%	81,7%
3	Pendundaaan Waktu Operasi Elektif	3%	5%	4%	3%	3%
4	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%	N/A	N/A	N/A	100%*)
5	Peserta <i>Fellowship</i> / Pendidikan Kedokteran Berbasis Rumah Sakit	100%	N/A	N/A	N/A	100%**)
6	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	>76,61	N/A	80	N/A	88
7	Pasien Stroke Hiperakut (< 4,5 Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	80%	80%	85%	85%
8	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset < 4,5 Jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena	80%	80%	85%	85%	90%
9	Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari	80%	80%	80%	85%	85%
10	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%	75%	80%	85%	90%
11	Rasio PNBPN terhadap Beban Operasional (PB)	75%	75%	85%	90%	80%
12	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	100%	100%	100%
13	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Bdan Layanan Umum	10%	N/A	10%	N/A	10%

*) Target Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional adalah 16 Penelitian

**) Peserta *Fellowship*/Pendidikan Kedokteran Berbasis Rumah Sakit adalah 3 Orang

Tabel II. 3 Aspek dan Indikator Penilaian Tingkat Maturitas BLU

A. Penilaian Berbasis Hasil (Result Based)			B. Penilaian Berbasis Proses (Process Based)					
1 Aspek Keuangan			3 Aspek Kapabilitas Internal		5 Aspek Inovasi			
	1.1	Likuiditas		3.1	Sumber Daya Manusia		5.1	Keterlibatan Pengguna Jasa
	1.2	Efisiensi		3.2	Proses Bisnis		5.2	Proses Inovasi
	1.3	Efektifitas		3.3	Teknologi		5.3	Manajemen Pengetahuan
	1.4	Tingkat Kemandirian		3.4	Customer Focus		5.4	Manajemen Perubahan
2 Aspek Pelayanan			4 Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan		6 Aspek Lingkungan			
	2.1	Indeks Kepuasan Masyarakat		4.1	Perencanaan Strategis		6.1	Environment Footprint Manajement
	2.2	Efisiensi Waktu Pelayanan		4.2	Etika Bisnis		6.2	Penggunaan Sumber Daya
	2.3	Sistem Pengaduan Layanan		4.3	Stakeholder Relationship			
	2.4	Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan		4.4	Manajemen Risiko			
				4.5	Pengawasan dan Pengendalian			

B. Perjanjian Kinerja

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi hasil, maka dilakukanlah Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSPON dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan mewakili Menteri Kesehatan.

Direktur Utama selaku Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum (BLU) juga melakukan Kontrak Kinerja dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan untuk Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS

Jabatan : Plt. Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

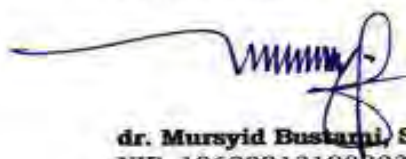
Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 30 Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama


dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP. 197106262000031002


dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
NIP. 196209131988031002

Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	95%
		Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	85%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	85%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	75%
		Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	85%
		Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	80%
		Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 6 Jam	80%
		Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	85%
3.	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	2 Layanan
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan	1 Layanan
		Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	1 Sistem
		Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan	1 Hubs
		Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	600 Sampel
		Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	75%
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	4 Institusi
		Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	112 RS
5.	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	25 Artikel
6.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	75%
		Persentase SDM yang Tersertifikasi	65%
		Jumlah Peserta <i>Fellowship</i> /Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	3 Peserta
		Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	90%

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Budaya Kinerja yang Baik	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%
		Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	50%
8.	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	92,5%
		Opini Audit atas Laporan Keuangan	WTP
9.	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	95%
		Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%
		Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	70%
		Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	30%
		Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam	100%
		Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² /orang	90%
		Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	80%
		Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	118 Modul
		Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	100%
10.	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	72%
		Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU	95%
		Persentase Nilai EBITDA Margin	15%

Program

1. Program Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis
2. Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan

Total

Anggaran

Rp 350.006.177.000,-

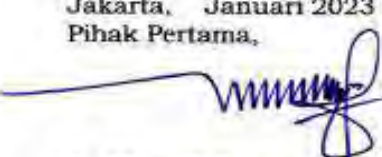
Rp 60.197.827.000,-

Rp 410.204.004.000,-

Pihak Kedua,


dr. Azhar Jaya, SKM., MARS
NIP. 197106262000031002

Jakarta, Januari 2023
Pihak Pertama,


dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
NIP. 196209131988031002

Berdasarkan Gambar II.2 diatas, jumlah alokasi anggaran untuk membiayai program sesuai dengan surat pengesahan DIPA Nomor : SP DIPA- 024.04.2.015514/2023 tanggal. 30 November 2022 sebesar Rp410.204.004.000,00, pada perjalanan waktu selama tahun 2023 mengalami revisi sebanyak 18 kali nomor: SP DIPA- 024.04.2.015514/2023 tanggal 17 Januari 2024 dengan total anggaran akhir sebesar Rp Rp806.257.435.000,00 yang terdiri dari: (1) Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp745.912.048.000,00; (2) Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 60.345.387.000,00.



**KONTRAK KINERJA
ANTARA
DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN RI
DENGAN
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
PROF. DR. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2023**



Nomor : PR/J-181/PB/2023

Pada hari ini, Selasa tanggal Tiga Puluh Satu bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh Tiga bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : Astera Primanto Bhakti
Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI
Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI
Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**
2. Nama : dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
Jabatan : Plt. Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA**

Bersepakat bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil, diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2023, dengan ketentuan;

PIHAK KEDUA menyatakan kesanggupan untuk mencapai target pada Indikator Kinerja Terpilih sebagai berikut:

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target Kinerja 2023			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Ketersediaan Fasilitas Layanan	82,5%	N/A	77,5%	N/A	82,5%
2.	Ketepatan Waktu Layanan	80%	56,7%	65%	75%	81,7%
3.	Penundaan Waktu Operasi Elektif	3%	5%	4%	3%	3%
4.	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%	N/A	N/A	N/A	100% ^(*)
5.	Peserta Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%	N/A	N/A	N/A	100% ^(**)
6.	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	N/A	80	N/A	88
7.	Pasien Stroke Hiperakut (< 4,5 jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	80%	80%	85%	85%
8.	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%	80%	85%	85%	90%
9.	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	80%	80%	80%	85%	85%
10.	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%	75%	80%	85%	90%
11.	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)	75%	75%	85%	90%	80%
12.	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	100%	100%	100%
13.	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Badan Layanan Umum	10%	N/A	10%	N/A	11%

^(*)Target Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional adalah 16 penelitian

^(**) Peserta Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit adalah 3 orang

^(*) Target Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional adalah 16 penelitian

^(**) Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit adalah 3 orang

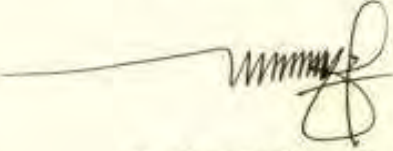
Gambar II. 2 Kontrak Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023

PIHAK KEDUA bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja tersebut.
Reviu dan evaluasi atas capaian kinerja dilaksanakan oleh PIHAK PERTAMA untuk selanjutnya
dipergunakan sebagai dasar pertimbangan pemberian remunerasi.

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

Jakarta, 31 Januari 2023
Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
Plt. Direktur Utama,


Astera Primanto Bhakti


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



BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja

Pengukuran kinerja dilakukan untuk tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSPON Mahar Mardjono selama Tahun 2023.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana capaian (target) pada setiap indikator kegiatan dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut dapat diperoleh informasi pencapaian indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang, agar setiap program/kegiatan yang direncanakan kedepan dapat lebih berhasil dan berdayaguna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSPON Mahar Mardjono, khususnya dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis. Manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi organisasi dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Indikator Kinerja Utama di Perjanjian Kinerja. Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSPON dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu satu tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan.

Untuk mencapai ditiap-tiap sasaran program/kegiatan, ada beberapa indikator kinerja yang digunakan, dimana masing-masing indikator dapat diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalahnya yang diuraikan sebagai berikut:

1. Indikator Kinerja Utama (IKU)

SASARAN PROGRAM 1 : Terwujudnya Kepuasan *Stakeholders*

IKU 1 : Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit

Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit adalah Pernyataan tentang Persepsi Pasien dan Keluarga terhadap unsur-unsur pelayanan publik serta fasilitas pendukung yang diberikan oleh Rumah Sakit. Pedoman pengolahan data yang dilakukan berdasarkan pada PermenPAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017 melalui Survey Kepuasan Masyarakat.

A. Pencapaian

Tabel III. 1 Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit

Indikator Kinerja	2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Permenpan No.14 th.2017
	Target	Realisasi		
Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	82	86,92	90	76,61
	Tingkat Pencapaian			
	106%		96,58%	113,46%

Pengukuran IKM dilakukan setiap bulannya oleh internal RSPON dan oleh pihak eksternal untuk bulan Desember 2023. Perhitungan Indeks Kepuasan Masyarakat pada tahun 2023 dengan capaian selama tahun 2023 sebesar 86,92, yang dikonversikan menurut PermenPAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017 memiliki mutu pelayanan B dengan kinerja unit pelayanan baik.

Pada tahun 2022 terdapat indikator Kepuasan Pasien pada Indikator Kinerja Terpilih (IKT) antara Direktur Utama RSPON Mahar Mardjono dengan Dijen Perbendaharaan Kementerian Keuangan. Acuan pengolahan data menggunakan PermenPAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017, sama seperti indikator Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit pada IKU tahun 2023, dengan target dan nama indikator yang berbeda.

Perhitungan indikator Kepuasan Pasien pada IKT ditahun 2022 dilakukan hanya 1 kali dalam 1 tahun oleh pihak ke-3 (tiga) dari CHAMPS UI dengan nilai capaian 92.10%, atau

mencapai mutu pelayanan A dengan kategori status kinerja “SANGAT BAIK”.

Pencapaian Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit merupakan Indikator Kinerja Utama yang baru ada ditahun 2023 dengan Tingkat pencapaian terhadap target 2023 sebesar 106%, jika dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 sesuai dengan RSB 2020-2024 revisi 2 sebesar 96,58%, serta jika dibandingkan dengan standar target sesuai dengan PermenPAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017 untuk minimal nilai interval konversi kategori baik sebesar 113,46%.

Unit Layanan yang dijadikan sampel untuk survey meliputi instalasi Rawat Jalan (Poli Eksekutif dan Poliklinik rawat jalan dilantai 2 & 4, instalasi rawat inap (Eksekutif & regular), Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium serta Instalasi Radiologi.

B. Kendala yang dihadapi

Pengumpulan data untuk kegiatan survey yang dilakukan oleh internal RSPON sudah dilakukan secara online menggunakan e-form melalui aplikasi dan diinfokan oleh admisi untuk pasien/keluarga pada saat pendaftaran untuk mengisi survey. Keluarga pasien tidak mau mengisi survey dikarenakan tidak memiliki email dan lupa nomer hp serta penjaga pasien pada umumnya lansia, sehingga dibebberapa ruangan ukuran sampel belum memenuhi standar populasi.

C. Upaya Tindak Lanjut

Untuk beberapa ruangan yang belum memenuhi syarat besaran sampel akan dilakukan koordinasi dengan unit kerja agar selalu mengingatkan dan mengarahkan agar penerima layanan (pasien/keluarga) melakukan pengisian kuisioner yang tercantum didalam aplikasi. Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil survey terkait kepuasan pasien, serta segera menindaklanjuti jika terdapat komplain dari pelanggan dengan cepat dan tanggap.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 2 Realisasi Anggaran Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	Rp1.262.641.000,00	1.262.554.865,00

IKU 2 : Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Indikator Kinerja Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan adalah :

1. Kepuasan Pasien hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh RSPON Mahar Mardjono
2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.
3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.
4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.
5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan

Pada Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan terdapat 12 Aspek Penunjang yang menentukan keberhasilan atas Capaian Tahun 2023, yaitu:

- 1) Persyaratan administrasi untuk mendapatkan pelayanan
- 2) Kemudahan mendapatkan pelayanan
- 3) Kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan
- 4) Kewajaran biaya dalam mendapatkan pelayanan
- 5) Kesesuaian informasi pelayanan yang diterima
- 6) Kemampuan / keterampilan petugas dalam memberikan pelayanan
- 7) Sikap petugas (sopan, ramah, tanggap, dll) dalam memberikan pelayanan
- 8) Mekanisme/prosedur penanganan pengaduan yang tersedia
- 9) Kualitas sarana toilet yang tersedia
- 10) Kualitas layanan parkir yang tersedia
- 11) Kualitas fasilitas ruang tunggu rawat jalan

12) Kualitas ruang terbuka hijau/taman rumah sakit

A. Pencapaian

Tabel III. 3 Capaian Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	87%	88,06%	88%	94,50%	88%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	101,22%		107,39%		107.38%

Pengukuran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan dilakukan setiap bulan oleh Pihak Internal RSPON dan Eksternal untuk Bulan Desember 2023. Perhitungan Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 dengan capaian selama tahun 2023 sebesar 94,50%. Jika dibandingkan dengan tingkat pencapaian tahun 2022 naik sebesar 6,17%, serta jika dikonversikan pada kriteria sesuai formula pada kamus IKU mendapatkan nilai sangat puas.

B. Kendala yang dihadapi

Pengumpulan data untuk kegiatan survey yang dilakukan oleh internal RSPON sudah dilakukan secara online menggunakan e-form melalui aplikasi dan diinfokan oleh admisi untuk pasien/keluarga pada saat pendaftaran untuk mengisi survey. Keluarga pasien tidak mau mengisi survey dikarenakan tidak memiliki email dan lupa nomer hp serta penjaga pasien pada umumnya lansia, sehingga dibeberapa ruangan ukuran sampel belum memenuhi standar populasi.

C. Upaya tindak lanjut

Untuk beberapa ruangan yang belum memenuhi syarat besaran sampel akan dilakukan koordinasi dengan unit kerja agar selalu mengingatkan dan mengarahkan agar penerima layanan (pasien/keluarga) melakukan pengisian kuisioner yang tercantum didalam aplikasi. Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil

survey terkait kepuasan pasien, serta segera menindaklanjuti jika terdapat komplain dari pelanggan dengan cepat dan tanggap.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 4 Realisasi anggaran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	Rp9.180.515.300,00	Rp9.176.953.726,00

IKU 3 : Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai adalah Indikator yang mengukur Tingkat kepuasan pegawai terhadap jenis pekerjaan mereka yang berkaitan dengan sifat dari tugas pekerjaannya, hasil kerja yang dicapai, bentuk pengawasan yang diperoleh maupun perasaan suka terhadap pekerjaan dan jabatan yang diemban saat ini.

A. Pencapaian

Tabel III. 5 Capaian Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	84%	84,36%	86%	86,53%	85%
	Tingkat Pencapaian				
	100,43%		101,62%		101,80%

Pengukuran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai dilakukan Per Semester selama Pencapaian tahun 2023 yang dilakukan oleh pihak internal RSPON kepada Pegawai RSPON. Perhitungan Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai tahun 2023 tercapai sebesar 86,53% jika dibandingkan dengan capaian tahun 2022 meningkat sebesar 2,17% dari 84,36% dan apabila secara tingkat pencapaian tahun 2023 sebesar 100,62% dan jika dibandingkan dengan Perbandingan Nasional 2023 sebesar 101,80%. Serta dikonversikan mendapatkan nilai dengan kategori Sangat Puas

B. Kendala yang dihadapi

Dari hasil Survey diperoleh adanya ketidakpuasan pegawai yang berpendapatan bahwa pendapatan yang diperoleh belum sesuai dengan beban Kerja yang dilaksanakan

C. Upaya tindak lanjut

Pada Kendala diatas terdapat beberapa Upaya Tindak Lanjut yang dilakukan selama Proses Pencapaian Tahun 2023 antara lain :

1. Melakukan Evaluasi terhadap keluhan/kekurangan melalui penggambaran berdasarkan besaran pendapatan golongan/unit.
2. Melakukan kajian analisa beban pegawai terhadap pendapatan yang diterima pegawai oleh unit terkait.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 6 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	Rp7.159.246.000,00	Rp7.098.997.356,00

IKU 4: Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi

Indikator Kinerja Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi adalah Tingkat penerimaan pegawai (staf medis) terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesejahteraan pegawai (remunerasi)

A. Pencapaian

Tabel III. 7 Capaian Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	70%	75%	75%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	107,14%		100%

Pengukuran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi yang dilakukan oleh pihak internal RSPON kepada Staf Medik. Perhitungan pada Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi pada Bulan Desember 2023 dengan hasil Pencapaian sebesar 75% dengan tingkat pencapaian sebesar 107,14%. Apabila dibandingkan dengan Perbandingan Nasional 2023 sebesar 100%. Dan jika

dikonversikan mendapatkan Nilai dengan Kategori Sangat Puas.

B. Kendala yang dihadapi

Pelaksanaan dilakukan sesuai rencana, tidak ada Kendala selama proses Pencapaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil survey

Pada Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi terdapat Target Responden yang menunjang Capaian Tahun 2023 seperti :

- 1) 68 Dokter sudah berpartisipasi dalam Pengisian Survei Kepuasan dengan Capaian 100%
- 2) Skor Pembobotan Pertanyaan dengan skor 1530
- 3) 6 Pertanyaan Survey
- 4) 68 Responden
- 5) Bobot tertinggi dengan Nilai 5

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 8 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	Rp88.338.415.999,00	Rp79.096.163.165,00

IKU 5: Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung

Indikator Kinerja Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung adalah Pernyataan tentang persepsi Pasien dan Keluarga terhadap unsur-unsur fasilitas pelayanan pendukung yang dimiliki oleh rumah sakit

A. Pencapaian

Tabel III. 9 Capaian Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
	85%	88%	80%

Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung	Tingkat Pencapaian	
	103,53%	110%

Pengukuran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien dan/atau Keluarga Pasien. Perhitungan Pada Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung pada Capaian Tahun 2023 sebesar 88% melebihi 3% dari Target Tahun 2023 sebesar 85. Apabila dihitung secara Tingkat Pencapaian sebesar 103,53% dan secara Perbandingan Nasional 2023 sebesar 110% . Serta di Konversikan mendapatkan Nilai dengan Kategori Sangat Puas

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala selama proses Pencapaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil survey

Pada Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung terdapat 4 Aspek Penunjang yang menentukan keberhasilan atas Capaian Tahun 2023. Di antara lainnya adalah :

- 1) Kualitas sarana toilet yang tersedia
- 2) Kualitas layanan parkir yang tersedia
- 3) Kualitas fasilitas ruang tunggu rawat jalan (area ruang tunggu pendaftaran lantai 1, lantai 5, lantai 2, neurodiagnostik lantai 4, neuropediatri lantai 4, fisioterapi lantai 4)
- 4) Kualitas ruang terbuka hijau/taman rumah sakit

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 10 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung	Rp80.370.515.000,00	Rp76.432.424.584,00

IKU 6 : Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan

Indikator Kinerja Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan adalah

Kepuasan peserta didik (Kedokteran dan Non Kedokteran) terhadap kualitas fasilitas dan prasarana, kecukupan jumlah dan variasi kasus, kecukupan pembimbing dan lama praktik dalam pendidikan.

A. Pencapaian

Tabel III. 11 Capaian Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	80%	92,83%	82%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	116,04%		113.21%

Pengukuran Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Peserta didik. Perhitungan Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan pada Capaian 2023 sebesar 92,83% melebihi 12,83% dari Target 2023 sebesar 80%. Apabila dihitung secara Tingkat Pencapaian sebesar 116,04% dan Secara Perbandingan dengan target jangka menengah sebagaimana tertuang didalam RSB 2020-2024 sebesar 113.2%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Kepuasan Stakeholders terhadap Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil survey

Pada Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan terdapat Nilai Rata – Rata KPD yang di atas 70% di setiap Bulannya yang menjadi faktor penunjang atas Capaian Tahun 2023.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 12 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
----------------------------------	------------------	------------------------

Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	Rp1.436.531.500,00	Rp1.346.555.632,00
--	--------------------	--------------------

IKU 7: Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien

Indikator Kinerja Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien adalah - Bentuk Ekspresi ketidakpuasan pelanggan terhadap pelayanan/jasa yang diberikan oleh suatu perusahaan dan disampaikan dari pelanggan secara lisan (tatap muka) atau melalui media baik tertulis maupun media sosial dan Keluhan ditujukan kepada keluhan pasien yang bisa diselesaikan dalam kurun waktu 24 jam atau saat itu juga dan melibatkan staf terkait/yang ada (perawat, petugas administrasi).

A. Pencapaian

Tabel III. 13 Capaian Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	30%	36,73%	50%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	122,43%		73,46%

Pengukuran Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien dan/atau Keluarga Pasien. Perhitungan Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien pada Capaian 2023 sebesar 36,73% melebihi 6,73% dari Target Tahun 2023 sebesar 30%. Apabila dihitung secara Tingkat Pencapaian sebesar 122,43% dan secara Perbandingan Nasional 2023 sebesar 116,04%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Kepuasan Stakeholders terhadap Penurunan Keluhan Pasien atau Keluarga Pasien telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Pada Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terdapat 4 Aspek Penunjang yang mendorong hasil Capaian Tahun 2023 diantara lain :

- 1) Sistem

- 2) Pelayanan
- 3) Manajemen
- 4) Perilaku SDM
- 5) Fasilitas

D. Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 14 Realisasi anggaran Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	Rp386.443.000,00	Rp384.940.800,00

IKU 8: Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam

Indikator Kinerja Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam adalah Pelaksanaan Pendampingan yang dilakukan segera saat komplain diterima dari Unit atau individu terkait dan Dinilai dari Kategori Jenis Komplain yang sudah ditentukan, dengan kategori sebagai berikut :

1. Merah harus diselesaikan dalam kurun waktu 7 x 24 jam (level Direksi)
2. Kuning harus diselesaikan dalam kurun waktu 3 x 24 jam (level pimpinan unit kerja)
3. Hijau harus diselesaikan dalam kurun waktu 1 x 24 jam (level unit kerja)

A. Pencapaian

Tabel III. 15 Capaian Indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam	80%	100%	100%
Tingkat Pencapaian			

125%

Pengukuran Indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON. Perhitungan Indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam pada Capaian 2023 sebesar 100% dengan Tingkat pencapaian 125% terhadap Target Tahun 2023 dan jika dibandingkan dengan target jangka menengah pada RSB 2020-2024 ditahun 2024 sebesar 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Kepuasan Stakeholders terhadap Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023.

C. Upaya tindak lanjut

Faktor keberhasilan capaian pada Indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam diukur melalui kecepatan dalam merespon Komplain dalam Kurun Waktu 1 X 24 Jam pada Level Unit Kerja.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 16 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam	Rp6.024.201.000,00	Rp6.021.576.873,00

SASARAN PROGRAM 2 : Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya

IKU 9 :Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan

Indikator Kinerja Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan adalah Hasil pelaksanaan audit medis layanan stroke pada RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta yang dilaporkan setiap 6 bulan.

A. Pencapaian

Tabel III. 17 Capaian Indikator Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan

Persarafan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	2 Laporan	2 Laporan	2 Laporan

Pengumpulan Laporan pada Indikator Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan dilakukan Per Semester oleh Pihak Internal RSPON yang dilaporkan ke Kementerian Kesehatan. Capaian Tahun 2023 sebanyak 2 Laporan tercapai 100% sesuai Target Tahun 2023 dan dibandingkan dengan target jangka menengah pada RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 tingkat pencapaiannya 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya terhadap Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023.

C. Upaya tindak lanjut

Sebagai Aspek Penunjang keberhasilan dalam mencapai Target Tahun 2023 Pada Indikator Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan adalah waktu Pelaporan sesuai tepat Waktu ke Kemenkes

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 18 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	Rp74.000.000,00	Rp66.896.112,00

IKU 10: Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Indikator Kinerja Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit adalah Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di rumah sakit lebih dari 48 jam

A. Pencapaian

Tabel III. 19 Capaian Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	1%	8,87%	2,50%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	887%		354,80%

Pengukuran Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON. Perhitungan Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit pada Capaian 2023 sebesar 8,87% dengan Tingkat pencapaian sebesar 887% dibandingkan target tahun 2023 dan 354,80% dibandingkan dengan target jangka menengah yakni pada RSB 2020-2024 untuk tahun 2024.

Formula perhitungan untuk indikator ini yaitu:

- Persentase Jumlah kematian dihitung dengan jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 periode dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup dan mati) dalam waktu 1 periode dikali 100%

$$\% \Sigma \text{kematian} = \frac{\Sigma \text{ kematian pasien yang dirawat lebih dari 48 jam}}{\Sigma \text{ pasien keluar rawat inap}} \times 100\%$$

- Persentase penurunan jumlah kematian tahunan didapatkan dari selisih persentase jumlah kematian tahun berjalan dikurangi persentase jumlah kematian tahun sebelumnya dibagi persentase jumlah kematian tahun sebelumnya dikali 100%

$$\frac{\% \Sigma \text{ kematian tahun 2022} - \% \Sigma \text{ kematian tahun berjalan}}{\% \Sigma \text{ kematian tahun 2022}}$$

Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Penurunan kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di rumah sakit lebih dari 48 jam telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Adapun kendala yang terjadi selama tahun 2023 pada saat proses pencapaian indikator ini di antaranya adalah :

- 1) Pada Bulan Februari dan Juli Terjadi peningkatan Pasien yang datang ke IGD *Late Onset* (>5 Jam) sehingga menyebabkan Risiko Mortalitas tinggi
- 2) Pada Bulan Maret terdapat Kendala seperti Belum Terlaksananya kegiatan

pembahasan Kasus sulit yang berisiko meningkatkan Mortalitas secara Rutin

C. Upaya tindak lanjut

Upaya Tindak Lanjut yang dilakukan dari Kendala yang dihadapi selama proses pencapaian target tahun 2023 adalah:

- 1) Meningkatkan kegiatan diskusi Ilmiah khususnya Presentasi Kasus sulit secara rutin yang dihadiri oleh Medik dan Non Medik. Untuk perbaikan dalam penanganan Pasien dengan Risiko Mortalitas tinggi.
- 2) Memastikan Kegiatan Presentasi Kasus sulit berjalan sesuai Jadwal dan dihadiri oleh semua PPA

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 20 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	Rp824.193.000,00	Rp753.719.117,00

IKU 11 : Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan ≤ 120 Menit

Indikator Kinerja Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit adalah Waktu Pelayanan pasien Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan penunjang dihitung dari saat pasien *Check in* di loket pendaftaran atau mesin APM di RS sampai dengan Pasien menerima Obat ≤ 120 Menit.

Formula untuk perhitungan indikator ini adalah:

Jumlah Pasien dengan waktu Layanan ≤ 120 Menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan Penunjang x 100%

$$\frac{\Sigma \text{pasien RJ tanpa penunjang dg pelayanan} \leq 120 \text{ menit}}{\Sigma \text{pasien RJ tanpa penunjang}} \times 100\%$$

- Inklusi: Pasien Rawat Jalan yang terdaftar pada jam kerja.
- Eksklusi:
 - 1) Pasien dengan tindakan;
 - 2) Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau lebih jenis resep racikan
 - 3) Resep dengan 1 atau lebih jenis resep racikan

4) Masalah Sistem Informasi yang harus dikoordinasikan dengan SIMRS Multiklinik

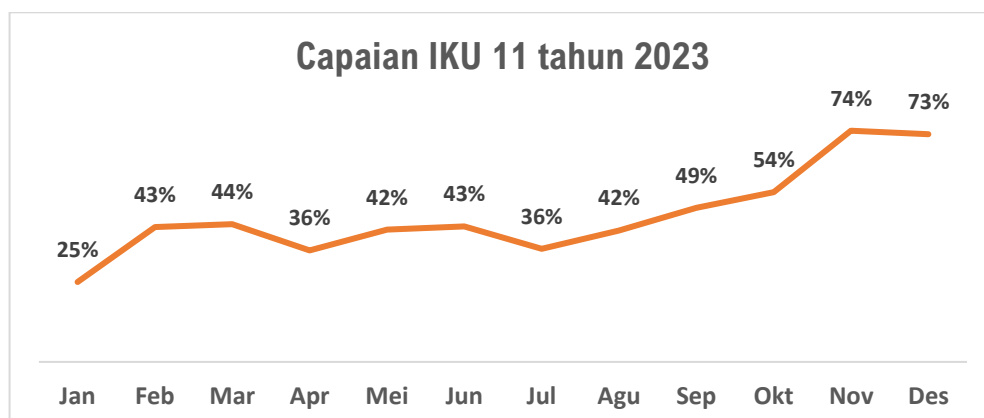
A. Pencapaian

Tabel III. 21 Capaian Indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Target Nasional KPI Inisiatif transformasi RSV
	TARGET	REALISASI		
Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit	80%	46,27%	80%	$\geq 80\%$
Tingkat Pencapaian				
57,84%				

Pengukuran Indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien Rawat Jalan tanpa Pemeriksa Penunjang. Perhitungan Indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit pada Capaian 2023 sebesar 46,27% dengan Tingkat pencapaian 57,84% belum mampu mencapai target Tahun 2023, atau target jangka menengah RSB 2020-2024 untuk tahun 2024, maupun target KPI transfeormasi RS Vertikal Kementerian Kesehatan.

Meskipun demikian perbaikan berkelanjutan terus dilakukan oleh RSPON Mahar Mardjono setiap bulannya dalam mencapai target tersebut, sebagaimana terlihat adanya kenaikan yang cukup signifikan pada grafik capaian indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit per bulannya selama tahun 2023:



Gambar III. 1 Grafik Capaian IKU 11 selama tahun 2023

B. Kendala yang dihadapi

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian target pada indikator ini adalah:

1. Tren semakin membaik namun masih ada beberapa data yang belum terekam untuk mengeksklusi Pasien yang tidak datang setelah 3x dipanggil di Asesmen.
2. Ketetapan Waktu Mulai Poliklinik belum tercapai Target.
3. Masih ada beberapa Dokter menghentikan sementara pemeriksaan Pasien Poliklinik untuk Visite Pasien Rawat Inap / tindakan.
4. Tren semakin membaik namun masih ada Penumpukan Resep masuk pada jam tertentu diakibatkan oleh ketidakpastian Jam Mulai Poliklinik.
5. Masih ada Pasien tidak langsung mengambil Obat di Farmasi Rawat Jalan setelah Pemeriksaan Dokter

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Upaya Tindak Lanjut selama pencapaian target indikator ini sebagai berikut :

1. Penambahan Panel Panggil pada sistem Single ID (Proses Panggil Pelayanan Asesmen Perawat).
2. Monitoring Ketetapan Waktu Dokter mulai Poliklinik oleh Tim Kerja Pelayanan Medik.
3. Akan terus Berkoordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk menghindari penghentian Pemeriksaan Pasien Poliklinik saat ada Visite Pasien Rawat Inap atau tindakan yang mendesak.
4. Penambahan Panel Panggil pada Sistem Single ID (Proses Panggil Pelayanan Farmasi).
5. Koordinasi dengan Perawat / Petugas Farmasi ke Pasien terkait Waktu Pengambilan Obat.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 22 Realisasi anggaran indikator Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit	Rp237.333.000,00	Rp220.070.837,00

IKU 12: Presentase Penundaan Waktu Operasi Elektif

Indikator Kinerja Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif adalah Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H.

1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan
2. Penundaan operasi elektif adalah Tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan

Formula perhitungan untuk indikator ini adalah:

$$\frac{\sum \text{Jumlah pasien operasi elektif yang dibatalkan}}{\sum \text{Jumlah seluruh pasien yang dijadwalkan tindakan operasi elektif}} \times 100\%$$

Inklusi: Seluruh pasien yang terjadwal operasi elektif

Eksklusi:

- 1) Pembatalan akibat *Force Major* seperti kecelakaan, bencana alam
- 2) Pembatalan akibat penolakan tindakan oleh pasien atau keluarga
- 3) Perubahan kondisi klinis pasien/perburukan kondisi klinis pasien

A. Pencapaian

Tabel III. 23 Capaian Indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Target Nasional KPI Inisiatif transformasi RSV
	TARGET	REALISASI		
Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤4%	2,30%	≤ 3%	≤ 3%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian	
	57,50%		76,67%	

Pengukuran Indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien yang terjadwal Operasi Elektif. Perhitungan Indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif pada Capaian 2023 sebesar 2,30% telah mencapai target tahun 2023 dengan Tingkat capaian 57,50% dan mencapai target jangka menengah dalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 serta target KPI inisiatif transformasi RSV tahun 2023 dengan Tingkat capaian 76,67%. Hal ini menggambarkan

Terselenggaranya pelayanan perioperatif yang terstruktur, efektif dan efisien dan Perencanaan strategis pengembangan layanan bedah rumah sakit yang sesuai kebutuhan dan bermutu terhadap Pembatalan kasus operasi elektif yang sudah terjadwal, namun batal dilakukan operasi pada hari H sudah berjalan Optimal

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat pencapaian target Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Faktor keberhasilan dalam pencapaian indikator ini yang dapat terus dilakukan secara berkelanjutan yakni dengan adanya koordinasi yang baik antar unit terkait dalam hal perencanaan jadwal operasi dan persiapan instrument-instrumen yang dibutuhkan dalam operasi sehingga dapat meningkatkan hasil capaian indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 24 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	Rp48.765.170.000,00	Rp46.096.251.716,00

IKU 13 : Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik

Indikator Kinerja Presentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik adalah Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik sesuai jadwal (toleransi keterlambatan 10 menit)

Formula untuk perhitungan indikator ini, yaitu:

$$\frac{\Sigma \text{dokter praktek tepat waktu}}{\Sigma \text{dokter yang praktek}} \times 100\%$$

A. Pencapaian

Tabel III. 25 Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Target Nasional IKT 2023
	TARGET	REALISASI		
	80%	53,70%	80%	80%

Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	Tingkat Pencapaian	Tingkat Pencapaian
	67,13%	67,13%

Pengukuran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Dokter Poliklinik. Pehitungan Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik pada Capaian 2023 sebesar 53,70% belum mencapai Target Tahun 2023 maupun target nasional pada IKT tahun 2023 dengan Tingkat pencapaian sebesar 67,13%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya belum Optimal terhadap Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik.

Meskipun demikian, capaian tiap bulan pada indikator mengalami perbaikan setiap bulannya sebagaimana terlihat pada gambar berikut:



Gambar III. 2 Capaian IKU 13 selama tahun 2023

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Capaian Tahun 2023 di antaranya adalah :

- 1) Adanya penjadwalan dokter yang harus Visite Pasien Rawat Inap sebelum Jam 10.00 sehingga tidak bisa mulai Pelayanan tepat Waktu
- 2) Ada tindakan CITO di Jam Pelayanan atau dokter jaga Onsite IGD

C. Upaya tindak lanjut

Upaya Tindak Lanjut dalam proses pencapaian target Tahun 2023 dari Kendala yang telah dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Berkoordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk mengatur Jadwal Poliklinik

dengan Jadwal Visite Pasien Rawat Inap.

2) Menetapkan jadwal dokter bertugas IGD pagi

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 26 Realisasi anggaran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	Rp6.013.579.531,00	Rp5.700.624.372,00

IKU 14: Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap

Indikator Kinerja Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap adalah Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja, Visite dilakukan oleh DPJP, Waktu yang ditetapkan untuk Visite adalah pukul 06.00-12.00

Formula perhitungan untuk indikator ini yaitu:

$$\frac{\Sigma \text{pasien yang divisite pukul 6.00 – 12.00}}{\Sigma \text{pasien rawat inap}} \times 100\%$$

Inklusi:

Visite dokter pada pasien Rawat Inap

Eksklusi:

Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu

Pasien konsultasi

A. Pencapaian

Tabel III. 27 Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Nasional IKT 2023
	TARGET	REALISASI		
Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	80%	81,28,%	85%	80%
	Tingkat Pencapaian			
	101,60%		95.62%	108,29%

Pengukuran Indikator Kinerja Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Dokter yang melakukan Visite di Rawat Inap. Perhitungan Indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap pada Capaian

2023 sebesar 86,63% dengan Tingkat pencapaian 101,60% dari target tahun 2023 dan dari standar nasional yang terdapat pada IKT tahun 2023, sedangkan untuk target jangka menengah yang tertera didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2023 tingkat pencapaian sebesar 95.62%. melebihi 5,98% dari Target Tahun 2023. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat proses pencapaian target Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Aspek pendukung keberhasilan pencapaian indikator ini adalah dengan menjadikan indikator ini sebagai bagian dari penilaian kinerja dokter dalam perhitungan remunerasi.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 28 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	Rp24.078.630.219,00	Rp23.413.278.672,00

IKU 15: Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan

Panduan Praktik Klinis (PPK) merupakan panduan prosedur standar dalam pelayanan dan perawatan kepada pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang dokter untuk melaksanakan kegiatan kesehatan secara optimal, profesional, dan dapat dipertanggungjawabkan dan Proses pengembangan PPK neurologi berdasarkan *high cost*, *high volume*, *high risk* setiap periode sebagai panduan dalam proses pelayanan sesuai dengan misi rumah sakit

A. Pencapaian

Tabel III. 29 Capaian Indikator Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
	14 PPK	18 PPK	20 PPK	20 PPK	21 PPK

Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	Tingkat Pencapaian	Tingkat Pencapaian	Tingkat Pencapaian
	128,57%	100%	95,24%

Pengumpulan PPK pada Indikator Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON. Pengumpulan PPK Pada Tahun 2023 sebesar 20 PPK Tercapai sesuai Target dengan Tingkat Pencapaian 100%, dengan penurunan Tingkat pencapaian ditahun 2022 yang sebesar 128,57%, serta Tingkat pencapaian berdasarkan target jangka menengah yang tertera didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 sebesar 95,24%. Pada dasarnya tidak ada standar jumlah ppk yang diimplementasikan didalam satu rumah sakit, hal tersebut menyesuaikan dengan kondisi atau situasi dari tiap-tiap rumah sakit. Hal ini menggambarkan Hal ini menggambarkan Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya terhadap Jumlah PPK yang Diimplementasikan telah Tercapai.

B. Kendala yang dihadapi

Selama pencapaian target tahun 2023 belum ada kendala yang cukup berarti dalam pencapaiannya

C. Upaya tindak lanjut

Sebagai Aspek Penunjang keberhasilan dalam mencapai Target Tahun 2023 Pada Indikator Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan adalah Ketepatan Pengumpulan Pelaporan PPK yang sudah tersusun (Akumulasi)

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 30 Realisasi anggaran Indikator Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	Rp100.000.000,00	Rp96.480.142,00

IKU 16: Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CTScan Kepala NonKontras ≤ 30 Menit

Indikator Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CTScan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit adalah Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat

Formula perhitungan untuk pencapaian indikator ini adalah sebagai berikut:

$$\frac{\Sigma \text{pasien stroke yang dilakukan CT NK} \leq 30 \text{ menit}}{\Sigma \text{pasien stroke iskemik akut}} \times 100\%$$

Kriteria Inklusi:

Pasien stroke Iskemik Akut yang masuk RS melalui IGD

Kriteria Eksklusi:

Pasien datang dengan kejang, Pasien yang sudah dilakukan CT Scan di luar RS, pasien dengan gangguan *airway, breathing, circulation*

A. Pencapaian

Tabel III. 31 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	94,36%	85%	$\geq 80\%$
	Tingkat Pencapaian			
	117,95%		111,01%	117,95%

Pengukuran Indikator Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CTScan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien Stroke Iskemik Akut yang masuk RS melalui IGD. Pengukuran Indikator Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit pada Capaian Tahun 2023 sebesar 94,36% dengan Tingkat pencapaian 117,95% dibandingkan target tahun 2023 dan standar klinis KPI inisiatif yang ditetapkan Kemenkes serta Tingkat pencapaiannya 111,01% jika hasil capaian dibandingkan dengan target jangka menengah yang terdapat di RSB 2020-2024 untuk tahun

2024. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ditemukan kendala yang dapat menghambat proses pencapaian target selama tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Melakukan monitoring dan evaluasi secara berjaka untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian yang telah diperoleh.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 32 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	Rp301.751.800,00	Rp280.410.856,00

IKU 17 : Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

Indikator Kinerja Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena adalah Pasien stroke adalah pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat

Formula untuk menghitung capaian indikator ini adalah sebagai berikut:

$$\frac{\Sigma \text{pasien stroke iskemik dg onset} < 4,5 \text{ jam}}{\Sigma \text{pasien stroke iskemik dg indikasi trombolisis \& onset} < 4,5 \text{ jam}} \times 100\%$$

Kriteria inklusi dan eksklusi mengacu pada PNPK Tata Laksana Stroke Nomor HK.01.07/MENKES/394/2019

A. Pencapaian.

Tabel III. 33 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%	100%	85%	80%
	Tingkat Pencapaian			
	125%		117,65%	125%

Pengukuran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien Stroke Iskemik. Perhitungan Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena pada Capaian 2023 sebesar 100% melebihi dari Target Tahun 2023 dan Standar klinis KPI Inisiatif Kemenkes tahun 2023, sengan Tingkat pencapaian 125%, sedangkan jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang tertuang didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 sebesar 117,65%.. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan terhadap indikator ini. Faktor yang menunjang keberhasilan pencapaian indikator tersebut adalah kepatuhan dan konsistensi para dokter dan tenaga medis lainnya dalam mematuhi PNPk Tata Laksana Stroke Nomor HK.01.07/MENKES/394/2019

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 34 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	Rp4.007.643.600,00	Rp3.777.768.334,00

IKU 18 : Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari

Indikator Kinerja Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap dan LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik.

Formula dalam penghitungan pencapaiannya adalah:

$$\frac{\sum \text{pasien stroke iskemik dg LOS} < 7 \text{ hari}}{\sum \text{pasien stroke iskemik}} \times 100\%$$

Kriteria Inklusi:

Pasien stroke iskemik yang dirawat inap

Kriteria Eksklusi:

Pasien stroke iskemik yang meninggal, pulang atas permintaan sendiri, pulang rujuk, pasien dengan komplikasi, pasien dengan komorbid berat

A. Pencapaian

Tabel III. 35 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari	80%	100%	85%	80%
	Tingkat Pencapaian			
	125%		117,65%	125%

Pengukuran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien Stroke Iskemik LOS yang dirawat Inap. Perhitungan Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 pada Capaian 2023 sebesar 100% melebihi Target 2023 dan standar klinis KPI Inisiatif Kemenkes dengan Tingkat pencapaian 125%, sedangkan jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang tertera di RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 tingkat capaiannya sebesar 117,65%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap dan jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik (LOS) telah melampaui

Target.

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh. Kepatuhan atas tata laksana perawatan pasien stroke iskemik menjadi salah satu factor penunjang dalam pencapaian indikator tersebut.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 36 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) <7 Hari	Rp4.733.677.100,00	Rp4.693.902.972,00

IKU 19: Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Indikator Kinerja Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup adalah Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil
 Formula untuk perhitungan indikator adalah:

$$\frac{\Sigma \text{pasien stroke iskemik pulang dengan status hidup}}{\Sigma \text{pasien stroke iskemik}} \times 100\%$$

Kriteria Inklusi:

Pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup

Kriteria Eksklusi:

Pasien Stroke Iskemik yang Pulang Atas Permintaan Sendiri, Pulang Rujuk, Pasien dengan Komorbid Berat, Pasien dengan Komplikasi, Pasien meninggal yang disebabkan bukan karena stroke

A. Pencapaian

Tabel III. 37 Capaian Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		
-------------------------	------------	--	--

	TARGET	REALISASI	Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup	90%	99,71%	90%	90%
	Tingkat Pencapaian			
	110,79%		110,79%	110,79%

Pengukuran Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien Stroke Iskemik yang pulang dalam Kondisi Hidup. Perhitungan Indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup pada Capaian 2023 sebesar 99.71% dengan Tingkat pencapaian dibandingkan dengan target tahun 2023, target jangka menengah didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 dan dibandingkan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes sebesar 110,79%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh. Kepatuhan atas tata laksana perawatan pasien stroke iskemik menjadi salah satu factor penunjang dalam pencapaian indikator tersebut

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 38 Realisasi anggaran Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pasien Stroke Iskemik pulang dalam Kondisi Hidup	Rp4.733.677.100,00	Rp4.693.902.972,00

IKU 20 : Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator

Indikator Kinerja Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator adalah Jumlah pelaporan 13 Indikator Nasional Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan

A. Pencapaian

Tabel III. 39 Capaian Indikator Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Pengukuran Indikator Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator dilakukan Setiap Bulan Rutin yang dilaporkan langsung ke Website Kemenkes oleh Komite PMKP RSPON. Pengumpulan Laporan pada Capaian Tahun 2023 sebanyak tercapai sesuai Target Tahun 2023 maupun target jangka menengah sebagaimana tertera didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 dengan Tingkat pencapaian 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Ketepatan waktu dalam pembuatan laporan 13 Indikator Mutu Nasional (INM) secara rutin dan tepat waktu ke website Kemenkes menjadi factor keberhasilan pencapaian indikator ini, yang dapat dijadikan Upaya tindak lanjut dalam mempertahankan hasil capaian.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 40 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator

Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator	36.068.792.400	33.999.915.005

IKU 21: Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Indikator Kinerja Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol adalah Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel *Never event* nihil

A. Pencapaian

Tabel III. 41 Capaian Indikator Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Pengukuran Indikator Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol dengan Hasil mencapai Target masing-masing Indikator dilakukan Setiap Bulan Rutin yang dilaporkan langsung ke Website Kemenkes oleh Komite PMKP RSPON. Pengumpulan Laporan pada Capaian Tahun 2023 sebanyak 12 laporan Tercapai sesuai Target Tahun 2023 dan target jangka menengah sebagaimana yang terdapat didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 dengan Tingkat capaian 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Ketepatan waktu dalam pembuatan laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol secara rutin dan tepat waktu ke website Kemenkes menjadi factor keberhasilan pencapaian indikator ini, yang dapat dijadikan Upaya tindak lanjut dalam mempertahankan hasil capaian.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 42 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	Rp13.690.946.000,00	Rp12.915.217.680,00

IKU 22: Persentase Kasus Sesuai Clinical Pathway

Indikator Kinerja Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway adalah Proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP yang sesuai dengan CP yang ditetapkan rumah sakit. Dinyatakan patuh jika tidak terdapat varian dalam pelayanan yang diberikan dengan CP yang diberikan rumah sakit meliputi pemberian terapi, pemeriksaan penunjang dan lama hari rawat. Kriteria eksklusi jika disertai dengan penyulit, pulang atas permintaan sendiri, rujuk dan meninggal. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway adalah kepatuhan staf medis/DPJP dalam menggunakan Clinical Pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Rumah sakit telah menetapkan paling sedikit 5 Clinical Pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan *high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh*.

Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 Clinical Pathway tersebut adalah :

- 1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksana asuhan klinis (Indikator Proses) dan terhadap lama hari perawatan/ LOS (Indikator Output)
- 2) Dokumen *Clinical Pathway* Diintegrasikan pada berkas rekam medis elektronik rumah sakit (EHR)

3) Kepatuhan diukur dengan ketepatan LOS sesuai CP pada kasus tanpa varian tambahan

A. Pencapaian

Tabel III. 43 Capaian Indikator Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	90%	99,91%	95%	97,22%	100%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	111,01%		102,34%		97,22%

Pengukuran Indikator Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway dilakukan setiap Bulan oleh Komite medik RSPON pada Kasus yang sesuai dengan Clinical Pathway. Hasil Pengukuran Pada Capaian 2023 sebesar 97,22% dengan Tingkat pencapaian sebesar 102,34% dari target tahun 2023, mengalami penurunan dari tahun 2022 dengan Tingkat pencapaian 111,01% dan target jangka menengah sesuai RSB 2020-2024 untuk target tahun 2023 dengan tingkat pencapaian sebesar 97,22%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya terhadap Kasus Sesuai Clinical Pathway (CP) telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh. Kepatuhan atas tata laksana pemberian pelayanan Kesehatan sesuai CP menjadi salah satu factor penunjang dalam pencapaian indikator tersebut

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 44 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	Rp5.193.186.000,00	Rp4.821.156.619,00

IKU 23 :Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Indikator Kinerja Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah

Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam

Formula untuk menghitung capaian indikator ini adalah Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti

A. Pencapaian

Tabel III. 45 Capaian Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	70%	83%	85%	96,16%	100%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian		
	118,57%		113,13%		96,16%

Pengukuran Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dilakukan setiap Bulan oleh instalasi IGD RSPON terhadap Kasus Rujukan melalui Sistrute yang memiliki Respon Time kurang dari 1 Jam. Perhitungan Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) pada Capaian 2023 sebesar 96,16% dengan Tingkat pencapaian 113,13% berdasarkan Target Tahun 2023, mengalami penurunan Tingkat pencapaian dibandingkan tahun 2022 yang memiliki Tingkat pencapaian sebesar 118,57% serta dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana yang terdapat di RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 yang memiliki Tingkat pencapaian sebesar 96,16%. Dari hasil capaian tahun 2023 menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Gangguan system dapat menjadi kendala dalam menghambat proses pencapaian target 2023

C. Upaya tindak lanjut

Dalam mengatasi hambatan yang terjadi selama tahun 2023 yang dapat menjadi factor keberhasilan pencapaian target yakni dengan menempatkan petugas khusus yang memegang aplikasi SISRUTE secara bergantian dan terjadwal, sehingga jika terdapat gangguan system dapat segera berkoordinasi dengan SIMRS ataupun pihak terkait lainnya untuk mengatasi permasalahan tersebut.

D. Anggaran dan Realsiasi

Tabel III. 46 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	Rp195.000.000,00	Rp187.289.961,00

IKU 24 : Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit

Indikator Kinerja Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit adalah Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium hematologi rutin (8 Parameter: Trombosit, Eritrosit, Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, MCH, MCHC, MCV) mulai dari pasien terdaftar diloket laboratorium sampai dengan keluarnya hasil ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 menit .

Formula untuk perhitungannya adalah:

$$\frac{\sum \text{Jumlah Pasien Rawat Jalan yang mendapatkan Pelayanan Pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter) } \leq 60 \text{ menit}}{\sum \text{Jumlah Seluruh Pasien Rawat Jalan yang mendapatkan Pelayanan pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)}} \times 100\%$$

Inklusi:

- 1) Pasien yang dilakukan pemeriksaan Hematologi Rutin (8 Parameter)

Eksklusi:

- 1) Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas Laboratorium;
- 2) Sampel yang tidak layak Periksa (Beku/Lisis dan *Volume Underfilled/Overfilled*)

A. Pencapaian

Tabel III. 47 Capaian Indikator Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inistif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	80%	97,87%	85%	80%
	Tingkat Pencapaian			
	122,34%		115,14%	122,34%

Hasil capaian Indikator Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium

≤ 60 Menit sebesar 97,87% dengan Tingkat pencapaian dibandingkan target tahun 2023 dan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes dengan target 80%, sedangkan jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang terdapat di RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 tingkat pencapaiannya sebesar 115,14%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan Pelayanan pasien dengan waktu pemeriksaan laboratorium hematologi rutin rawat jalan ≤ 60 Menit telah melampaui Target

B . Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh. Kepatuhan atas tata laksana pemberian pelayanan pemeriksaan laboratorium menjadi salah satu factor penunjang dalam pencapaian indikator tersebut

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 48 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	Rp2.046.901.000,00	Rp2.040.979.330,00

IKU 25 : Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam

Indikator Kinerja Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam adalah Waktu yang diperlukan untuk 1 Jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras mulai dari pasien terdaftar di pendaftaran radiologi sampai dengan keluar hasil Ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 Menit

Formula perhitungan untuk pencapaian target adalah:

$$\frac{\Sigma \text{Jumlah Pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan radiologi konvensional non kontras} \leq 60 \text{ Menit.}}{\Sigma \text{Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan 1 Jenis Pemeriksaan Radiologi Konvensional Non Kontras}} \times 100\%$$

- **Inklusi:** Pasien yang mendapatkan pelayanan 1 jenis pemeriksaan Radiologi Konvensional NonKontras
- **Eksklusi:**
- Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas Radiologi;
- Pemeriksaan yang memerlukan konfirmasi ulang Klinis/DPJP; Kerusakan alat dan sistem.

A. Pencapaian

Tabel III. 49 Capaian Indikator Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	75%	78,72%	80%	80%
	Tingkat Pencapaian			
	104,96%		98,40%	98,40%

Pengukuran Indikator Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam dilakukan Setiap Bulan oleh instalasi radiologi RSPON terhadap Pasien yang terdaftar di Pendaftaran Radiologi sampai dengan Keluar hasil Ekspertise yang sudah divalidasi ≤ 60 Menit. Capaian indikator tahun 2023 sebesar 78,71% dari target 75%, sehingga Tingkat pencapaian pada tahun 104,96%, jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang terdapat didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 dan target dalam standar klinis KPI Inisiatif Kemenkes Tingkat pencapaiannya sebesar 98,40%. Dengan tercapainya target tahun 2023 menggambarkan Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan terhadap Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

- 1) Pada Bulan Januari dan Februari terjadi kendala dalam pengiriman gambar pada saat jam pelayanan yang bersamaan.
- 2) Mendahulukan Pasien CITO Tindakan Radiologi sehingga pasien Rawat Rajal setelah Pasien Cito atau Emergensi sehingga menambah waktu pemeriksaan radiologi

C. Upaya tindak lanjut

Adapun beberapa Upaya Tindak Lanjut dari Kendala diatas seperti :

- 1) Koordinasi semua Staf untuk melihat pada *Synaps*, untuk memastikan Gambar Radiologi sudah terkirim ke dokter Radiologi
- 2) Edukasi kepada semua Staf Radiologi dari Administrasi, Radiografer dan dokter Radiologi saling mengingatkan untuk segera melakukan pemeriksaan dan pembacaan hasil Radiologi.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 50 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	Rp1.227.007.200,00	Rp1.121.643.426,00

IKU 26: Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit

Indikator Kinerja Presentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit adalah Waktu tunggu pasien masuk rawat inap dari rawat jalan dan IGD dimulai pada saat pasien terdaftar di admission rawat inap dengan diterima oleh petugas di ruang rawat inap ≤ 60 Menit

Formula perhitungan capaian:

$$\frac{\Sigma \text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap} \leq 60 \text{ Menit}}{\Sigma \text{Jumlah Seluruh pasien rawat jalan dan IGD yang masuk ke rawat inap}} \times 100\%$$

Eksklusi:

- 1) Pasien yang tidak datang atau batal untuk dirawat
- 2) Pasien dari IGD yang memerlukan tindakan sebelum masuk rawat inap (Operasi, Partus, Kuretase, dll)

A. Pencapaian

Tabel III. 51 Capaian indikator Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	80%	81%	90%	90%
	Tingkat Pencapaian			
	101,25%		90%	90%

Pengukuran Indikator Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON terhadap Pasien dengan Rawat Inap masuk <60 Menit. Capaian tahun 2023 sebesar 81% melebihi dari Target Tahun 2023 yang sebesar 80% dengan Tingkat pencapaian 101,25%, akan tetapi jika dibandingkan dengan target jangka menengah pada RSB 2020-2024 ditahun 2024 dan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes Tingkat pencapaian turun menjadi 90%. Hasil capaian tahun 2023 dibandingkan dengan target tahun 2023 menggambarkan Terwujudnya Ketepatan waktu pelayanan terhadap Waktu tunggu pasien masuk rawat inap ≤ 60 Menit telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Proses Capaian 2023 di antara lain :

- 1) Ada perubahan Kondisi Pasien GP Konsul ulang ke DPJP tetapi Reservasi tetap berjalan
- 2) Pasien sudah masuk tetapi perawat akan tetapi lupa Klik Panel Pasien masuk EHR.

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Upaya Tindak Lanjut dari beberapa Kendala diatas seperti :

- 1) Mengingatkan kepada petugas di bagian admisi/pendaftaran tentang pentingnya penginputan data dengan cepat dan tepat ke dalam sistem HER
- 2) Mengingatkan secara berkala kepada petugas perawat setiap kali pasien masuk agar mereka tidak lupa untuk mengklik panel pasien masuk di EHR.

D. Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 52 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	Rp1.0140.840.600,00	Rp1.010.411.525,00

IKU 27 : Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1

Indikator Kinerja Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 adalah

Pasien yang direncanakan pulang pada H-1 (Pulang sebelum pukul ≤ Waktu Setempat di hari berikutnya)

Formula perhitungan capaian:

$$\frac{\sum \text{Jumlah Seluruh pasien yang direncanakan pulang H - 1 (sebelum pukul } \leq \text{ Waktu Setempat di hari berikutnya)}}{\sum \text{Semua Pasien rawat inap yang direncanakan pulang H - 1}} \times 100\%$$

Eksklusi:

- 1) Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS)
- 2) Pasien dengan perubahan Kondisi/Perburukan
- 3) Pasien yang memerlukan verifikasi pejamin/pihak ketiga
- 4) Pasien yang belum dijemput keluarga

A. Pencapaian

Tabel III. 53 Capaian Indikator Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	80%	92,27%	90%	90%
Tingkat Pencapaian				
	115,34%		102,52%	102,52%

Pengukuran Indikator Kinerja Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1 dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON terhadap Penjadwalan Pasien Pulang H-1. Capaian tahun 2023 sebesar 92,27% dari target sebesar 80%, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 115,34%, sedangkan jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang terdapat di RSB 2020-2024 ditahun 2024 dan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes Tingkat pencapaiannya sebesar 102,52%. Hasil Pencapaian terhadap target tahun 2023 menggambarkan Terwujudnya Ketepatan waktu pelayanan terhadap Realisasi Rencana Pasien Pulang yang Dilakukan H-1 telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi terhadap hasil capaian dilakukan secara berkelanjutan untuk mempertahankan hasil capaian, serta Perencanaan dan koordinasi antar unit terkait baik dari medis dan medis dalam mempersiapkan pasien pulang H-1 yang baik, menjadi factor keberhasilan tercapainya Indikator Persentase Realisasi Rencana

Pasien Pulang yang dilakukan H-1

D. Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 54 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	Rp66.000.000,00	Rp14.947.762,00

IKU 28 : Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam

Indikator Kinerja Presentase Jumlah Pasien IGD dengan Waktu Penanganan IGD ≤ 4 Jam adalah Waktu yang dihitung mulai dari pasien terdaftar masuk di IGD sampai keluar dari IGD baik itu pulang atau Rawat Inap atau Operasi ≤ 4 Jam

Formula perhitungan dalam pencapaian target:

$$\frac{\sum \text{Jumlah pasien yang terdaftar masuk IGD sampai keluar IGD} \leq 4 \text{ Jam}}{\sum \text{Seluruh pasien IGD}} \times 100\%$$

A. Pencapaian

Tabel III. 55 Capaian Indikator Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maks 4 Jam

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024	Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	TARGET	REALISASI		
Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	80%	85,40%	90%	90%
	Tingkat Pencapaian			
	106.75%		94.89%	94.89%

Capaian indikator Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam tahun 2023 sebesar 85,40% dibandingkan target 2023 sebesar 80% memiliki Tingkat pencapaian sebesar 106,75%, jika dibandingkan dengan target jangka menengah RSB 2020-2024 ditahun 2024 dan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes yang targetnya 90%, memiliki Tingkat pencapaian sebesar 94.89%

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Proses Capaian 2023 di antara lain :

1. Tren mengalami kenaikan namun masih ada Beberapa DPJP selain Petugas Onsite mendapat tugas tambahan lain jaga Poliklinik sehingga butuh waktu lebih lama untuk merespon.
2. Beberapa GP mengkonsulkan Pasien masuk ke DPJP untuk menentukan Triase.

C. Upaya tindak lanjut

Adapun beberapa Upaya Tindak Lanjut dari Kendala diatas sebagai berikut :

1. Cut off Pasien yang sudah selesai penanganan dan dilakukan pemilahan konsul di IGD atau Intensif
2. Peningkatan Pelatihan dan Komunikasi dengan GP dan memastikan sudah sesuai dengan SOP.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 56 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	Rp8.698.213.251,00	Rp8.245.545.967,00

IKU 29: Presentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK

Indikator Kinerja Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK adalah Panduan Praktik Klinis (PPK) merupakan panduan prosedur standar dalam pelayanan dan perawatan kepada

pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang dokter untuk melaksanakan kegiatan kesehatan secara optimal, profesional, dan dapat dipertanggung jawabkan

A. Pencapaian

Tabel III. 57 Capaian Indikator Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB th. 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	85%	97,22%	90%
	Tingkat Pencapaian		
	114,38%		108,02%

Pengukuran Indikator Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK dilakukan dengan melihat standar dalam pelayanan dan perawatan kepada pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang dokter. Capaian indikator ini untuk tahun 2023 sebesar 97,22% dari target sebesar 85%, sehingga Tingkat pencapaian sebesar 114,38%, dibandingkan dengan target jangka menengah yang tertera didalam RSB 2020-2024 ditahun 2024 tingkat pencapaiannya sebesar 108,02%. Hasil pencapaian ditahun 2023 ini menggambarkan menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Capaian Indikator Klinis sesuai PPK telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi terhadap hasil capaian dilakukan secara berkelanjutan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian dimasa mendatang

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 58 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	Rp6.608.400.000,00	Rp6.207.623.499,00

SASARAN PROGRAM 3 : Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan

IKU 30 : Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit

Indikator jumlah layanan unggulan vvip di Rumah Sakit didefinisikan sebagai pelayanan

unggulan rawat jalan atau rawat inap agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP

A. Pencapaian

Tabel III. 59 Pencapaian Indikator Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit

Indikator Kinerja	2023		Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target RSB - 2024
Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	2 Layanan	2 Layanan	2 Layanan
	Tingkat Pencapaian		
	100%		100%

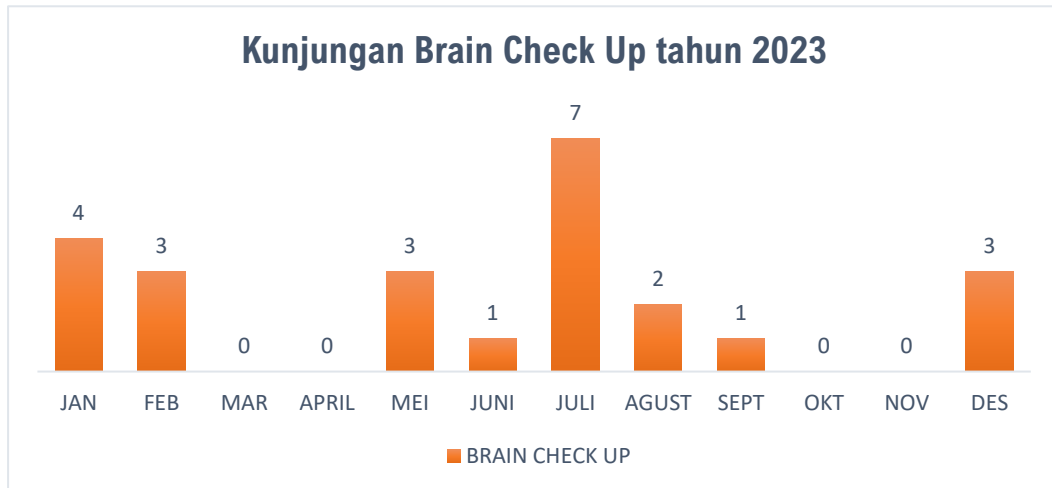
Perhitungan keberhasilan tercapainya indikator ini adalah Jumlah layanan unggulan yang terealisasi dan terlaksana yang ditunjukkan dengan adanya kunjungan pasien. Pada tahun 2023 jenis layanan unggulan yang memberikan layanan khusus/VVIP kepada pasien terdiri atas 2 (dua) layanan, yang terdiri atas layanan *Brain Check Up* (BCU) dan *Pain Intervention*.

Indikator ini adalah indikator yang baru dilaksanakan ditahun 2023 dan belum ada ditahun-tahun sebelumnya.

Layanan Brain Check Up

Brain Chcek Up (BCU) merupakan Layanan *One Stop Service* deteksi dini dengan unggulan di Bidang Otak dan Persarafan. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah Pencegahan *Stroke* yang merupakan penyebab kecacatan utama di Dunia, Deteksi Dini tanda-tanda penuaan dini seperti (Pikun/Demensia), *Alzheimer* dan Gangguan Kognisi dan Deteksi dini pada Kelainan Otak dan Pembuluh Darah Bawaan. Pemeriksaan *Brain Check Up*, maka dapat dilakukan penanganan yang tepat agar usia produktif Pasien tetap terjaga.

Layanan *Brain Chek Up* tersedia di Gedung A Lantai 4 RSPON Mahar Mardjono, Pemeriksaan dilakukan dengan Peralatan yang sudah Canggih seperti MRI 3 Tesla, CT Scan 256 Slice dan lain-lain. Paket yang diberikan dari BCU antara lain Paket *General Brain Check Up* dan Paket *General Heart Brain Check Up*. Tahun 2023 Jumlah Pasien yang melaksanakan Brain Check Up sebanyak 24 Pasien, dengan penggambaran setiap bulan sebagai berikut:

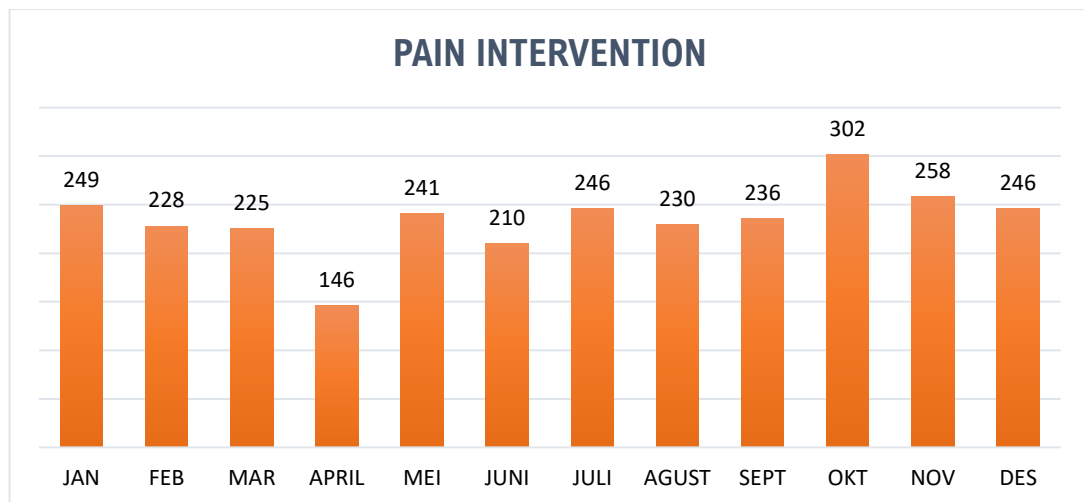


Gambar III. 3 Kunjungan Pasien Brain Check Up tahun 2023

Layanan *Pain Intervention*

Pain Intervention merupakan Layanan Penanganan yang dilakukan pada Pasien yang mengalami nyeri dengan cara mengidentifikasi kualitas dan derajat Nyeri pada Pasien, menganalisa penyebab rasa nyeri pada Pasien, menjelaskan tentang tatalaksana pada nyeri serta membebaskan Pasien dari rasa nyeri dan menganjurkan tatalaksana lebih lanjut kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Teknik yang digunakan antara lain penyuntikan Obat pada Lokasi penyebab nyeri, melakukan Blok Saraf dengan pedoman USG & C-Arm menuju saraf asal nyeri dan menggunakan Gelombang Radiofrekuensi Ablasi atau Neuromodulasi untuk menenangkan Jaringan saraf yang menghantarkan nyeri.

Layanan *Pain Intervention* juga memberikan konsultasi, informasi dan edukasi tentang nyeri kepada Pasien dan Keluarga Pasien, kemudian merawat dan melakukan tatalaksana Intervensi Nyeri baik di Poliklinik Rawat Jalan ataupun di Kamar Operasi. Tahun 2023 Jumlah Pasien yang melaksanakan *Pain Intervention* sebanyak 2817 Pasien di RSPON Mahar Mardjono.



Gambar III. 4 Kunjungan Pasien *Pain Intervention* tahun 2023

B. Kendala yang dihadapi

Layanan unggulan *Brain Check Up* sudah dibuka semenjak tahun 2019, akan tetapi menjadi salah satu pelayanan yang ditutup pada saat pandemi Covid-19 terjadi, selain itu belum banyaknya informasi yang diketahui oleh khalayak umum mengenai layanan tersebut serta belum banyaknya asuransi yang membiayai layanan *Brain check up* menyebabkan belum optimalnya kunjungan pasien terhadap layanan *Brain Check Up*.

Sedangkan layanan *pain intervention* telah menjadi layanan unggulan di RSPON Mahar Mardjono semenjak tahun 2020 dan terus beroperasi sampai saat ini.

C. Upaya tindak lanjut

Akan dilakukan peningkatan promosi dan kerjasama dengan pihak ke-3 (asuransi maupun perusahaan) untuk meningkatkan jumlah kunjungan untuk layanan *brain check up* di RSPON Mahar Mardjono

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	Rp37.869.416.800,00	Rp37.551.223.772,00

IKU 31 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP diukur untuk mengetahui Persentase kunjungan pasien VVIP dibandingkan dengan total kunjungan pasien rumah sakit.

Formula perhitungan capaian:

$$\frac{\Sigma \text{ kunjungan pasien VVIP}}{\Sigma \text{ total kunjungan pasien}} \times 100\%$$

A. Pencapaian

Tabel III. 60 Capaian Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	17,58%	15%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	175,80%		117,20%

Capaian indikator Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP pada tahun 2023 sebesar 17,58% dari target sebesar 10%, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 175,80%, jika dibandingkan dengan target jangka menengah RSB ditahun 2024, maka Tingkat pencapaiannya menjadi sebesar 117,20% Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan terhadap Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP telah Tercapai.

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Promosi terhadap layanan unggulan ditingkatkan, perbaikan sarana dan sarana untuk poliklinik eksekutif untuk kenyamanan pasien dan keluarga, serta Kerjasama dengan pihak ketiga baik itu asuransi maupun Perusahaan ditingkatkan guna meningkatkan kunjungan pasien dipelayanan unggulan VVIP

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 61 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di

Pelayanan Unggulan VVIP

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	Rp39.936.975.000,00	Rp39.876.573.770,00

IKU 32 : Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan

Indikator Kinerja Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan adalah RS Vertikal yang menyelenggarakan kerja sama dengan rumah sakit dan/atau Institusi Kesehatan di Luar negeri dan terkait layanan unggulan pada rumah sakit vertikal tersebut

A. Pencapaian

Tabel III. 62 Capaian Indikator Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan	1 Layanan	1 Layanan	1 Layanan
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Pada tahun 2023 RSPON Mahar Mardjono telah melakukan Kerjasama (MOU) dengan *University College London Hospitals NHS Foundation Trust* terkait untuk kolaborasi mengembangkan pusat keunggulan di bidang ilmu saraf klinis, antara lain pada stroke, *movement disorder* dan epilepsi

B. Kendala yang dihadapi

Komunikasi dan letak geografi dapat menjadi sulit jika terdapat perbedaan bahasa dan budaya serta perbedaan waktu. Misinterpretasi dan kesalahpahaman dapat muncul mempengaruhi dan menjadi kendala dalam proses Kerjasama

C. Upaya tindak lanjut

Telah dibuatkan email khusus dengan nama nbch@rspon.co.id sebagai korespondensi administrasi dan persuratan untuk hubungan relasi dan kerjasama internasional, dikelola oleh Tim Kerja Penelitian dan Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat. Alamat Email yang dimaksud dapat digunakan untuk penawaran kerjasama, tindak lanjut kerjasama dan konfirmasi kunjungan antar negara.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 63 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan	Rp220.533.412.000,00	Rp220.486.820.020,00

IKU 33 : Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan

Indikator Kinerja Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan adalah Pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.

Formula perhitungan berupa Jumlah Sistem berisikan informasi terkait Suurveilans yang terintegrasi.

A. Pencapaian

Tabel III. 64 Capaian Indikator Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Perbandingan Nasional 2023
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan	1 Sistem	1 Sistem	1 Sistem
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Pengukuran Indikator Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan Tercapai sebanyak 1 Sistem sesuai Target Tahun 2023 dengan Tingkat pencapaian 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan terhadap Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan telah Tercapai.

Sistem EHR (*Electronic Health Record*) milik RSPON Mahar Mardjono telah diintegrasikan dengan aplikasi E-Klaim

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan Evaluasi dilakukan secara berkala guna memastikan system yang telah dibuat dan diintegrasikan dapat berjalan dengan baik

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 65 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan	Rp167.586.000,00	Rp167.580.667,00

IKU 34 : Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan

Indikator Kinerja Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan adalah Tersedianya layanan genomik dalam bidang otak dan persarafan. Mulai dari proposal penelitian, *ethical clearance*, SOP/Protokol Penelitian, SK Tim Pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan *sequencing* genom

A. Pencapaian

Tabel III. 66 Capaian Indikator Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan	1 Hubs	1 Hubs	1 Hubs
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Pengukuran Indikator Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan Tercapai sebanyak 1 Hubs sesuai Target Tahun 2023 dan Target jangka menengah RSB untuk tahun 2024 yakni sebanyak 1 Hubs, dengan Tingkat pencapaian sebesar 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya pengembangan dan menciptakan inovasi-inovasi dibidang pelayanan terhadap Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Memonitoring dan Evaluasi atas kesesuaian hasil capaian yang sudah diperoleh dengan peraturan yang ada

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 67 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan	Rp332.801.400,00	Rp298.054.833,00

IKU 35 : Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

Indikator Kinerja Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWG adalah Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS (*human Whole Genome Sequencing*) terkait otak dan persarafan (*neurodegeneratif*)

A. Pencapaian

Tabel III. 68 Capaian Indikator Jumlah Sample yang direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	600 Sampel	622 Sampel	950 Sampel
	Tingkat Pencapaian		
	103,67%		6.52%

Jumlah sampel yang telah memenuhi kriteria untuk direkrut dalam rangka pelaksanaan pemeriksaan HWGS pada tahun 2023 tercapai sebanyak 622 Sampel melebihi 22 Sampel dari Target Tahun 2023 sebanyak 600 Sampel, sehingga target pencapaian sebesar 103,67%. Sedangkan Tingkat pencapaian untuk target jangka menengah yang terdapat didalam RSB 2020-2024 ditahun 2024 sebanyak 950 sampel (akumulatif) dengan capaian tahun 2023 sebesar 6.52%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya pengembangan dan menciptakan inovasi-inovasi dibidang pelayanan terhadap Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Terbatasnya kandidat pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian

C. Upaya tindak lanjut

Berkoordinasi dengan dokter IGD dan dokter residen/PPDS untuk pemenuhan target perekrutan subjek 3 pasien/hari sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian dokumen

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 69 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	Rp1.362.100.000,00	Rp1.287.371.919,00

IKU 36 : Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population

Indikator Kinerja Persentase Penelitian *Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population* adalah persiapan dan penyelenggaraan penelitian yang terencana dengan melibatkan pasien sebagai subjek penelitian dengan adanya pemberian intervensi dan efek dari penelitian tersebut diukur dan dianalisis. Persiapan dan penyelenggaraan penelitian *Clopidogrel Resistance in Ischemic Stroke of Indonesian Population*

A. Pencapaian

Tabel III. 70 Capaian Indikator Persentase Penelitian *Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population*

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase Penelitian <i>Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	50%	50%	75%	75%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		

Indikator Persentase Penelitian *Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population* merupakan salah satu penelitian klinis yang dilakukan oleh RSPON Mahar Mardjono. Pada tahun 2023 tahapan penelitian sudah mampu mencapai 75% Dimana artinya sudah terlaksananya 15 kegiatan persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinis, oleh karena itu capaian untuk indikator tersebut terealisasi 75% sama dengan yang ditargetkan ditahun 2023, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 100%. Sedangkan jika diperbandingkan dengan target jangka menengah yakni di RSB 2020-2024 untuk tahun 2024 ditargetkan sudah 100%, sehingga membutuhkan 25% lagi tahapan yang harus diselesaikan untuk mencapai target 100% ditahun 2024 (20 kegiatan persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinis).

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang menghambat proses tercapainya target.

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas hasil tiap tahapan merupakan factor keberhasilan dari pencapaian target indikator ini.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 71 Realisasi Anggaran Capaian Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population	Rp540.000.000,00	Rp536.653.294,00

SASARAN PROGRAM 4 : Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional

IKU 37 : Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan

Indikator Kinerja Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan adalah Berdasarkan SK Menkes Nomor HK.01.07/Menkes./229/2020 tentang penetapan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono Jakarta sebagai Pusat Rujukan Nasional Penyakit Otak dan Sistem Persyarafan bahwa tugas RSPON selain

Memberikan pelayanan penyakit otak dan Sistem Persyarafan juga melakukan pengampunan terhadap rumah sakit jejaring yang memberikan pelayanan penyakit otak dan sistem persyarafan

Formula pengukuran berdasarkan jumlah Kerjasama (PKS) tidak terbatas pada RS dalam dan luar negeri.

A. Pencapaian

Tabel III. 72 Capaian Indikator Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	3	5	4	17	5
	Tingkat Pencapaian				
	166,67%		425%		462,5%

Hasil Perhitungan Indikator Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan pada Capaian 2023 tercapai sebanyak 17 Jejaring dan Kerjasama dari target 4 dengan Tingkat pencapaian 166,67%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya kerjasama dengan instansi/lembaga nasional maupun internasional terhadap Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan telah melampaui Target.

B. Kendala yang dihadapi

Pelatihan sebagai salah satu bagian dari proses rujukan sempat tertunda diawal tahun 2023 dikarenakan masih adanya Covid-19.

C. Upaya tindak lanjut

Penggunaan media social maupun media komunikasi online seperti zoom atau webinar atau Ms.Team untuk peserta diluar daerah ataupun pada saat awal tahun 2023 dimana belum ada pencabutan status pandemi Covid-19 merupakan salah satu factor penunjang keberhasilan tercapainya indikator ini, yang dapat membantu proses jejaring dan Kerjasama dimana pelatihan merupakan bagian dari proses jejaring.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 73 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	Rp443.735.200,00	Rp397.406.444,00

IKU 38 : Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan

Indikator Kinerja Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan adalah Program penataan sistem rujukan yang dilakukan Kementerian Kesehatan saat ini adalah dengan pengembangan jejaring RS rujukan Nasional, Provinsi, dan Regional, serta penguatan tata laksana rujukan. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 1948/2022 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke. RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta ditunjuk sebagai RS koordinator jejaring pengampuan pelayanan stroke. Strategi penyelenggaraan jejaring pengampuan dilakukan secara berjenjang dari koordinator (RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta) ke RS berstrata paripurna/utama (RSUD di tingkat provinsi) kemudian ke strata madya Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di tingkat kabupaten/kota.

A. Pencapaian

Tabel III. 74 Capaian Indikator Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk. Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	112 RS	168 RS	167
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	150%		100,60%

Selama tahun 2023, telah terselesaikan 168 Rumah Sakit yang telah diampu oleh RSPON, yang jika dibandingkan dengan target 2023 yang sebesar 112 RS, maka Tingkat pencapaian untuk tahun 2023 sebesar 150%, sedangkan jika diperbandingkan dengan target jangka

menengah RSB di tahun 2024, maka Tingkat pencapaian sebesar 100,5%.

Capaian 168 RS yang diampu oleh RSPON Mahar Mardjono terdiri dari:

RS Paripurna 17 RS

RS Madya 128 RS

RS Utama 23 RS

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Aspek Penunjang dalam mencapai Target Tahun 2023 Pada Indikator Kinerja Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan adalah Kegiatan berjalan sesuai Timeline yang sudah ditentukan untuk mencapai Target 2023 yaitu sebanyak 112 RS

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 75 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	Rp2.119.911.400,00	Rp2.022.932.333,00

SASARAN PROGRAM 5 : Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan

IKU 39 : Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

Penyampaian gagasan/ide/data/temuan dalam bentuk tulisan menggunakan format/struktur dan tata Bahasa ilmiah atau populer yang berlaku. Penelitian atau riset: Kegiatan riset akademik, dengan latar belakang kesehatan, manajemen rumah sakit SI/TI rumah sakit, yang dilakukan di bawah pengawasan pengampu (Contoh: Dokter, dosen atau peneliti). Penelitian yang dipublikasikan yaitu jumlah penelitian yang dipublikasikan pada tahun yang bersangkutan.

A. Pencapaian

Tabel III. 76 Capaian Indikator Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGE T	REALISAS I	TARGE T	REALISAS I	
Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	20	38	25	182	30
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	190%		728%		606.67%

Capaian Indikator Jumlah Artikel/Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan pada Capaian Tahun 2023 sebanyak 182 Artikel/Ilmiah dari target 25 ditahun 2023, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 744% naik sebesar 554% dari capaian tahun 2022 yang Tingkat pencapaiannya 190%.

Capaian realisasi capaian sebesar 182 artikel terdiri atas 149 artikel populer dan 37 artikel ilmiah

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Jumlah publikasi artikel/ilmiah tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Dengan diterbitkannya bulletin RSPON Mahar Mardjono menjadi factor keberhasilan dari pencapaian indikator Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 77 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	Rp495.000.000,00	Rp491.301.538,00

SASARAN PROGRAM 6 : Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM

IKU 40 : Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi adalah Pejabat Fungsional Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) PNS Staf Tenaga Kesehatan yang memiliki SK jabatan fungsional sesuai dengan lingkup profesi dan kompetensinya Formula perhitungan yang digunakan mencapai target :

$$\frac{\Sigma JF \text{ SDM yang memiliki SK Jabatan Fungsional}}{\Sigma JF \text{ SDM}} \times 100\%$$

Peningkatan capaian per tahun, sudah termasuk pencapaian SDM yang memiliki SK Jabatan Fungsional tahun sebelumnya (akumulasi).

A. Pencapaian

Tabel III. 78 Capaian Indikator Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	75%	85,91%	100%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	114,55%		85,91%

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Proses Pencapaian Tahun 2023 diantara lain seperti :

- 1) Proses menunggu Jadwal untuk Pelaksanaan Uji Kompetensi sebagai salah satu Syarat Jabatan Fungsional
- 2) Proses menunggu Terbitnya Sertifikat Uji Kompetensi selama 1 Bulan sebagai Syarat Jabatan Fungsional

C. Upaya tindak lanjut

Upaya Tindak Lanjut yang dilakukan yakni memfollow up terkait Jadwal Pelaksanaan Uji Kompetensi dan Mempetakan Jadwal Uji Kompetensi

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 79 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	Rp1.768.842.600,00	Rp1.759.431.982,00

IKU 41 : Persentase SDM yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Persentase SDM yang Tersertifikasi adalah SDM yang memiliki sertifikat atau mengikuti kegiatan dalam rangka pengembangan kompetensi yang sesuai dengan lingkup profesi dan kompetensinya

Formula perhitungan capaian:

$$\frac{\Sigma \text{ Pegawai dengan pelatihan } \geq 20 \text{ Jam}}{\Sigma \text{ Pegawai}} \times 100\%$$

A. Pencapaian

Tabel III. 80 Capaian Indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase SDM yang Tersertifikasi	57%	59%	65%	100%	60%
	Tingkat Pencapaian				
	103,51%		153,85%		166,67%

Pada tahun 2023 capaian untuk indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi telah tercapai 100%, dengan Tingkat pencapaian 153,85% dari target 65%. Semua ASN yang PNS telah tersertifikasi dengan terpenuhinya pelatihan minimal 20 JPL sesuai dengan lingkup bidang dan profesinya. Indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi tahun 2022 memiliki Tingkat pencapaian 103,51% mengalami kenaikan ditahun 2023 sebesar 50,34%

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Banyaknya pelatihan dengan metode daring, memberikan kesempatan pada setiap pegawai mengikuti pelatihan dimana saja, hal tersebut menjadi factor keberhasilan tercapainya indikator ini

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 81 Realisasi Anggaran Indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase SDM yang Tersertifikasi	Rp1.768.842.600,00	Rp1.759.431.982,00

IKU 42 : Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

Indikator Kinerja Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit adalah Pendidikan Kedokteran adalah proses pendidikan formal yang terdiri dari pendidikan akademik dan profesi yang diselenggarakan oleh satuan pendidikan tinggi penyelenggara pendidikan kedokteran dan terakreditasi untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi akademik dan/atau profesi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Pendidikan

Kedokteran berbasis Rumah Sakit merupakan proses penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis yang dilakukan di Rumah Sakit Pendidikan. Fellowship Kedokteran adalah program pendidikan dan/atau pelatihan profesi tambahan bagi dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dengan kurikulum dan pencapaian kompetensi sebagian dari subspecialis terkait, dengan masa pendidikan dan/atau pelatihan paling singkat 6 (enam) bulan

A. Pencapaian

Tabel III. 82 Capaian Indikator Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2023	Target Jk. Menengah
-------------------	------------	---------------------

UTAMA	TARGET	REALISASI	RSB-2024
Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	3 peserta	5 peserta	6 peserta
	Tingkat Pencapaian		
	166,67%		83,33%

Indikator Peserta Fellowship Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit tercapai sebesar 166,67% melebihi dari Target sebesar 100% dan Standar 100%. Hasil tersebut didapat dari Jumlah Peserta Fellowship Pendidikan Kedokteran dari RSPON selama Tahun 2023 berjumlah 5 Peserta dari Target 3 Peserta Fellowship terdiri dari:

- dr. Yuli Felisita, Sp.N : Harvard Medical School, USA
- dr. Muhammad Kusdiansah, Sp.BS : Sapporo Teishinkai Hospital, Jepang
- dr. Ryan Rhiveldi Keswani, Sp.BS : Sapporo Teishinkai Hospital, Jepang
- dr. Mustaqin Prasetya, Sp.BS, FINPS : Koto Memorial Hospital, Jepang
- dr. Yunus Kuntawi Aji, M.Ked.Klin, Sp.BS : Jutendo University, Jepang

Hal ini menggambarkan Rumah Sakit menghasilkan lulusan yang memiliki Kompetensi Akademik dan / atau Profesi di Bidang Kedokteran atau Kodekteran Gigi

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Adanya program beasiswa terutama dari LPDP milik Kementerian Keuangan, memberikan kesempatan kepada dokter di RSPON Mahar Mardjono mengikuti program fellowship yang diinginkan. Hal tersebut menjadi faktor pendukung keberhasilan tercapainya indikator ini.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 83 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	Rp1.436.531.500,00	Rp1.346.555.632,00

IKU 43 : Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT

Dokter Pendidik Klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan, kesehatan/medik, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter dan dokter spesialis di Rumah Sakit Pendidikan serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran yang diduduki oleh Pegawai Negeri Sipil dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang

Training of Trainer (TOT) adalah pelatihan yang diperuntukkan untuk pengajar/trainer/fasilitator, diharapkan setelah mendapat pelatihan, mampu menjadi pengajar dan mampu mengajarkan materi pengajaran/pelatihan terhadap orang lain, sehingga seorang Dokter Pendidik Klinis siap menjadi pengajar baik secara teknis *maupun non teknis*

Formula perhitungan capaian:

$$\frac{\text{Jumlah Peserta Internal RS sebagai Fellowship di RS lain DN, LN}}{\text{Target Jumlah Peserta Internal RS sebagai Feloowship di RS lain DN, LN}} \times 100\%$$

A. Pencapaian

Tabel III. 84 Capaian Indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	90%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	111,11%		100%

Pada tahun 2023 persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT telah tercapai 100%

Dimana terdapat 30 dokter pendidik klinis yang telah mengikuti dan mendapatkan sertifikat pelatihan TOT, dengan demikian Tingkat pencapaian tahun 2023 sebesar 111,11% dari targetnya, jika diperbandingkan dengan target jangka menengah pada RSB RSPON 2020-2024 di tahun 2024 tingkat pencapaiannya 100%

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Pelatihan TOT untuk dokter pendidik klinis telah dilakukan sejak tahun 2020 dan belum expired, sehingga capaiannya ditahun 2023 dapat tercapai 100%

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 85 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	Rp294.807.100,00	Rp293.238.664,00

SASARAN PROGRAM 7 : Budaya Kinerja yang Baik

IKU 44 : Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian

Indikator Kinerja Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian adalah Ketepatan waktu pelayanan kepegawaian adalah pelayanan kepegawaian sesuai dengan waktu yang ditetapkan, meliputi :

- Ketepatan waktu pengusulan gaji PNS dan Non PNS
- Pengusulan pembayaran uang makan
- Pengusulan Remunerasi

A. Pencapaian

Tabel III. 86 Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Jk Menengah Target RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	

Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%	100%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		100%

Pengukuran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian dilakukan di Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON terhadap pelayanan kepegawaian sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Perhitungan Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian pada Capaian Tahun 2023 sebesar 100% tercapai sesuai Target Tahun 2023 dan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 - 2024 sebesar 100%. Dan apabila dihitung secara Tingkat Pencapaian 2023 sebesar 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Aspek Penunjang dalam mencapai Target Tahun 2023 Pada Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian adalah :

- 1) Memetekan Ketepatan Waktu Pengusulan Gaji PNS dan Non PNS secara tepat Waktu
- 2) Memetakan Pembayaran Uang Makan secara tepat Waktu
- 3) Pengusulan Remunerasi secara Tepat Waktu

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 87 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	Rp80.129.729.000,00	Rp79.786.580.958,00

IKU 45: Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Indikator Kinerja Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001 adalah Pelaksanaan tahap kegiatan proses pelaksanaan persiapan sertifikasi ISO Manajemen 9001 melalui pendampingan Jasa Konsultan ISO 9001

A. Pencapaian

Tabel III. 88 Capaian Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	50%	50%	100%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	100%		50%

Pengukuran Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001 Dilakukan secara bertahap ditahun 2023 oleh Pihak Internal RSPON terhadap pelaksanaan persiapan sertifikasi ISO Manajemen 9001 melalui pendampingan Jasa Konsultan ISO 9001. Perhitungan Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001 pada Capaian Tahun 2023 sebesar 50% Sesuai dengan Target Tahun 2023 dan secara Tingkat Pencapaian 2023 sebesar 100%. Bila dibandingkan dengan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 sebesar 50% Hal ini menggambarkan Budaya Kinerja yang Baik terhadap tahap kegiatan proses pelaksanaan persiapan sertifikasi ISO Manajemen 9001 melalui pendampingan Jasa Konsultan ISO 9001 telah Tercapai sesuai Target

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001 tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Kegiatan berjalan sesuai *Timeline* yang sudah ditentukan untuk mencapai Target 2023 yaitu sebesar 50% (7 Tahapan), hal tersebut merupakan factor keberhasilan tercapainya indikator .

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 89 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	Rp62.000.000,00	Rp61.054.553,00

SASARAN PROGRAM 8 : Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik
IKU 46 : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti

Indikator Kinerja Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti adalah saran dari pemeriksa berdasarkan hasil pemeriksaannya yang ditujukan kepada orang dan/atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan/atau perbaikan. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara menyatakan bahwa pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) dan wajib memberikan jawaban atau penjelasan kepada BPK tentang tindak lanjut atas rekomendasi tersebut.

A. Pencapaian

Tabel III. 90 Capaian Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	92,50%	100%	95%
	Tingkat Pencapaian		
	108,11%		105,26%

Pengukuran Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Eksternal BPK kepada RSPON atas Rekomendasi Pemeriksaan yang tuntas dan ditindaklanjuti. Perhitungan Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti pada Capaian Tahun 2023 sebesar 100% melebihi sebesar 7,5% dari Target Tahun 2023 dan secara Tingkat Pencapaian 2023 sebesar 108,11% dan bila dibandingkan dengan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 sebesar 105,26%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap pemeriksa berdasarkan hasil pemeriksaannya yang ditujukan kepada orang dan/atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan/atau perbaikan. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan. Negara menyatakan bahwa pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam Laporan Hasil

Pemeriksaan (LHP) dan wajib memberikan jawaban atau penjelasan kepada BPK tentang tindak lanjut atas rekomendasi tersebut telah melampaui Target

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Tindak lanjut penyelesaian temuan BPK oleh manajemen RSPON Mahar Mardjono merupakan factor keberhasilan tercapainya indikator ini.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 91 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	Rp30.000.000,00	Rp30.000.000,00

IKU 47 : Opini Audit atas Laporan Keuangan

Indikator Kinerja Opini Audit atas Laporan Keuangan adalah Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) / Unqualified Opinion Pendapat yang diberikan jika auditor tidak menemukan kesalahan yang material secara keseluruhan dari laporan keuangan. Laporan keuangan yang dibuat sudah sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku (SAK).

A. Pencapaian

Tabel III. 92 Realisasi Anggaran Indikator Opini Audit Atas Laporan Keuangan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Opini Audit Atas Laporan Keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		100%

Pengukuran Indikator Opini Audit Atas Laporan Keuangan dilakukan KAP untuk laporan keuangan tahun sebelumnya. Perhitungan Indikator Opini Audit Atas Laporan Keuangan pada Capaian Tahun 2023 sebesar 100% (WTP) tercapai sesuai dengan Target Tahun 2023 dan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 sebesar 100% (WTP). Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap Opini Audit Atas laporan Keuangan. KAP Rama Wendra merupakan KAP yang melakukan audit di RSPON Mahar Mardjono untuk laporan keuangan TA.2022

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Opini audit tanpa Pengecualian merupakan factor keberhasilan tercapainya indikator Opini Audit atas Laporan Keuangan

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 93 Realisasi Anggaran Indikator Opini Audit Atas Laporan Keuangan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Opini Audit Atas Laporan Keuangan	Rp72.500.000,00	Rp72.483.000,00

SASARAN PROGRAM 9 : Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital

IKU 48 : Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

Indikator Kinerja Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar adalah 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 perhitungan untuk pencapaian target sebagai berikut:

Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) dihitung dari 2 indikator yaitu:

1. Persen pemenuhan

Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%

2. Persen prasarana dan alat kesehatan

Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%

3. Menghitung hasil akhir/persentase pemenuhan SPA

Rata rata dari Persentase SPA dan Persentase Kalibrasi:

$$\frac{\left(\frac{\Sigma SPA}{\text{standar acuan}} \times 100\% \right) + \left(\frac{\Sigma Realisasi Kalibrasi}{\Sigma Alat wajib Kalibrasi} \right)}{2} \times 100\%$$

A. Pencapaian

Tabel III. 94 Capaian Indikator Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	95%	95%	100%
	Tingkat Pencapaian		
	100%		95%

Telah dilakukan oleh tim kerja pelayanan penunjang inventarisir pemenuhan untuk jumlah sarana, prasarana dan alat Kesehatan di RSPON diperbandingkan dengan Kemenkes, begitu pula jumlah prasarana dan alat Kesehatan yang telah dikalibrasi dibandingkan dengan jumlah alat yang wajib dikalibrasi untuk kemudian diperhitungkan capaian hasil akhir persentase pemenuhan SPA, diperoleh hasil untuk tahun 2023 sebesar 95%, sehingga Tingkat pencapaiannya 100% dibandingkan dengan target yang sebesar 95%, akan tetapi jika dibandingkan dengan target jangka menengah didalam RSB 2020-2024 ditahun 2024 , maka Tingkat capaiannya menjadi 95%.

Hasil capaian 2023 menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital terhadap Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan sebagai tindaklanjut dari hasil yang telah dicapai

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 95 Capaian Indikator Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat

(SPA) Sesuai Standar

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	Rp6.766.849.000,00	Rp6.743.582.551,00

IKU 49 : Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

Indikator Kinerja Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan adalah Presentase prasarana yang memenuhi persyaratan OEE sesuai best practice yang mencakup tiga aspek yaitu ketersediaan kinerja dan kualitas.

- 1) Ketersediaan – Ke - (availability) adalah jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari kerja sesuai best practice.
- 2) Kinerja – Ki- adalah kemampuan yang ada dibagi kemampuan tersedia
- 3) Kualitas – Ku- adalah hasil yang dapat dipergunakan

A. Pencapaian

Tabel III. 96 Capaian Indikator Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		100%

Perhitungan indikator Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan didasarkan pada perhitungan OEE dari gabungan alat medik dan non medik.

Pengukuran sarana prasarana yang diukur meliputi Kemampuan Genset Gedung RS & Lift RS; Pengukuran kemampuan Alat Kesehatan yang diukur berupa: MRI, CT Scan, DR (*Digital Radiografer*) Hasil perhitungan OEE digolongkan kedalam beberapa kriteria penilaian:

Kriteria Penilaian :

- ☐ Nilai ≤ 50 = 50%
- ☐ Nilai 51 – 60 = 60%
- ☐ Nilai 61 – 70 = 70%

- ❑ Nilai 71- 80 = 80%
- Nilai ≥ 80 = 100%

Rata-rata hasil perhitungan OEE yang diukur memiliki nilai diatas 80, sehingga tergolong didalam kriteria penilaian 100%.

Hasil capaian indikator Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan tahun 2023 sebesar 100%, dengan Tingkat pencapaian 10%, begitu pula jika diperbandingkan dengan capaian tahun 2022 ataupun target jangka menengah RSB 2020-2024 ditahun 2024. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/digital terhadap Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Proses Pencapaian Tahun 2023 diantara lain seperti :

- 1) Pada Bulan Januari 2023 terjadi *Maintenance* pada Alat Kesehatan (MRI dan CT Scan dan Menunggu kedatangan *Sparepart*
- 2) Pada Bulan November 2023 terjadi *Maintenance* pada Sarana Prasarana yaitu Lift yang kurang Optimal dalam beroperasi dan pada Alat kesehatan (MRI) sedang Proses Upgrading selama 15 Hari

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Tindakan Upaya Tindak Lanjut dari kendala di atas sebagai berikut :

- 1) Melakukan pemeliharaan secara rutin alat kesehatan MRI, CT-Scan, dan DR agar pelayanan tidak terganggu.
- 2) Melakukan Perbaikan Lift dan Tindakan Preventif agar Pelayanan Rumah Sakit tidak terganggu
- 3) Melakukan Pemeliharaan secara Rutin Alat Kesehatan agar Pelayanan tidak terganggu

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 97 Realisasi Indikator Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	18.145.708.000	17.245.632.046

IKU 50 : Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien

Indikator Kinerja Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien adalah Pelaksanaan kegiatan perbaikan dan pemenuhan fasilitas parkir yang terdiri dari :

- 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 atau 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 WIB
- Pembayaran cashless adalah sistem pembayaran tanpa uang tunai.
- Tersedia tempat khusus untuk pick up dan *drop off* yang nyaman

A. Pencapaian

Tabel III. 98 Capaian Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	70%	70%	70%
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Hasil penilaian pada semua unsur di indikator Persentase Ketersediaan parkir telah terpenuhi, kecuali untuk pemanfaatan vallet parking yang belum dimiliki oleh RSPON Mahar Mardjono dikarenakan terbatasnya ruang parkir. Pengelolaan parkir di RSPON dilakukan oleh pihak ketiga. Capaian Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien Tahun 2023 tercapai sebesar 70% sesuai dengan Target Tahun 2023 dan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 ditahun 2024 sehingga Tingkat pencapaiannya

sebesar 100%. Hal ini menggambarkan menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital terhadap Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Proses Pencapaian Tahun 2023 yang terjadi di triwulan diantara lain seperti :

- 1) Penandaan untuk area parkir sudah dipenuhi, namun peletakkannya kurang strategis(tidak terlihat oleh pengunjung)
- 2) Penandaan marka aspal tidak ada, untuk ditambahkan sehingga memudahkan pengguna parkir
- 3) Tampilan gambar CCTV di area parkir kurang jelas (resolusi kamera masih kurang), sehingga perlu penambahan dan pergantian CCTV di area - area yang strategis
- 4) Ketersediaan petugas parkir masih kurang, sehingga perlu penambahan SDM petugas parkir untuk memudahkan pengontrolan di area parkir.

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Tindakan Upaya Tindak Lanjut dari Kendala ialah dengan Melakukan koordinasi dengan pihak ke-3 pengelola parkir untuk lebih memaksimalkan terkait penandaan parkir, petugas parkir dan CCTV.

D. Jumlah Anggran dan Realisasi

Tabel III. 99 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	Rp1.237.562.000,00	Rp1.230.239.689,00

IKU 51: Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan

Melakukan perbaikan taman untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung, dengan menyediakan Ruang Terbuka Hijau dalam bentuk taman di dalam Gedung ataupun luar Gedung dalam bentuk vertikal maupun horizontal minimal 30% luas lahan

A. Pencapaian

Tabel III. 100 Capaian Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas

Lahan

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	30%	31,93%	30%
	Tingkat Pencapaian		
	106,43%		

Total RSPON Mahar Mardjono memiliki ruang terbuka Hijau seluas 3816,75 meter persegi, dari luas lahan sebesar 11.955 meter persegi, sehingga capaiannya ditahun 2023 sebesar 31,95% melebihi target tahun 2023 sebesar 30%, dengan Tingkat pencapaian sebesar 106,43%

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Pemeliharaan atas taman yang sudah existing dan pembibitan tanaman menjadi factor keberhasilan atas tercapainya indikator ini, sehingga dapat terus diupayakan dalam pencapaian target

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 101 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	Rp1.237.562.000,00	Rp1.230.239.689,00

IKU 52: Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam

Indikator Kinerja Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam adalah Melakukan perbaikan toilet untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung dengan melakukan Pengecekan rutin (setiap jam selama 08.00 – 20.00 WIB) di toilet lantai 1, 2, dan 5 Gedung A RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

A. Pencapaian

Tabel III. 102 Capaian Indikator Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiltet Publik Setiap Jam

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiltet Publik Setiap Jam	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

RSPON Mahar Mardjono telah berupaya memenuhi persyaratan Kesehatan sarana dan bangunan terkait toilet dan kamar mandi dengan memenuhi persyaratan dalam kategori toilet “bersih” berdasarkan Permenkes RI Nomor.7 Tahun 2019 tentang Kesehatan dalam rangka mencapai target indikator persentase pengecekan rutin fasilitas toilet public setiap jam, yakni dengan melakukan perbaikan toilet untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung dengan

melakukan Pengecekan rutin (setiap jam selama 08.00 – 20.00 WIB) di toilet lantai 1, 2, dan 5 Gedung A RSPON Mahar Mardjono. Sehingga hasil capaian untuk indiaktor tersebut tercapai 100% dari target 100% dengan Tingkat pencapaian 100%, begitupun halnya jika capaian 2023 diperbandingkan dengan target jangka menengah didalam RSB RSPON 2020-2024 ditahun 2024 tingkat pencapaiannya 100%.

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiltet Publik Setiap Jam tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Melanjutkan pengecekan rutin fasilitas toilet publik setiap jam beserta pengecekan dan pelaporan kerusakannya menjadi factor kerberhasilan tercapainya indikator Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiltet Publik Setiap Jam

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 103 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiltet Publik Setiap Jam

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toiltet Publik Setiap Jam	Rp559.110.000,00	Rp518.207.638,00

IKU 53 : Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m²/orang

Indikator Kinerja Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m²/orang adalah Pemenuhan fasilitas ruang tunggu publik dengan penyediaan:

- TV Edukasi
- Mesin Antrian
- Sarana Tempat duduk
- Pemenuhan media informasi di area ruang tunggu publik
- Memaksimalkan jumlah tempat duduk (menambahkan) sesuai dengan kapasitas pengunjung saat ini

A. Pencapaian

Tabel III. 104 Capaian Indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m² Per Orang

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Saat ini sudah tidak ada pembatasan jarak tempat duduk pasien / pengunjung karena status sudah endemi dan untuk memberikan pelayanan yang baik kepada pasien dan penunggu pasien maka petugas keamanan (SATPAM) selalu siap menambah tempat duduk (kursi yang mobile) di area ruang tunggu public, sehingga pemenuhan target untuk indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m² Per Orang dapat tercapai 100%, oleh karena itu Tingkat pencapaian untuk indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m² Per Orang sebesar 100%, begitupula jika dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana yang tertuang didalam RSB 2020-2024 untuk tahun 2024, Tingkat pencapaian yang dihasilkan sebesar 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital terhadap Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5 m²/orang telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-

1,5m2 Per Orang tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah direncanakan sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Ruang tunggu publik untuk pasien dan penunggu pasien dan tamu lainnya di ruang pelayanan tetap dimaksimalkan dengan penambahan tempat duduk (kursi yang mobile), hal tersebut merupakan factor keberhasilan tercapainya Indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang yang dapat terus diupayakan.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 105 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang	Rp2.212.367.000,00	Rp2.139.668.826,00

IKU 54 : Persentase Integrasi Pengelolaan BMN

Indikator Kinerja Presentase Integrasi Pengelolaan BMN adalah Penggunaan aplikasi yang mengintegrasikan pengelolaan barang milik negara (medik dan non medik) untuk keseluruhan BMN yang dimiliki dari mulai perencanaan sampai dengan penghapusan

A. Pencapaian

Tabel III. 106 Capaian Indikator Presentase Integrasi Pengelolaan BMN

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Presentase Integrasi Pengelolaan BMN	60%	60%	80%	80%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		80%

Pengukuran Indikator Presentase Integrasi Pengelolaan BMN dilakukan Setiap Buannya berdasarkan Timeline oleh Pihak Internal RSPON terhadap Penggunaan aplikasi yang

mengintegrasikan pengelolaan barang milik negara (medik dan non medik) untuk keseluruhan BMN yang dimiliki dari mulai perencanaan sampai dengan penghapusan. Perhitungan Indikator Presentase Integrasi Pengelolaan BMN pada Capaian Tahun 2023 tercapai sebesar 80% sesuai dengan Target Tahun 2023 dan Perbandingan Nasional 2023 sebesar 80% dan secara tingkat pencapaian 2023 sebesar 100%. Apabila dibandingkan dengan Capaian tahun 2022 menaik sebesar 20% dari 60%. Serta perbandingan dengan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 sebesar 80%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/digital terhadap Penggunaan aplikasi yang mengintegrasikan pengelolaan barang milik negara (medik dan non medik) untuk keseluruhan BMN yang dimiliki dari mulai perencanaan sampai dengan penghapusan telah Tercapai sesuai Target

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Aspek Penunjang dalam mencapai Target Tahun 2023 Pada Indikator Kinerja Persentase Presentase Integrasi Pengelolaan BMN adalah Kegiatan berjalan sesuai Timeline yang sudah ditentukan untuk mencapai Target 2023 yaitu sebesar 80%

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 107 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Integrasi Pengelolaan BMN

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Presentase Integrasi Pengelolaan BMN	Rp1.008.106.000,00	Rp953.628.000,00

IKU 55: Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit

Indikator Kinerja Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit adalah Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit adalah proses pemanfaatan dan penerapan teknologi informasi/komputer secara terintegrasi guna menunjang sistem operasional serta monitoring dan evaluasi rumah sakit. Modul adalah satuan fungsi yang diintegrasikan kedalam sistem front office dan back office atau teknologi yang menunjang sistem yang

sudah ada.

A. Pencapaian

Tabel III. 108 Capaian Indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	90	93	118	127	122 Modul
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	103%		107,63%		104%

Pengukuran Indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON terhadap proses pemanfaatan dan penerapan teknologi informasi/komputer secara terintegrasi guna menunjang sistem operasional serta monitoring dan evaluasi rumah sakit. Perhitungan indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit pada Capaian Tahun 2023 tercapai sebanyak 127 Modul melebihi 9 Modul dari Target Tahun 2023 sebanyak 118 Modul. Dan bila dibandingkan dengan Capaian 2022 menaik sebanyak 34 Modul. Dan secara Tingkat Pencapaian 2023 sebesar 107,63% serta target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 sebesar 104%

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Pengembangan kelengkapan fitur system informasi yang terdiri atas pengembangan *system back office*, pengembangan *system front office*, pengembangan *system bridging*, dan pengembangan *website official* secara berkelanjutan menjadi factor keberhasilan tercapainya indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit yang dapat terus diupayakan

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 109 Realisasi Anggaran Indikator Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Jumlah Modul Sistem Sistem Informasi Rumah Sakit	Rp2.540.404.000,00	Rp2.530.182.613,00

IKU 56: Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT

Indikator Kinerja Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT adalah Terintegrasinya sistem penjadwalan dan ERM yang dikembangkan oleh Pusdatin-DTO Kementerian Kesehatan melalui platform SATU SEHAT ke sistem pendaftaran dan ERM RSPON Mahar Mardjono sehingga Pasien dapat melakukan pendaftaran dan melihat hasil medis melalui sistem yang dikembangkan oleh Kemenkes (DTO-Pusdatin) dalam platform SATU SEHAT

A. Pencapaian

Tabel III. 110 Capaian Indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian		
	100%		

Pengukuran Indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT secara bertahap oleh unit SIMRS RSPON terhadap sistem penjadwalan dan ERM yang dikembangkan oleh Pusdatin-DTO Kementerian Kesehatan melalui platform SATU SEHAT. Perhitungan Indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT pada Capaian Tahun 2023 sebesar 100% tercapai sesuai Target Tahun 2023 dan target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 ditahun 2024 sebesar 100% dan Apabila dihitung secara Tingkat Pencapaian 2023 sebesar 100%

B. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2023

C. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi senantiasa dilakukan agar integrasi data antrian pendaftaran dan *Medical Record* dapat terus berjalan dengan baik melalui platform SATU SEHAT

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 111 Realisasi Anggaran Indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	Rp3.264.943.100,00	Rp3.264.693.060,00

SASARAN PROGRAM 10 : Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya

IKU 57 : Rasio PNBП Terhadap Biaya Operasional (PB)

Indikator Kinerja Rasio PNBП Terhadap Biaya Operasional adalah Pendapatan PNBП 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 BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN sedangkan Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBП satker BLU.

A. Pencapaian

Tabel III. 112 Capaian Indikator Rasio PNBП Terhadap Biaya Operasional

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI	
Rasio PNBП Terhadap Biaya Operasional	70%	87,84%	72%	98,59%	75%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian
	125,49%		136,93%		131,45%

Pengukuran Indikator Rasio PNBП Terhadap Biaya Operasional diperoleh dari hasil aplikasi Keuangan Kementerian Keuangan yakni SAKTI dengan capaian sebesar 98,59%, sehingga Tingkat pencapaian tahun 2023 jika dibandingkan dengan target 2023 sebesar 136,93%,

sedangkan jika dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana tercantum didalam RSB 2020-2024 ditahun 2024 tingkat capaian sebesar 131,45% dari targetnya 75%. Adapun besaran POBO 98,59% diperoleh dari jumlah pendapatan usaha (tidak termasuk pendapatan APBN) sebesar Rp371.303.133.147, dibandingkan dengan jumlah beban operasional (tidak termasuk Beban Penyusutan dan Amortisasi) sebesar Rp376.619.127.782,00

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional tidak terdapat kendala yang cukup berarti sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Melalui peningkatan pendapatan dan efisiensi terhadap beban untuk mengurangi pengeluaran menjadi factor keberhasilan dalam tercapainya indikator Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 113 Realisasi Anggaran Indikator Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional	Rp13.337.029.000,00	Rp13.227.924.997,00

IKU 58 : Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Indikator Kinerja Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 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.

A. Pencapaian

Tabel III. 114 Capaian Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	110,81%	100%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian

116,64%

110,81%

Pencapaian indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU diperoleh 110,81% telah memenuhi target 2023 yang sebesar 95%, sehingga Tingkat pencapaian tahun 2023 diperoleh 116,64%, jika dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana terdapat di RSB RSPON 2020-2024 ditahun tahun 2024 maka Tingkat pencapaian sebesar 110,81%. Hal ini menandakan bahwa capaian indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU telah memenuhi target.

Adapun perincian pendapatan BLU yang diperoleh selama tahun 2023 terdiri atas:

Tabel III. 115 Rincian Pendapatan BLU tahun 2023

Kode Akun Jenis Pendapatan	2023
424312 Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	5.582.183.043
424111 Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	375.231.625.607
424919 Pendapatan Lain-lain BLU	136.459.142
424421 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	2.904.905.486
424229 Pendapatan Hibah Tidak Terikat -Lainnya - Uang	14.000.000
424911 Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	7.385.682.844
Total	391.254.856.122
Target Pendapatan BLU	350.006.177.000
% capaian	111,79%

B. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU tidak terdapat kendala yang cukup berarti sehingga target telah dicapai dengan baik

C. Upaya tindak lanjut

Peningkatan atas pendapatan jasa pelayanan rumah sakit dan peningkatan hasil Kerjasama Lembaga/badan usaha yang diperoleh dari pelaksanaan diklat dan sewa ruangan menjadi factor keberhasilan tercapainya indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU yang dapat terus diupayakan.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 116 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Rp90.384.000,00	Rp90.383.100,00

IKU 59 : Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Indikator Kinerja Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni adalah Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni/APBN

A. Pencapaian

Tabel III. 117 Capaian Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%	99,72%	97%
	Tingkat Pencapaian		
	102,80%		

Pengukuran capaian Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni 99,72% diperoleh dari realisasi anggaran RM ditahun 2023 sebesar Rp316.870.762.742 dari alokasi Rp317.765.909.000,00

Pengukuran Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON terhadap Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni. Perhitungan Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni pada Capaian 2023 sebesar 99,72% dari target 97% sehingga Tingkat pencapaian sebesar 102,80%, nilai yang sama juga diperoleh jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang terdapat di RSB RSPON 2020-2024 ditahun 2024.

B. Kendala yang dihadapi

Pada kegiatan Pengolahan Limbah RS hanya terealisasi sebesar 51%, hal tersebut dikarenakan nilai kontrak menggunakan harga satuan dengan volume estimasi masih pandemi (covid 19) sedangkan secara berangsur-angsur covid 19 menurun, Pandemi berakhir menjadi Endemi.

C. Upaya tindak lanjut

Memaksimalkan nilai kontrak yang sudah ada, dikarenakan revisi anggaran tidak dapat dilakukan terkait kontrak yang sudah disepakati diawal tahun.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 118 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	Rp96.129.000,00	Rp85.906.200,00

IKU 60 : Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU

Indikator Kinerja Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU adalah Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni/APBN

A. Pencapaian

Tabel III. 119 Capaian Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI	
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU	95%	100,23%	95%
	Tingkat Pencapaian		
	105,51%		

Pengukuran capaian Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU 100.23% diperoleh dari realisasi anggaran PNBPN BLU ditahun 2023 sebesar Rp405.122.219,011 dari alokasi Rp405.122.219,011

Pengukuran Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON terhadap Realisasi Anggaran bersumber PNBPN BLU. Perhitungan Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU pada Capaian 2023 sebesar 100,23% dari Target Tahun 2023 dan Target jangka menengah sesuai dengan RSB 2020 – 2024 ditahun 2024 sebesar 95%. Dan secara Tingkat Pencapaian 2023 sebesar 105,51%. Hal ini menggambarkan Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni/APBN terhadap Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU

telah Tercapai

B. Kendala yang dihadapi

Terdapat Kendala selama Proses Pencapaian Tahun 2023 diantara lain seperti :

- 1) Adanya penambahan alokasi BLU melalui penggunaan saldo awal yang menyebabkan pencapaian target indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU belum optimal.
- 2) Pengadaan Peralatan Non Medik (belanja modal) ada beberapa barang yang ready stok dan spesifikasi yang diinginkan belum ada yang sesuai

C. Upaya tindak lanjut

Adapun Tindakan Upaya Tindak Lanjut dari Kendala adalah dengan melakukan Revisi Pergeseran Anggaran

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 120 Realiasi Anggaran Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU	Rp96.129.000,00	Rp85.906.200,00

IKU 61: Persentase Nilai EBITDA Margin

Indikator Kinerja Persentase Nilai EBITDA Margin adalah Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi dan perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.

A. Pencapaian

Tabel III. 121 Capaian Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin

INDIKATOR KINERJA UTAMA	Tahun 2023		Standar Nasional Kepdirjen Yankes 768/2023	Target Jk Menengah RSB - 2024
	TARGET	REALISASI		
Persentase Nilai EBITDA Margin	15%	5,34%	10% - 20%	17%
	Tingkat Pencapaian		Tingkat Pencapaian	

	35,60%	-53,40% - 26,70%	31,41%
--	--------	------------------	--------

Pengukuran Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin dilakukan Setiap Bulan dengan capaian 2023 sebesar 5,34% yang diperoleh dari nilai EBITDA dibandingkan dengan pendapatan dari jasa pelayanan RS Dimana nilai EBITDA per 31 Desember 2023 sebesar Rp20.707.360.574,00 dan pendapatan sampai dengan 31 Desember 2023 sebesar Rp 387.828.881.091,00

Tingkat pencapaian ditahun 2023 dengan target 15% sebesar 35,60%, sedangkan Tingkat pencapaian berdasarkan standar nasional jika menggunakan target 10%, nilainya 53% dan jika menggunakan standar nasional yang maksimal 20% maka nilainya sebesar 26,70%. Kalau dibandingkan dengan target jangka menengah didalam RSB 2020-2024 ditahun 2024 dengan target 17% dan capaian saat ini di 5,34%, maka Tingkat pencapaiannya sebesar 31,41%.

B. Kendala yang dihadapi

Rasio Beban persediaan baik itu persediaan farmasi maupun non farmasi terhadap pendapatan masih berada dibawah standar yakni sebesar 35% dari standar maksimal 25%, hal tersebut berdampak pada rendahnya nilai EBITDA yang dihasilkan, sehingga memepengaruhi nilai EBITDA margin

C. Upaya tindak lanjut

Pengelolaan persediaan dilakukan untuk mengurangi beban persediaan, salah satunya dengan menyediakan payung hukum untuk pembelian barang farmasi dimana barangnya diantarkan pada saat dibutuhkan, sehingga dapat mengurangi beban persediaan.

D. Jumlah Anggaran dan Realisasi

Tabel III. 122 Realisasi Anggaran Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin

Indikator Kinerja Utama (KPI) RS	Alokasi Anggaran	Realisasi per 31/12/23
Persentase Nilai EBITDA Margin	Rp128.172.000,00	Rp114.541.600,00

Tabel III. 123 Rekapitulasi Capaian Indikator Kinerja Utama tahun 2021-2023

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya kepuasan Stakeholder	1	Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit							82	86,92	106%
	2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarga	85%	93,74%	110,28%	87%	88,06%	101,22%	88%	94,50%	107,39%
	3	Tingkat Kepuasan Pegawai	82%	82,07%	100,09%	84%	84,36%	100,43%	86%	86,53%	100,62%
	4	Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi							70%	75%	107,14%
	5	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung							85%	88%	103,53%
	6	Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan							80%	92,83%	116,04%
	7	Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien							30%	36,73%	122,43%
	8	Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian							80%	100%	125%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
		Keluhan dengan Kategori Non-Medis ≤ 1x24 Jam									
Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya	9	Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan							2	2	100%
	10	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit							1%	8,87%	887%
	11	Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 Menit							80%	46,27%	57,84%
	12	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif							<4%	2,30%	57,50%
	13	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik							80%	53,70%	67,13%
	14	Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap							80%	81,28%	101,60%
	15	Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	12	15	125%	14	18	128,57%	20	20	100%
	16	Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan							80%	94,36%	117,95%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
		Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit									
	17	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena							80%	100%	125%
	18	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari							80%	100%	125%
	19	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup							80%	99,71%	110,79%
	20	Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator							12	12	100%
	21	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol							12	12	100%
	22	Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	87%	98,63%	113,37%	90%	99,91%	111,01%	95%	97,22%	102,34%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
	23	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (sisrute) di RS RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	60%	62,38%	103,97%	70%	83%	118,57%	85%	96,16%	113,13%
	24	Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium $\leq$ 60 Menit							80%	97,87%	122,34%
	25	Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam							75%	78,72%	104,96%
	26	Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit							80%	81%	101,25%
	27	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1							80%	92,27%	115,34%
	28	Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam							80%	85,40%	106,75%
	29	Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK							85%	97,22%	114,38%
Terwujudnya Pengembangan	30	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit							2	2	100%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
dan menciptakan inovasi-inovasi di bidang pelayanan	31	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP							10%	17,58%	175,80%
	32	Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan							1	1	100%
	33	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan							1	1	100%
	34	Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan							1	1	100%
	35	Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS							600	622	103,67%
	36	Persentase Penelitian Klinis	100%	100%	100%	50%	50%	100%	75%	75%	100%
		Jumlah Layanan Unggulan	6	6	100%	7	7	100%			
Terwujudnya kerjasama dengan instansi/lembaga nasional maupun internasional	37	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan							4	17	425%
	38	Jumlah Rumah Sakit Rujukan yang Diampu	2	2	100%	3	3	100%	112	168	150%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
		Dalam Bidang Otak dan Persyarafan									
Terselenggaranya promosi dan publikasi dibidang otak dan persarafan	39	Jumlah Publikasi Artikel/Ilmiah Per Tahun	12	18	150%	20	38	190%	25	182	728%
Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	40	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi							75%	85,91%	114,55%
	41	Persentase SDM yang Tersertifikasi	55%	59%	107,27%	57%	59%	103,51%	65%	100%	153,85%
	42	Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit							3	5	116,67%
	43	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT							90%	100%	111,11%
Budaya Kinerja yang baik	44	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	45	Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001							50%	50%	100%
Terwujudnya pengendalian manajemen dan	46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti							92,50%	100%	108,11%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
tata kelola yang baik	47	Opini audit atas laporan keuangan	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%
Budaya kinerja yang baik		Tingkat Akreditasi RS Pendidikan	Akreditasi B	Akreditasi B	100,00%	Akreditasi A	Penetapan RS Pendidikan	100%			
Terwujudnya optimalisasi sarana dan prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/ digital	48	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar							95%	95%	100%
	49	Tingkat kehandalan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	50	Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien							70%	70%	100%
	51	Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan							30%	31,93%	106,43%
	52	Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam							100%	100%	100%
	53	Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang							100%	100%	100%
	54	Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	40%	40%	100%	60%	60%	100%	80%	80%	100%
	55	Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	50	50	100%	90	93	103,33%	118	127	107,63%

Sasaran Strategis	NO IKU Indikator Kinerja		2021			2022			2023		
			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
	56	Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT							100%	100%	100%
Terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya	57	Rasio PNBP terhadap biaya operasional	65%	93,11%	143,25%	70%	87,84%	125,49%	72%	98,59%	136,93%
	58	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU							95%	110,81%	116,64%
	59	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni							97%	99,72%	102,80%
	60	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBP BLU							95%	100,23%	105,51%
	61	Persentase Nilai EBITDA Margin							15%	5,34%	35,60%

2. Pencapaian Target Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Rumah Sakit

Tabel III. 124 Capaian IKT RSPON Mahar Mardjono Tahun 2023

NO	Indikator Kinerja	Satuan	Tahun 2023											
			Nilai Standar TW I	Target TW I	Capaian	Nilai Standar TW II	Target TW II	Capaian	Nilai Standar TW III	Target TW III	Capaian	Nilai Standar TW IV	Target TW IV	Capaian
					TW I			TW II			TW III			TW IV
1	Ketersediaan Fasilitas Layanan	Persen				82,50%	77,50%	80,25%				82,50%	82,50%	82,60%
2	Ketepatan Waktu Layanan	Persen	80%	56,70%	51,07%	80%	65%	63,57%	75%	75%	58,15%	80%	81,70%	71,80%
3	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Persen	≤ 3%	5%	2,29%	≤ 3%	4%	1,10%	≤ 3%	3%	0,83%	≤ 3%	3%	2,97%
4	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	Persen										100%	100%	440%
5	Peserta Fellowship/ Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	Persen										100%	100%	166,67%
6	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap pelayanan kesehatan	Indeks				76,61	80	85,89				76,61	88	88,63

7	Pasien Stroke Hiperakut ($\leq$ 4,5 Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras kurang atau sama dengan $\leq$ 30 Menit)	Persen	80%	80%	95,35%	80%	80%	100,00%	80%	85%	94,71%	80%	85%	93,91%
8	Pasien Stroke Iskemik dengan onset < 4,5 Jam yang mendapatkan Terapi r-TPA intravena	Persen	80%	80%	100%	80%	85%	100%	80%	85%	100%	80%	90%	100%
9	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari	Persen	80%	80%	100%	80%	80%	100%	80%	85%	100%	80%	85%	100%
10	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam kondisi Hidup	Persen	90%	75%	98,62%	90%	80%	99,74%	90%	85%	100%	95%	90%	100%

11	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	Persen	75%	75%	79,55%	75%	85%	96,73%	75%	90%	90,90%	75%	80%	98,59%
12	Modernisasi Pengelolaan BLU Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem / BIOS)	Persen	100%	100%	113,60%	100%	100%	110,95%	100%	100%	117,65%	100%	100%	121,90%
13	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari pengelolaan Aset Badan Layanan Umum	Persen	10%	N/A	-	10%	10%	12,97%				10%	11%	95%

Hasil Capaian IKT pada triwulan IV tahun 2023 sebesar 92,31% dimana terdapat 12 Indikator yang telah mencapai target dari 13 indikator yang diperjanjikan, yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Dari 13 (Tiga Belas) Indikator Kinerja Terpilih terdapat 3 kategori penilaian, yaitu:
 - a. Indikator yang dilakukan evaluasi dan monitoring setiap bulan sebanyak 8 Indikator :
 1. Ketepatan Waktu Layanan yang menjadi indikator komposit dari 3 indikator, yakni:
 2. Penundaan Waktu Operasi Elektif
 3. Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras kurang atau sama dengan ≤ 30 Menit)
 4. Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset $<4,5$ jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
 5. Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari
 6. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
 7. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)
 8. Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU
 - b. Terdapat 3 Indikator yang dilakukan monitoring, evaluasi dan penilaian setiap semester (6 bulanan) yaitu:
 1. Ketersediaan Fasilitas Layanan yang menjadi indikator komposit dari 2 indikator:
 2. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan
 3. Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari pengelolaan Aset Badan Layanan Umum
 - c. Terdapat 2 Indikator yang dilakukan monitoring, evaluasi dan penilaian sekali dalam satu tahun (Tahunan) yaitu :
 1. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Kepuasan Pasien
 2. Peserta Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit
2. Pada Triwulan IV tahun 2023 terdapat Capaian 12 (Dua Belas) Indikator Kinerja diatas Target dan diatas Standar yaitu:
 - a. Indikator Ketetapan Fasilitas Layanan sebesar 82,60% melebihi dari Target sebesar 82,50% dan Standar 82,50%. Hasil tersebut didapat dari Ketersediaan Parkir sesuai Standar sebesar 70,16% dan Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) Rumah Sakit sebesar 95%. Hal ini menggambarkan bahwa

Ketersediaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit sudah sesuai Standar dan Fasilitas Satuan Ruang Parkir sudah sesuai dengan Standar kebutuhan Rumah Sakit.

- b. Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif tercapai sebesar 2,97% melebihi dari Target sebesar 3% dan Standar 3%. Hal ini menggambarkan bahwa ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi sudah sesuai rencana atau sesuai jadwal.
- c. Indikator Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional tercapai sebesar 440% melebihi dari Target sebesar 100% dan Standar 100%. Hasil Penelitian tersebut terdiri dari:

- Jumlah Penelitian / Riset yang dihasilkan : 95 Penelitian / Riset
- Target Jumlah Penelitian / Riset yang dihasilkan : 16 Penelitian / Riset
- Jumlah Penelitian / Riset yang dipublikasikan : 33 Penelitian / Riset
- Target Jumlah Penelitian / Riset yang dipublikasikan : 16 Penelitian / Riset
- Jumlah Penelitian Internasional Terpublikasi : 17 Penelitian / Riset

Perhitungan persentase realisasi:

$$\frac{\left(\frac{95}{16} \times 100\%\right) + \left(\frac{33}{16} \times 100\%\right)}{2} + \left(\frac{17 \times 40\%}{17}\right) = 400\% + 40\% = 440\%$$

Hal ini menggambarkan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sebagai Rumah Sakit Pendidikan dapat memberikan Hasil Penelitian atau Riset baik seputar Akademik, Kesehatan dan Manajemen Rumah Sakit baik secara Nasional dan / atau Internasional.

- d. Indikator Peserta Fellowship Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit tercapai sebesar 166,67% melebihi dari Target sebesar 100% dan Standar 100%. Hasil tersebut didapat dari Jumlah Peserta Fellowship Pendidikan Kedokteran dari RSPON selama Tahun 2023 berjumlah 5 Peserta dari Target 3 Peserta Fellowship terdiri dari:
- dr. Yuli Felisita, Sp.N : Harvard Medical School, USA
 - dr. Muhammad Kusdiansah, Sp.BS : Sapporo Teishinkai Hospital, Jepang
 - dr. Ryan Rhiveldi Keswani, Sp.BS : Sapporo Teishinkai Hospital, Jepang
 - dr. Mustaqin Prasetya, Sp.BS, FINPS : Koto Memorial Hospital, Jepang
 - dr. Yunus Kuntawi Aji, M.Ked.Klin, Sp.BS : Jutendo University, Jepang

Hal ini menggambarkan Rumah Sakit menghasilkan lulusan yang memiliki Kompetensi Akademik dan / atau Profesi di Bidang Kedokteran atau Kodekteran Gigi.

- e. Indikator Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan tercapai sebesar 88,63 melebihi dari Target sebesar 88 dan Standar $\geq 76,61$. Hal ini menggambarkan Kepuasan pasien terhadap fasilitas dan kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan Rumah Sakit kepada pasien.
- f. Indikator Pasien Stroke Hiperakut ($< 4,5$ jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit tercapai sebesar 93,91% melebihi dari Target sebesar 85% dan Standar 80%. Hal ini menggambarkan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, dimana salah satunya adalah penanganan pasien stroke hiperakut sesuai standar dan terselenggaranya pelayanan cepat serta mampu menyelamatkan pasien *stroke* akut.
- g. Indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset $< 4,5$ jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena tercapai sebesar 100% melebihi dari Target sebesar 90% dan Standar 80%. Hal ini menggambarkan bahwa kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya adalah penanganan pasien stroke iskemik sesuai standar dan terselenggaranya pelayanan cepat serta mampu menyelamatkan pasien.
- h. Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 Hari tercapai sebesar 100% melebihi dari Target sebesar 85% dan standar 80%. Hal ini menggambarkan terselenggaranya pelayanan yang cepat dan *responsive* serta mampu menyelamatkan pasien stroke iskemik yang dirawat inap selama kurang dari 7 hari.
- i. Indikator Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup tercapai sebesar 100% melebihi dari Target sebesar 90% dan standar 95%. Hal ini menggambarkan bahwa pelayanan yang diberikan mampu menyelamatkan pasien stroke iskemik dan pulang setelah fase akut telah teratasi dengan tanda-tanda vital stabil.
- j. Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB) *unaudited* sudah tercapai sebesar 98,59%, melebihi dari Target sebesar 85% dan Standar 75%. Hal tersebut menggambarkan bahwa pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN Rumah Sakit sudah efektif dan Efisien.

- k. Indikator Modernisasi Pengelolaan BLU Penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online Sistem* / BIOS sudah tercapai sebesar 121,90% melebihi dari Target sebesar 100% dan Standar 100%. Hal tersebut menggambarkan tingkat modernisasi BLU dalam peningkatan layanan, akuntabilitas manajemen dan pemanfaatan data yang handal dalam rangka pengambilan keputusan (*Decision Support System*) telah sesuai.
 - l. Indikator Pertumbuhan Realisasi Pendaparan dari Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum *unaudited* tercapai sebesar 95% melebihi Target sebesar 11% dan Standar 10%. Hal tersebut menggambarkan bahwa pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN Rumah Sakit sudah efektif dan Efisien.
3. Masih terdapat 1 Indikator yang belum mencapai target dan standar, yakni:
- Indikator Ketepatan Waktu Layanan sebesar 71,8% dengan target 81.7% dan standar 80%, dengan hasil capaian masing-masing sub indikator:
- Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik, dengan capaian triwulan IV sebesar 63,38%
 - Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk pasien Rawat Inap, dengan capaian triwulan IV sebesar 86,75%
 - Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang dengan capaian triwulan IV sebesar 65,18%.

Adapun **hambatan** belum tercapainya Indikator Ketepatan Waktu Layanan:

- Ketetapan Waktu Pelayanan di Poliklinik
 - a. Ada tindakan Cito di Jam Pelayanan atau Dokter jaga Onsite IGD
 - b. Dokter harus *Visite* Pasien Rawat Inap sebelum Jam 10.00 sehingga tidak bisa mulai Pelayanan tepat waktu
 - c. Dokter berhalangan hadir dan belum ada pengganti
- Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang
 - a. Masih ada beberapa Data yang belum terekam untuk mengeksklusi Pasien yang tidak datang setelah 3x dipanggil di Asesmen
 - b. Ketetapan waktu Poliklinik belum mencapai target dan masih ada Dokter yang menghentika sementara pemeriksaan Pasien Poliklinik untuk *Visite* Pasien Rawat Inap / tindakan

- c. Masih ada Penumpukan Resep masuk pada jam tertentu diakibatkan oleh ketidakpastian Jam Mulai Poliklinik
- d. Masih ada Pasien tidak langsung mengambil Obat di Farmasi Rawat Jalan setelah Pemeriksaan Dokter

Rencana Tindak Lanjut

Melakukan monitoring dan evaluasi proses perbaikan berkala pada unit terkait dalam proses pencapaian target maupun standar dalam indikator ketepatan waktu layanan, yakni:

- Ketetapan Waktu Pelayanan di Poliklinik
 - a. Menetapkan Jadwal Dokter bertugas IGD Pagi
 - b. Berkoordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk mengatur jadwal Poliklinik dengan Jadwal *Visite* Pasien Rawat Inap
 - c. Menetapkan Dokter pengganti yang akan mengisi Pelayanan Poli bila ada yang berhalangan hadir secara mendadak
- Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
 - a. Penambahan Panel Panggil pada sistem *Single ID* (Proses Panggil Pelayanan Asesmen Perawat)
 - b. Monitoring Ketetapan Waktu Dokter mulai Poliklinik oleh Tim Kerja Pelayanan Medik
 - c. Berkoordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk menghindari Penghentian Pemeriksaan Pasien Poliklinik pada saat ada *Visite* Pasien Rawat Inap atau tindakan yang mendesak
 - d. Penambahan Panel Panggil pada Sistem *Single ID* (Proses Panggil Farmasi)
 - e. Koordinasi dengan Perawat / Petugas Farmasi ke Pasien terkait Waktu Pengambilan Obat

3 Tingkat Maturitas BLU

Tabel III. 125 Hasil Penilaian Tingkat Maturitas BLU RSPON Mahar Mardjono

1	Keuangan	2022	2023	4	Tata Kelola dan Kepemimpinan	2022	2023
1	Likuiditas	2,13	1,38	1	Perencanaan Strategis	4,00	4,00
2	Efisiensi	5,00	5,00	2	Etika Bisnis	3,00	2,00
3	Efektivitas	1,00	3,50	3	Stakeholder Relationship	4,00	5,00
4	Tingkat Kemandirian	4,75	3,25	4	Manajemen Resiko	3,00	4,00
	Maturitas Aspek	3,22	3,28	5	Pengawasan dan Pengendalian	3,00	4,00
					Maturitas Aspek	3,40	3,80
2	Pelayanan	2022	2023	5	Inovasi	2022	2023
1	Indeks Kepuasan Masyarakat	4,00	4,00	1	Keterlibatan Pengguna Jasa	1,00	2,00
2	Efisiensi Waktu Pelayanan	4,00	4,00	2	Proses Inovasi	1,00	2,00
3	Sistem Pengaduan Pelayanan	5,00	5,00	3	Manajemen Pengetahuan	2,00	2,00
4	Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan	4,63	4,50	4	Manajemen Perubahan	1,00	3,00
	Maturitas Aspek	4,41	4,38		Maturitas Aspek	1,25	2,25
3	Kapabilitas Internal	2022	2023	6	Lingkungan	2022	2023
1	Sumber Daya Manusia	4,00	4,00	1	Environmental Footprint Management	3,00	1,00
2	Proses Bisnis	4,00	4,00	2	Penggunaan Sumber Daya	4,00	1,00
3	Teknologi	4,00	4,00		Maturitas Aspek	3,50	1,00
4	Customer Focus	3,00	4,00				
	Maturitas Aspek	3,75	4,00				
	Tingkat Maturitas BLU					3,48	3,59

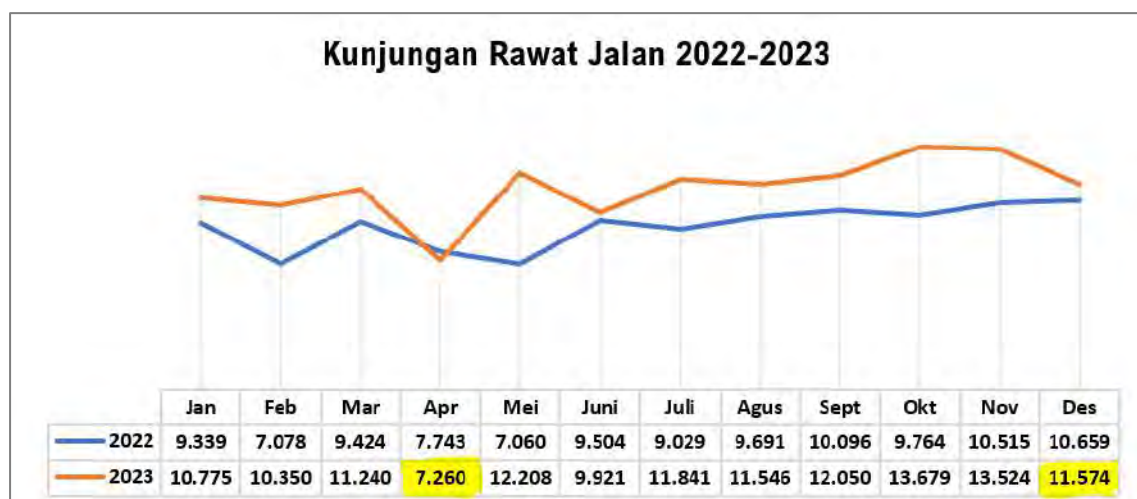
- Tingkat Maturitas BLU tahun 2023 sebesar 3,59, naik 3,16% dibandingkan tahun 2022 sebesar 3,48.
- Hasil Penilaian maturitas BLU pada komponen *Result Based* :
 - Terdapat **Kenaikan** 0,06 pada aspek Keuangan, yang terdiri atas:
 - Penurunan Indikator likuiditas dari 2,13 menjadi 1,38 yang dipengaruhi **penurunan** trend Rasio Optimalisasi Kas sebesar 0,95% dari Tahun 2020 sd. 2022.
 - Kenaikan Indikator efektivitas dari 1,00 menjadi 3,50 yang dipengaruhi oleh trend **kenaikan** pada imbalan atas asset (142%) dan imbalan atas ekuitas (143%) dari tahun 2020 sd. 2022.
 - Penurunan Indikator tingkat kemandirian dari 4,75 menjadi 3,25 yang dipengaruhi oleh trend penurunan tingkat kemandirian sebesar 0,5% dari tahun 2020 sd. 2022.
 - Terdapat **Penurunan** 0,03 pada aspek Layanan, yang terdiri atas:

- Penurunan Indikator Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan dari 4,41 menjadi 4,38 yang dipengaruhi **penurunan** Pertumbuhan rata-rata Kunjungan Rawat Darurat sebesar 0,17% dari Tahun 2020 sampai Tahun 2022.
- Hasil Penilaian Maturitas BLU pada komponen *Process Based* :
 - a. Terdapat **Kenaikan** 0,25 pada Aspek Kapabilitas Sosial, yang terdiri atas:
 - Kenaikan Indikator *Costumer Focus* dari 3,00 menjadi 4,00 yang dipengaruhi pada Laporan Analisis *Stakeholder Feedback* yaitu Analisis Indeks Kepuasan Masyarakat telah terpenuhi.
 - b. Terdapat **Kenaikan** 0,40 pada Aspek Tata Kelola Kepemimpinan, yang terdiri atas:
 - Penurunan Indikator Etika Bisnis dari 3,00 menjadi 2,00 yang dipengaruhi Dokumen perilaku Pegawai pada Laporan Penerapan Kode Etik Organisasi, dalam hal ini berdasarkan prosedur baku belum sesuai dan Laporan Kegiatan Sosialisasi Kode Etik Organisasi untuk Pegawai BLU belum sesuai.
 - Kenaikan Indikator *Stakeholder Relationship* dari 4,00 menjadi 5,00 dipengaruhi pada Laporan Analisis *Stakeholder Feedback* Survei Kepuasan Masyarakat telah terpenuhi.
 - Kenaikan Indikator Manajemen Resiko dari 3,00 menjadi 4,00 dipengaruhi dengan Laporan Manajemen Resiko pada analisis dan tren aktivitas, Rencana Tindak Lanjut, Dashboard Pemantauan Risiko Organisasi dan Rencana Pelatihan dan Penyuluhan Manajemen Resiko telah terpenuhi
 - Kenaikan Indikator Pengawasan dan Pengendalian dari 3,00 menjadi 4,00 dipengaruhi pada Rencana Pelatihan, Penyuluhan Manajemen Resiko dan Laporan Kegiatan Pelaksanaan Pengawasan dan Pengendalian telah terpenuhi.
 - c. Terdapat **Kenaikan** 1,00 pada Aspek Inovasi, yang terdiri atas:
 - Kenaikan Indikator Keterlibatan Penggunaan Jasa dari 1,00 menjadi 2,00 dipengaruhi pada Laporan kegiatan masukan pengguna Layanan, terkait masukan terhadap usulan E-SEP yang sedang dikembangkan telah ditindaklanjuti.

- Kenaikan Indikator Proses Inovasi dari 1,00 menjadi 2,00 dipengaruhi dengan adanya Inovasi pada *Learning Management System* Rumah Sakit Pusat Otak Nasional yang dapat diakses oleh seluruh Pegawai RSPON.
 - Kenaikan Indikator Manajemen Perubahan dari 1,00 menjadi 3,00 dipengaruhi dengan adanya Laporan Kegiatan Sosialisasi Pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM dan Penggunaan Wallpaper Anti Korupsi Tahun 2022 yang lengkap.
- d. Terdapat **Penurunan** 2,50 pada Aspek Lingkungan yang terdiri atas:
- *Environmental Footprint Management* dari 3,00 menjadi 1,00.
 - Penggunaan Sumber Daya dari 4,00 menjadi 1,00 dipengaruhi oleh Laporan yang belum lengkap.

B. Sumber Daya

1. Kinerja Pelayanan

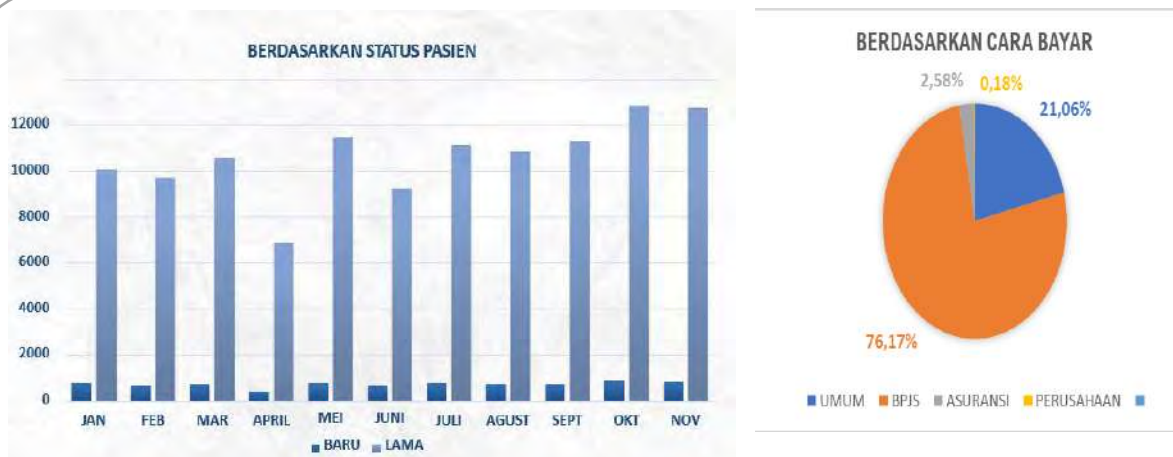


Gambar III. 5 Kunjungan Rawat Jalan tahun 2022-2023

- Kunjungan rawat jalan gambar diatas meliputi kunjungan poliklinik reguler dan poliklinik eksekutif;
- Total Kunjungan rawat jalan tahun 2023 sebesar 135.968 pasien, naik 23,72% dibandingkan total kunjungan rawat jalan tahun 2022;
- Pada bulan April 2023 kunjungan mengalami penurunan dikarenakan adanya hari libur nasional dalam rangka hari raya Idul Fitri;

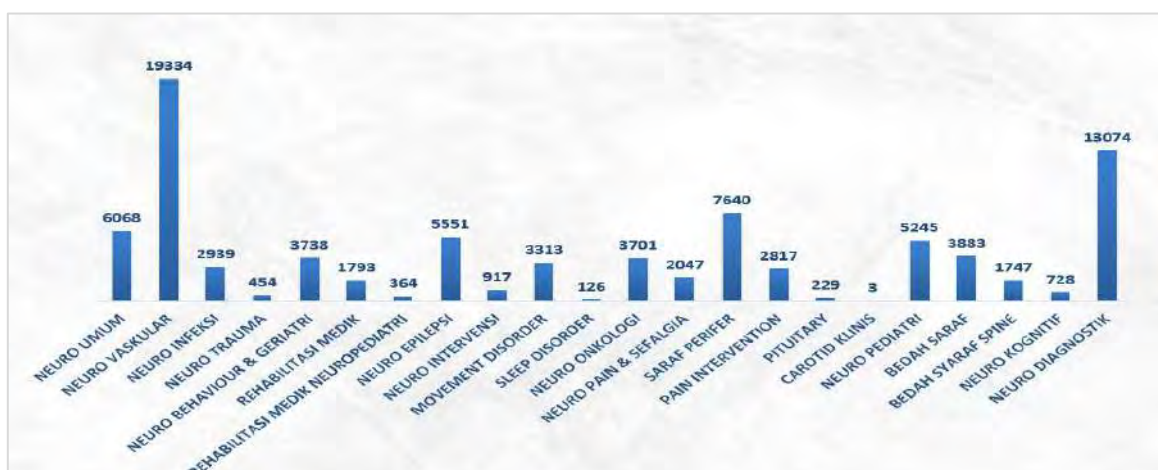
- Adanya libur Natal dan Tahun Baru menyebabkan pelayanan mengalami penurunan pada Bulan Desember 2023 dengan 19 hari pelayanan;
- Kunjungan rawat jalan bulan Desember 2023 meningkat 8,58% dibandingkan dengan Desember 2022, namun menurun 14,42% jika dibandingkan dengan November 2023 yang dipengaruhi oleh berkurangnya hari pelayanan;

Peningkatan kunjungan rawat jalan dipengaruhi oleh adanya penambahan kuota pasien per Oktober 2023 untuk beberapa Poliklinik yang memiliki tren kunjungan tinggi (*Neurovaskular, Saraf Perifer, Neuroonkologi, Movement Disorder*)



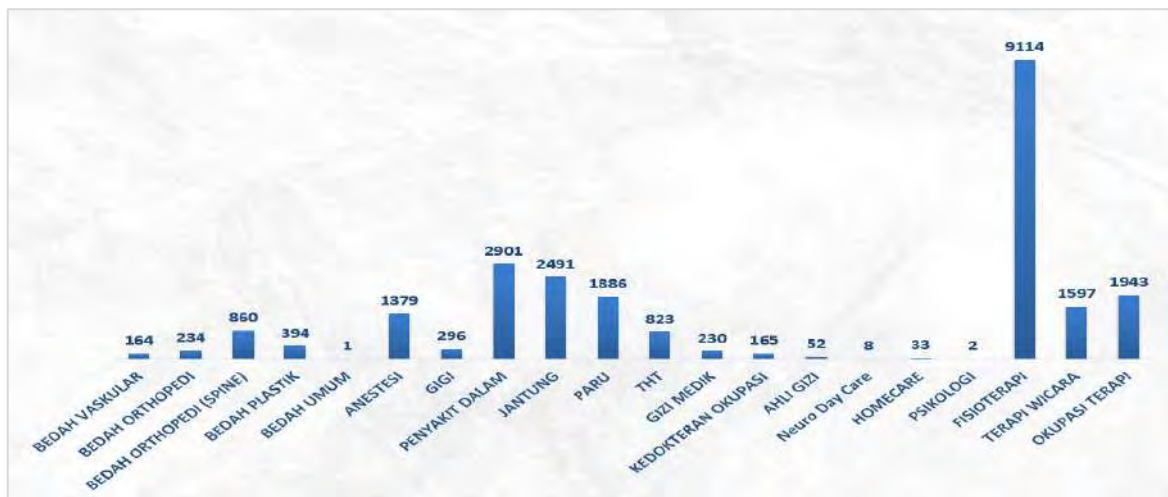
Gambar III. 6 Kunjungan Rawat Jalan berdasarkan status dan cara Bayar Pasien

- Berdasarkan status pasien, 93,88% merupakan kunjungan pasien lama/kontrol dan pasien baru sebesar 6,12%.
- Berdasarkan penjaminan, mayoritas pasien menggunakan BPJS dengan rincian penjaminan pasien : BPJS Kesehatan 76,17%, Umum sebesar 21,06%, asuransi 2,58% dan sisanya 0,18% penjaminan Perusahaan



Gambar III. 7 Kunjungan Rawat Jalan Subdivisi Poli Neurologi tahun 2023

- Kunjungan poliklinik neurologi terbanyak adalah kunjungan ke poli *Neurovaskular* sesuai dengan kasus terbanyak di RSPON yakni kasus *Stroke*, sedangkan kunjungan terendah yaitu subdivisi *Sleep Disorder* dan *Carotid Clinic* (layanan unggulan baru Desember 2023)
- Kunjungan Rehabilitasi Medik untuk poliklinik regular/BPJS dimulai pada bulan Februari 2023, sehingga berdampak peningkatan kunjungan pasien BPJS ke Neurorestorasi (Fisioterapi, Okupasi Terapi dan Terapi Wicara)



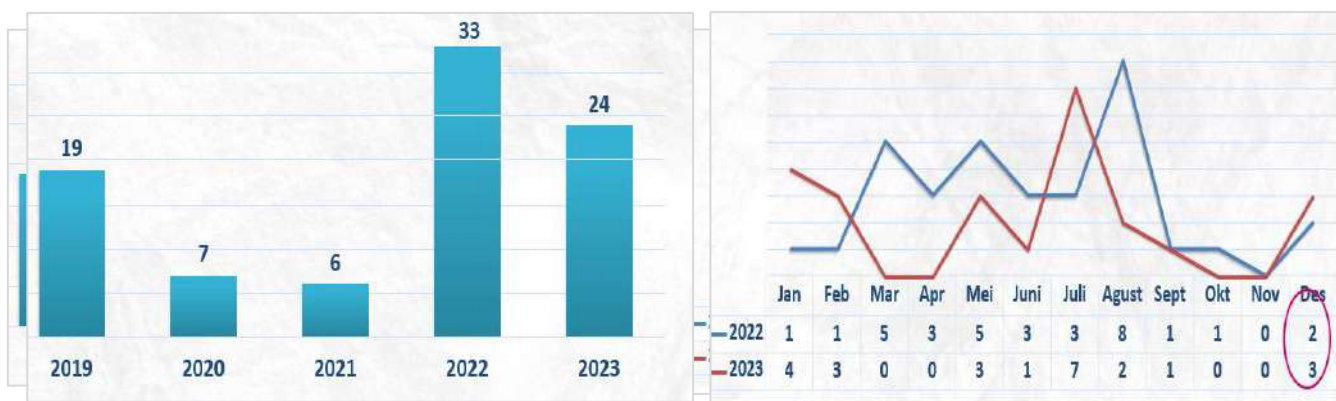
Gambar III. 8 Kunjungan Rawat Jalan Subdivisi Poli Non Neurologi Tahun 2023

- Kunjungan Neurorestorasi didominasi kunjungan Fisioterapi, untuk kondisi saat ini antriannya sudah waiting list sd. Bulan April 2024 menunggu penjadwalan
- Kunjungan Poliklinik Non Neurologi terbanyak adalah kunjungan poliklinik penyakit dalam diikuti poliklinik jantung, pulmonologi dan poliklinik lainnya
- Kunjungan poliklinik gigi regular sejak Agustus 2023 beralih ke kunjungan eksekutif
- Per bulan Oktober sd. Desember 2023 layanan baru Homecare sebanyak 33 kunjungan
- Rerata kunjungan rawat jalan regular perhari selama tahun 2023 sebanyak 461 kunjungan



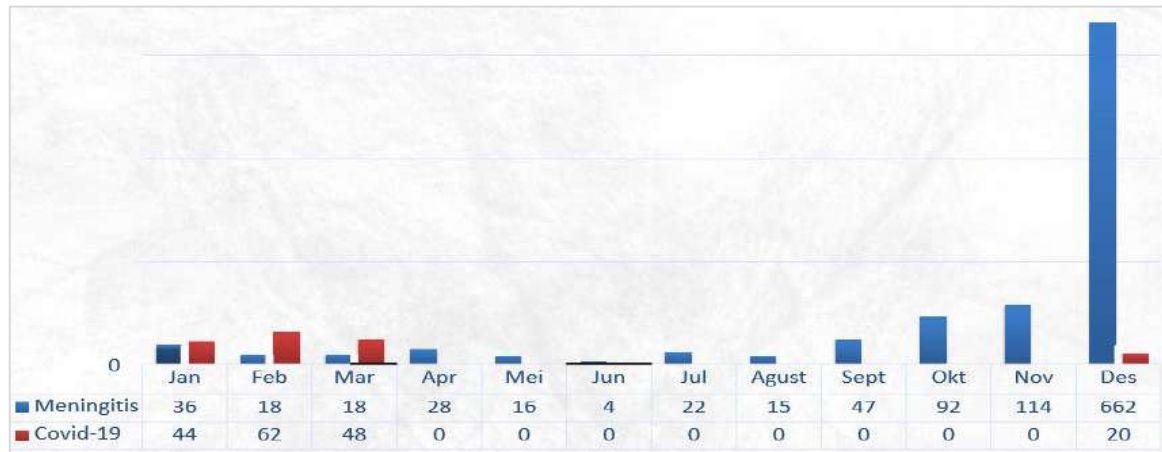
Gambar III. 9 Kunjungan Poliklinik Eksekutif tahun 2022 - 2023

- Poliklinik Eksekutif terdiri dari Konsultasi Neurologi Eksekutif, Neurorestorasi Eksekutif, Neurodiagnostik Eksekutif, Neurokognitif Eksekutif dan *Telemedicine*
- Kunjungan Poliklinik Eksekutif tahun 2023 sebesar 25.684 pasien naik 13,14% dibandingkan tahun 2022 sebesar 22.702 pasien
- Kunjungan poliklinik eksekutif bulan Desember 2023 dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2022 naik 0,52%, sedangkan dibandingkan bulan November 2023 turun 4% dengan jumlah hari pelayanan sebanyak 24 hari.



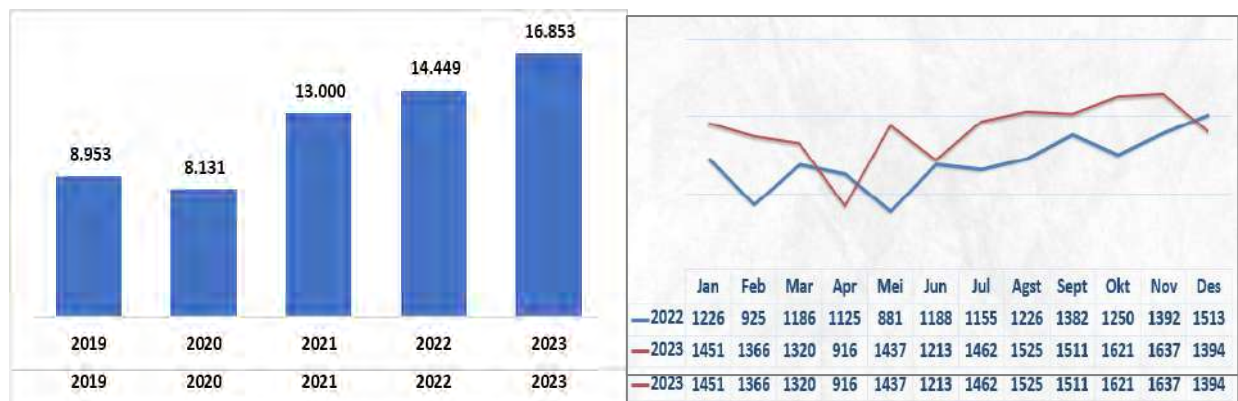
Gambar III. 10 Kunjungan Layanan Brain Check Up

Kunjungan BCU tahun 2023 turun 27,3% dibandingkan tahun 2022 dengan jumlah 24 kunjungan dibandingkan bulan Desember tahun 2022 kunjungan BCU pada Desember 2023 naik 50% perlu dilakukan promosi BCU lagi agar terjadi peningkatan kunjungan BCU.



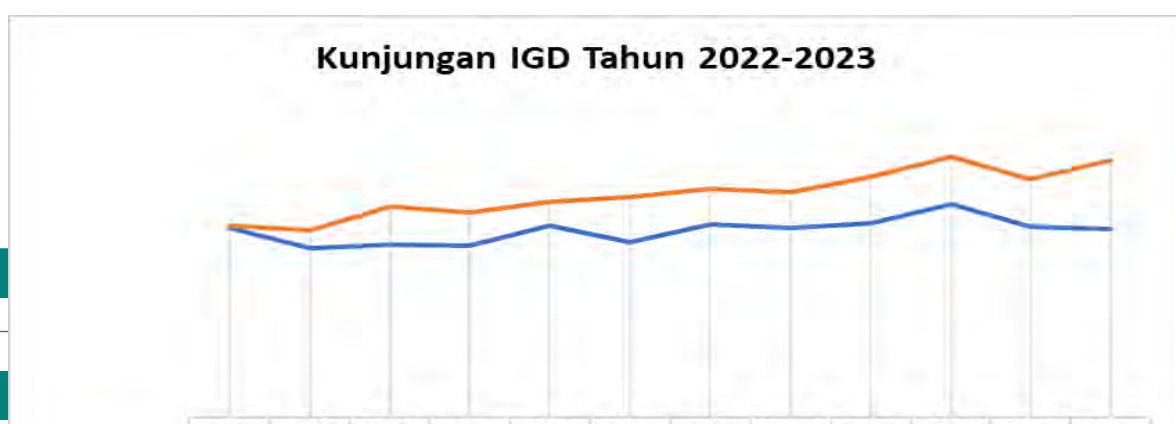
Gambar III. 11 Layanan Vaksinasi Tahun 2023

Kunjungan layanan vaksinasi mengalami peningkatan yang signifikan pada bulan Desember 2023 sebesar 480,7% dibandingkan November 2023 yang terdiri dari Vaksinasi Meningitis, Influenza dan Hepatitis. Hal ini dikarenakan adanya permintaan vaksinasi dari Perusahaan (PT. Mandiri Utama Finance). Seiring dengan mulai adanya kasus Covid-19 pada bulan Desember 2023, maka mulai diadakan kembali Vaksin Covid-19 khusus bagi Tenaga Kesehatan.



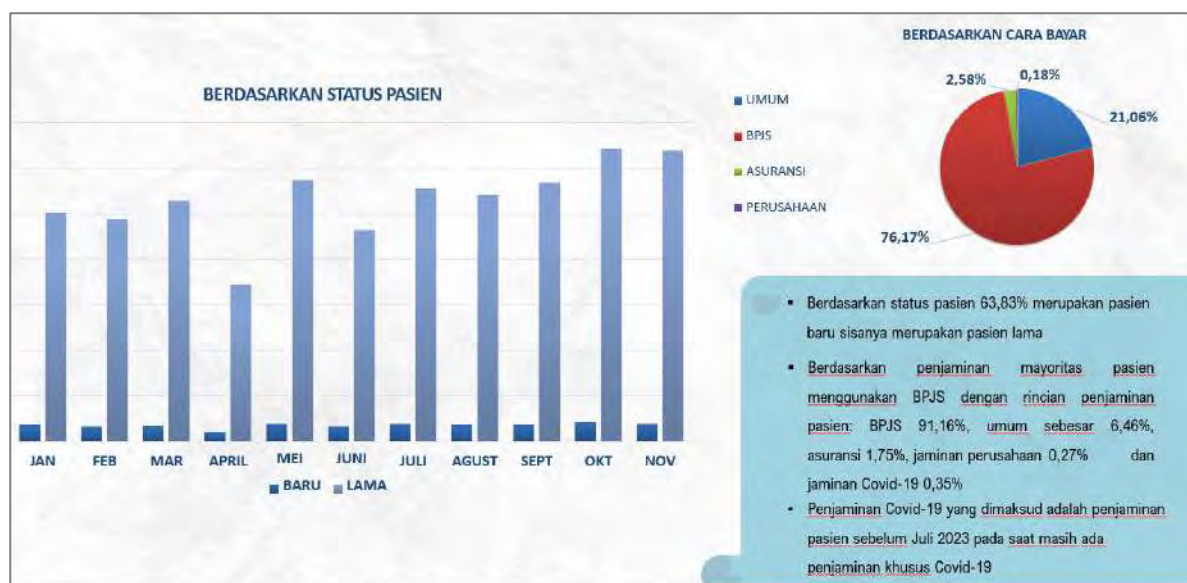
Gambar III. 12 Kunjungan layanan Neurodiagnostik dan Neurokognitif

Pelayanan/tindakan Neurodiagnostik dan Neurobehaviour pada tahun 2023 meningkat 16,64% dibanding tahun 2022, namun untuk Tindakan Neurodiagnostik dan Neurobehaviour pada bulan Desember 2023 dibandingkan periode yang sama pada tahun 2022 turun 7,86%. Tindakan terbanyak pada tahun 2023 adalah EMG diikuti Tindakan lainnya



Gambar III. 13 Kunjungan Layanan IGD tahun 2022-2023

Kunjungan IGD tahun 2023 sebesar 12.147 pasien naik 19,75% dibandingkan tahun 2022 sebesar 10.144 pasien, demikian pula kunjungan IGD pada bulan Desember 2023 dibandingkan periode yang sama tahun 2022 naik 36,26% dengan rata-rata kunjungan per hari sebanyak 38 pasien.



Gambar III. 14 Kunjungan IGD berdasarkan Status Pasien dan Cara Bayar tahun 2023

Tindakan trombolisis r- TPA (IGD)

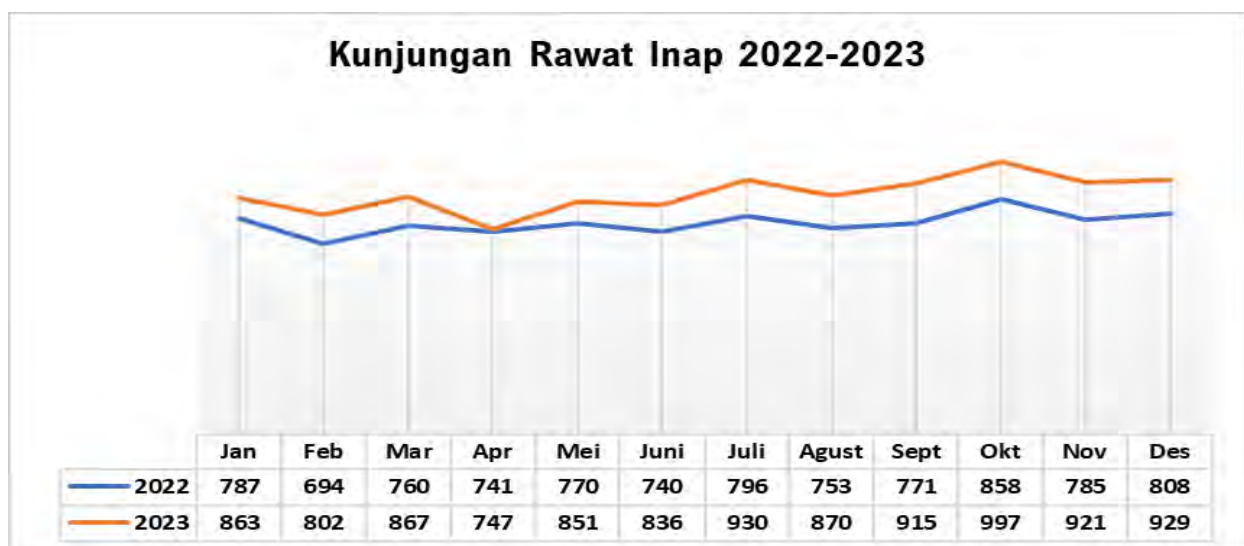
JENIS STROKE	TOTAL 2022	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	TOTAL
STROKE ISKEMIK	4289	386	356	380	399	418	406	412	404	443	481	404	434	4925
STROKE HEMORAGIK	810	69	76	69	48	68	82	91	70	75	75	65	90	878
TINDAKAN RTPA	171	39	28	22	28	23	20	27	17	30	24	26	21	305
% RTPA	3,99%	10,10%	7,87%	5,79%	7,02%	5,50%	4,93%	6,55%	4,21%	6,77%	4,99%	6,44%	4,84%	6,20%

Jumlah tindakan r-TPA tahun 2023 sebanyak 305 dengan capaian 6,20%

Rerata kunjungan False Emergensi (bukan kasus kegawatan) tahun 2023

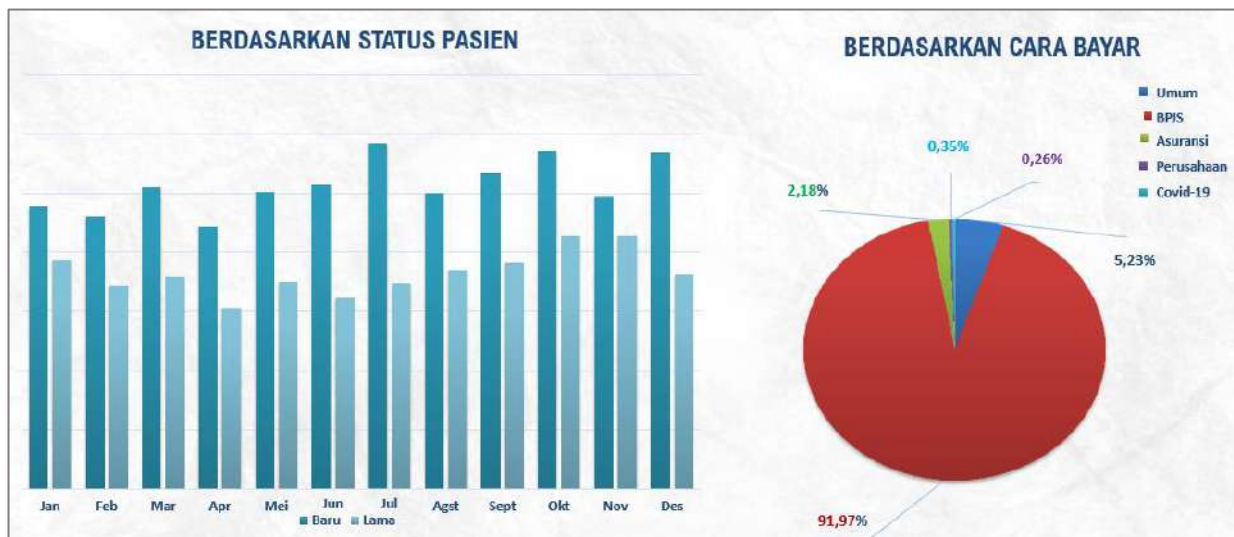
Naik 78%

Gambar III. 15 Tindakan trombolisis r-TPA dan Kunjungan *False Emergensi* di IGD tahun 2023



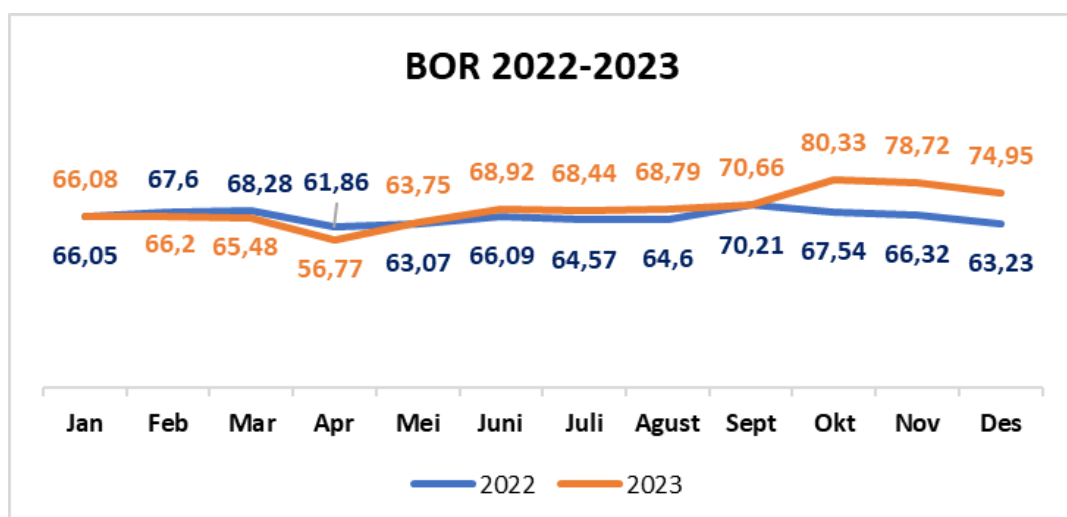
Gambar III. 16 Kunjungan Rawat Inap tahun 2022-2023

- Kunjungan rawat inap merupakan kunjungan pasien berdasarkan pasien masuk rawat baik dari IGD maupun poliklinik
- Total Kunjungan rawat inap tahun 2023 sebesar 10.528 pasien naik 13,66% dari tahun 2022 sebesar 9.263. Demikian pula kunjungan pada bulan Desember 2023 naik 14,97% dibandingkan dengan periode yang sama pada tahun 2022 dengan rata-rata pasien masuk per hari sebesar 30 persen.



Gambar III. 17 Kunjungan Rawat Inap Berdasarkan Status Pasien dan Cara Bayar Tahun 2023

- Berdasarkan status pasien 58,44% merupakan pasien baru dan sisanya merupakan pasien lama (41.56%)
- Berdasarkan penjaminan mayoritas pasien menggunakan BPJS
- Rincian penjaminan pasien BPJS sebesar 91,97%, umum sebesar 5,23%, asuransi 2,18%, jaminan Perusahaan 0,35% dan jaminan Covid-19 0,26%
- Penjaminan Covid-19 yang dimaksud adalah penjaminan pasien sebelum Juli 2023 pada saat masih ada penjaminan khusus Covid-19



Gambar III. 18 Capaian BOR selama tahun 2022-2023

Capaian Total BOR tahun 2022 sebesar 63%, sedangkan capaian BOR tahun 2023 sebesar 69%

Tabel III. 126 Rincian Bed Occupancy Rate (BOR %) per bulan

NO	DATA RAWAT INAP		DES 22	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	TOTAL AKHIR
1	JUMLAH HARI DALAM 1 PERIODE		31	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	365
2	JUMLAH TEMPAT TIDUR TERSEDIA		234	244	247	248	249	249	249	249	249	247	244	247	254	248
3	JUMLAH HARI RAWAT (hari)		5130	4998	4583	5034	4233	4912	5148	5287	5310	5241	6084	5822	5897	62549
4	JUMLAH LAMA RAWAT (hari)		4981	4811	4828	4845	4456	4734	5166	5294	5322	5308	6015	5616	6242	62637
5	PASIEN AWAL (SISA BULAN LALU)		230	120	141	130	108	113	80	114	127	88	169	175	180	1545
6	PASIEN AKHIR (SISA BULAN INI)		68	141	130	108	113	80	114	127	88	169	175	180	156	1581
5	JUMLAH PASIEN MASUK		809	863	802	867	747	851	836	930	870	915	997	921	929	10528
	a. Poliklinik		181	186	171	176	125	165	137	188	169	165	198	219	172	2071
	b. IGD		628	677	631	691	622	686	699	742	701	750	799	702	757	8457
6	JUMLAH PASIEN KELUAR (H+M)		963	822	823	857	778	821	839	923	865	908	996	923	951	10506
	a. Izin Dokter (Pulang)		862	770	754	783	719	764	782	851	810	847	910	861	884	9735
	b. Atas Permintaan Sendiri		24	5	6	11	8	4	6	9	8	3	8	7	4	79
	c. Dirujuk ke RS Lain		12	5	5	9	7	8	6	5	2	5	9	4	6	71
	d. Kabur		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	e. Meninggal :		65	42	58	54	44	45	45	58	45	53	69	51	57	621
	(1) Meninggal ≤ 48 Jam		22	12	18	18	12	13	14	15	18	9	15	18	17	179
	(2) Meninggal ≥ 48 Jam		43	30	40	36	32	32	31	43	27	44	54	33	40	442
INDIKATOR EVALUASI MUTU PELAYANAN		Standar Ideal menurut Depkes														
	Bed Occupancy Rate (BOR)	60 % - 85 %	70,72%	66,08%	66,20%	65,48%	56,77%	63,75%	68,92%	68,44%	68,79%	70,66%	80,33%	78,72%	74,95%	69,11%
	Average Length of Stay (ALOS)	6 - 9 hari	5,17	5,85	5,87	5,65	5,73	5,77	6,16	5,74	6,15	5,85	6,04	6,08	6,56	5,96
	Turn Over Interval (TOI)	1 - 3 hari	2,21	3,12	2,84	3,10	4,14	3,40	2,77	2,64	2,78	2,40	1,50	1,71	2,07	2,66
	Bed Turn Over (BTO)	40 - 50 kali	4,12	3,37	3,33	3,46	3,13	3,30	3,37	3,70	3,47	3,67	4,08	3,74	3,75	42,37
7	Gross Dead Rate (GDR)	≤ 45 %	67,50	51,09	70,47	63,01	56,56	54,81	53,64	62,84	52,02	58,37	69,28	55,25	59,94	59,11
	Net Dead Rate (NDR)	≤ 25 %	44,65	36,50	48,60	42,01	41,13	38,98	36,95	46,59	31,21	48,46	54,22	35,75	42,06	42,07



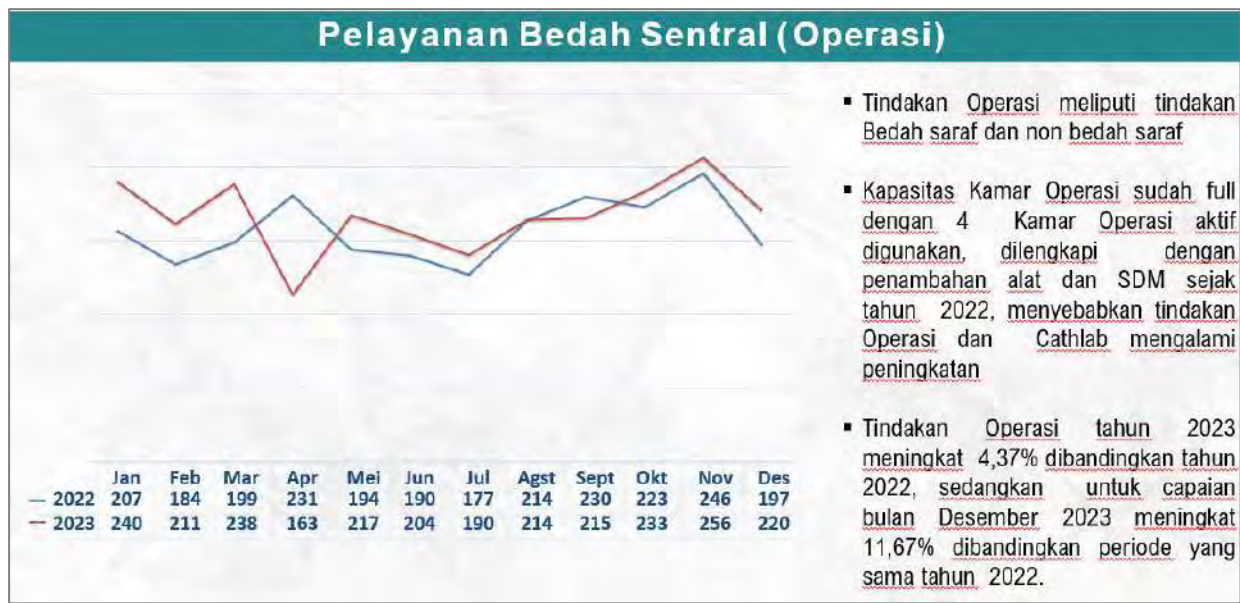
Gambar III. 19 Rincian BOR per Kelas Tahun 2023



Gambar III. 20 Jumlah Pasien Re-Admisi dan Angka Pembatalan Operasi Tahun 2023

- Pasien Re-Admisi pada bulan Desember mengalami kenaikan signifikan 300% dibandingkan bulan November, hal ini didominasi oleh pasien dengan komplikasi medis, serta penyakit kronis yang diderita pasien.
- Angka pembatalan operasi per tahun terhadap pasien elektif menurun setiap tahunnya. Pembatalan operasi selama tahun 2023 dikarenakan : Pasien terkonfirmasi Covid-19, Pasien dirujuk, Adanya operasi cito, Kamar operasi penuh, Adanya waktu operasi yang memanjang, Pasien pulang APS, Perbaikan keluhan utama pasien, sehingga permintaan ditunda oleh pasien, Pasien tiba-tiba menolak operasi, dan Kendala operator.

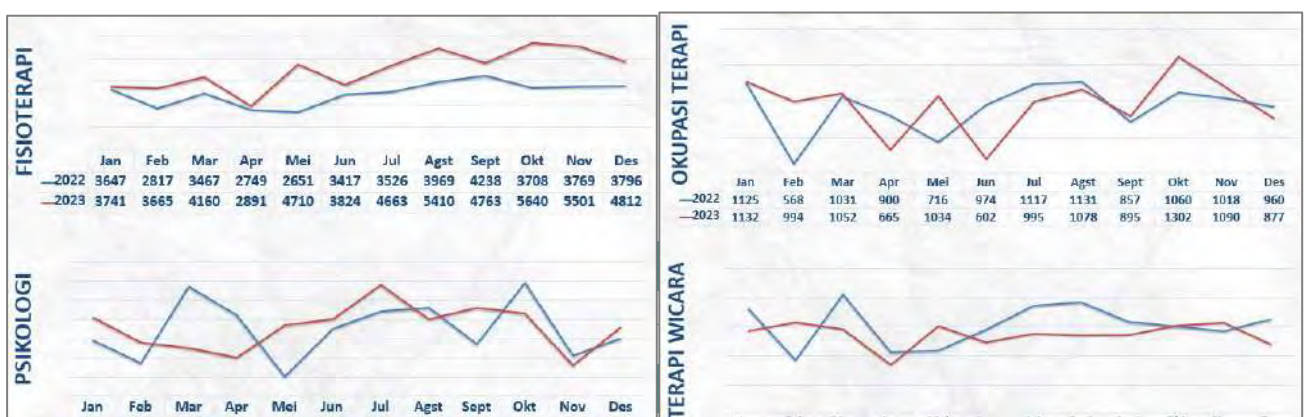




Gambar III. 22 Pelayanan Bedah Sentral (Operasi) Tahun 2023



Gambar III. 23 Pelayanan Laboratorium dan Radiologi Tahun 2023



Gambar III. 24 Pelayanan Neurorestorasi Tahun 2023

- Okupasi terapi tahun 2023 naik 2,26% dibandingkan tahun 2022, namun untuk capaian Desember 2023 turun 8,64% dibandingkan tahun 2022 dengan periode yang sama dengan terapi terbanyak latihan keterampilan (sensorrik, motorik, persepsi, kognitif dan psikososial);
- Terapi wicara tahun 2023 turun 7,61% dibandingkan tahun 2022, demikian pula dengan capaian Desember 2023 turun 20,62% dibandingkan Desember 2022 dengan terapi terbanyak adalah terapi fungsi bicara;
- Pelayanan Fisioterapi banyak mengalami peningkatan seiring dengan dapat telah dapat dipergunakannya pembayaran BPJS pada layanan neurorestorasi. Terlihat pada tahun 2023 layanan fisioterapi naik 28,80% dibandingkan tahun 2022, demikian pula pada bulan Desember 2023 terjadi peningkatan 26,76% dibandingkan dengan Desember 2022;
- Terapi terbanyak pada pasien Fisioterapi yakni Exercise Berat;
- Pelayanan Psikologi bulan Tahun 2023 naik 2,42% dibandingkan tahun 2022, demikian pula capaian Desember 2023 meningkat 15,0% dibandingkan periode yang sama pada tahun 2022

Pelayanan Farmasi

JUMLAH RESEP

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
—2022	27263	23192	27054	24932	25516	27027	27660	28452	30357	31093	31051	31751
—2023	31984	29676	33493	27911	33785	32261	34276	34485	34890	39298	37434	31101

- Pelayanan Farmasi dinilai berdasarkan jumlah resep yang masuk, Dimana jumlahnya mengikuti trend kunjungan pasien
- Jumlah resep tahun 2023 meningkat 19,46% dibandingkan tahun 2022, namun jumlah resep bulan Desember 2023 menurun 2,05% dibandingkan bulan Desember tahun 2022

No	Nama Depo	Jumlah Lembar Resep	Jumlah Item Obat	Generik	%Generik	%Fornas untuk Pasien JKN	Antibiotik	%Antibiotik	%Non-Fornas	%Non Fornas Formularium RS	%Non-Fornas Non-Formularium RS
1	Januari	31,984	61,485	46,475	75.50%	99.45%	985	1.60%	8.24%	5.73%	2.81%
2	Februari	29,676	57,752	43,189	74.78%	99.37%	843	1.46%	9.19%	6.04%	3.44%
3	Maret	33,493	65,119	49,303	75.71%	99.31%	984	1.51%	8.25%	5.34%	3.15%
4	April	27,911	52,390	39,547	75.49%	99.34%	795	1.52%	8.08%	4.72%	3.87%
5	Mei	33,785	66,114	50,010	75.64%	99.17%	953	1.44%	9.59%	5.58%	3.48%
6	Jun	32,261	60,011	45,115	75.18%	99.19%	838	1.40%	8.58%	4.92%	3.95%
7	Juli	34,276	68,655	50,127	73.01%	99.35%	938	1.37%	10.07%	4.98%	4.10%
8	Agustus	34,890	67,086	50,728	75.61%	99.29%	990	1.48%	9.95%	5.13%	3.73%
9	September	34,277	68,656	50,128	73.01%	99.35%	939	1.37%	9.42%	4.88%	4.17%
10	Oktober	39,298	74,697	56,876	76.14%	99.42%	985	1.32%	8.53%	4.52%	3.75%
11	November	37,434	70,454	52,726	74.84%	99.70%	980	1.39%	8.79%	5.16%	3.29%
12	Desember	31,101	109,421	86,657	79.20%	99.79%	2631	2.40%	7.51%	3.90%	1.33%
Total		400,386	821,840	620,881			11,861				

Note: Persentase Fornas dari Laporan Penulisan Resep Sesuai Fornas

Gambar III. 25 Pelayanan Farmasi Tahun 2023

Tabel III. 127 10 Besar Penyakit Terbanyak Tahun 2023

	RAWAT JALAN			RAWAT INAP		
	Diagnosa	Jumlah	%	Diagnosa	Jumlah	%
1	Stroke Iskemik	4890	47,18%	Stroke Iskemik	29979	22,05%
2	Stroke Hemoragik	855	8,25%	Epilepsi	11571	8,51%
3	Tumor Intrakranial	804	7,76%	Tumor Intrakranial	9059	6,66%
4	Epilepsi	283	2,73%	Radiculopathy Lumbar	4642	3,41%
5	Trauma Kepala	278	2,68%	Vascular Demensia	3816	2,81%
6	Transcient Ischaemic Attack (TIA)	219	2,11%	Stroke Hemoragik	2937	2,16%
7	Subarachnoid Hemoragik	130	1,25%	Parkinson Disease	2616	1,92%
8	Hidrosefalus	119	1,15%	Headache	2593	1,91%
9	Trigeminal Neuralgia	71	0,68%	Intervertebral disc displacement (HNP)	2358	1,73%
10	Status Epilepticus	53	0,51%	Radiculopathy Cervical	1844	1,36%

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

RSPON Mahar Mardjono saat ini memiliki dua gedung bangunan dimana gedung A yang memiliki luas 36.792meter persegi dengan 12 lantai yang diperuntukan pada pelayanan kepada pasien, sedangkan gedung B dengan luas 31.927meter persegi merupakan gedung yang mulai dipergunakan pada bulan Maret 2017 yang diperuntukan untuk kegiatan manajemen, parkir, administrasi, rumah singgah keluarga pasien dan pelayanan non medis dalam bentuk kegiatan yang berorientasi pada pendidikan dan penelitian. Tahun 2023 telah dilakukan pengadaan tanah dengan kebutuhan seluas 23.983 meter persegi untuk Pembangunan Gedung INN (Institute Neurosains Nasional) yang akan dilaksanakan pembangunannya ditahun 2024.

Berikut Pengelolaan sarana dan prasarana RS. PON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono tertuang dalam SIMAK BMN sampai dengan 31 Desember 2023:

Tabel III. 128 Posisi SIMAK BMN RS. PON Mahar Mardjono
 Untuk Bulan yang berakhir 31 Desember 2023

Adapun Laporan BMN Gabungan Intrakomptable dan Ekstrakomptable serta Laporan Posisi BMN Neraca Per 31 Desember TA 2023 adalah sebagai berikut:

NO	Uraian	Posisi Awal Per 1 Jan 2023	Penambahan	Pengurangan	Posisi Akhir Per 31 Des 2023
1	Persediaan	23.093.545.595	132.147.239.440	133.735.200.885	21.505.584.150
2	BMN Intrakomptable	1.389.663.816.851	57.391.605.382	-	1.447.061.422.233
3	BMN Ekstrakomptable	1.012.314.602	7.525.000	-	1.019.839.602
4	BMN Gabungan	1.390.676.131.453	57.405.130.382	-	1.448.081.261.835
5	Aset Tidak Terwujud	3.479.314.912	-	-	3.479.314.912
TOTAL		2.807.925.123.413	246.951.500.204	133.735.200.885	2.921.147.422.732

Tabel III. 129 Laporan BMN Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomptabel Tahun 2023

LAPORAN BARANG PENGGUNA GABUNGAN INTRAKOMPTABEL DAN EKSTRAKOMPTABEL RINCIAN PER KELOMPOK BARANG UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023										
UAPB : 024		KEMENTERIAN KESEHATAN		Tgl Data : 25/05/23 6:00 PM						
UAKPB : 015514		RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA		Tgl Cetak : 23/01/24 5:12 PM						
				Halaman : 1						
				Kode Lap : lap_bmn_gab_kel_satker						
AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2023		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2023	
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI
					KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
131111	Tanah		11,955	390,077,987,000	0	0	0	0	11,955	390,077,987,000
20101	TANAH PERSIL	-	11,955	390,077,987,000	0	0	0	0	11,955	390,077,987,000
132111	Peralatan dan Mesin		21,508	552,135,098,238	1,035	54,995,095,382	0	0	22,543	607,130,193,620
30103	ALAT BANTU	-	70	1,190,765,069	10	155,223,750	0	0	80	1,345,988,819
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	15	5,919,259,600	0	0	0	0	15	5,919,259,600
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	280	857,011,209	0	0	0	0	280	857,011,209
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	43	7,939,130,604	11	63,182,970	0	0	54	8,002,313,574
30302	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	-	456	360,447,933	0	0	0	0	456	360,447,933
30303	ALAT UKUR	-	62	361,234,043	4	32,800,000	0	0	66	394,034,043
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	247	1,622,952,328	0	0	0	0	247	1,622,952,328
30501	ALAT KANTOR	-	1,126	6,642,810,176	47	505,326,762	0	0	1,173	7,148,136,938
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	6,039	24,084,155,415	358	2,346,527,790	0	0	6,397	26,430,683,205
30601	ALAT STUDIO	-	157	5,660,597,958	11	63,834,700	0	0	168	5,724,432,658
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	104	286,082,909	2	48,870,000	0	0	106	334,952,909
30603	PERALATAN PEMANCAR	-	21	4,008,848,000	0	0	0	0	21	4,008,848,000
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	9,110	413,095,961,875	423	47,425,382,767	0	0	9,533	460,521,344,442
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	235	22,684,519,051	1	7,320,000	0	0	236	22,691,839,051
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	655	29,946,982,147	61	1,093,837,727	0	0	716	31,040,819,874
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	66	682,673,737	13	125,677,756	0	0	79	808,351,493
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	80	749,714,163	3	1,992,940,550	0	0	83	2,742,654,713
30804	ALAT PROTEKSI RADIASI/PROTEKSI LINGKUNGAN	-	39	189,425,500	0	0	0	0	39	189,425,500
30806	ALAT LABORATORIUM LINGKUNGAN HIDUP	-	31	175,228,311	0	0	0	0	31	175,228,311
30807	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	-	78	207,224,890	0	0	0	0	78	207,224,890
30808	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI &	-	116	1,003,317,568	0	0	0	0	116	1,003,317,568
31001	KOMPUTER UNIT	-	769	8,715,579,764	42	665,093,890	0	0	811	9,380,673,654
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	1,146	11,018,884,322	17	297,413,000	0	0	1,163	11,316,297,322
31101	ALAT EKSPLORASI TOPOGRAFI	-	1	3,146,000	0	0	0	0	1	3,146,000
31102	ALAT EKSPLORASI GEOFISIKA	-	320	140,800,000	0	0	0	0	320	140,800,000
31501	ALAT DETEKSI	-	2	71,891,600	0	0	0	0	2	71,891,600
31502	ALAT PELINDUNG	-	5	14,487,000	3	7,276,050	0	0	8	21,763,050
31503	ALAT SAR	-	11	485,416,670	10	73,631,850	0	0	21	559,048,520
31504	ALAT KERJA PENERBANGAN	-	13	147,054,936	9	72,174,420	0	0	22	219,229,356
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	3	106,100,000	0	0	0	0	3	106,100,000
31701	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	-	151	3,642,215,165	10	18,581,400	0	0	161	3,660,796,565
31901	PERALATAN OLAH RAGA	-	57	121,180,495	0	0	0	0	57	121,180,495
133111	Gedung dan Bangunan		6	438,606,012,500	0	2,410,035,000	0	0	6	441,016,047,500
40101	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	-	5	437,716,735,150	0	2,410,035,000	0	0	5	440,126,770,150

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
GABUNGAN INTRAKOMPTABEL DAN EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023**

Tgl Data : 25/05/23 6:00 PM
Tgl Cetak : 23/01/24 5:12 PM
Halaman : 2
Kode Lap : lap_bmn_gab_kef_satker

UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
UAKPB : 015514 RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA

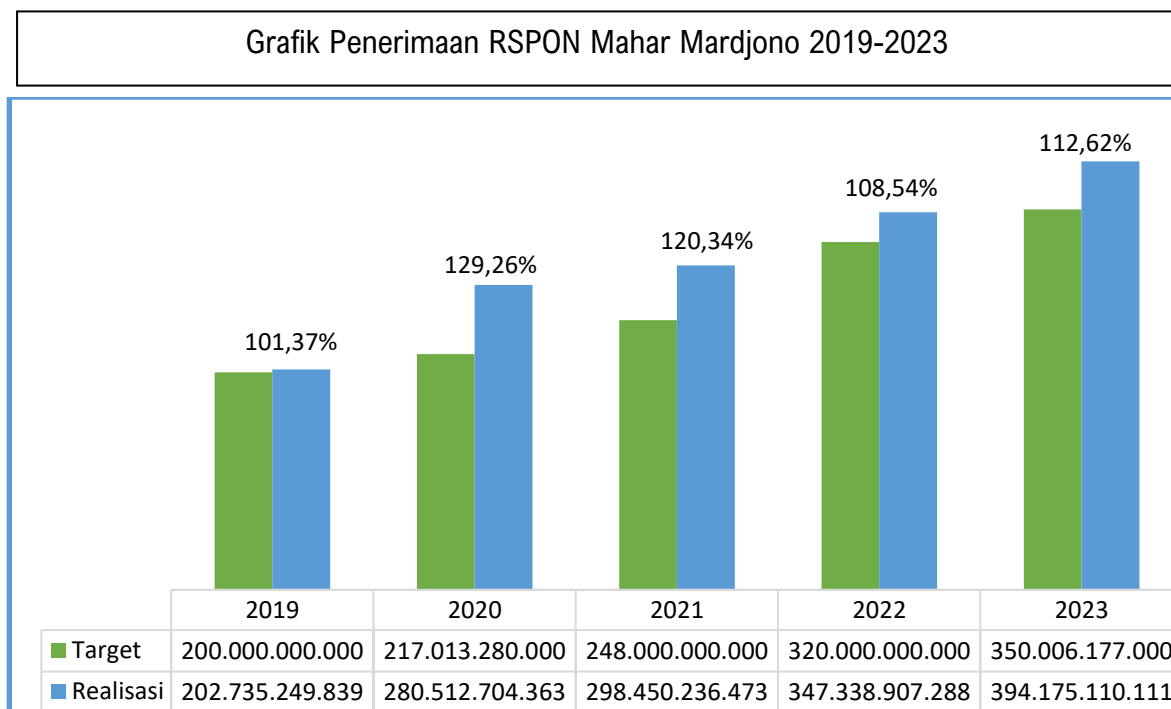
AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2023		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2023	
					BERTAMBAH		BERKURANG			
KODE	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
40401	TUGU/TANDA BATAS	-	1	889,277,350	0	0	0	0	1	889,277,350
134112	Irigasi		3	9,247,833,180	0	0	0	0	3	9,247,833,180
50204	BANGUNAN PENGAMAN SUNGAI/PANTAI & PENANGGULANGAN	-	1	4,836,755,000	0	0	0	0	1	4,836,755,000
50207	BANGUNAN AIR KOTOR	-	2	4,411,078,180	0	0	0	0	2	4,411,078,180
134113	Jaringan		3	391,517,535	0	0	0	0	3	391,517,535
50303	INSTALASI PENGOLAHAN SAMPAH	-	1	199,327,000	0	0	0	0	1	199,327,000
50308	INSTALASI GAS	-	1	130,000,000	0	0	0	0	1	130,000,000
50310	INSTALASI LAIN	-	1	62,190,535	0	0	0	0	1	62,190,535
135121	Aset Tetap Lainnya		1,173	217,683,000	0	0	0	0	1,173	217,683,000
60101	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	-	1,172	168,623,000	0	0	0	0	1,172	168,623,000
60102	BAHAN PERPUSTAKAAN TEREKAM DAN BENTUK MIKRO	-	1	49,060,000	0	0	0	0	1	49,060,000
TOTAL				1,390,676,131,453		57,405,130,382		0		1,448,081,261,835

Tabel III. 130 Laporan Posisi BMN di Neraca Per 31 Desember TA 2023

LAPORAN POSISI BARANG MILIK NEGARA DI NERACA POSISI PER TANGGAL 31 DESEMBER 2023 TAHUN ANGGARAN 2023		
UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN UAKPB : 015514 RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA		Tgl.Data : 23/01/24 6:00 AM Tgl.Cetak : 23/01/24 9:12 AM Halaman : 1 Kode Lap : lap_bmn_neraca_face_satker
AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	3
117111	Barang Konsumsi	20,179,756,921
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	995,620,868
117114	Suku Cadang	209,250,609
117131	Bahan Baku	63,737,757
117199	Persediaan Lainnya	57,217,995
131111	Tanah	390,077,987,000
132111	Peralatan dan Mesin	606,110,354,018
133111	Gedung dan Bangunan	441,016,047,500
134112	Irigasi	9,247,833,180
134113	Jaringan	391,517,535
135121	Aset Tetap Lainnya	217,683,000
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	699,272,439,971
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(468,619,897,566)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(61,779,894,987)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	(4,819,610,178)
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(184,820,387)
162151	Software	3,346,830,912
162161	Lisensi	40,700,000
166113	Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan dalam Operasional	91,784,000
169315	Akumulasi Amortisasi Software	(2,977,521,436)
169316	Akumulasi Amortisasi Lisensi	(10,175,000)
169318	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan	(91,784,000)
J U M L A H		1,632,835,057,712

3. Sumber Daya Keuangan

Pencapaian penerimaan RSPON Mahar Mardjono pada tahun 2023 sebesar Rp394.175.110.111,00 dari target sebesar Rp350.006.177.000,00 (112,62%%). Berikut penerimaan RSPON Mahar Mardjono:



Gambar III. 26 Penerimaan RSPON Mahar Mardjono Tahun 2019-2023

Tabel III. 131 Komposisi Penerimaan RSPON Mahar Mardjono Tahun 2022 & 2023

URAIAN PENERIMAAN	2022	2023	KENAIKAN/(PENURUNAN)	
			Rp.	%
UMUM	74.164.018.346	77.719.637.821	3.555.619.475	4,79
JAMINAN BPJS	263.598.637.908	299.060.548.589	35.461.910.681	13,45
PENERIMAAN FUNGSIONAL	337.762.656.254	376.780.186.410	39.017.530.156	11,55
JASA PERBANKAN	5.736.202.664	7.385.682.844	1.649.480.180	28,76
PENERIMAAN LAIN-LAIN	3.817.276.192	7.088.986.868	3.271.710.676	85,71
PENERIMAAN NON FUNGSIONAL	9.553.478.856	14.474.669.712	4.921.190.856	51,51
TOTAL PENERIMAAN	347.316.135.110	391.254.856.122	43.938.721.012	12,65

Tabel III. 132 Penerimaan RSPON Mahar Mardjono Berdasarkan Jenis Pendapatan Tahun 2022 - 2023

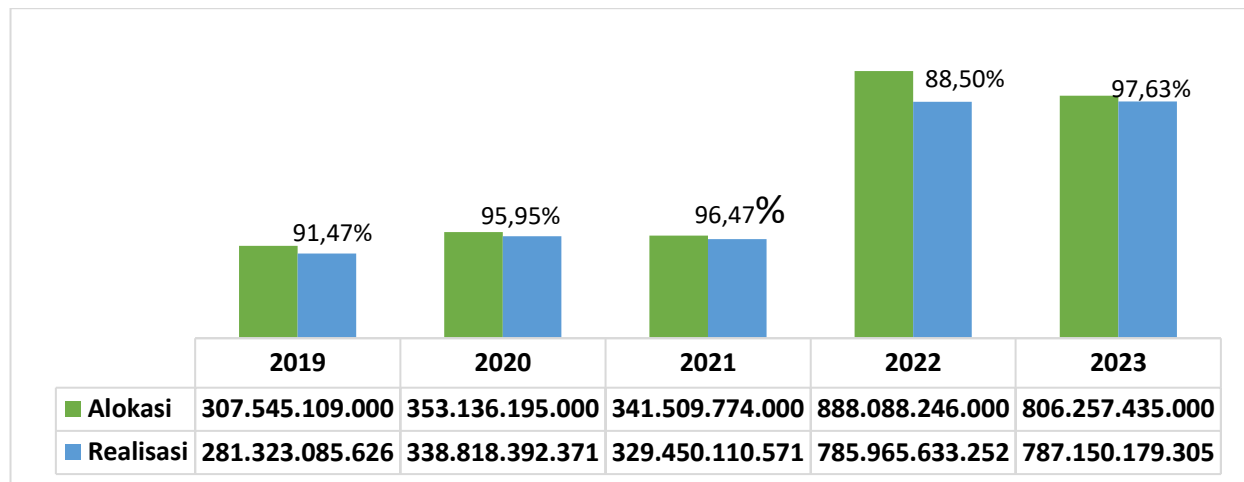
Kode Akun Jenis Pendapatan	2022	2023	Kenaikan/Penurunan	
			Rp	%
424312 Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	2.745.588.771	5.582.183.043	2.836.594.272	103,31
424111 Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	293.956.722.335	375.231.625.607	81.274.903.272	27,65
424919 Pendapatan Lain-lain BLU	97.712.702	136.459.142	38.746.440	39,65
424421 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	44.781.021.836	2.904.905.486	(41.876.116.350)	-93,51
425811 Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah	-	5.918.344	5.918.344	100,00
424229 Pendapatan Hibah Tidak Terikat -Lainnya - Uang	-	14.000.000	14.000.000	100,00
425912 Penerimaan Kembali Belanja Barang Tahun Anggaran Yang Lalu	21.658.980	6.450.000	(15.208.980)	-70,22
425913 Penerimaan Kembali Belanja Modal Tahun Anggaran Yang Lalu	-	2.907.885.645	2.907.885.645	100,00
424911 Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	5.736.202.664	7.385.682.844	1.649.480.180	28,76
Total	347.338.907.288	394.175.110.111	46.836.202.823	13,48

- Terdapat penerimaan Kembali Belanja tahun anggaran lalu sebesar Rp. 2.920.253.989
- Kenaikan pendapatan hasil Kerjasama Lembaga tahun 2023 terkait pembayaran sewa lahan yang jatuh tempo dan penerimaan diklat
- Penurunan pendapatan dari pelayanan BLU dari entitas pemerintah pusat dalam satu kementerian Negara/Lembaga tahun 2023 dikarenakan sudah tidak memiliki piutang Covid-19
- Pendapatan jasa pelayanan perbankan BLU dikarenakan adanya kenaikan bunga deposito

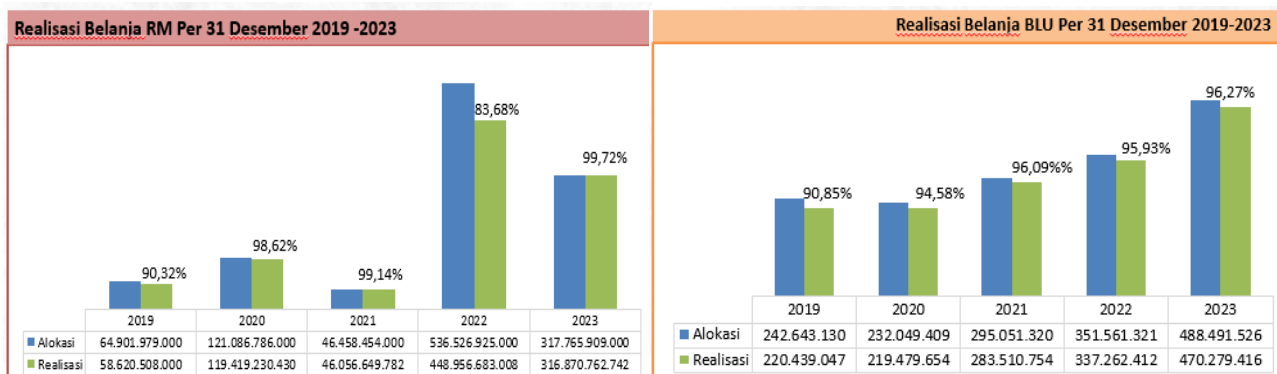
REALISASI ANGGARAN

Alokasi anggaran RSPON Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA tahun 2023 revisi ke-18 tanggal 17 Januari 2024 sebesar Rp806.257.435.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp787.150.179.305,00 (97,63%).

Realisasi Anggaran RSPON Mahar Mardjono Per 31 Desember 2019 - 2023



Gambar III. 27 Realisasi Anggaran Per 31 Desember 2019-2023



Gambar III. 28 Realisasi Anggaran RM & BLU tahun 2019-2023

Tabel III. 133 Rincian Realisasi Anggaran Per 31 Desember 2023

	Alokasi	Realisasi	%
RM			
Belanja Pegawai	44.304.006.000	43.973.723.773	99,25%
Belanja Barang	17.928.491.000	17.410.218.949	97,11%
Belanja Modal	255.533.412.000	255.486.820.020	99,98%
Sub Total	317.765.909.000	316.870.762.742	99,72%
BLU			
Belanja Pegawai			
Belanja Barang	351.840.624.000	335.275.678.508	95,29%
Belanja Modal	136.650.902.000	135.003.738.055	98,79%
Sub Total	488.491.526.000	470.279.416.563	96,27%
Total	806.257.435.000	787.150.179.305	97,63%

Berikut Realisasi Anggaran untuk pencapaian IKU tahun 2023:

Tabel III. 134 Rincian Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Utama

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	ALOKASI	REALISASI
1	Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap Rumah Sakit (IKM)	1.262.641.000	1.262.554.865
2	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Terhadap Pelayanan Kesehatan	9.180.515.300	9.176.953.726
3	Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	7.159.246.000	7.098.997.356
4	Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medis Terhadap Remunerasi	83.338.415.999	79.096.163.165
5	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung	80.370.515.000	76.432.424.584
6	Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan	1.436.531.500	1.346.555.632
7	Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	386.443.000	384.940.800
8	Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ jam	6.024.201.000	6.021.576.873
9	Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	74.000.000	66.896.112
10	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	824.193.000	753.719.177
11	Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 menit	237.333.000	220.070.837
12	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	48.765.170.000	46.096.251.716
13	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	6.013.579.531	5.700.624.372
14	Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	24.078.630.219	23.413.278.672
15	Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) Yang di Implementasikan	100.000.000	96.480.142
16	Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	301.751.800	280.410.856
17	Persentase Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset $< 4,5$ jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	4.007.643.600	3.777.768.334
18	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	4.733.677.100	4.693.902.972
19	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	4.733.677.100	4.693.902.972
20	Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	36.068.792.400	33.999.915.005
21	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	13.690.946.000	12.915.217.680
22	Presentasi Kasus Sesuai Clinical Pathway	5.193.186.000	4.821.156.619

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	ALOKASI	REALISASI
23	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	195.000.000	187.289.961
24	Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	2.046.901.000	2.040.979.330
25	Persentase pelayanan pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1jam	1.227.007.200	1.121.643.426
26	Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 menit	1.010.840.600	1.010.411.525
27	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	66.000.000	14.947.762
28	Persentase jumlah pasien dengan waktu Penanganan IGD maksimal 6 jam	8.698.213.251	8.245.545.967
29	Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	6.608.400.000	6.207.623.499
30	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	37.869.416.800	37.551.223.772
31	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Di Pelayanan Unggulan VVIP	39.936.975.000	39.876.573.770
32	Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional Yang Dikembangkan	220.533.412.000	220.486.820.020
33	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang di Integrasikan	167.586.000	167.580.667
34	Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomic dalam bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan	332.801.400	298.054.833
35	Jumlah Sample Yang direkrut untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	1.362.100.000	1.287.371.919
36	Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian	540.000.000	536.653.294
37	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	443.735.200	397.406.444
38	Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	2.119.911.400	2.022.932.333
39	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer Yang Dipublikasikan	495.000.000	491.301.538
40	Persentase SDM yang Tersertifikasi	1.768.842.600	1.759.431.982
41	Persentase Jabatan Fungsional SDM Yang Tersertifikasi	884.421.300	879.715.991
42	Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	1.436.531.500	1.346.555.632
43	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	294.807.100	293.238.664
44	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	80.192.729.000	79.786.580.958
45	Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	62.000.000	61.054.553
46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Yang Tuntas Di Tindaklanjuti	30.000.000	30.000.000
47	Opini Audit atas Laporan Keuangan	72.500.000	72.483.000
48	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	6.766.849.000	6.743.582.551

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	ALOKASI	REALISASI
49	Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	18.145.708.000	17.245.632.046
50	Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir Untuk Pasien	1.237.562.000	1.230.239.689
51	Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	10.398.323.000	10.396.499.480
52	Prosentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam	559.110.000	518.207.638
53	Prosentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2 Per Orang	2.212.367.000	2.139.668.826
54	Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	1.008.106.000	953.628.000
55	Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	2.540.404.000	2.530.182.613
56	Prosentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	3.264.943.100	3.264.693.060
57	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	13.337.029.000	13.227.924.997
58	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90.384.000	90.383.100
59	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96.129.000	85.906.200
60	Persentase realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU	96.129.000	85.906.200
61	Persentase nilai EBITDA Margin	128.172.000	114.541.600
TOTAL		806.257.435.000	787.150.179.305

4. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi sumber daya merupakan hal yang perlu dilakukan untuk mencapai target POBO, Adapun Langkah-langkah yang dilakukan dalam rangka efisiensi sumber daya yang dilakukan antara lain:

- Mengoptimalkan teknologi informasi

Optimalisasi teknologi informasi sudah dilakukan oleh RSPON Mahar Mardjono dalam rangka efisiensi sumber daya, seperti : Implementasi pengembangan modul-modul didalam aplikasi *Front Office* RSPON (*Electronic Health Record-EHR*) dan aplikasi *Back Office* RSPON (*Electronic Management Information System-EMISY*) *emisy*. Dengan adanya pengembangan pada kedua aplikasi tersebut, mampu menghemat belanja sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi yang anggarannya dipegang oleh SIMRS, yakni dari alokasi anggaran Rp1.008.106.000,00 dengan realisasi anggaran sebesar Rp953.628.000,00 (94,59%), dengan jumlah output pembelanjaan sesuai dengan kebutuhan. Efisiensi tersebut tergambar didalam hasil capaian SMART DJA RSPON

Mahar Mardjono tahun 2023.

- Melakukan kegiatan diklat secara *blended learning*

Kegiatan RS Pengampuan dibidang Stroke oleh RSPON kepada rumah sakit lain, dimana diklat merupakan salah satu bagian dari proses pengampuan, dapat dilakukan tidak hanya secara luring, tapi dapat dilakukan juga melalui daring ataupun secara blended learning, terutama untuk rumah sakit yang lokasinya jauh, sehingga dengan penggunaan kombinasi metode diklat tersebut berdampak pada efisiensi terhadap alokasi anggaran kegiatan pengampuan. Alokasi anggaran pengampuan sebesar Rp1.887.110.000,00 dengan realisasi sebesar Rp953.628.000,00 (50,53%) untuk jumlah kegiatan diklat (109 lembaga/RS)) yang melebihi dari yang ditargetkan (42 Lembaga/RS), sebagaimana tergambar didalam hasil capaian SMART DJA RSPON Mahar MARDjono tahun 2023

Hasil Capaian SMART DJA



Gambar III. 29 Nilai SMART RSPON Mahar Mardjono Per 31 Desember 2023

Hasil yang diperoleh terhadap kinerja pengelolaan anggaran tahun 2023 melalui aplikasi SMART DJA diperoleh nilai SMART sebesar 86.82 dengan hasil Baik. Adapun rincian perhitungan nilai SMART diperoleh dari:

Tabel III. 135 Rincian Perhitungan nilai SMART

Variabel	Bobot	Nilai	Total
Penyerapan	9.7	97.63	9.47
Konsistensi RPD	18.2	99.65	18.14

CRO	43.5	100.00	43.50
Nilai Efisiensi	28.6	54.96	15.72
Nilai SMART			86.82

Dari hasil perhitungan SMART secara keseluruhan diketahui untuk nilai Penyerapan (Realisasi Anggaran) sebesar 97.63%, Konsistensi RPD 99.65%, CRO (Capaian Rincian Output) sebesar 100% dan nilai efisiensi sebesar 54.96% yang merupakan kategori nilai efisiensi yang Cukup, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain;

- Pada komponen belanja sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi yang anggarannya dipegang oleh SIMRS sudah sesuai dengan kebutuhan yang direncanakan bahkan realisasi output melebihi target yang sudah direncanakan, dimana dengan anggaran yang tersedia dapat membeli barang yang lebih banyak dari ditarget yang sudah ditentukan, yakni pada belanja barang personal komputer dari target 33 unit dapat dibeli 36 unit dan pada belanja mesin printer e-ticket dari target 7 unit dapat dibeli 15 unit.
- Pada komponen belanja fasilitasi dan pembinaan lembaga atau pengampuan layanan stroke yang dilakukan oleh RSPON dari anggaran yang tersedia untuk target 42 lembaga/ rs namun dapat mencapai realisasi sebanyak 109 lembaga/ rs, sehingga realisasi output jauh melampaui target. Namun pada CRO nilai maksimum yang digunakan sebesar 120%.

Berdasarkan hasil nilai SMART yang diperoleh RSPON pada tahun 2023 diperoleh efisiensi sebesar 1.98% yang diperoleh dari hasil perbandingan penjumlahan hasil perhitungan dari $((\text{Alokasi Anggaran} \times (\text{CRO}/\text{KRO})) - \text{Realisasi Anggaran})$ dengan penjumlahan Alokasi Anggaran. Kemudian dikonversi kedalam nilai efisiensi menjadi 54.96%.

Berikut adalah perincian atas efisiensi yang telah dilakukan RSPON dalam kinerja pengelolaan anggaran selama tahun 2023, sebagai berikut:

Tabel III. 136 Perincian Efisiensi Berdasarkan SMART DJA Per 31 Desember 2023

KRO	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	CRO/ KRO	Alokasi Anggaran x (CRO/KRO)	(CRO/KRO)- Realisasi Anggaran
ADE Akreditasi Lembaga (Lembaga, Unit Kerja)	62,000,000	61,054,553	100.00%	62,000,000.00	945,447.00
CBV Prasarana Bidang Kesehatan (Unit)	87,693,933,000	81,693,939,154	100.00%	87,693,933,000.00	5,999,993,846.00
CCB OM Sarana Bidang Kesehatan (Paket, Unit)	111,593,997,000	110,458,059,299	100.00%	111,593,997,000.00	1,135,937,701.00
EBA Layanan Dukungan Manajemen Internal (Layanan, Laporan, Dokumen, Rekomendasi,	122,848,839,000	116,455,612,176	100.00%	122,848,839,000.00	6,393,226,824.00
FAE Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan (Laporan, Rekomendasi)	155,750,000	155,733,000	100.00%	155,750,000.00	17,000.00
RAB Sarana Bidang Kesehatan (Paket, Unit)	220,533,412,000	220,486,820,020	100.00%	220,533,412,000.00	46,591,980.00
RBV Prasarana Bidang Kesehatan (Unit)	35,000,000,000	35,000,000,000	100.00%	35,000,000,000.00	-
QDB Fasilitas dan Pembinaan Lembaga (Lembaga, Unit Kerja, Tim)	1,887,110,000	1,736,970,350	120.00%	2,264,532,000.00	527,561,650.00
CAN Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (Unit)	1,008,106,000	953,628,000	120.00%	1,209,727,200.00	256,099,200.00
CAB Sarana Bidang Kesehatan (Paket, Unit)	159,829,568,000	155,837,968,372	97.97%	156,585,027,769.60	747,059,397.60
EBB Layanan Sarana dan Prasarana Internal (Unit, m2, Paket)	5,299,333,000	4,663,422,009	91.57%	4,852,526,492.16	189,104,483.16
EBA Layanan Dukungan Manajemen Internal (Layanan, Laporan, Dokumen, Rekomendasi, Unit)	60,345,387,000	59,646,972,372	100.00%	60,345,387,000.00	698,414,628.00
	806,257,435,000	787,150,179,305	1.02157		15,994,952,156.76
Efisiensi = $\Sigma((\text{Alokasi Anggaran} \times (\text{CRO}/\text{KRO})) - \text{Realisasi Anggaran}) / \Sigma \text{Alokasi Anggaran}$					1.98%
Nilai Efisiensi = $50\% + (\text{Efisiensi}/20 \times 50)$					54.96%

BAB IV

PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan media untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Pimpinan RSPON Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung selama periode tahun 2023.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa kinerja pelaksanaan kegiatan dalam mendukung program-program sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) 2020-2024 untuk tahun 2023 yang merupakan tahun keempat dalam pencapaian Indikator Kinerja Utama telah dilaksanakan. Pencapaian 10 sasaran Kegiatan dan 61 Indikator Kinerja Utama yang ditargetkan ditahun 2023, telah tercapai 95,08 %, 58 tercapai dan 3 indikator yang belum tercapai. Pencapaian 13 Indikator Kinerja Terpilih Tahun 2023 tercapai 92,31%, 12 indikator tercapat, 1 indikator belum tercapai. Capaian Maturity Rating Sebesar 3,59.

SARAN

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

1. Meningkatkan Sumber Pendapatan lain dalam rangka peningkatan Pendapatan Rumah Sakit;
2. Melakukan Koordinasi lebih lanjut antar Unit di Pelayanan agar dapat menentukan waktu yang tepat dalam proses Pasien tiba hingga Pasien mendapatkan Obat;
3. Meningkatkan kompetensi SDM yang mencakup pengetahuan dan kemampuan dari keseluruhan Pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya guna peningkatan Pelayanan yang lebih baik;
4. Melakukan efisiensi operasional Rumah Sakit melalui optimalisasi dalam pengelolaan keuangan baik dalam penyusunan anggaran, perencanaan, pelaksanaan anggaran kegiatan serta laporan keuangan sesuai dengan aturan yang berlaku;

5. Meningkatkan Capaian Indikator Kinerja yang sudah dicapai dengan baik dan meningkatkan Capaian Indikator Kinerja yang masih belum tercapai.

Seluruh capaian Indikator Kinerja Utama RSPON Mahar Mardjono ditahun 2023 diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pencapaian Program Upaya Kesehatan pada Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan. Pencapaian target indikator kinerja ditahun 2023 diharapkan dapat menjadi parameter bagi kegiatan-kegiatan dimasa mendatang yang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan hal-hal yang dijadikan faktor penghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya dengan mengedepankan profesionalisme dilingkungan RSPON Mahar Mardjono.

L A M P I R A N

LAMPIRAN 1

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS

Jabatan : Plt. Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama


dr. Azhar Jaya, SKM., MARS
NIP. 197106262000031002


dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
NIP. 196209131988031002

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap Rumah Sakit	82
		Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Terhadap Pelayanan Kesehatan	88%
		Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	86%
		Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi	70%
		Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Terhadap Fasilitas Pendukung	85%
		Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan	80%
		Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	30%
		Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis ≤ 1x24 jam	80%
		Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan	2 Laporan
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit	1%
		Persentase Peningkatan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 menit	80%
		Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	4%
		Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	80%
		Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	80%
		Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) Yang di Implementasikan	20 PPK
		Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%
		Persentase Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%
		Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 hari	80%
		Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%
		Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	95%
		Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	85%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	85%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	75%
		Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	85%
		Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	80%
		Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 6 Jam	80%
		Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	85%
3.	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	2 Layanan
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan	1 Layanan
		Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	1 Sistem
		Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam Bidang Otak dan Persarafan yang dikembangkan	1 Hubs
		Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	600 Sampel
		Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	75%
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	4 Institusi
		Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan	112 RS
5.	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	25 Artikel
6.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	75%
		Persentase SDM yang Tersertifikasi	65%
		Jumlah Peserta <i>Fellowship</i> /Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	3 Peserta
		Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	90%

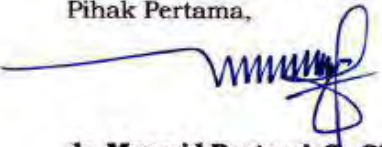
No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Budaya Kinerja yang Baik	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%
		Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	50%
8.	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	92,5%
		Opini Audit atas Laporan Keuangan	WTP
9.	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	95%
		Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%
		Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	70%
		Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	30%
		Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam	100%
		Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² /orang	90%
		Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	80%
		Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	118 Modul
		Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	100%
10.	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	72%
		Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU	95%
		Persentase Nilai EBITDA Margin	15%

Program	Anggaran
1. Program Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis	Rp 350.006.177.000,-
2. Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp 60.197.827.000,-
Total	Rp 410.204.004.000,-

Pihak Kedua,


dr. Azhar Jaya, SKM., MARS
NIP. 197106262000031002

Jakarta, Januari 2023
Pihak Pertama,


dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
NIP. 196209131988031002

LAMPIRAN 2

KONTRAK KINERJA TAHUN 2023



**KONTRAK KINERJA
ANTARA**

**DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN RI**

DENGAN

**DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
PROF. DR. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2023**



Nomor : PRJ-181/PB/2023

Pada hari ini, Selasa tanggal Tiga Puluh Satu bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh Tiga bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : Astera Primanto Bhakti
Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI
Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI

Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**

2. Nama : dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC, MARS
Jabatan : Plt. Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta, Kementerian Kesehatan RI

Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA**.

Bersepakat bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil, diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2023, dengan ketentuan;

PIHAK KEDUA menyatakan kesanggupan untuk mencapai target pada Indikator Kinerja Terpilih sebagai berikut:

No	Indikator Kinerja	Nilai Stan dar	Target Kinerja 2023			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Ketersediaan Fasilitas Layanan	82,5%	N/A	77,5%	N/A	82,5%
2.	Ketepatan Waktu Layanan	80%	56,7%	65%	75%	81,7%
3.	Penundaan Waktu Operasi Elektif	3%	5%	4%	3%	3%
4.	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%	N/A	N/A	N/A	100%*)
5.	Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	100%	N/A	N/A	N/A	100%**)
6.	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	N/A	80	N/A	88
7.	Pasien Stroke Hiperakut (< 4,5 jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	80%	80%	85%	85%
8.	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%	80%	85%	85%	90%
9.	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	80%	80%	80%	85%	85%
10.	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%	75%	80%	85%	90%
11.	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)	75%	75%	85%	90%	80%
12.	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	100%	100%	100%
13.	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Badan Layanan Umum	10%	N/A	10%	N/A	11%

*) Target Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional adalah 16 penelitian

**) Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit adalah 3 orang

PIHAK KEDUA bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja tersebut.

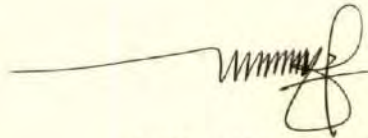
Reviu dan evaluasi atas capaian kinerja dilaksanakan oleh PIHAK PERTAMA untuk selanjutnya dipergunakan sebagai dasar pertimbangan pemberian remunerasi.

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

Jakarta, 31 Januari 2023
Rumah Sakit Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
Plt. Direktur Utama,



α Astera Primanto Bhakti



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



PENGHARGAAN TAHUN 2023

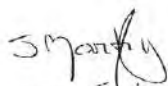


WSO ANGELS AWARDS Q2 2023

DIAMOND STATUS

AWARDED TO

NATIONAL BRAIN CENTER HOSPITAL
INDONESIA


SHEILA MARTINS
WSO President


JEYARAJ PANDIAN
WSO President-Elect


THOMAS FISCHER
Co-Founder - The Angels
Initiative


JAN VAN DER MERWE
Co-Founder - The Angels
Initiative













MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

memberikan

TANDA PENGHARGAAN

kepada :

RS PON Prof. Dr.dr. Mahar Mardjono

sebagai

Peringkat II

**Rumah Sakit Vertikal kategori RS Khusus dengan
Tingkat Maturitas BLU Terbaik**

Jakarta, 20 Januari 2024
MENTERI KESEHATAN



BUDI G. SADIKIN