



LAKIP 2024

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
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

 rspan Prof. Dr. dr. Mahar mardjono jakarta

**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL MAHAR MARDJONO
TAHUN 2024**

Direktur Utama



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS

Direktur Pelayanan Medik



dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S

Direktur SDM, Pendidikan dan
Penelitian



Prof. Dr. dr. Syahrul, Sp.S(K)

Direktur Perencanaan dan Keuangan



Ignatius Susatyo Wijoyo, SE, MBA

Direktur Layanan Operasional



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

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 Periode 2024. 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 Kesehatan Lanjutan 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 2024 serta dapat digunakan sebagai acuan dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan tahun yang akan datang.

Jakarta, 30 Januari 2025

Direktur Utama,



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
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	3
D. Sumber Daya Manusia.....	9
E. Strategis RSPON	10
F. Sistematika Penulisan	11
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	12
A. Rencana Kinerja Tahunan.....	12
B. Perjanjian Kinerja.....	16
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	23
A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja.....	23
1. Indikator Kinerja Utama (IKU)	23
2. Pencapaian Target Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Rumah Sakit	97
3. Tingkat Maturitas BLU	104
B. Sumber Daya	106
1. Kinerja Pelayanan	106
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	113
3. Sumber Daya Keuangan	117
4. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	119
BAB IV PENUTUP	121
SARAN	121

DAFTAR TABEL

Tabel I.1	Jumlah SDM Berdasarkan Ketenagaan Per 31 Desember 2024.....	9
Tabel II.1	Sasaran dan Indikator Kinerja Utama RSPON Mahar Mardjono.....	12
Tabel II.2	Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2024.....	15
Tabel II.3	Aspek dan Indikator Penilaian Tingkat Maturitas BLU.....	15
Tabel III.1	Capaian IKU: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit.....	24
Tabel III.2	Capaian IKU: Persentase kepuasan pasien dan atau keluarga terhadap pelayanan kesehatan.....	26
Tabel III.3	Capaian IKU: Persentase Kepuasan pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap fasilitas Pendukung.....	27
Tabel III.4	Capaian IKU: Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien.....	29
Tabel III.5	Capaian IKU: Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan.....	30
Tabel III.6	Capaian IKU: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai.....	31
Tabel III.7	Capaian IKU: Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi.....	32
Tabel III.8	Capaian IKU: Persentase Kepuasan Peserta didik terhadap Proses Pendidikan.....	33
Tabel III.9	Capaian IKU: Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus stroke & persarafan.....	34
Tabel III.10	Capaian IKU: Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.....	34
Tabel III.11	Capaian IKU: Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif.....	36
Tabel III.12	Capaian IKU: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik.....	37
Tabel III.13	Capaian IKU: Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap...	38
Tabel III.14	Capaian IKU: Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	39
Tabel III.15	Capaian IKU: Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis.....	40
Tabel III.16	Capaian IKU: Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup.....	41
Tabel III.17	Capaian IKU: Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) Yang Mencapai Target Sebanyak 12 Laporan.....	42
Tabel III.18	Capaian IKU: Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol.....	43
Tabel III.19	Capaian IKU: Persentase Kasus Sesuai Clinical Pathway.....	45
Tabel III.20	Capaian IKU: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE).....	46
Tabel III.21	Capaian IKU: Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit.....	47
Tabel III.22	Capaian IKU: Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam.....	48
Tabel III.23	Capaian IKU: Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit.....	49
Tabel III.24	Capaian IKU: Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan	

H-1.....	50
Tabel III.25Capaian IKU: Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam.....	51
Tabel III.26Capaian IKU: Presentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK.....	53
Tabel III.27Capaian IKU: Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan.....	54
Tabel III.28Capaian IKU: Jumlah Layanan Berbasis Genomic di Hubs RS.....	55
Tabel III.29Capaian IKU: Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS.....	55
Tabel III.30Capaian IKU: Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population.....	56
Tabel III.31Capaian IKU: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan.....	57
Tabel III.32Capaian IKU: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Paripurna.....	58
Tabel III.33Capaian IKU: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Utama.....	59
Tabel III.34Capaian IKU: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Madya.....	60
Tabel III.35Capaian IKU: Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN.....	60
Tabel III.36Capaian IKU: Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri.....	61
Tabel III.37Capaian IKU: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan.....	62
Tabel III.38Capaian IKU: Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan otak dan persarafan.....	63
Tabel III.39Capaian IKU: Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	64
Tabel III.40Capaian IKU: Persentase SDM yang Tersertifikasi.....	65
Tabel III.41Capaian IKU: Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit.....	66
Tabel III.42Capaian IKU: Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT...	67
Tabel III.43Capaian IKU: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian....	68
Tabel III.44Capaian IKU: Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001.....	70
Tabel III.45Capaian IKU: Survey Budaya Keselamatan.....	71
Tabel III.46Capaian IKU: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti.....	72
Tabel III.47Capaian IKU: Opini Audit Atas Laporan Keuangan.....	73
Tabel III.48Capaian IKU: Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%.....	74
Tabel III.49Capaian IKU: Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar.....	75
Tabel III.50Capaian IKU: Persentase Alat kesehatan RS yang telah dikalibrasi sesuai standar.....	76
Tabel III.51Capaian IKU: Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan.....	77
Tabel III.52Capaian IKU: Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien melalui Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi Standar dan Persentase Waktu Layanan End-To-End Tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 menit 79	

Tabel III.53	Capaian IKU: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN.....	80
Tabel III.54	Capaian IKU: Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit.....	81
Tabel III.55	Capaian IKU: Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT.....	82
Tabel III.56	Capaian IKU: Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.....	83
Tabel III.57	Capaian IKU: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	84
Tabel III.58	Realisasi Pendapatan RSPON tahun 2024.....	84
Tabel III.59	Capaian IKU: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni...	85
Tabel III.60	Perincian Realisasi Anggaran Rupiah Murni.....	85
Tabel III.61	Capaian IKU: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU.....	86
Tabel III.62	Perincian Realisasi Anggaran PNBPN BLU.....	86
Tabel III.63	Capaian Indikator Kinerja Utama tahun 2020-2024.....	88
Tabel III.64	Rekapitulasi Anggaran dan Realisasi Pencapaian IKU Tahun Anggaran 2024.....	89
Tabel III.65	Rekapitulasi Capaian IKU Tahun 2022-2024.....	92
Tabel III.66	Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2024.....	97
Tabel III.67	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Kinerja Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang.....	98
Tabel III.68	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan.....	99
Tabel III.69	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang dilakukan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 menit.....	99
Tabel III.70	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $<4,5$ jam yang mendapatkan Terapi r-TPA Intravena.....	100
Tabel III.71	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan length of Stay (LOS) <7 hari.....	100
Tabel III.72	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO).....	100
Tabel III.73	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU.....	101
Tabel III.74	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU.....	101
Tabel III.75	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasai Pelayanan Prima (Service Excellent).....	102
Tabel III.76	Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Ketetapan Penyelesaian Klaim JKN.....	103
Tabel III.77	Pencapaian Tingkat Maturitas RSPON Tahun 2024.....	104
Tabel III.78	Perincian Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Metode Pembayaran Tahun 2023 – 2024.....	107
Tabel III.79	Perincian Kunjungan Gawat Darurat Berdasarkan Metode Pembayaran Tahun 2023 – 2024.....	107
Tabel III.80	Perbandingan Jenis pembayaran pada kunjungan Rawat Inap Tahun 2023-2024.....	108
Tabel III.81	Capaian Indikator Mutu Pelayanan.....	110
Tabel III.82	Laporan Posisi BMN di Neraca Per 31 Desember 2024.....	116
Tabel III.83	Pencapaian RSPON berdasarkan Jenis Pendapatan 2023-2024.....	117

Tabel III.84 Rincian Realisasi Anggaran Per 31 Desember 2024.....	119
Tabel III.85 Perincian Kegiatan dari Recycling Air.....	119

DAFTAR GAMBAR

Gambar I. 1 Struktur Organisasi RS PON Prof Dr dr Mahar Mardjono Jakarta.....	8
Gambar I. 2 Komposisi SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan	9
Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2024	20
Gambar II. 2 Kontrak Kinerja RSPON Mahar Mardjono dengan PPKBLU Kementerian keuangan	22
Gambar III. 1 Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2020-2024.....	106
Gambar III. 2 Kunjungan Gawat Darurat Tahun 2020-2024	107
Gambar III. 3 Kunjungan Rawat Inap Tahun 2020 - 2024.....	108
Gambar III. 4 Capaian BOR tahun 2020-2024.....	109
Gambar III. 5 Pelayanan Bedah Sentral 2024.....	110
Gambar III. 6 Pelayanan Cathlab 2024.....	110
Gambar III. 7 Pelayanan Radiologi Tahun 2024	111
Gambar III. 8 Pelayanan Farmasi per Desember 2024.....	111
Gambar III. 9 Pelayanan Laboratorium Tahun 2024	112
Gambar III. 10 Morbitas Pasien RSPON Tahun 2024	112
Gambar III. 11 Laporan BMN Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomptabel Tahun 2024	115
Gambar III. 12 Pendapatan RSPON Tahun 2022 - 2024	117
Gambar III. 13 Realisasi Anggaran RSPON tahun 2020-2024	118
Gambar III. 14 Realisasi ANgggaran Rupiah Murni Tahun 2020-2024.....	118
Gambar III. 15 Realisasi Anggaran PNBPN BLU Tahun 2020-2024.....	118
Gambar III.16 Penggunaan & Realisasi Tagihan Air Tahun 2022 - 2024	120

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono Periode 2024 ini merupakan sarana penyampaian pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI beserta seluruh pemangku kepentingan baik serta merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Periode 2024 merupakan tahun kelima 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 60 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 2024. Hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian 60 IKU selama tahun 2024 tersebut diperoleh tingkat pencapaian sebesar 91,67% yang terdiri dari 55 indikator yang sudah tercapai, dan 5 indikator yang belum tercapai.

Sedangkan hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian atas 11 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 2024 telah tercapai sebesar 90,90%, terdiri dari 10 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 2024 berdasarkan hasil kinerja tahun 2023 sebesar 3,84.

Alokasi anggaran RSPON Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2024 revisi ke-13 tanggal 24 Desember 2024 sebesar Rp1.395.496.703.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp1.357.172.113.666,00 (97,25%). Pencapaian pendapatan PNPB BLU RSPON Mahar Mardjono pada tahun 2024 sebesar Rp443.608.769.349 yakni 116,13% dari target pendapatan sebesar Rp382.008.336.000,00.

Berdasarkan hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja ditahun 2023, RSPON Mahar Mardjono mendapatkan predikat A dengan nilai 88,60.

Adapun prestasi maupun penghargaan yang dimiliki RSPON Mahar Mardjono selama tahun 2024 terdiri atas:

1. Mendapatkan Penghargaan Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup dengan Proper Peringkat Biru.
2. Mendapatkan Sertifikat SNI ISO 9001: 2015 Quality Management Systems dalam Penyedia Layanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Farmasi.
3. Mendapatkan Sertifikasi sebagai “*Advanced Stroke Center*” dari *Stroke Center Quality Aproval*, WSO (*World Stroke Organization*).
4. Mendapatkan Sertifikat “Terakreditasi A” Lembaga Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan dari Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Mendapatkan Penghargaan Kategori Pemingkatan Rumah Sakit Bidang Layanan Unggulan Neurologi dalam rangka “PERSI Awards” Tahun 2024 dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.
6. Peringkat ke 2 Kategori *Green Hospital* dalam rangka “PERSI Awards” Tahun 2024 dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.
7. Mendapatkan Piagam Penghargaan atas Kontribusi sebagai Wajib Pajak yang Mematuhi dan Memenuhi Kewajiban Perpajakan dari Direktorat Jenderal Pajak Jakarta Timur Tahun 2024.
8. Juara 2 “Lomba Poster Ilmiah” yang berjudul “Revolusi Digital dalam Pengendalian Durasi Penggunaan Antibiotik Sesuai Penatagunaan Antimikroba di RSPON Jakarta” pada Annual Medical Practitioner Meeting 2024.
9. Juara 1 Penghargaan Booth Terbaik Kategori Rumah Sakit pada *Health Innovation Festival* (HAI Fest) dalam Rangka Hari Kesehatan Nasional Tahun 2024.
10. Mendapatkan Penghargaan Kepatuhan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik “Kategori Baik” Malam Anugerah Hari Kesehatan Nasional Tahun 2024.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari satuan kerja dilingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu Tahun 2024.

RSPON Mahar Mardjono merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) dilingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan 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 2024 kepada para *stakeholder*, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSPON Mahar Mardjono Tahun 2024. 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 RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2024 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 adalah pelayanan kesehatan 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. Unit Layanan Pengadaan (ULP)
- D. Direktorat
- D.1 Direktorat Medik dan Keperawatan,
- Tim kerja terdiri dari:
- a. Tim Kerja Pelayanan Medik;
 - b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan; dan
 - c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang.
- 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;
- Unit terdiri dari: Unit Admisi
- 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.2 Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- Tim Kerja terdiri dari:
- a. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia;
 - b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan; dan
 - c. Tim Kerja Penelitian.

Instalasi terdiri dari:

- a. Instalasi Penelitian Klinis (*Clinical Research Unit*); dan
- b. Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis.

D.3 Direktorat Perencanaan dan Keuangan, terdiri dari:

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;

D.4 Direktorat Layanan Operasional

Tim Kerja terdiri dari:

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

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.

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

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

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

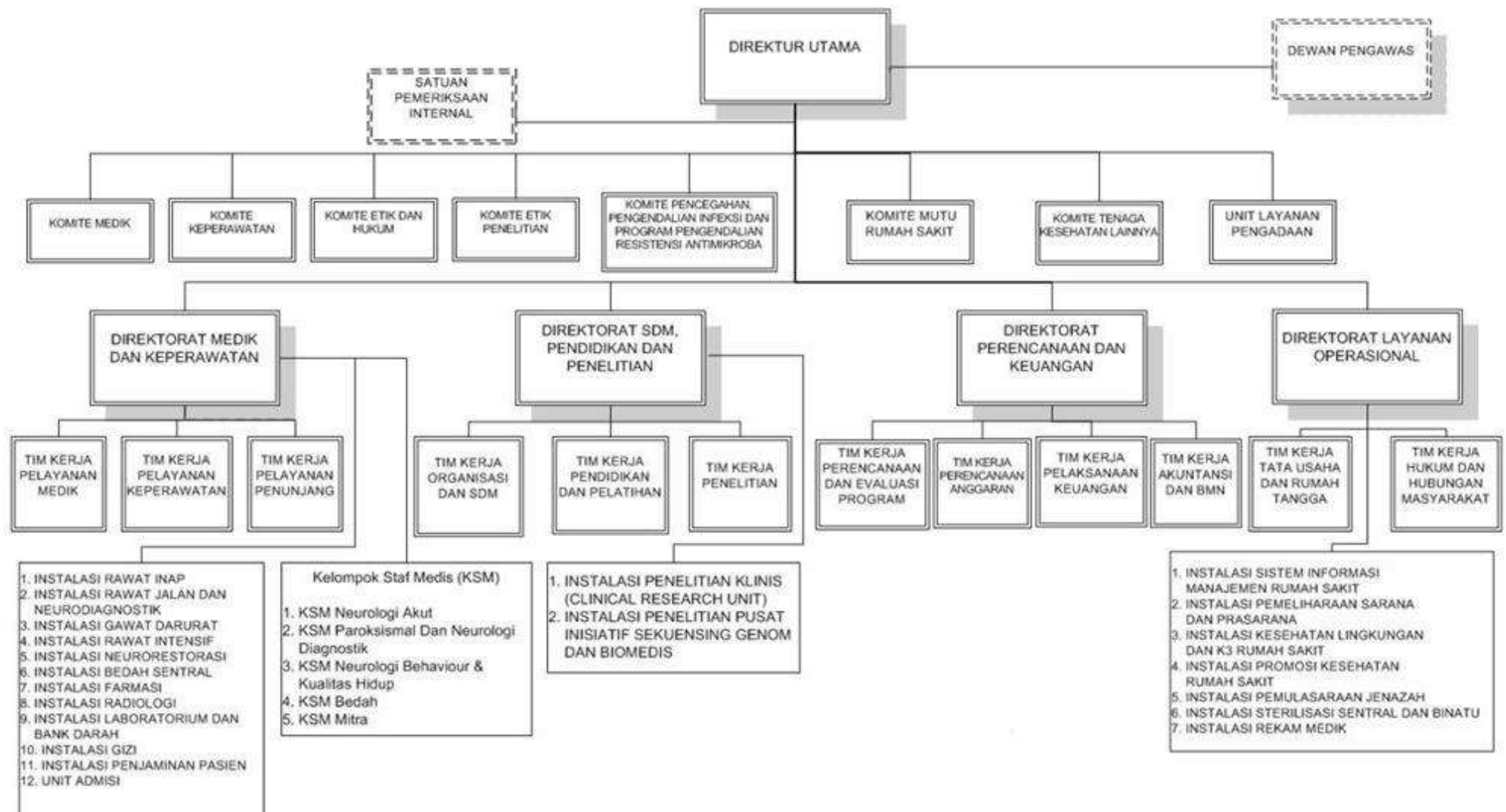
Anggota : 1. Liendha Andajani, S.E., M.Si

2. dr. Nizar Yamanie, Sp.S (K)

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

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

Gambaran struktur Organisasi RSPON Mahar Mardjomo 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.



Gambar I. 1 Struktur Organisasi RS PON Prof Dr dr Mahar Mardjono Jakarta

D. Sumber Daya Manusia

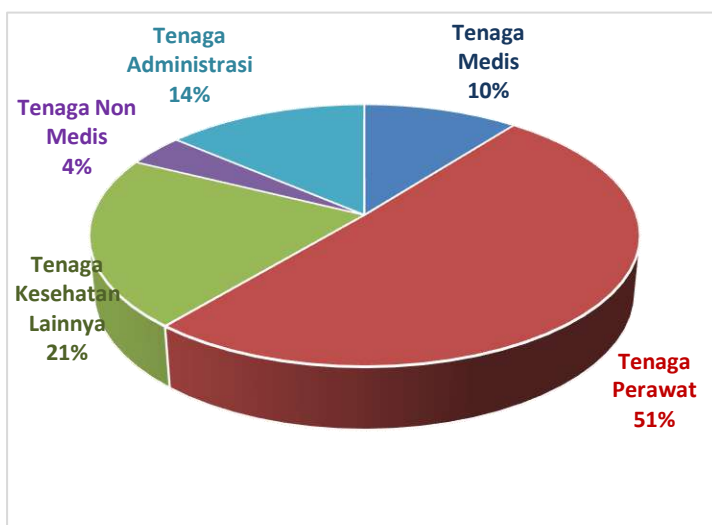
Jumlah SDM yang dimiliki RSPON Mahar Mardjono per 31 Desember 2024 sebesar 1117 Orang mengalami kenaikan 47 Orang dibandingkan per 31 Desember 2023, yang terdiri dari Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan dengan berbagai disiplin Ilmu yang dimiliki untuk memberikan pelayanan sesuai dengan bidangnya.

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 kebutuhan atas pengembangan yang dilakukan oleh RSPON.

Adapun rekapitulasi SDM RSPON Mahar Mardjono per 31 Desember 2024 sebagaimana tergambar berikut:

Tabel I. 1 Jumlah SDM Berdasarkan Ketenagaan Per 31 Desember 2024

NO	TENAGA	PNS	PPPK	NON PNS TETAP	NON PNS KONTRAK	KONTRAK KERJASAMA	MITRA	JUMLAH
1	Tenaga Medis	70	13	1	15	9	10	118
2	Tenaga Perawat	419	84	7	3	0	52	565
3	Tenaga Kesehatan Lainnya	139	31	6	43	1	16	236
4	Tenaga Non Medis	1	0	16	26	1	0	44
5	Tenaga Administrasi	67	10	23	45	6	3	154
TOTAL		696	138	53	132	17	81	1117



Gambar I. 2 Komposisi SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan Per 31 Desember 2024

Dari Tabel I.1 dan Gambar I.2 tersebut, nampak bahwa komposisi ketenagaan terbanyak adalah tenaga perawat sebesar 565 (50,58%) dan komposisi jenis ketenagaan paling sedikit adalah tenaga Non Medis 44 (3,9%)

E. 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 60 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 triwulan 1 tahun 2025.

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 2024 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 2024.

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 Tahun 2024.

BAB IV. PENUTUP

Pada bagian ini berisi penjelasan singkat mengenai pembahasan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2024 yang telah diuraikan pada bagian/bab sebelumnya.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kinerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan RSPON Mahar Mardjono Tahun 2024 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 60 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 Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
1.	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1 Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	86
		2 Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	90%
		3 Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung	89%
		4 Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	40%
		5 Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		6 Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	87%
		7 Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	78%
		8 Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan	94%
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	9 Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada Kasus Otak dan Persarafan	2 Laporan
		10 Persentase NDR di Rumah Sakit	≤2,66%
		11 Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤3%
		12 Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	80%
		13 Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	85%
		14 Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	21 PPK
		15 Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis melalui Tercapainya Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 Jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit ≥85%, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset < 4,5 Jam yang Mendapatkan Terapi r-TPA intravena ≥85%, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari ≥85%	80%
		16 Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	92%
		17 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai Target sebanyak 13 Laporan	100%

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
		18 Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		19 Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	98%
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	20 Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%
		21 Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	85%
		22 Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	80%
		23 Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	90%
		24 Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	90%
		25 Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	80%
		26 Presentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	90%
3.	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan	27 Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	1 Sistem
		28 Jumlah Layanan Berbasis Genomik di Hubs RS	1 Layanan
		29 Jumlah Rekrutmen Sample untuk Pelaksanaan Pemeriksaan hWGS	950 Sampel
		30 Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	100%
4.	Terwujudnya Kerjasama/ Jejaring dan Pengampunan Nasional Layanan Otak dan Persarafan dengan Instansi/Lembaga Nasional Maupun Internasional	31 Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	5 Institusi
		32 Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai strata paripurna	1
		33 Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Utama	1
		34 Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Madya	4
		35 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%
		36 Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	2 Layanan
5.	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	37 Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	95 Artikel
		38 Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Otak dan Persarafan	10%
6.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	39 Persentase Jabatan Fungsional SDMK yang Tersertifikasi	90%
		40 Persentase SDM yang Tersertifikasi	68%
		41 Jumlah Peserta <i>Fellowship</i> Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	6 Peserta
		42 Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	100%
7.	Budaya Kinerja yang Baik	43 Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%
		44 Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	100%
		45 Survey Budaya Keselamatan	$>75\%$

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
8.	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	46 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	95%
		47 Opini Audit atas Laporan Keuangan	WTP
		48 Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%	100%
9.	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	49 Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	90%
		50 Persentase Alat Kesehatan RS yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%
		51 Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%
		52 Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien melalui Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi Standar dan Persentase Waktu Layanan End-To-End Tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 menit	80%
		53 Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	100%
		54 Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	130 Modul
		55 Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan <i>Medical Record</i> melalui Platform SATU SEHAT	100%
10.	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	56 Persentase Layanan RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi	100%
		57 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	100%
		58 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		59 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBPN BLU	90%
		60 Persentase Nilai EBITDA Margin	15%

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 2024

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar (%)	Target (%)			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	TW I 60% TW II 70% TW III 75% TW IV 80%	45%	70%	75%	80%
2	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61		85		90
3	Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	80%	90%	90%	90%
4	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $< 4,5$ Jam yang mendapatkan Terapi r-TPA Intravena	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari	100%	100%	100%	100%	100%
6	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	75%	75%	80%	82%	85%
7	Persentase Capaian Target PNBPN BLU	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 80%	25%	45%	70%	100%
8	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5	3,5	3,5	4	4
9	Ketetapan Penyelesaian Klaim JKN	93,75%	93,75%	93,75%	93,75%	93,75%
10	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima (<i>Service Excellent</i>)*	TW I 20% TW II 40% TW III 60% TW IV 80%	20%	40%	60%	80%
11	Modernisasi Pengelolaan BLU Penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System</i> / BIOS	100%	80%	100%	100%	100%

*) Target Peserta *Service Excellent* adalah Sebesar 421 Peserta

Tabel II. 3 Aspek dan Indikator Penilaian Tingkat Maturitas BLU

A. Penilaian Berbasis Hasil (<i>Result Based</i>)			B. Penilaian Berbasis Proses (<i>Process Based</i>)			
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 Kesehatan Lanjutan (d/h. Pelayanan Kesehatan) mewakili Menteri Kesehatan.

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA	
	
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024	
Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:	
Nama : dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS	
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	
selanjutnya disebut pihak pertama	
Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., 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, 31 Januari 2024	
Pihak Kedua,	Pihak Pertama
	
dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS NIP. 197106262000031002	dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS NIP. 197210072001122005

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
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	86
		Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	90%
		Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung	89%
		Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	40%
		Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	87%
		Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	78%
		Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan	94%
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada Kasus Otak dan Persarafan	2 Laporan
		Persentase NDR di Rumah Sakit	≤2,66%
		Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤3%
		Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	80%
		Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	85%
		Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	21 PPK
		Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis melalui Tercapainya Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 Jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit ≥85%, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset < 4,5 Jam yang Mendapatkan Terapi r-TPA intravena ≥85%, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari ≥85%	80%
		Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	92%
		Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai Target sebanyak 13 Laporan	100%
		Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		Persentase Kasus Sesuai Clinical Pathway	98%

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUITE)	100%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	85%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	80%
		Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	90%
		Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	90%
		Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	80%
		Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	90%
3.	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	1 Sistem
		Jumlah Layanan Berbasis Genomik di Hubs RS	1 Layanan
		Jumlah Rekrutmen Sample untuk Pelaksanaan Pemeriksaan hWGS	950 Sampel
		Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	100%
4.	Terwujudnya Kerjasama/ Jejaring dan Pengampuan Nasional Layanan Otak dan Persarafan dengan Instansi/ Lembaga Nasional Maupun Internasional	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	5 Institusi
		Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Paripurna	1
		Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Utama	1
		Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Madya	4
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%
		Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	2 Layanan
5.	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	95 Artikel
		Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Otak dan Persarafan	10%
6.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	90%
		Persentase SDM yang Tersertifikasi	68%
		Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	6 Peserta
		Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	100%

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	100%
		Survey Budaya Keselamatan	>75%
8.	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	95%
		Opini Audit atas Laporan Keuangan	WTP
		Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%	100%
9.	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	90%
		Persentase Alat Kesehatan RS yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%
		Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%
		Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien melalui Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi Standar dan Persentase Waktu Layanan End-To-End tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤120 menit	80%
		Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	100%
		Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	130 Modul
		Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	100%
10.	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	Persentase Layanan RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi	100%
		Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	100%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBP BLU	90%
		Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
Program		Anggaran	
1. Program Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis		Rp 1.104.918.336.000,-	
2. Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan		Rp 39.538.856.000,-	
Total		Rp 1.144.477.192.000,-	



Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Mahar Mardjono Tahun 2024

Berdasarkan Gambar II.1 diatas, jumlah alokasi anggaran untuk membiayai program sesuai dengan surat pengesahan DIPA Nomor : SP DIPA- 024.04.2.015514/2024 tanggal. 24 November 2023 sebesar Rp1.144.477.192.000,00 pada perjalanan waktu selama 2024 mengalami revisi sebanyak 13 kali nomor: SP DIPA- 024.04.2.015514/2024 tanggal 24 Desember 2024 dengan total anggaran akhir sebesar Rp Rp1.395.496.703.000,00 yang terdiri:

- (1) Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp1.339.712.703.000,00
- (2) Program Dukungan Manajemen sebesar Rp58.784.000.000,00

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



**KONTRAK KINERJA
ANTARA**

**DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN RI**

DENGAN

**DIREKTUR UTAMA RSPON MAHAR MARDJONO
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

TAHUN 2024

Nomor : PRJ-25/PB/2024

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

- 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**
- Nama** : dr. Adin Nulhasanah, Sp.S., MARS

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Gak Nasional Mahar Mardjono, 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 2024, dengan ketentuan;

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

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target Kinerja 2024			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (PE)	75%	75%	80%	82%	85%
2.	Persentase Pencapaian Target PNPB BLU	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 100%	25%	45%	70%	100%
3.	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5	3,5	3,5	4	4
4.	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	93,75%	93,75%	93,75%	93,75%	95%
5.	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima *)	TW I 20% TW II 40% TW III 60% TW IV 80%	20%	40%	60%	80%
6.	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	80%	100%	100%	100%
7.	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	N/A	85	N/A	90
8.	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	TW I 60% TW II 70% TW III 75% TW IV 80%	45%	70%	75%	80%
9.	Pasien Stroke Hiperakut (<4-5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras s 30 Menit	80%	80%	90%	90%	90%

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target Kinerja 2024			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
10	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 Jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena	80%	100%	100%	100%	100%
11	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari	80%	100%	100%	100%	100%

*) Jumlah SDM pemberi layanan pada BLU : 842 orang
 Jumlah SDM yang akan menjalani pendidikan dan pelatihan pelayanan prima : 421 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.

Jakarta, 31 Januari 2024
 RSPON Mahar Mardjono
 Direktur Utama,

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
 Direktur Jenderal,


 Astera Primanto Bhakti


 dr. Adin Nulhasanah, Sp.S., MARS



Gambar II. 2 Kontrak Kinerja RSPON Mahar Mardjono dengan PPKBLU Kementerian keuangan

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 Periode Tahun 2024.

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 setiap-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*

Sasaran Program: Terwujudnya kepuasan *Stakeholders* terdiri atas 8 Indikator Kinerja Utama, dimana kesemua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024, yang terdiri atas:

IKU 1: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit

Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit didefinisikan sebagai 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 yang pengukurannya menggunakan skala Likert.

a. Pencapaian

Tabel III. 1 Capaian IKU: Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama	2023		2024		Permenpan No.14 th.2017
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	82	86,92	86	90,46	76,61
	Tingkat Pencapaian				
	106%		105,19%		118,08%

Pengukuran IKM dilakukan setiap bulannya oleh internal RSPON dan periode September 2024 dilakukan survey kepuasan Masyarakat oleh pihak eksternal. 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.

Tingkat capaian Indeks Kepuasan Masyarakat pada Tahun 2024 yang dilakukan oleh pihak internal sebesar 90.46, jika dikonversikan menurut PermenPAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017 memiliki mutu pelayanan A dengan kinerja unit pelayanan sangat baik.

Tingkat capaian Indeks Kepuasan Masyarakat pada periode September 2024 yang dilakukan oleh pihak eksternal dari Lembaga survey Iconesia mendapatkan hasil 89,78 yang dikonversikan menurut PermenPAN dan RB Nomor 14 tahun 2017 termasuk dalam kategori A yakni sangat baik.

Tingkat pencapaian indikator Indeks Kepuasan Masyarakat ditahun 2024 turun menjadi 105,19% dibandingkan pencapaian tahun 2023 yang sebesar 106%.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam proses pencapaian target terdapat kendala yang dihadapi yakni:

- Dengan capaian jumlah target minimal 30 responden tiap unit pelayanan tidak seluruhnya dapat dipenuhi di tiap unitnya khususnya pada layanan rumah singgah, pelayanan poliklinik, kasir, pendaftaran pasien, serta farmasi
- Kejenuhan responden yang mengatakan sudah pernah mengisi survei kepuasan sebelumnya

c. Upaya Tindak Lanjut

Adapun Upaya tindak lanjut yang dilakukan dalam mengatasi kendala yang dihadapi sehingga dapat mencapai target yakni:

- Monitoring capaian responden melalui nota dinas dan *spreadsheet* untuk pengecekan berkala *update* jumlah responden sebagai bahan analisis dan penilaian tiap unit layanan
- Semua capaian responden, target dan capaian nilai akan disampaikan di rapat koordinasi dengan Direktur Utama dan Pimpinan Unit Kerja pada Rapat Struktural

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

Indikator Kinerja Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan merupakan Kepuasan Pasien hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh RSPON Mahar Mardjono

1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
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 2024, 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

Penilaian baik dan sangat baik menggambarkan kepuasan, sedangkan tidak baik dan kurang baik menggambarkan ketidakpuasan. Setelah dilakukan penghitungan untuk masing-masing pertanyaan, lalu keseluruhan indeks tersebut dijumlah dan dibagi dengan jumlah pertanyaan.

a. Pencapaian

Tabel III. 2 Capaian IKU: Persentase kepuasan pasien dan atau keluarga terhadap pelayanan kesehatan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Akhir Jk Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase kepuasan pasien dan atau keluarga terhadap pelayanan kesehatan	88%	94,50%	90%	96,09%	90%
	Tingkat Pencapaian				
	107,39%		106,77%		106,77%

Pengukuran Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan dilakukan setiap bulan oleh Pihak Internal RSPON. Capaian tahun 2024 yang sebesar 96,09% yang dikonversikan dalam hasil Tingkat kepuasan sesuai dengan kamus indikator mendapatkan penilaian sangat puas.

Perhitungan Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan pada tahun 2024 dengan capaian selama tahun 2024 sebesar 96,09% dari target 90% dengan pencapaian 106,77%, lebih rendah dari pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 107,39%.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase kepuasan pasien dan atau keluarga terhadap pelayanan Kesehatan adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase kepuasan pasien dan atau keluarga terhadap pelayanan kesehatan terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 106,77%.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian target, terdapat beberapa kendala yang dihadapi, yakni:

- Capaian jumlah target minimal 30 responden tiap unit pelayanan tidak seluruhnya dapat dipenuhi di tiap unitnya khususnya pada layanan rumah singgah, pelayanan poliklinik, kasir, pendaftaran pasien, serta farmasi

- Kejenuhan responden yang mengatakan sudah pernah mengisi survei kepuasan sebelumnya

c. Upaya tindak lanjut

Adapun Upaya tindak lanjut yang dilakukan menghadapi kendala dalam pencapaian target, yakni:

- Monitoring capaian responden melalui nota dinas dan *spreadsheet* untuk pengecekan berkala *update* jumlah responden sebagai bahan analisis dan penilaian tiap unit layanan
- Semua capaian responden, target dan capaian nilai akan disampaikan di rapat dengan Direktur Utama dan pimpinan Unit Kerja pada Rapat Struktural

IKU 3: 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.

Pada Indikator Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung terdapat 4 Aspek Penunjang yang menentukan keberhasilan atas Capaian Tahun 2024. 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.

a. Pencapaian

Tabel III. 3 Capaian IKU: Persentase Kepuasan pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap fasilitas Pendukung

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Kepuasan pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap fasilitas Pendukung	85%	88%	89%	91,21%
	Tingkat Pencapaian			
	103,53%		102,48%	

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 2024 sebesar 91,21%, dengan Tingkat pencapaian sebesar 102,48% dari target 89%, lebih rendah dari pencapaian

ditahun 2023 yang sebesar 103,53%

b. Kendala yang dihadapi

Kendala yang dihadapi didalam proses pencapaian target, antara lain:

1. Kejenuhan responden yang mengatakan sudah pernah mengisi survei kepuasan sebelumnya
2. Pengendalian kualitas fasilitas umum rumah sakit dilakukan oleh unit kerja masing-masing, oleh karena itu pemantauan atas pelaporan kerusakan sarana dan prasarana, ketersediaan lahan parkir serta kebersihan toilet dan ruang hijau dilakukan tindaklanjut evaluasi oleh unit kerja teknis

c. Upaya tindak lanjut

Adapun upaya tindak lanjut yang telah dilakukan untuk kendala yang dihadapi, yakni:

1. Monitoring capaian responden melalui nota inas dan *spreadsheet* untuk pengecekan berkala *update* jumlah responden sebagai bahan analisis dan penilaian tiap unit layanan.
2. Semua capaian responden, target dan capaian nilai akan disampaikan di rapat dengan Direktur Utama dan pimpinan Unit Kerja pada Rapat Struktural.

IKU 4: 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.
- 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).

Pada Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terdapat 4 Aspek Penunjang yang mendorong hasil Capaian Tahun 2024 diantara lain :

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

Kriteria yang dipergunakan dalam mengidentifikasi keluhan pasien dan/atau Keluarga pasien berupa keluhan baru, dengan eksklusi: keluhan berulang dari sumber yang sama, dan keluhan terkait penyakit.

Perhitungan pencapaian indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga didapat dengan memperbandingkan selisih jumlah keluhan tahun 2024 dengan tahun 2022 diperbandingkan dengan jumlah keluhan tahun 2022 sebagai *baseline*.

a. Pencapaian

Tabel III. 4 Capaian IKU: Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	30%	36,73%	40%	51,02%
	Tingkat Pencapaian			
	122,43%		127,55%	

Pengukuran Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON kepada Pasien dan/atau Keluarga Pasien. Indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien pada Capaian 2024 sebesar 51,02% dari target sebesar 40%, dengan tingkat pencapaian sebesar 127,55%, mengalami kenaikan dari pencapaian tahun 2023 yang sebesar 122,43%.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam proses pencapaian indikator Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien, didapati beberapa kendala yang dihadapi, yakni:

1. Pada bulan juli terdapat beberapa kasus komplain yang masuk kategori kuning dan melibatkan pimpinan unit kerja pelayanan, oleh karena itu terdapat peningkatan jumlah komplain dibanding tahun 2022.
2. Jumlah komplain pada tahun 2022 dan 2023 lebih sedikit karena pada tahun 2022 sebagian komplain melalui media sosial atau website survei kepuasan rumah sakit yang tidak berkenan melakukan komunikasi lebih lanjut, sehingga tidak dapat ditindaklanjuti karena pasien/keluarga tidak dapat ditemui walau sudah dihubungi oleh Tim Humas Rumah Sakit

c. Upaya tindak lanjut

Adapun upaya tindak lanjut yang telah dilakukan dalam menyelesaikan kendala yang dihadapi sehingga dapat mencapai target yang ditetapkan, yakni:

1. Pengendalian penyelesaian komplain oleh unit pelayanan. Hal ini dapat dilakukan dengan pelatihan *handling komplain* oleh tenaga selain *front liner*/petugas informasi, maupun *security* saja tetapi juga tenaga seperti perawat, kasir, dan tenaga pelaksana lain pemberi layanan langsung
2. Pada komplain kategori hijau, masih terdapat yang berkaitan perilaku SDM dan kualitas Pelayanan

IKU 5: Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan

Indikator Kinerja Persentase Capaian Peningkatan Kuliatas Pemberi Layanan adalah Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam, Dimana kecepatan

penanganan keluhan merupakan respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Tercapainya indikator persentase capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan dapat terpenuhi jika capaian 100%, dengan sumber data KRK disediakan Kertas Fisik yang terdapat di Meja Informasi dan Ruang Pelayanan Publik.

Adapun penilaian 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. 5 Capaian IKU: Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional Perdirjen Perbendaharaan Nomor 24/PB/2018
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	80%	100%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	125%		100%		100%

Pengukuran Indikator Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan dilakukan setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON. Perhitungan Indikator Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan ditahun 2024 memiliki definisi dan formula perhitungan yang sama dengan indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam ditahun 2023, meskipun nomenklaturnya berbeda, sehingga pencapaian indikator Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan ditahun 2024 sebesar 100%, lebih rendah jika dibandingkan dengan pencapaian indikator Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq 1 \times 24$ Jam ditahun 2023 sebesar 125%. Faktor keberhasilan capaian pada Indikator Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan diukur melalui kecepatan dalam merespon Komplain dalam Kurun Waktu 1 X 24 Jam pada Level Unit Kerja.

b. Kendala yang dihadapi

Adapun kendala yang dihadapi selama proses pencapaian target terdapat dalam penanganan komplain yang masuk kedalam kategori kuning dan merah dimana memerlukan durasi waktu konfirmasi dan koordinasi pemberian keterangan dari unit kerja pelayanan lainnya, sedangkan untuk komplain dengan kategori hijau tidak terdapat banyak kendala yang berarti.

c. Upaya tindak lanjut

Dalam rangka upaya tindak lanjut untuk kendala yang dihadapi dalam pencapaian target yakni melalui peningkatan keahlian dengan pelatihan untuk standar penanganan komplain yang lebih efektif untuk menjaga kualitas pelayanan RS.

IKU 6: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator Kinerja Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai adalah 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. 6 Capaian IKU: Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	86%	86,53%	87%	95,50%	87
	Tingkat Pencapaian				
	100,62%		109,77%		109,77%

Pelaksanaan survey Tingkat kepuasan pegawai dilaksanakan pada akhir bulan Oktober sampai dengan Desember 024, yang pelaksanaannya dilakukan oleh pihak internal RSPON yakni tim kerja OSDM kepada para pegawai RSPON.

Hasil Perhitungan Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai tahun 2024 tercapai sebesar 95,50% dengan pencapaian terhadap target sebesar 109,77%, yang mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan pencapaian tahun 2023 yang sebesar 100,62%.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 109,77%.

b. Kendala yang dihadapi

Dari hasil survey diperoleh adanya ketidakpuasan pegawai terhadap system kerja terkait prosedur administrasi yang dinilai kurang efisien.

c. Upaya tindak lanjut

Upaya tindak lanjut yang dilakukan dalam kendala yang dihadapi yakni dengan:

- 1) Evaluasi akan dilakukan selama 3 Bulan untuk memastikan Tindak lanjut berjalan

sesuai Rencana

- 2) Monitoring mencakup Perbaikan Fasilitas, Peningkatan Kebijakan, dan Efisiensi Sistem Kerja

IKU 7: 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).

Pada Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi terdapat Target Responden yang menunjang Capaian Tahun 2024 seperti:

- 1) 79 Dokter sudah berpartisipasi Pengisian Survei Kepuasan dengan Capaian 100%
- 2) Skor Pembobotan Pertanyaan dengan skor 3103
- 3) 10 Pertanyaan Survey
- 4) 79 Responden
- 5) Bobot tertinggi dengan Nilai 5

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	70%	75%	78%	78,56%
	Tingkat Pencapaian			
	107,14%		100,72%	

Pengukuran Indikator Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi yang dilakukan oleh pihak internal RSPON kepada Staf Medik. Pelaksanaan survey kepada staf Medik untuk mencapai tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap remunerasi dilakukan pada bulan November 2024 dengan hasil capaian sebesar 78,56% dengan tingkat pencapaian target sebesar 100,72%, hasil tersebut lebih rendah dari tingkat pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 107,14%.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang menghambat dalam pencapaian target Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil survey

IKU 8: 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. 8 Capaian IKU: Persentase Kepuasan Peserta didik terhadap Proses Pendidikan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Kepuasan Peserta didik terhadap Proses Pendidikan	80%	92,83%	94%	94,93%
	Tingkat Pencapaian			
	116,04%		100,99%	

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 2024 sebesar 94,93% mencapai Target 2024 sebesar 94%, sehingga tingkat pencapaian ditahun 2024 sebesar 100,99% yang lebih rendah jika dibandingkan tahun 2023 yang sebesar 116,04%.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil survey

SASARAN PROGRAM 2:

Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya

Sasaran Program: Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya terdiri atas 18 Indikator Kinerja Utama (IKU 9 sampai dengan IKU 26), yang terdiri atas 3 Indikator Kinerja Utama yang belum dapat mencapai target dan 15 indikator Kinerja Utama telah mencapai target sebagaimana yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024.

Indikator Kinerja Utama (IKU) yang belum tercapai ditahun 2024 untuk sasaran program Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya, yaitu:

1. IKU 10: Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal
2. IKU 20: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)
3. IKU 25: Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam

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/semester.

a. Pencapaian

Tabel III. 9 Capaian IKU: Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus stroke & persarafan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus <i>stroke</i> dan persarafan	2 Laporan	2 Laporan	2 Laporan	2 Laporan
	Tingkat Pencapaian			
	100%		100%	

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 2024 sebanyak 2 Laporan tercapai 100% sesuai Target Tahun 2024. Tingkat pencapaian tahun 2024 dan tahun 2023 memiliki nilai yang sama yakni 100%.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala selama Capaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan Monitoring dan Evaluasi secara berkala atas hasil capaian

IKU 10: Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Indikator Kinerja Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal adalah Jumlah Kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 Jam dalam tahun berjalan.

Capaian Indikator Kinerja Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal dihitung dengan Jumlah Kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 Jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (Hidup + Mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100%.

a. Pencapaian

Tabel III. 10 Capaian IKU: Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024		Target Nasional Standar Mutu Kemenkes
	Target	Realisasi	
Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2,66%	3,99%	<2,5%
	Tingkat Pencapaian		
	66,67%		62,66%

Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal RSPON pada tahun 2024 belum dapat mencapai target yang ditetapkan pada perjanjian kinerja maupun target nasional yang sesuai dengan standar mutu pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2015) dengan Tingkat pencapaian 66,67% dibandingkan dengan target tahun 2024, dan Tingkat pencapaian 62,66% dibandingkan dengan target nasional.

Beberapa tantangan yang dihadapi dalam pencapaian kinerja indikator tersebut:

- a. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Stroke menjadi penyebab kematian tertinggi kedua didunia setelah penyakit jantung iskemik pada 2019. Namun, di Indonesia stroke menjadi penyebab kematian nomor satu pada tahun yang sama dengan perkiraan 131,8 kasus kematian per 100 ribu penduduk. Hal ini menjadi penyumbang tingginya prosentase *net death rate* (NDR) di RSPON.
- b. Proporsi penerimaan rujukan pasien eksternal ke RS PON, dengan tingkat severitas berat (GCS 3-8) sebesar 8,02%, dan tingkat severitas sedang (GCS 9-12) sebesar 13,90%, dimana pasien dengan tingkat severitas sedang dapat jatuh dalam kondisi severitas berat selama masa transisi mobilisasi perujukan antara rumah sakit perujuk IGD RSPON. Artinya potensi kematian pada pasien yang berasal dari rujukan eksternal dapat menjadi penyumbang tingginya prosentase *net death rate*.
- c. Keterbatasan jumlah tempat tidur dan tingginya angka BOR di Ruang *Intensive* berdampak pada meningkatnya resiko angka kematian pada pasien-pasien dari IGD, rawat inap dan ruang operasi yang membutuhkan perawatan *intensive*.
- d. RSPON merupakan RS khusus otak dan persarafan tipe A yang berfungsi sebagai rujukan tingkat akhir, dimana pasien masuk baik melalui rujukan eksternal maupun yang langsung datang ke IGD umumnya sudah berada dalam kondisi yang lebih kritis atau kompleks, sehingga berdampak pada resiko tingkat kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit umum/khusus tipe B atau C.
- e. RS PON juga sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang berpengaruh terhadap Tingkat kematian. Berdasarkan hasil penelitian Golikov, Edwin DO; Patel, Shil DO; Salem, Suhail MD; Bhatia, Taruna MD; Vinod, Jeevan MD dalam jurnal *American Journal of Gastroenterology* dengan judul penelitian *Hospital Teaching Status on Mortality, Length of Stay, and Cost Amongst Patients with Primary Biliary Cholangitis* 30, yang dipublikasi pada Oktober 2018, menyebutkan bahwa di USA rata-rata tingkat kematian pada Rumah Sakit Pendidikan sebesar 4.64% sedangkan untuk Rumah Sakit non Pendidikan sebesar 3.68%.

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor tersebut diatas, RSPON telah mengirimkan surat ke Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan (d/h Dirjen Pelayanan Kesehatan) Kementerian Kesehatan mengenai permohonan perubahan target capaian NDR menjadi $\leq 4,4\%$ pada tanggal 16 Juli 2024 dengan nomor surat PR.03.02/D.XXIII/6670/2024, yang hingga berakhirnya tahun anggaran 2024, belum memperoleh jawaban/tanggapan.

b. Kendala yang dihadapi

- Identifikasi NEWSS belum berjalan Maksimal
- RSPON sebagai Pusat Rujukan Nasional, pasien datang sudah dalam kondisi medis berat / terminal

c. Upaya tindak lanjut

- Mengevaluasi kembali link *spreadsheet* NEWSS
- Analisis lanjutan untuk setiap kasus kematian non NDR
- Melaksanakan *case discussion*/NDR pada kasus kasus tertentu. Sebagai untuk sarana perbaikan dan pembelajaran bagi tatalaksana pasien

IKU 11: Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif

Indikator Kinerja Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif adalah Tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan (terencana/terjadwal).

Indikator ini memperhitungkan seluruh pasien yang terjadwal pada operasi elektif (terencana/terjadwal), dengan mengeksklusikan:

1. Penundaan akibat *force majeure* seperti kecelakaan, bencana alam
2. Penundaan akibat penolakan tindakan oleh pasien atau keluarga
3. Perubahan kondisi klinis pasien/perburukan kondisi klinis pasien

a. Pencapaian

Tabel III. 11 Capaian IKU: Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Mutu Pelayanan RS	Target Nasional KPI Inisiatif Transformasi RSV
	Target	Realisasi	Target	Realisasi		
Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤4%	2,30%	≤3%	1,87%	≤3%	≤3%
	Tingkat Pencapaian					
	173,91%		160,43%		160,43%	160,43%

Capaian indikator Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif tahun 2024 sebesar 1,87% dari target ≤3% dengan tingkat pencapaian sebesar 160,43%, memiliki tingkat pencapaian yang sama jika dibandingkan dengan standar nasional KPI inisiatif transformasi RSV maupun standar mutu pelayanan RS, akan tetapi lebih rendah dibandingkan dengan tingkat pencapaian tahun 2023 (173,91%).

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.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam proses pencapaian target selama tahun 2024 yakni dengan adanya prioritas pasien *emergency* (cito) yang menyebabkan mundurnya jadwal pasien elektif

c. Upaya tindak lanjut

Adapun Upaya tindak lanjut yang telah dilakukan dalam mengatasi kendala yang dihadapi sehingga mampu mencapai target ditahun 2024 yakni:

- 1) Mengajukan kelengkapan sarana dan prasarana ruang OK IGD sehingga dapat melaksanakan berbagai tindakan operasi cito / emergency di ruang OK/IGD yang diharapkan dapat mengurangi penundaan jadwal operasi elektif
- 2) Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil capaian

IKU 12: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik

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

Pencapaian indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dengan membandingkan jumlah dokter yang raktek tepat waktu dibandingkan dengan jumlah dokter yang praktek.

a. Pencapaian

Tabel III. 12 Capaian IKU: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional IKT 2023
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	80%	53,70%	80%	83,73%	80%
	Tingkat Pencapaian				
	67,13%		104,66%		104,66%

Capaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik pada tahun 2024 sebesar 83,73% dari target 80%, sehingga tingkat Pencapaiannya sebesar 104,66%, dengan Tingkat pencapaian yang sama jika dibandingkan dengan target nasional dari IKT tahun 2023, dan mengalami kenaikan dibandingkan Tingkat pencapaian 2023 dengan Tingkat pencapaian sebesar 67,13%.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam proses pencapaian target, terdapat beberapa kendala yang dihadapi, yakni:

- 1) Adanya penjadwalan dokter yang harus Visite Pasien Rawat Inap sebelum Jam 10.00 sehingga tidak bisa mulai Pelayanan tepat Waktu
- 2) Ketidaksesuaian pencatatan rekap manual spreadsheet dengan tarikan dari EHR

c. Upaya tindak lanjut

Adapun Upaya tindak lanjut yang telah dilakukan sehingga indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dapat tercapai ditahun 2024, yakni:

- 1) Berkoordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk mengatur Jadwal Poliklinik dengan Jadwal Visite Pasien Rawat Inap.
- 2) Berkoordinasi dengan SIRS terkait rekap data tarikan dari system HER

IKU 13: 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.

Perhitungan pencapaian indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap yakni dengan membandingkan jumlah pasien yang diviste pukul 6.00-12.00 dengan jumlah pasien rawat inap. Pasien yang baru masuk rawat inap pada hari itu dan pasien konsultasi dieksklusikan pada perhitungan indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap.

a. Pencapaian

Tabel III. 13 Capaian IKU: Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Nasional IKT 2023
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	80%	81,28%	85%	95,02%	80%
	Tingkat Pencapaian				
	101,60%		111,79%		118,78%

Capaian indikator Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap pada tahun 2024 sebesar 95,02% dari target 85% dengan Tingkat pencapaian 111,79% dan jika dibandingkan dengan standar nasional dari target IKT RSPON ditahun 2023, Tingkat capaiannya sebesar 118,78. Tingkat pencapaian ditahun 2024 meningkat dari tahun 2023 yang tingkat pencapaiannya sebesar 101,60%.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang cukup berarti yang menghambat pencapaian target Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil capaian

IKU 14: 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. Formula capaian dari indikator Jumlah PPK yang diimplementasikan berupa jumlah PPK yang sudah tersusun, yang merupakan jumlah akumulasi dari tahun 2020 - 2024.

a. Pencapaian

Tabel III. 14 Capaian IKU: Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	20 PPK	20 PPK	21 PPK	23 PPK	21 PPK
	Tingkat Pencapaian				
	100%		109,52%		109,52%

Pengumpulan PPK Pada Tahun 2024 sebesar 23 PPK melebihi target 21 PPK dengan Tingkat Pencapaian 109,52%, meningkat dari tingkat pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 100%. Hal ini menggambarkan Hal ini menggambarkan Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya terhadap Jumlah PPK yang Diimplementasikan telah Tercapai

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.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 109,52%.

b. Kendala yang dihadapi

Selama pencapaian target tahun 2024 belum ada kendala yang cukup berarti dalam pencapaiannya

c. Upaya tindak lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara berkala atas hasil capaian

IKU 15: Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis diperoleh melalui tercapainya Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit $\geq 85\%$, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $<4,5$ jam

yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena $\geq 85\%$ dan Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari $\geq 85\%$

Penentuan atas pencapaian indikator persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis melalui persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas, dalam hal ini RSPON memiliki khususan dibidang otak dan persarafan dengan layanan prioritas terkait stroke.

a. Pencapaian

Tabel III. 15 Capaian IKU: Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Indikator Kinerja Utama	2023		2024		Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	98,12%	80%	98,14%	80%
Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CTScan Kepala NonKontras ≤ 30 Mnt	80%	94,36%	85%	94,41%	
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $< 4,5$ jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%	100%	85%	100%	
Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	80%	100%	85%	100%	
Tingkat Pencapaian	122,65%		122,67%		122,67%

Capaian indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis diketahui 2024 sebesar 98,14% dari target 80%, dengan Tingkat pencapaian sebesar 122,67% yang memiliki Tingkat pencapaian yang sama dengan standar klinis dalam *Key Performance Indicators* (KPI) inisiatif Kementerian Kesehatan. Tingkat pencapaian indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis mengalami sedikit kenaikan dari tahun 2023 dengan Tingkat pencapaian sebesar 122,65%.

b. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh

IKU 16: 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.

Pencapaian indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dihitung dengan membandingkan jumlah pasien stroke iskemik pulang dengan status hidup dibandingkan dengan jumlah pasien stroke iskemik

Kriteria Inklusi yang ditetapkan: Pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup, sedangkan kriteria eksklusi yang ditetapkan: 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. 16 Capaian IKU: Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%	99,71%	92%	100%	90%
Tingkat Pencapaian					
	110,79%		108,70%		111,11%

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 2024 sebesar 100% dengan Tingkat pencapaian sebesar 108,70%, lebih rendah dari Tingkat pencapaian tahun 2023 yang sebesar 110,79% dan lebih rendah dari Tingkat pencapaian jika dibandingkan dengan standar klinis KPI Inisiatif Kemenkes yang sebesar 111,11%.

Tingkat pencapaian indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup tahun 2024 menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup telah melampaui Target.

Kepatuhan atas tata laksana perawatan pasien stroke iskemik menjadi salah satu factor penunjang dalam pencapaian indikator tersebut

b. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh

IKU 17: Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target sebanyak 12 laporan

Capaian Indikator kinerja Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target sebanyak 12 laporan diperoleh berdasarkan jumlah laporan 12 Indikator Mutu Nasional Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan,

a. Pencapaian

Tabel III. 17 Capaian IKU: Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) Yang Mencapai Target Sebanyak 12 Laporan

Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	Standar Nasional INM
Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) Yang Mencapai Target Sebanyak 12 Laporan	100%	100%	100%
1. Kepatuhan Kebersihan Tangan	>90%	90.24%	>85%
2. Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%
4. Waktu Tunggu Rawat Jalan	>80%	97.33%	>80%
5. Penundaan Operasi Elektif	<5%	2.10%	<5%
6. Kepatuhan Waktu Visit Dokter	>80%	88.63%	>80%
7. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	100%
8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	>90%	99.78%	>80%
9. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	>85%	100%	>80%
10. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%
11. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	>80%	100%	>80%
12. Kepuasan Pasien Ikm	>80	91.90	>76,61
Tingkat Pencapaian		100%	100%

Pengukuran Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) ditahun 2024 telah mencapai Target dalam perjanjian kinerja 2024 maupun dan standar nasional dalam profil indikator mutu rumah sakit sebagaimana tertuang didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah. Tingkat pencapaian sebesar 100% baik terhadap capaian target maupun terhadap standar Indikator Mutu Nasional (INM) pada masing-masing dari 12 INM yang dilaporkan.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam proses pencapaian target selama tahun 2024, terdapat beberapa kendala yang dihadapi, yakni:

1. Pada Indikator Mutu: Kepatuhan Kebersihan Tangan >90%.

Adapun kendala diantara lain:

- Kurang pengetahuan tentang 5 momen cuci tangan pada nakes selama pelayanan kesehatan dilakukan
- Kurang edukasi tentang implementasi 5 momen cuci tangan secara detail di masing-masing unit pelayanan
- Belum adanya sistem reward dan punishment terhadap kepatuhan cuci tangan per profesi kesehatan

2. Pada Indikator Mutu: Kepatuhan penggunaan APD 100%.

Adapun kendala diantara lain:

- Masih ada stigma tentang penularan COVID sehingga penggunaan APD masih berlebihan dan kurang tepat
- Kurang pengetahuan tentang indikasi pemakaian APD (Kesesuaian antara APD yang dipakai dengan indikasi pemakaian APD)

c. Upaya tindak lanjut

Upaya tindak lanjut yang dilakukan dalam mengatasi kendala dan mampu mencapai target yakni:

1. Upaya tindak lanjut pada *Indikator Mutu*: Kepatuhan kebersihan tangan >90%
 - *Roadshow* penyegaran edukasi cuci tangan dan APD pada setiap profesi kesehatan (Dokter, Perawat, Fisioterapi, Radiologi, ATLM, Ahli gizi) Bulan juni - juli 2024
 - Monitoring dan evaluasi kepatuhan cuci tangan dan APD rutin per bulan
 - Diseminasi hasil kepatuhan cuci tangan dan APD kepada kepala ruangan / unit/ instalasi untuk perbaikan berikutnya
2. Upaya tindak lanjut pada indikator mutu: Kepatuhan penggunaan APD 100%, yakni:
 - Roadshow penyegaran edukasi cuci tangan dan APD pada setiap profesi kesehatan (dokter, perawat, fisioterapi, radiologi, ATLM, Ahli gizi) bulan juni - juli 2024
 - Monitoring dan evaluasi kepatuhan cuci tangan dan APD rutin per bulan
 - Diseminasi hasil kepatuhan cuci tangan dan apd melalui *dashboard* emisys

IKU 18: 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. 18 Capaian IKU: Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
	Tingkat Pencapaian			
	100%		100%	

Capaian Indikator Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol telah mencapai target baik ditahun 2024 maupun tahun 2023 dengan Tingkat pencapaian 100%. Hasil mencapai Target masing-masing Indikator dilakukan Setiap Bulan Rutin yang dilaporkan langsung ke Website Kemenkes oleh Komite PMKP RSPON. 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 2024

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 faktor keberhasilan pencapaian indikator ini, yang dapat dijadikan Upaya tindak lanjut dalam mempertahankan hasil capaian.

IKU 19: 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. 19 Capaian IKU: Persentase Kasus Sesuai *Clinical Pathway*

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	95%	97,22%	98%	99,99%	98%
	Tingkat Pencapaian				
	102,34%		102,03%		102,03%

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 2024 sebesar 99,99% dengan Tingkat pencapaian sebesar 102,03% dari target tahun 2024, lebih rendah dari tahun 2023 dengan tingkat pencapaian 102,34%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan kendali mutu dan kendali biaya terhadap Kasus Sesuai *Clinical Pathway* (CP) telah melampaui Target.

Kepatuhan atas tata laksana pemberian pelayanan Kesehatan sesuai CP menjadi salah satu faktor penunjang dalam pencapaian indikator tersebut

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase Kasus Sesuai *Clinical Pathway* yang Diimplementasikan adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase Kasus Sesuai *Clinical Pathway* yang Diimplementasikan terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 102,03%.

b. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh

IKU 20: 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. 20 Capaian IKU: Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	85%	96,16%	100%	98,90%
	Tingkat Pencapaian			
	113,13%		98,90%	

Capaian Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) pada tahun 2024 sebesar 98,90% dari target 100%, sehingga Tingkat pencapaian sebesar 98,90%, lebih rendah dari tingkat pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 113,13%, dengan demikian dari hasil capaian tahun 2024 menggambarkan Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya terhadap Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) belum mencapai target

b. Kendala yang dihadapi

1. Adanya keterlambatan notifikasi atas rujukan yang masuk pada HP petugas Sistrute sehingga menyebabkan keterlambatan respon pada SISRUTE
2. Terjadi *error system* saat kegiatan *maintenance SISRUTE* yang menyebabkan tidak bisa *log in* ke SISRUTE

c. Upaya tindak lanjut

1. Petugas SPGDT melakukan cek SISRUTE secara berkala dan *refresh* manual
2. Koordinasi dengan SIRS dan IT Kemenkes

IKU 21: 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. 21 Capaian IKU: Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium $\leq$ 60 Menit

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium $\leq$ 60 Menit	80%	97,87%	85%	100%	80%
	Tingkat Pencapaian				
	122,34%		117,65%		125%

Hasil capaian Indikator Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium $\leq$ 60 Menit sebesar 100% dengan Tingkat pencapaian dibandingkan target tahun 2024 sebesar 117,65%, meskipun lebih rendah dibandingkan tingkat pencapaian ditahun 2023, akan tetapi mengalami kenaikan apabila capaian tahun 2024 diperbandingkan dengan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes dengan target 80% sehingga Tingkat pencapaiannya 125%.

Hal ini menggambarkan Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan Pelayanan pasien dengan waktu pemeriksaan laboratorium hematologi rutin rawat jalan $\leq$ 60 Menit telah melampaui Target

b. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target 2024

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 faktor pendorong dalam pencapaian indikator tersebut

IKU 22: 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 $\leq$ 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. 22 Capaian IKU: Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	75%	78,72%	80%	82,11%	80%
	Tingkat Pencapaian				
	104,96%		102,64		102,64%

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 dengan capaian ditahun 2024 sebesar 82,11% dari target 80%, sehingga Tingkat pencapaian pada tahun 2024 sebesar 102,64%, yang memiliki nilai sama dengan Tingkat pencapaian jika capaian dibandingkan dengan standar klinis KPI Inisiatif Kemenkes, akan tetapi lebih rendah jika dibandingkan dengan Tingkat pencapaian tahun 2023 yang sebesar 104,96%.

Dengan tercapainya target tahun 2024 menggambarkan Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan terhadap Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam telah Tercapai.

b. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang dapat menghambat dalam pencapaian target 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan atas hasil yang diperoleh

IKU 23: 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

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

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. 23 Capaian IKU: Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	80%	81%	90%	90,74%	90%
	Tingkat Pencapaian				
	101,25%		100,82%		

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 2024 sebesar 90,74% melebihi dari Target perjanjian kinerja Tahun 2024 dan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes yang nilainya sebesar 90%, sehingga Tingkat capaiannya sebesar 100,82%, sehingga jika dibandingkan dengan Tingkat pencapaian tahun 2023 lebih rendah dari Tingkat pencapaian ditahun 2023 sebesar 101,25%.

b. Kendala yang dihadapi

Dalam proses pencapaian target ditahun 2024 terdapat beberapa kendala yang dihadapi, yakni:

- a) Adanya Perubahan Kondisi pada Pasien (Tekanan Darah turun dan Proses Loading Cairan)
- b) Keterlambatan Penjemputan Pasien dikarenakan adanya *Miss Communication*, yakni:
 - 1) Sudah mendapatkan IPRI tetapi dapat Intruksi untuk Loading Pasien diloaded Phylentoin sebelum diantar ke HCU
 - 2) Pasien tidak ada di RS setelah mendapatkan IPRI (Pergi Makan)
 - 3) Pasien dipegang oleh 1 Perawat, disaat sudah dapat IPRI ada Panggilan untuk

antar Pasien lainnya ke OK. Kondisi IGD *Crowded* sehingga tidak bisa dialihkan ke Perawat lain untuk menghantar ke HCU

c. Upaya tindak lanjut

Upaya tindak lanjut yang dilakukan dalam menghadapi kendala yang ada sehingga target ditahun 2024 dapat tercapai, antara lain:

- 1) Koordinasi dengan PP IGD, untuk memastikan Kondisi Pasien sebelum IPRI Cetak /Reservasi Ruang bisa menggunakan Reservasi IGD tanpa Nama Pasien
- 2) Koordinasi dengan PIC dari PIC Rawat Inap 6a, yang bertanggung jawab menjemput tidak boleh mengalihkan ke yang lain
- 3) Koordinasi dengan PP IGD, untuk memastikan semua tindakan di IGD selesai baru mencari Kamar Rawat Inap
- 4) Admisi memastikan kembali bahwa Pasien siap untuk naik Rawat Inap sebelum dilakukan Reservasi Kamar
- 5) Meningkatkan Manajemen Sistem operan Pasien, tanpa mengabaikan Pasien yang Prioritas untuk terlebih dahulu mendapat Tatalaksana Medis.

IKU 24: 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 ≤ 12.00 Waktu Setempat di hari berikutnya)

Formula perhitungan capaian:

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

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. 24 Capaian IKU: Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	80%	92,27%	90%	96,60%	90%
	Tingkat Pencapaian				
	115,34%		107,33%		

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 2024 sebesar 96,60% dari target sebesar 90%, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 107,33% memiliki Tingkat pencapaian yang sama jika dibandingkan dengan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes sebesar 107,33% akan tetapi lebih rendah tahun 2023 yang Tingkat pencapaiannya sebesar 115,34%. Hasil Pencapaian terhadap target tahun 2024 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 2024

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 faktor keberhasilan tercapainya Indikator Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1

IKU 25: 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. 25 Capaian IKU: Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Klinis KPI Inisiatif Kemenkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	80%	68,35%	80%	79,48%	90%
	Tingkat Pencapaian				
	85,44%		99,35%		88,31%

Pengukuran Indikator Kinerja Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam dilakukan Setiap Bulan oleh Pihak Internal RSPON. Capaian tahun 2024 sebesar 79,48% belum mampu mencapai target sebesar 80%, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 99,35% memiliki nilai yang lebih tinggi jika

nilai capaian 2024 dibandingkan dengan standar klinis KPI inisiatif Kemenkes dengan Tingkat pencapaian sebesar 88,31%, Tingkat pencapaian tahun 2024 juga lebih tinggi dibandingkan Tingkat pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 85,44%.

b. Kendala yang dihadapi

Secara umum kendala yang dihadapi selama proses pencapaian target ditahun 2024 anatara lain:

- Banyaknya pasien pro intensive ataupun pro rujuk yang stagnan di IGD akibat ruang intensive yang penuh, hal ini juga menyebabkan beban kelolaan pasien IGD bertambah sehingga potensi untuk pasien lain mengalami keterlambatan dalam pelayanan
- Pasien IGD yang menunggu jawaban dari multikonsul dari penunjang lain selain neuro yang membutuhkan waktu yang lebih lama
- Belum adanya respon time hasil lanoratorium untuk pasien IGD sehingga menyumbangkan waktu tunggu yang cukup lama

c. Upaya tindak lanjut

Upaya tindak lanjut yang telah dilakukan dalam menghadapi kendala dalam proses pencapaian target, yakni:

- Koordinasi dengan instalasi rawat inap, admisi, manajer tim kerja medik dan keperawatan untuk memodifikasi ruangan semi intensif diruang rawat inap untuk merawat sementara pasien-pasien IGD yang membutuhkan ruang intensive ketika ruang intensive penuh (ruang transisi)
- Koordinasi dengan DirMedKep, manajer tim kerja medik dan instalasi laboratorium
- Membuat kriteria konsultasi *emergency* yang memang membutuhkan multikonsul dan harus dilakukan di IGD
- Kepala Instalasi dan KaRu IGD memastikan/memantau harian tentang pelaksanaan jadwal jaga onsite DPJP 2 shift tanpa merangkap tugas lain
- Kepala instalasi memantau langsung pelaksanaan penanganan pasien IGD kurang dari 4 jam dengan pengarahan langsung terhadap tim IGD (pemantauan jarak jauh via EHR)

IKU 26: 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. 26 Capaian IKU: Presentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Presentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	85%	97,22%	90%	99,99%
	Tingkat Pencapaian			
	114,38%		111,10%	

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 2024 sebesar 99,99% dari target sebesar 90%, sehingga Tingkat pencapaian sebesar 111,10% lebih rendah dari tingkat pencapaian tahun 2023 yang sebesar 114,38%. Hasil pencapaian ditahun 2024 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 2024

c. Upaya tindak lanjut

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

SASARAN PROGRAM 3:

Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi - Inovasi dibidang Pelayanan

Sasaran Program: Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi - Inovasi dibidang Pelayanan terdiri atas 4 Indikator Kinerja Utama (IKU 27- IKU 30), dimana kesemua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024, yang terdiri atas:

IKU 27: Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan

Indikator Kinerja Jumlah Sistem Informasi Surveilans 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 Suveillans yang terintegrasi.

a. Pencapaian

Tabel III. 27 Capaian IKU: Jumlah Sistem Informasi Suveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Perbandingan Nasional 2023
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Jumlah Sistem Informasi Suveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan	1 sistem	1 sistem	1 Sistem	1 Sistem	1 Sistem
Tingkat Pencapaian					
	100%		100%		

Pengukuran Indikator Jumlah Sistem Informasi Suveillans Berbasis Digital yang DiIntegrasikan Tercapai sebanyak 1 Sistem sesuai Target Tahun 2024 dengan Tingkat pencapaian 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan terhadap Jumlah Sistem Informasi Suveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan telah Tercapai.

Untuk meningkatkan efisiensi, akurasi dan responsivitas dalam pengelolaan data dan informasi, pada tahun 2024 telah dikembangkan 2 modul untuk integrasi ke system informasi surveilans berbasis digital yang diintegrasikan dengan SIMRS RSPON Mahar Mardjono, yakni Fungsi input penanda HAP dan Laporan Pemeriksaan Biakan.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang dapat menghambat Capaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

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

IKU 28: Jumlah Layanan Berbasis *Genomic* di Hubs RS

Merupakan salah satu indikator direktif untuk memenuhi sasaran strategis Kementerian Kesehatan yakni tersedianya system dan data pelayanan Kesehatan terintegrasi berupa pengembangan Hub: *Biomedical Genome-based Science Initiative*

Formula perhitungan dalam pencapaian tahun 2024 adalah jumlah kumulatif layanan genomic yang tersedia diseluruh Hub yang dituangkan dalam SK Dirut tentang penetapan pelayanan berbasis *genomic*

a. Pencapaian

Tabel III. 28 Capaian IKU: Jumlah Layanan Berbasis Genomic di Hubs RS

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Jumlah Layanan Berbasis <i>Genomic</i> di Hubs RS	1 Layanan	1 Layanan
	Tingkat Pencapaian	
	100%	

Pada tahun 2024 telah tersedia 1 layanan berbasis *Genomic* sebagaimana tertuang pada Keputusan Direktur Utama RSPON Mahar Mardjono Nomor: HK.02.03/D.XXIII/3700/2024 tanggal 18 April 2024 tentang Pedoman Pelayanan Pemeriksaan Genomik dengan jenis Pelayanan Apolipoprotein-E di RSPON Mahar Mardjono. Dengan demikian, Tingkat pencapaian indikator Jumlah Layanan Berbasis Genomic di Hubs RS pada tahun 2024 telah tercapai 100%.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang dihadapi dalam pencapaian tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Memonitoring dan Evaluasi atas hasil capaian

IKU 29: Jumlah *Sample* yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

Merupakan jumlah sampel akumulatif yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS (*human Whole Genome Sequencing*) terkait otak dan persarafan (*neurodegenerative*)

a. Pencapaian

Tabel III. 29 Capaian IKU: Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	600 Sampel	622 Sampel	950 Sampel	1022 Sampel
	Tingkat Pencapaian			
	103,67%		107,58%	

Jumlah sampel yang telah memenuhi kriteria untuk direkrut dalam rangka pelaksanaan pemeriksaan HWGS pada tahun 2024 tercapai sebanyak 1022 Sampel melebihi dari Target Tahun 2024 sebanyak 950 Sampel, sehingga tingkat pencapaian sebesar 107,58%. Sedangkan Tingkat pencapaian untuk target tahun 2023 sebesar 103,67% 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

Tidak ada kendala yang dihadapi dalam pencapaian tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Memonitoring dan Evaluasi atas hasil capaian

IKU 30: Persentase Penelitian *Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population*

Merupakan persiapan dan penyelenggaraan penelitian yang terencana dengan melibatkan pasien sebagai subjek penelitian dengan adanya pemberian intervensi dan efek dari penerlitan yang diukur dan di analisis. Penelitian yang dimaksud adalah penelitian *Clopidogrel Resistance in Ischemic Stroke of Indonesian Population*

a. Pencapaian

Tabel III. 30 Capaian IKU: Persentase Penelitian *Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population*

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Penelitian <i>Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	75%	75%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian			
	100%		100%	

Persiapan dan penyelenggaraan penelitian klinik *Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population* terdiri atas 20 kegiatan, Dimana pada tahun 2023 telah dilaksanakan sampai dengan tahap ke-15 yang berupa tahap persiapan, pengurusan perijinan, kelengkapan dokumen-dokumen serta sosialisasi, workshop maupun pelatihan kepada dokter IGD untuk skrinning pasien penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi sampai dengan perekrutan sampel penelitian, sehingga Tingkat pencapaian tahun 2023 menjadi 100%

Tahapan kegiatan 16 sampai dengan 20 dimulai dengan perekrutan sampel baru ditahun 2024, biorepositoy, Analisa genomic& analisis Bioinformatik, pelaksanaan registry data penelitian klinik di wbsite reg-INA, yang dilanjutkan dengan tim peneliti hingga terselesaikannya laporan progress pelaksanaan penelitian, sehingga Tingkat pencapaian ditahun 2024 sebesar 100%.

b. Kendala yang dihadapi

Adapun kendala yang dihadapi dalam proses pencapaian target 2024 yakni Primer yang digunakan tidak bisa meng-cover semua *star allele* yang diinginkan

c. Upaya tindak lanjut

Upaya tindak lanjut yang dilakukan dalam mengatasi kendala yang dihadapi, sebagai berikut:

- *Re-design* dan re-optimasi primer
- Melakukan validasi dan proses *multiplex primer (targeted sequencing)*

- Berkoordinasi dengan BGSi pusat terkait data hasil pemeriksaan hWGS

SASARAN PROGRAM 4:

Terwujudnya Kerjasama / Jejaring dan Pengampuan Nasional Layanan Otak dan Persarafan dengan Instansi / Lembaga Nasional maupun Internasional

Sasaran Program: Terwujudnya Kerjasama / Jejaring dan Pengampuan Nasional Layanan Otak dan Persarafan dengan Instansi / Lembaga Nasional maupun Internasional terdiri atas 6 Indikator Kinerja Utama (IKU 31- IKU 35), dengan 1 indikator yang belum tercapai, yakni IKU 35: Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN.

IKU 31: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi (Rumah Sakit) dalam Bidang Otak dan Persarafan

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 pengampuan terhadap rumah sakit jejaring yang memberikan pelayanan penyakit otak dan sistem persarafan

Pengukuran pencapaian dilakukan berdasarkan Hasil *Self sssessment dengan* peningkatan proses target per tahun, sudah termasuk dengan pencapaian kerjasama. Kerjasama (PKS) tidak terbatas pada RS dalam dan luar negeri

a. Pencapaian

Tabel III. 31 Capaian IKU: Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	4	17	5	9
	Tingkat Pencapaian			
	425%		180%	

Hasil Perhitungan Indikator Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan pada Capaian 2024 tercapai sebanyak 9 Jejaring dan Kerjasama dari target 5 dengan Tingkat pencapaian 180%. 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.

Institusi yang telah melakukan Kerjasama dengan RSPON dibidang otak dan persarafan, terdiri atas:

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| 1. RSUD Budhi Asih | 6. RSUD Pasar Minggu |
| 2. RSUD Koja | 7. RSUD Tarakan |
| 3. RSUD Pasar Rebo | 8. RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo |
| 4. RSUD Duren Sawit | 9. Pemprov Kalimantan Utara |
| 5. RSUD Cengkareng | |

b. Kendala yang dihadapi

- Perbedaan komitmen prioritas untuk percepatan koordinasi dan perizinan dari Kementerian Kesehatan, Pemerintah Daerah serta perbedaan implementasi perizinan lintas Kementerian/Institusi/Lembaga
- Terdapat perjanjian Kerjasama jejaring pengampuan yang belum tercatat ditahun 2023 karena masih memerlukan pembahasan naskah lebih lanjut, dan baru selesai ditandatangani pada tahun 2024, oleh karena itu baru akan dimasukkan kedalam capaian tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Penyampaian monitoring dan evaluasi realisasi capaian target program sebagai data dukung efektivitas koordinasi pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

IKU 32: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Paripurna

Merupakan Jumlah rumah sakit yang tercapai strata paripurna setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian sesuai KMK Nomor: HK.01.07/MENKES/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kankes, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

a. Pencapaian

Tabel III. 32 Capaian IKU: Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Paripurna

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Paripurna	1 RS	1 RS
	Tingkat Pencapaian	
	100%	

RSUP Sardjito merupakan Rumah sakit berstrata paripurna yang diampu RSPON yang berdasarkan jenis kemampuan pelayanan kesehatan dibidang otak dan persarafan, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan, sarana, prasarana dan alat kesehatan.

b. Kendala yang dihadapi

Pemenuhan SDM Keperawatan terlatih Tot Neurosains & Intraoperatif Bedah **Saraf**

c. Upaya tindak lanjut

- Melakukan monitoring dan evaluasi berkala kepada RS target strata paripurna
- Mendorong RS target strata paripurna untuk memenuhi SDM dengan mengirimkan SDM untuk mengikuti pelatihan dan workshop

IKU 33: Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Merupakan Jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian sesuai KMK Nomor: HK.01.07/MENKES/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kankes, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

a. Pencapaian

Tabel III. 33 Capaian IKU: Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Utama

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Utama	1 RS	1 RS
	Tingkat Pencapaian	
	100%	

RSUD Dr. (HC) Ir. Soekarno merupakan Rumah sakit berstrata utama yang diampu RSPON berdasarkan jenis kemampuan pelayanan Kesehatan persarafan, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan, sarana, prasarana dan alat kesehatan.

b. Kendala yang dihadapi

Pemenuhan SDM Keperawatan terlatih Intraoperatif Bedah Saraf & Keperawatan Neurointervensi

c. Upaya tindak lanjut

- Melakukan monitoring dan evaluasi berkala kepada RS target strata Utama
- Mendorong RS target strata Utama untuk memenuhi SDM dengan mengirimkan SDM untuk mengikuti pelatihan dan *workshop*

IKU 34: Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Merupakan Jumlah rumah sakit yang tercapai strata Madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian sesuai KMK Nomor: HK.01.07/MENKES/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kankes, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Pengampunan

a. Pencapaian

Tabel III. 34 Capaian IKU: Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Madya

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Madya	4 RS	4 RS
	Tingkat Pencapaian	
	100%	

4 RS yang diampu RSPON dan sudah tercapai strata madya adalah :

- RSUD Panembahan Senopati
- RSUD Dr.Iskak Tulungagung
- RSUD Kab. Buleleng
- RSUD Depati Hamzah

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala dalam pencapaian target 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas pencapaian hasil

IKU 35: Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN

Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN adalah Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal. Adapun Formula dari Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN sebagai berikut :

$$\frac{\Sigma \text{ kunjungan pasien NJKN}_{\text{tahun } n} - \Sigma \text{ kunjungan pasien NJKN}_{\text{tahun } n-1}}{\Sigma \text{ kunjungan pasien NJKN}_{n-1}} \times 100$$

a. Pencapaian

Tabel III. 35 Capaian IKU: Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	5,27%
	Tingkat Pencapaian	
	52,70%	

Capaian indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN pada tahun 2024 sebesar 5,27% dari target 10%, dengan Tingkat pencapaian sebesar 52,70%. Hal tersebut menggambarkan bahwa capaian indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kerja 2024.

b. Kendala yang dihadapi

1. Belum optimalnya kinerja tim pemasaran yang ada saat ini sesuai tupoksi pemasaran.
2. Masih terbatasnya fasilitas layanan, terutama untuk pasien Non JKN, seperti jadwal

dokter ataupun sarana prasarana pendukung.

c. Upaya tindak lanjut

- Mengoptimalkan kinerja tim marketing guna menambah jumlah kunjungan pasien non JKN dengan merekrut pegawai baru yang sesuai dengan tupoksi pemasaran
- Penambahan fasilitas layanan dan sarana prasarana pendukung khususnya untuk pelayanan pasien Non JKN dengan mengoperasikan Gedung pelayanan baru di INN

IKU 36: Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

Merupakan Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

a. Pencapaian

Tabel III. 36 Capaian IKU: Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	1 Layanan	1 Layanan	2 Layanan	3 Layanan
	Tingkat Pencapaian			
	100%		150%	

Tingkat pencapaian Indikator Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri Tahun 2024 sebesar 150%, lebih baik dibandingkan capaian tahun 2023 yang sebesar 100%

Adapun Jumlah layanan yang dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau institusi Kesehatan Luar Negeri adalah:

1. RSPON Mahar Mardjono dengan *University College London Hospitals NHS Foundation Trust* (UCLH), bekerjasama dalam kolaborasi terkait Pendidikanm, riset dan *clinical support*
2. RSPON Mahar Mardjono dengan *Sapporo Teishinkai Hospital* (Jepang), bekerjasama yang kolaboratif khususnya dibidang neurosains dan bedah saraf
3. RSPON Mahar Mardjono dengan *Invest International Public Programmes B.V.*, bekerjasama dalam pemberian *grant funding support* untuk transformasi RSPON

b. Kendala yang dihadapi

Perbedaan birokrasi dan komitmen prioritas pelaksanaan Kerjasama memerlukan penyamaan persepsi dalam koordinasi dan perizinan dari Kementerian Kesehatan,

Kementerian Luar Negeri serta Perizinan institusi maupun rumah sakit yang akan bekerjasama, sehingga memerlukan waktu yang cukup Panjang

c. Upaya tindak lanjut

- Inventarisir kebutuhan program dan SDM untuk pelaksanaan pengiriman tenaga dan penyiapan anggarannya
- Meningkatkan Koordinasi dan komunikasi yang intensive untuk menyamakan persepsi dan memperlancar birokrasi antar institusi

SASARAN PROGRAM 5:

Terselenggaranya Promosi dan Publikasi dibidang Otak dan Persarafan

Sasaran Program: Terselenggaranya Promosi dan Publikasi dibidang Otak dan Persarafan terdiri atas 2 Indikator Kinerja Utama (IKU 37 & IKU 38), dimana kedua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024

IKU 37: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

Artikel Ilmiah/popular yang dimaksud adalah 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. 37 Capaian IKU: Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	25	182	95	172	95
	Tingkat Pencapaian				
	728%		181,05%		181,05%

Capaian Indikator Jumlah Artikel/Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan pada Capaian Tahun 2024 sebanyak 172 Artikel/Ilmiah dari target 95 ditahun 2024, sehingga Tingkat pencapaiannya sebesar 181,05%, lebih rendah dari Tingkat pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 728%. Capaian realisasi sebesar 172 artikel terdiri atas 122 artikel populer dengan target 70 artikel populer dan 50 artikel ilmiah dengan target 25 artikel ilmiah.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024.

IKU Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 181,05%.

b. Kendala yang dihadapi

- 1) Kurangnya penggunaan aplikasi dan akses link untuk permntaan peliputan oleh unit kerja secara resmi melalui Emissy maupun pengisian link permintaan peliputan
- 2) Tidak adanya pendampingan peliputan kegiatan acara resmi berskala penting yang dihadiri pimpinan dan/atau monumental pertama kali dilakukan

c. Upaya tindak lanjut

- 1) Penyebarluasan informasi penggunaan Emisy dan link pendampingan peliputan
- 2) Penjadwalan pendampingan peliputan kegiatan pimpinan

IKU 38: Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Otak dan Persarafan

Merupakan Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.

a. Pencapaian

Tabel III. 38 Capaian IKU: Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan otak dan persarafan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan otak dan persarafan	10%	43,86%
	Tingkat Pencapaian 438,60%	

Indikator Persentase Penelitian Klinik terpublikasi yang mendukung Layanan Otak dan Persarafan merupakan Indikator baru di Tahun 2024. Perhitungan dilakukan oleh Internal RSPON yang dilakukan setiap Bulan serta memiliki Capaian sebesar 43,86% dari Target Tahun 2024 dari target 10% dengan Tingkat Pencapaian sebesar 438,60%. Hal ini menggambarkan Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan terhadap Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Otak dan Persarafan sudah berjalan Optimal

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala yang Signifikan pada Proses Capaian 2024

c. Upaya tindak lanjut

- Melakukan *Update* Capaian Publikasi di Website Penelitian
- Melakukan Sosialisasi kembali tentang Regulasi Penelitiandan Publikasi dengan Target Peserta seluruh Pegawai di RSPON

SASARAN PROGRAM 6:

Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM

Sasaran Program: Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM terdiri atas 4 Indikator Kinerja Utama (IKU 39 s/d IKU 42), dimana kesemua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024

IKU 39: Persentase Jabatan Fungsional SDMK yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Persentase Jabatan Fungsional SDMK 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:

$$\frac{\sum JF SDMK \text{ yang memiliki SK Jabatan Fungsional}}{\sum JF SDMK} \times 100\%$$

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

a. Pencapaian

Tabel III. 39 Capaian IKU: Persentase Jabatan Fungsional SDMK yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Jabatan Fungsional SDMK yang Tersertifikasi	75%	85,91%	90%	91,21%
	Tingkat Pencapaian			
	114,55%		101,34%	

Indikator Persentase Jabatan Fungsional SDMK yang Tersertifikasi dihitung setiap Bulan oleh Internal RSPON dan pada Capaian Tahun 2024 sebesar 91,21% Tercapai dari Target 90% dengan Tingkat Pencapaian sebesar 101,34%. Lebih rendah dari tingkat pencapaian ditahun 2023 yang sebesar 114,55%. Tercapainya indikator Persentase Jabatan Fungsional SDMK yang Tersertifikasi menggambarkan Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM terhadap Pejabat Fungsional Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) PNS Staf Tenaga Kesehatan yang memiliki SK jabatan fungsional sesuai dengan lingkup profesi dan kompetensinya

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala yang menghambat pada proses pencapaian target 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas pencapaian hasil

IKU 40: 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:

$$\frac{\sum \text{Pegawai dengan pelatihan} \geq 20\text{JPL}}{\sum \text{Pegawai}} \times 100\%$$

a. Pencapaian

Tabel III. 40 Capaian IKU: Persentase SDM yang Tersertifikasi

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target akhir Jk Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase SDM yang Tersertifikasi	65%	100%	68%	78,84%	68%
	Tingkat Pencapaian				
	153,85%		115,94%		115,94%

Capaian indikator Persentase SDM yang Tersertifikasi tahun 2024 sebesar 78,84% dengan tingkat pencapaian 115,94% dari target 68%, lebih rendah dari tingkat pencapaian dari tahun 2023 yang nilainya sebesar 153,85%. Capaian 2024 menggambarkan Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM terhadap SDM yang memiliki sertifikat atau mengikuti kegiatan dalam rangka pengembangan kompetensi yang sesuai dengan lingkup profesi dan kompetensinya telah tercapai

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase SDM yang Tersertifikasi adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase SDM yang Tersertifikasi terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 115,94%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala yang sangat Signifikan pada Proses Capaian 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas hasil capaian

IKU 41: Jumlah Peserta *Fellowship*/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

Merupakan Jumlah Peserta Internal yang Menjalani Fellowship / Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit baik di Institusi Dalam Negeri maupun Luar Negeri.

Definisi 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 subspesialis terkait, dengan masa pendidikan dan/atau pelatihan paling singkat 6 (enam) bulan.

a. Pencapaian

Tabel III. 41 Capaian IKU: Jumlah Peserta *Fellowship*/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Peserta <i>Fellowship</i> /Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	3 Peserta	5 Peserta	6 Peserta	7 Peserta
	Tingkat Pencapaian			
	166,67%		116,67%	

Indikator kinerja Jumlah Peserta Fellowship Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit pada tahun 2024 tercapai 7 peserta dari target 6 peserta dengan Tingkat pencapaian 116,67%, lebih rendah dari Tingkat pencapaian tahun 2023 yang sebesar 166,67%.

Adapun 7 peserta fellowship Pendidikan kedokteran berbasis Rumah Sakit yakni:

1. dr. Aldy Novriansyah, Sp.S

National Neurology and Neurosurgery Hospital University College London

2. dr. Ryan Rhiveldi Keswani, Sp.BS

KOTO Memorial Hospital Jepang

3. dr. Mustaqim Prasetya, Sp.BS, FINPS

KOTO Memorial Hospital Jepang

4. dr. Mohammad Arief Rachman Kemal A.S, SpS

Melbourne Brain Center at Royal Melbourne Hospital

5. dr. Yuli Felistia, Sp.N

National Cancer Centre Singapore (NCCS)

6. dr. Yunus Kuntawi Aji, M.Ked.Klin, Sp.BS

Duke University Hospital dan Duke Raleigh Hospital, North Carolina USA

7. dr. Iswandi Erwin, M.Ked(Neu), Sp.s

Yonsei Univerity, Korea Selatan

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

b. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit tidak terdapat kendala yang cukup berarti

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas capaian hasil

IKU 42: 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:

$$\frac{\Sigma \text{Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT}}{\Sigma \text{Dokter Pendidik Klinis}} \times 100\%$$

a. Pencapaian

Tabel III. 42 Capaian IKU: Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	90%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian			
	111,11%		100%	

Pada tahun 2024 persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT telah tercapai 100% Dimana terdapat 6 dokter pendidik klinis yang telah mengikuti dan mendapatkan sertifikat pelatihan TOT, dengan demikian Tingkat pencapaian tahun 2024 sebesar 100. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM terhadap Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT

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

Monitoring dan evaluasi terhadap capaian hasil.

SASARAN PROGRAM 7:

Budaya Kinerja yang Baik

Sasaran Program: Budaya Kinerja Yang Baik terdiri atas 3 Indikator Kinerja Utama (IKU 43 s/d IKU 45), dimana kesemua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024

IKU 43: 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. 43 Capaian IKU: Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Akhir Jk. menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%	100%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		100%

Tingkat pencapaian Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian pada tahun 2024 sebesar 100% sesuai dengan target tahun 2024. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian telah tercapai.

Adapun Aspek Penunjang dalam mencapai target tahun 2024 pada Indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian adalah :

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

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 100%

b. Kendala yang dihadapi

Dalam pencapaian indikator Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian tidak terdapat kendala yang cukup berarti karena telah dilaksanakan dengan baik

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi terhadap capaian hasil

IKU 44: Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Pelaksanaan tahap kegiatan proses pelaksanaan persiapan sertifikasi ISO Manajemen 9001 melalui pendampingan Jasa Konsultan ISO 9001.

Penerapan dan pencapaian sertifikasi ISO 9001 akan dibantu oleh Konsultan ISO dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Melakukan kajian sistem manajemen perusahaan
- 2) Memberikan pemahaman persyaratan ISO 9001 dan pelatihan dokumentasi kepada Tim Internal ISO 9001
- 3) Merancang dan mengembangkan dokumen Sistem Manajemen Mutu ISO 9001
- 4) Melakukan Sosialisasi ISO kepada seluruh karyawan
- 5) Melakukan training Audit Internal ISO kepada Auditor Internal yang ditunjuk Pimpinan
- 6) Melakukan tindakan perbaikan dan pencegahan berdasarkan temuan audit internal
- 7) Mengadakan rapat tinjauan manajemen yang membahas hasil temuan Audit Internal
- 8) Sertifikasi ISO Manajemen 9001

- Target 50 %:

Sudah terlaksananya 7 tahapan persiapan dan Sertifikasi ISO Manajemen 9001

- Target 100 %:

Terlaksananya Sertifikasi ISO Manajemen 9001

a. Pencapaian

Tabel III. 44 Capaian IKU: Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	50%	50%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian			
	100%		100%	

Pengukuran Indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001 Dilakukan secara bertahap sejak tahun 2023 terhadap pelaksanaan persiapan sertifikasi ISO Manajemen 9001 melalui pendampingan Jasa Konsultan ISO 9001.

Pada tahun 2023 pencapaian indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001 telah tercapai 50%, dan ditahun 2024 telah tercapai 100%, dimana sertifikasi ISO manajemen 9001 telah terlaksana dengan diterbitkannya sertifikat SNI ISO 9001:2015 pada tanggal 16 Juli 2024 untuk cakupan Penyedia Layanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Farmasi.

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 2024 yaitu sebesar 100% (8 Tahapan), hal tersebut merupakan faktor keberhasilan tercapainya indikator Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001

IKU 45: Survey Budaya Keselamatan

Merupakan capaian hasil Survey Budaya Keselamatan (Mengacu pada Pedoman Survei Budaya Keselamatan Kemkes/AHRQ)

Budaya keselamatan: budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.

a. Pencapaian

Tabel III. 45 Capaian IKU: Survey Budaya Keselamatan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Survey Budaya Keselamatan	>75%	87%
	Tingkat Pencapaian	
	116%	

Indikator Survey Budaya Keselamatan pada Capaian Tahun 2024 sebesar 87% dari target Tahun 2024 sebesar >75% dengan Tingkat pencapaian 116 %.

Survey Budaya keselamatan dilaksanakan selama periode 26 - 31 Agustus 2024, dengan hasil survey dilaporkan pada bulan September 2024.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala yang menghambat pada proses pencapaian target tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

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

SASARAN PROGRAM 8:

Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik

Sasaran Program: Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terdiri atas 3 Indikator Kinerja Utama (IKU 46 s/d IKU 48), dimana kesemua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024

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. 46 Capaian IKU: Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	92,50%	100%	95%	100%
	Tingkat Pencapaian			
	108,11%		105,26%	

Pencapaian Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas ditindaklanjuti Pemeriksaan yang tuntas ditindaklanjuti pada Tahun 2024 sebesar 100%. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap pemeriksaan berdasarkan hasil pemeriksaannya yang ditujukan kepada orang dan / atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan/atau perbaikan sesuai dengan 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

Dalam proses pencapaian target, terdapat beberapa kendala yang dihadapi, yakni bahwa dalam tindak lanjut penyelesaian temuan BPK terhadap piutang macet telah dilaksanakan secara tuntas oleh internal RSPON akan tetapi belum belum dapat dihapuskan

c. Upaya tindak lanjut

Upaya tindak lanjut yang dilakukan dalam menyelesaikan kendala yang dihadapi yakni Dimana penghapusan piutang macet akan dilakukan menunggu terpebuhinya usia piutang untuk dilanjutkan proses penghapusan piutang melalui mekanisme PPNTD

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.

a. Pencapaian

Tabel III. 47 Capaian IKU: Opini Audit Atas Laporan Keuangan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Opini Audit Atas Laporan Keuangan	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
	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 2024 sebesar 100% (WTP) tercapai sesuai dengan Target Tahun 2024. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap Opini Audit Atas laporan Keuangan. KAP Jojo Sunarjo & Rekan merupakan KAP yang melakukan audit di RSPON Mahar Mardjono untuk laporan keuangan TA.2023

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Opini Audit Atas Laporan Keuangan adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase Opini Audit Atas Laporan Keuangan terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 100%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

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

IKU 48: Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%

Merupakan Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran.

Perhitungan capaian indikator Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%, diperoleh dari nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio pobo dibagi dua.

Kategori penilaian terdiri atas:

Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100

Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99

a. Pencapaian

Tabel III. 48 Capaian IKU: Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%

Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	Target Nasional Perdirjen Perbend. Nomor 24/PB/2018	Target Akhir Jk. menengah
Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik, melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%	100%	100%		
Rasio POBO	>85%	96,80%	>65%	>85%
Rasio Kas	180% - 360%	183,22%	240% - 300%	
Tingkat Pencapaian		100%	100%	113,88%

Indikator Capaian Tata Kelola yang Baik, melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas Sebesar 180%-360% merupakan Indikator baru di Tahun 2024. Tingkat pencapaian pada tahun 2024 tercapai sebesar 100% sesuai dengan Target 2024 maupun Target nasional sebagaimana tercantum dalam Perdirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan Nomor 24/PB/2018

Hal ini menggambarkan Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik terhadap Tata Kelola yang Baik, Melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas Sebesar 180%-360% telah mencapai Target.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. Indikator Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (rasio POBO) yang merupakan bagian dari IKU Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik, melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360% adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Indikator Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (rasio POBO) terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 113,88%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama pencapaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi untuk tetap dapat mempertahankan hasil capaian

SASARAN PROGRAM 9:

Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan Sistem

Informasi / Digital

Sasaran Program: Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan Sistem Informasi / Digital terdiri atas 8 Indikator Kinerja Utama (IKU 49 s/d IKU 56), dimana kesemua Indikatornya telah mencapai target yang ditetapkan didalam perjanjian kinerja tahun 2024

IKU 49: Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

Merupakan Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit

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

Jumlah persentase pemenuhan Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki serta Jumlah persentase prasarana dan alat Kesehatan yang dikalibrasi sesuai proporsi pembobotan di ASPAK.

a. Pencapaian

Tabel III. 49 Capaian IKU: Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	95%	95%	90%	159,64%
	Tingkat Pencapaian			
	100%		177,38%	

Perhitungan pada Indikator Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar dilakukan oleh Internal RSPON. Pada Capaian Tahun 2024 tercapai sebesar 159,64% dari Target Tahun 2024 sebesar 90% dengan Tingkat Pencapaian sebesar 177,38%, lebih tinggi jika dibandingkan dengan Tingkat pencapaian pada tahun 2023 yang tercapai 100%.

Hal ini menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital terhadap Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar telah mencapai Target Tahun 2024

b. Kendala yang dihadapi

Jika mengikuti Data ASPAK. RSPON merupakan RS Khusus dimana ASPAK belum dapat mengakomodir Pelayanan yang Tidak Terdapat di RSPON namun diperhitungkan, Sehingga ketika menghitung Data Manual di Excel, maka Persentase Capaian SPA RSPON yaitu 159,64% (669/1068)

c. Upaya tindak lanjut

- Melakukan Update Data Alat Kesehatan Pengadaan Tahun 2024 di ASPAK
- Membuat Draft Surat ke Fasyankes untuk mengakomodir Kelengkapan Alat Kesehatan di RSPON

IKU 50: Persentase Alat Kesehatan RS yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar

Merupakan Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.

Pengukuran pencapaian dilakukan dengan menghitung persentasi jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi terhadap jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit

a. Pencapaian

Tabel III. 50 Capaian IKU: Persentase Alat kesehatan RS yang telah dikalibrasi sesuai standar

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Persentase Alat kesehatan RS yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	90,26%
	Tingkat Pencapaian	
	100,29%	

Indikator Alat Kesehatan RS yang telah dikalibrasi Sesuai Standar merupakan Indikator baru di Tahun 2024. Perhitungan dilakukan setiap Bulan oleh Tim kerja pelayanan penunjan. Capaian Tahun 2024 sebesar 90,26% melampaui target 2024 maupun Target 90% dengan Tingkat pencapaian sebesar 100,29%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada Kendala yang signifikan dapat menghambat proses pencapaian 2024

c. Upaya tindak lanjut

Memonitoring dan evaluasi capaian hasil melalui Pemetaan Alat Kesehatan yang terkalibrasi terjadwal disetiap ruangan dan Input hasil pekerjaan di Sistem Pelaporan BPAKFJ

IKU 51: 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

Pengukuran sarana prasarana yang diukur meliputi Kemampuan Genset, Gedung & Lift RS

Pengukuran kemampuan Alat Kesehatan yang diukur berupa: MRI, CTScan, DR (*Digital Radiografer*)

a. Pencapaian

Tabel III. 51 Capaian IKU: Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Akhir Jk. Menengah
	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 $\leq 50 = 50\%$
- ☐ Nilai $51 - 60 = 60\%$
- ☐ Nilai $61 - 70 = 70\%$
- ☐ Nilai $71 - 80 = 80\%$
- Nilai $\geq 80 = 100\%$

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 2024 sebesar 100%, dengan Tingkat pencapaian 100%, begitu pula jika diperbandingkan dengan capaian tahun 2023. Hal ini menggambarkan Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan memanfaatkan sistem informasi/digital terhadap Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan telah Tercapai

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024,

oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase Tingkat Kehandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 100%

b. Kendala yang dihadapi

Pada saat dilakukan *Service* rutin Lift pada bulan Juni 2024 direncanakan penggantian *sparepart* berupa '*Door Gib*' pada Lift Nomor 3, 4, dan 5, dimana *sparepart* yang dimaksud merupakan *sparepart Indent* untuk jangka waktu 3 - 4 Bulan

c. Upaya tindak lanjut

- Melakukan Perawatan Service Rutin Lift, melakukan Analisa dan mendata *Sparepart* Lift apa saja yang berpotensi Indent dan Melakukan Pemanasan Rutin Genset
- Melakukan Pemeliharaan secara Rutin Alat Kesehatan MRI, CT-Scan Philips, CT-Scan Siemens dan DR agar Pelayanan tidak terganggu

IKU 52: Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien melalui Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi Standar dan Persentase Waktu Layanan *End-To-End* Tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 menit

Merupakan indikator yang mengukur perbaikan pengalaman pasien melalui perbaikan fasilitas pendukung yang telah memenuhi standar dan perbaikan waktu layanan *End-To-End* tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit .

- Persentase Fasilitas pendukung (parkir, taman, toilet, ruang tunggu) yang memenuhi standar
- Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dihitung mulai dari pasien *check in* di Poliklinik sampai dengan Obat selesai disiapkan oleh Farmasi. *Check in* adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas di Poliklinik tujuan

Kriteria Eksklusi: (1) Pasien yang mendapatkan Tindakan yang membutuhkan waktu > 30 menit, misal : perawatan luka pasca operasi, terapi inhalasi; (2) Pasien MCU; (3) Pasien yang batal berobat; (4) Mendapat resep racikan; (5) Dilakukan pemeriksaan pada 2 atau lebih Poliklinik

a. Pencapaian

Tabel III. 52 Capaian IKU: Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien melalui Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi Standar dan Persentase Waktu Layanan End-To-End Tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤120 menit

Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	SKOR
Persentase Capaian Pengalaman Pasien:	80%		87,68%
1. Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien	100%	100%	100
2. Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan	30%	30,06%	100
3. Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam	100%	100%	100
4. Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² /orang	100%	100%	100
5. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	80%	75,35%	75,35
Tingkat Pencapaian	109,60%		

- Penilaian persentase fasilitas pendukung yang terdiri dari sub-indikator 1 sampai dengan 4 = $\frac{\text{total skor}}{400} \times 100\% = 100\%$
- Penilaian Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit = 75,35%
- Capaian tahun 2024 = $\frac{100\% + 75,35\%}{2} = 87,68\%$

Capaian tahun 2024 telah tercapai 87,68% dari target 80%, sehingga Tingkat pencapaian untuk tahun 2024 sebesar 109,60%.

Perhitungan pencapaian dari masing-masing sub indikator menggunakan skoring KPI transformasi Kesehatan untuk Inisiatif Fasilitas pendukung, sehingga target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja juga merupakan target nasional.

b. Kendala yang dihadapi

Permasalahan yang masih muncul adalah masih ada Dokter yang meninggalkan Poliklinik dalam Waktu yang lama, sehingga menimbulkan Waktu Tunggu yang panjang bagi Pasien

c. Upaya tindak lanjut

Melakukan Monitoring Evaluasi Capaian dan Proses Perbaikan secara berkala, salah satunya dengan terus mengingatkan dokter yang praktek.

IKU 53: 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. 53 Capaian IKU: Persentase Integrasi Pengelolaan BMN

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	80%	80%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian				
	100%		100%		100%

Tahun 2024 merupakan tahap akhir dari kelanjutan pengembangan aplikasi BMN yang terintegrasi yang dimulai sejak tahun 2020. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahun 2024 sampai akhirnya tercapai 100% yakni:

1. Persiapan dan perencanaan BMN Terintegrasi serta terwujud dalam laporan perencanaan pengadaan BMN Terintegrasi oleh konsultan.
2. Pengadaan server data untuk BMN terintegrasi dan terlaksananya software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap I
3. Pengembangan software Sistem Informasi Pengelolaan BMN Terintegrasi RS PON (modul master data) Tahap II dan pengadaan RFID untuk BMN Terintegrasi
4. Pengadaan dan pengaplikasian modul perencanaan kebutuhan, modul pengadaan barang, modul penggunaan barang dan modul pemanfaatan barang dalam BMN terintegrasi.
5. Pengadaan dan pengaplikasian modul pengamanan dan pemeliharaan barang, modul pemindahtanganan barang, modul pemusnahan dan penghapusan barang serta modul penatausahaan barang dalam BMN terintegrasi.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Persentase Integrasi Pengelolaan BMN adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Persentase Integrasi Pengelolaan BMN terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 100%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama pencapaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas hasil capaian

IKU 54: 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. 54 Capaian IKU: Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Target Akhir Jk. Menengah
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	118 Modul	127 Modul	130 Modul	130 Modul	130 Modul
	Tingkat Pencapaian				
	107,63%		100%		100%

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 2024 tercapai sebanyak 130 Modul dari target 130 Modul dengan Tingkat pencapaian 100%.

Pada tahun 2024 terdapat penambahan 3 modul dari jumlah modul ditahun 2023. Dan bila dibandingkan dengan Capaian 2023 terdapat penambahan sebanyak 3 Modul, yakni:

- 1 Modul pengembangan Website Official, yakni modul research
- 1 Modul pengembangan Website Official, yakni modul website
- 1 Modul dari OK untuk submodul laporan endovascular

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan pencapaian target akhir jangka menengah Rumah Sakit yang terdapat didalam RSB 2020-2024. IKU Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit adalah salah satu indikator yang terdapat didalam perencanaan jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yang dinilai sejak tahun 2020 sampai dengan 2024, oleh karena itu perbandingan capaian kinerja Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit terhadap target akhir RSB 2020-2024 telah tercapai dengan Tingkat pencapaian 100%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala selama Capaian Tahun 2024

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas hasil tiap tahapan merupakan faktor keberhasilan dari pencapaian target.

IKU 55: 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. 55 Capaian IKU: Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan MR melalui Platform SATU SEHAT	100%	100%	100%	100%
	Tingkat Pencapaian			
	100%		100%	

Ketercapaian indikator kinerja Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT diukur berdasarkan 2 kegiatan yang menjadi tanggung jawab instalasi SIMRS RSPON, yaitu:

1. Melakukan koordinasi terkait pengembangan integrasi data antrian pendaftaran dengan DTO
2. Melakukan koordinasi terkait pengembangan integrasi data *medical record* dengan DTO

Persentasi capaian indikator Presentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan *Medical Record* melalui Platform SATU SEHAT sudah tercapai 100% untuk rawat jalan sesuai dengan target ditahun 2024 sehingga Tingkat ketercapaian ditahun 2024 sebesar 100%.

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang menghambat dalam pencapaian tahun 2024

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

IKU 56: Persentase Layanan RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi

Indikator ini merupakan Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi).

a. Pencapaian

Tabel III. 56 Capaian IKU: Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2024	
	Target	Realisasi
Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%
	Tingkat Pencapaian	
	100%	

Layanan RME yang terintegrasi pada EHR RSPON ditahun 2024 dicapai 100% dengan target pengembangan melalui usulan unit yang telah dilakukan assessment kebutuhan oleh Panitia Rekam medik, selain itu pada pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (RME) pada pengembangan sistem juga dievaluasi oleh Panitia Rekam Medik yang memfasilitasi user langsung apabila terdapat *bug system*

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang dapat menghambat ketercapaian target

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi secara berkala

SASARAN PROGRAM 10:

Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya

Sasaran Program: Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya terdiri atas 4 Indikator Kinerja Utama (IKU 57 s/d IKU 60), dimana terapat 1 IKU yang belum tercapai yakni IKU Persentase Nilai EBITDA sebagaimana ditetapkan dalam perjanjian kinerja 2024

IKU 57: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Merupakan persentase realisasi pendapatan BLU yang terdiri atas pendapatan fungsional dan non fungsional diperbandingkan dengan target pendapatan BLU

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

a. Pencapaian

Tabel III. 57 Capaian IKU: Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	111,79%	100%	115,99%
	Tingkat Pencapaian			
	117,67%		115,99%	

Tingkat pencapaian indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU diperoleh 115,99% telah memenuhi target 2024, lebih rendah dari Tingkat pencapaian tahun 2023 yang sebesar 117,67%. Berikut adalah perincian atas pendapatan RSPON tahun 2024:

Tabel III. 58 Realisasi Pendapatan RSPON tahun 2024

Kode Akun Jenis Pendapatan	Jumlah
424312 Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	3.383.682.219
424111 Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	428.146.810.081
424421 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	1.869.857.200
424919 Pendapatan Lain-lain BLU	59.188.335
424229 Pendapatan Hibah Tidak Terikat -Lainnya - Uang	50.000.000
425912 Penerimaan Kembali Belanja Barang Tahun Anggaran Yang Lalu	306.633.101
424422 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU	861.970.687
424915 Penerimaan Kembali Belanja Barang BLU Tahun Anggaran Yang Lalu	2.348.631
424219 Pendapatan Hibah Terikat Lainnya - Uang	462.513.000
424911 Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	7.948.635.559
425911 Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu	857.736
Total Pendapatan BLU	443.092.496.549
Target Pendapatan	382.008.336.000
% Realisasi	115,99%

b. Kendala yang dihadapi

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian target adalah masih tingginya piutang yang belum terbayarkan, serta kurangnya promosi pelayanan non JKN dalam rangka meningkatkan pendapatan non JKN

c. Upaya tindak lanjut

- Menyisir piutang-piutang yang dapat dimaksimalkan untuk dilakukan penagihan yang lebih intensif kepada penanggung piutang, selain itu dilakukan langkah-langkah dalam rangka mempercepat penyelesaian piutang.

- Meningkatkan program dan pelaksanaan promosi pelayanan non JKN untuk meningkatkan pendapatan non JKN

IKU 58: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Merupakan realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni/APBN dalam rangka terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya

a. Pencapaian

Tabel III. 59 Capaian IKU: Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	99,72%	96%	99,36%
	Tingkat Pencapaian			
	102,80%		103,50%	

Capaian tahun 2024 untuk realisasi anggaran Rupiah Murni sebesar 99,36% dari target 96% dengan Tingkat pencapaian sebesar 103,50% lebih tinggi dari tahun 2023 yang Tingkat pencapaiannya sebesar 102,80%. Berikut perincian realisasi anggaran Rupiah Murni ditahun 2024

Tabel III. 60 Perincian Realisasi Anggaran Rupiah Murni

Jenis Belanja	Pagu (Rp)	Realisasi (Rp)	% Realisasi
Pegawai	55.784.000.000	53.924.861.757	96,67%
Barang	1.200.000.000	999.193.877	83,27%
Modal	871.065.000.000	867.230.629.246	99,36%
Total	928.049.000.000	922.154.684.880	99,36%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang dapat menghambat pencapaian target

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas capaian hasil untuk dapat dijadikan dasar dalam perencanaan anggaran Rupiah Murni tahun berikutnya

IKU 59: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU

Merupakan realisasi anggaran yang bersumber dari PNPB BLU dalam rangka terwujudnya efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya

a. Pencapaian

Tabel III. 61 Capaian IKU: Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah PNPB BLU	95%	96,27%	90%	93,06%
	Tingkat Pencapaian			
	101,34%		103,40%	

Capaian tahun 2024 untuk realisasi anggaran PNPB BLU sebesar 93,06% dari target 90% dengan Tingkat pencapaian sebesar 103,40% lebih tinggi dari tahun 2023 yang Tingkat pencapaiannya sebesar 101,34%.

Berikut perincian realisasi anggaran PNPB BLU:

Tabel III. 62 Perincian Realisasi Anggaran PNPB BLU

Jenis Belanja	Pagu	Realisasi	% Realisasi
Barang	417.613.377.000	389.840.684.213	93,35%
Modal	49.834.326.000	45.176.744.573	90,65%
Total	467.447.703.000	435.017.428.786	93,06%

b. Kendala yang dihadapi

Tidak ada kendala yang dapat menghambat pencapaian target

c. Upaya tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi atas capaian hasil untuk dapat dijadikan dasar dalam perencanaan anggaran Rupiah Murni tahun berikutnya

IKU 60: Persentase Nilai EBITDA

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

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Tahun 2024		Standar Nasional Kepdirjen Yankes 768/2023	Target Jk. Menengah 2025
	Target	Realisasi	Target	Realisasi		
Persentase nilai EBITDA Margin	15%	5,34%	15%	3,56%	10% - 20%	10%
	Tingkat Pencapaian					
	35,60%		23,73%		35,6% – 17,8%	3,56%

Pengukuran Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin dilakukan Setiap Bulan dengan capaian 2024 sebesar 3,56% dari target 15% dengan tingkat pencapaian sebesar 23,73% lebih rendah dari Tingkat pencapaian ditahun 2023 sebesar 35,60%, sedangkan Tingkat pencapaian berdasarkan standar nasional jika menggunakan

target minimal 10%, sebesar 35,6% dan jika menggunakan standar nasional target maksimal 20% sebesar 17,8%.

b. Kendala yang dihadapi

Masih tingginya beban persediaan (biaya obat, implant dan BMHP lainnya) yang berdampak pada peningkatan biaya operasional sehingga menurunkan margin keuntungan meskipun pendapatan telah tercapai sesuai target yang dapat mempengaruhi nilai EBITDA Margin

c. Upaya tindak lanjut

Meningkatkan efisiensi belanja dengan melaksanakan pengadaan obat, implant dan BMHP dengan system konsolidasi sehingga dapat menekan harga. Pengaturan penyimpanan dan distribusi barang persediaan sehingga tidak terjadi penumpukkan barang digudang.

Tahun 2024 merupakan kelima dan tahun terakhir dalam pelaksanaan RSB 2020-2024. Adapun Indikator Kinerja Utama yang menetap dan selalu diukur selama periode Rencana jangka menengah Rumah Sakit (RSB 2020-2024) yakni:

Tabel III. 63 Capaian Indikator Kinerja Utama tahun 2020-2024

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2020			Tahun 2021			Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	92,60%	115,75%	85%	93,74%	110,28%	87%	88,06%	101,22%	88%	94,50%	107,39%	90%	96,09%	106,77%
Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	80%	80,10%	100,13%	82%	82,07%	100,09%	84%	84,36%	100,43%	86%	86,53%	100,62%	87%	95,50%	109,77%
Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	10	11	110%	12	15	125%	14	18	128,57%	20	20	100%	21	23	109,52%
Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	85%	93,73%	110,27%	87%	98,63%	113,37%	90%	99,91%	111,01%	95%	97,22%	102,34%	98%	99,99%	102,03%
Jumlah Publikasi Artikel/Ilmiah Per Tahun	10	27	270%	12	18	150%	20	38	190%	25	182	728%	95	172	181,05%
Persentase SDM yang Tersertifikasi	50%	58,40%	116,80%	55%	59%	107,27%	57%	59%	103,51%	65%	100%	153,85%	68%	78,84%	115,94%
Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Opini audit atas laporan keuangan	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%
Rasio PNBP terhadap biaya operasional	60%	87,84%	146,40%	65%	93,11%	143,25%	70%	87,84%	125,49%	72%	99%	137,50%	>85%	96,80%	113,88%
Tingkat kehandalan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	20%	20%	100%	40%	40%	100%	60%	60%	100%	80%	80%	100%	100%	100,00%	100,00%
Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	24	24	100%	50	50	100%	90	93	103,33%	118	127	107,63%	130	130	100%

Dalam pelaksanaan pencapaian Indikator kinerja utama (IKU) dibutuhkan anggaran kegiatannya. Berikut rekapitulasi anggaran dan realisasi keuangan yang dibutuhkan oleh masing-masing IKU didalam mencapai targetnya selama tahun 2024:

Tabel/III. 64 Rekapitulasi Anggaran dan Realisasi Pencapaian IKU Tahun Anggaran 2024

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama		Alokasi (Rupiah)	Realisasi (Rupiah)
Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	1	Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit	358.308.800	331.241.260
	2	Persentase kepuasan pasien dan.atau keluarga terhadap pelayanan kesehatan	2.307.629.000	1.954.638.443
	3	Persentase Kepuasan pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap fasilitas Pendukung	1.223.032.400	1.158.768.809
	4	Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	48.336.000	46.170.000
	5	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	7.237.980.000	7.131.132.048
	6	Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	108.720.589.214	104.412.102.388
	7	Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik Terhadap Remunerasi	30.918.538.409	29.103.373.743
	8	Persentase Kepuasan Peserta didik terhadap Proses Pendidikan	1.030.456.000	1.004.580.725
Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	9	Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus stroke dan persarafan	40.000.000	29.151.375
	10	Persentase NDR di Rumah Sakit	1.646.409.000	1.611.975.776
	11	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	93.699.673.000	93.294.495.328
	12	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	7.098.241.617	6.769.920.484
	13	Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	25.595.167.923	24.406.418.994
	14	Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	180.000.000	150.081.914
	15	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	10.803.684.800	10.176.592.994
		Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CTScan Kepala Non Kontras ≤ 30 Mnt		
		Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $<4,5$ jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena		
		Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 hari		
	16	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	1.300.000.000	1.264.796.023
	17	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target sebanyak 13 laporan	33.785.375.600	31.768.514.035

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama		Alokasi (Rupiah)	Realisasi (Rupiah)
	18	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	8.760.500.000	7.941.403.854
	19	Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	34.263.043.000	31.750.950.452
	20	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	229.100.000	211.361.706
	21	Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit	13.458.837.000	12.591.316.864
	22	Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	1.788.210.000	1.762.133.932
	23	Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	1.503.348.000	1.503.091.944
	24	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	6.122.606.200	5.932.255.690
	25	Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	5.240.915.337	4.997.504.842
	26	Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	21.555.748.000	17.939.605.409
Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi-Inovasi Dibidang Pelayanan	27	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	384.109.300	284.510.750
	28	Jumlah Layanan Berbasis Genomic di Hubs RS	6.226.561.000	6.063.392.713
	29	Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS	212.506.000	194.643.837
	30	Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 <i>Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	229.563.600	163.343.406
Terwujudnya Kerjasama/ Jejaring dan Pengampunan Nasional Layanan Otak dan Persarafan dengan Instansi /Lembaga Nasional Maupun Internasional	31	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi (Rumah Sakit) dalam Bidang Otak dan Persarafan	1.061.820.000	976.730.413
	32	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	360.000.000	299.758.163
	33	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	360.000.000	299.758.163
	34	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	480.000.000	399.677.551
	35	Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	5.922.700.000	5.922.610.493
	36	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	763.763.821.000	759.838.906.007
Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	37	Jumlah Artikel Ilmiah & Artikel Populer yang dipublikasikan	614.792.000	513.356.309
	38	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan otak dan persarafan	229.563.600	163.343.406
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	39	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	200.000.000	119.500.000
	40	Persentase SDM yang Tersertifikasi	2.626.851.000	2.301.989.345
	41	Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	196.864.000	171.357.719
	42	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	-	-

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama		Alokasi (Rupiah)	Realisasi (Rupiah)
Budaya Kinerja yang Baik	43	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	55.789.328.000	53.930.006.746
	44	Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	962.991.000	852.165.304
	45	Survey Budaya Keselamatan	371.812.500	363.754.296
Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	86.476.000	84.310.000
	47	Tercapainya Predikat WTP Opini Audit atas Laporan Keuangan	309.772.000	288.195.171
	48	Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik	13.552.339.000	13.049.260.624
		Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)		
		Rasio kas sesuai standar		
Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi / Digital	49	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	71.364.866.000	65.043.915.274
	50	Persentase Alat kesehatan RS yang telah dikalibrasi sesuai standar	8.822.943.000	7.537.970.908
	51	Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	15.337.416.600	14.158.388.180
	52	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	18.957.410.400	17.965.755.899
		Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien		
		Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan		
		Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam		
		Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m2/orang		
		Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit		
	53	Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	716.095.000	716.094.300
	54	Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	1.502.818.600	1.171.592.958
	55	Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan MR melalui Platform SATU SEHAT	2.688.765.100	1.991.575.251
	56	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	2.239.246.000	2.207.092.734
Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas penggunaan Sumber Daya	57	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	699.031.000	574.046.716
	58	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	93.153.600	84.459.600
	59	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	93.153.600	84.459.600
	60	Persentase nilai EBITDA Margin	124.204.800	112.612.800
Total Anggaran & Realisasi			1.395.496.703.000	1.395.496.703.000

Tabel III. 65 Rekapitulasi Capaian IKU Tahun 2022-2024

No IKU	Indikator Kinerja Utama	Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1	Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap Rumah Sakit				82	86,92	106%	86	90,46	105,19%
2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Keluarga	87%	88,06%	101,22%	88%	94,50%	107%	90%	96,09%	106,77%
3	Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Fasilitas Pendukung				85%	88%	104%	89%	91,21%	102,48%
4	Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien				30%	36,73%	120%	40%	51,02%	120,00%
5	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan: Persentase Kecepatan Waktu Penyelesaian Keluhan dengan Kategori Non-Medis $\leq$ 1x24 Jam				80%	100%	120%	100%	100%	100,00%
6	Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	84%	84,36%	100,43%	86%	86,53%	101%	87%	95,50%	109,77%
7	Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi				70%	75%	107%	78%	78,56%	100,72%
8	Persentase Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan				80%	92,83%	116%	94%	94,93%	100,99%
9	Jumlah Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Kasus Stroke dan Persarafan				2	2	100%	2	2	100,00%
10	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal							<2,66%	3,99%	67,34%
11	Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif				$\leq$ 4%	2,30%	120%	$\leq$ 3%	1,87%	120,00%
12	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik				80%	53,70%	67%	80%	83,73%	104,66%
13	Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap				80%	81,28%	102%	85%	95,02%	111,79%
14	Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	14	18	120,00%	20	20	100%	21	23	109,52%
15	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis							80%	98,14%	120,00%
	Persentase Pasien Stroke Hiperakut ($\leq$ 4,5 jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CTScan Kepala Non Kontras $\leq$ 30 Menit				80%	94,36%	118%	85%	94,41%	
	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena				80%	100%	120%	85%	100%	

No IKU	Indikator Kinerja Utama	Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari				80%	100%	120%	100%	100%	
16	Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup				90%	99,71%	111%	92%	100%	100,00%
17	Jumlah Laporan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator				12	12	100%	100%	100%	100,00%
	kepatuhan kebersihan Tangan							>90%	90.24%	
	Kepatuhan penggunaan APD							100%	100%	
	Kepatuhan Identifikasi Pasien							100%	100%	
	Waktu Tunggu Rawat Jalan							>80%	97.33%	
	Penundaan Operasi Elektif							<5%	2.10%	
	Kepatuhan Waktu Visit Dokter							>80%	88.63%	
	Pelaporan hasil kritis Laboratorium							100%	100%	
	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional							>90%	99.78%	
	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)							>85%	100%	
	Kepatuhan upaya pencegahan Risiko Pasien jatuh							100%	100%	
	Kecepatan Waktu Tanggap complain							>80%	100%	
	Kepuasan Pasien IKM							>80%	91.90	
18	Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol				12	12	100%	12	12	100,00%
19	Persentase Kasus sesuai Clinical Pathway	90%	99,91%	111,01%	95%	97,22%	102%	98%	99,99%	102,03%
20	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (sistrute) di RS RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	70%	83%	118,57%	85%	96,16%	113%	100%	98,90%	98,90%
21	Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 Menit				80%	97,87%	120%	85%	100%	117,65%
22	Presentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam				75%	78,72%	105%	80%	82,11%	102,64%
23	Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit				80%	81%	101%	90%	90,74%	100,82%
24	Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1				80%	92,27%	115%	90%	96,60%	107,33%

No IKU	Indikator Kinerja Utama	Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
25	Presentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam				80%	68,35%	85%	80%	79,48%	99,35%
26	Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK				85	97,22	114%	90%	99,99%	111,10%
27	Jumlah Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital yang Diintegrasikan				1	1	100%	1	1	100,00%
28	Jumlah Hubs Layanan Berbasis Genomik dalam bidang Otak dan Persarafan yang Dikembangkan				1	1	100%	1	1	100,00%
29	Jumlah Sample yang Direkrut untuk Pelaksanaan Pemeriksaan HWGS				600	622	104%	950	1022	107,58%
30	Persentase Penelitian Genomik Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population	50%	50%	100,00%	75%	75%	100%	100%	100%	100,00%
31	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan				4	17	120%	5	9	120,00%
32	Jumlah Pengampuan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan mencapai Strata Paripurna							1	1	100,00%
33	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama							1	1	100,00%
34	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya							4	4	100,00%
35	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN							10%	5,27%	52,70%
36	Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri							2	3	120,00%
37	Jumlah Publikasi Artikel/Ilmiah Per Tahun	20	38	120,00%	25	182	120%	95	172	120,00%
38	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan otak dan persarafan							10%	43,86%	120,00%
39	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi				75%	85,91%	115%	90%	91,21%	101,34%
40	Persentase SDM yang Tersertifikasi	57%	59%	103,51%	65%	100%	120%	68%	78,84%	115,94%
41	Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit				3	5	120%	6	7	116,67%
42	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT				90%	100%	111%	100%	100%	100,00%

No IKU	Indikator Kinerja Utama	Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
43	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawaian	100%	100%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
44	Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001				50%	50%	100%	100%	100%	100,00%
45	Survey Budaya Keselamatan							>75%	87%	116,00%
46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti				92,50%	100%	108%	95%	100,00%	105,26%
47	Opini audit atas laporan keuangan	WTP	WTP	100,00%	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100,00%
48	Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik, melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%							100%	100%	100,00%
	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	70%	87,84%	120,00%	72%	99%	120%	>85%	96,80%	
	Rasio Kas							180% - 360%	183,22%	
49	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar				95%	95%	100%	90%	159,64%	120,00%
50	Persentase Alat kesehatan RS yang telah dikalibrasi sesuai standar							90%	90,26%	100,29%
51	Tingkat kehandalan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan	100%	100%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
52	Persentase Capaian Pengalaman Pasien							80%	87,68%	109,60%
	Persentase Ketersediaan Fasilitas Parkir untuk Pasien				70%	70%	100%	100%	100%	
	Persentase Ketersediaan Fasilitas Taman dari Total Luas Lahan				30%	31,93%	106%	30,00%	30%	
	Persentase Pengecekan Rutin Fasilitas Toilet Publik Setiap Jam				100%	100%	100%	100%	100%	
	Persentase Pemenuhan Fasilitas Ruang Tunggu Publik 1-1,5m ² Per Orang				90%	100%	111%	100%	100%	
	Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit				80%	46,27%	58%	80%	75,35%	
53	Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	60%	60%	100,00%	80%	80%	100%	100%	100,00%	100,00%
54	Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	90	93	103,33%	118	127	108%	130	130	100,00%
55	Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT				100%	100%	100%	100%	100%	100,00%

No IKU	Indikator Kinerja Utama	Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
56	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi							100%	100%	100,00%
57	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				95%	111,79%	118%	100%	115,98%	115,98%
58	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni				97%	99,72%	103%	96%	99,36%	103,50%
59	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNPB BLU				95%	96,27%	101%	90%	93,06%	103,40%
60	Persentase Nilai EBITDA Margin				15%	5,34%	36%	15,00%	3,15%	21,00%
	Jumlah Layanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit				2	2	100%			
	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP				10%	17,58%	120%			
	Jumlah Layanan Unggulan Bertaraf Internasional yang Dikembangkan				1	1	100%			
	Jumlah Layanan Unggulan	7	7	100,00%						
	Jumlah Rumah Sakit Rujukan yang Diampu Dalam Bidang Otak dan Persyarafan	3	3	100,00%	112	168	120%			
	Tingkat Akreditasi RS Pendidikan	Akreditasi A	Penetapan RS Pendidikan	100,00%						
	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit				1%	8,87%	120%			
	Rata-rata Capaian Per tahun	105,77%			105,46%			103,14%		
	Kenaikan/Penurunan Tingkat Pencapaian				-0,30%			-2,20%		
	Jumlah IKU	17			61			60		

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

Tabel III. 66 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2024

NO	Indikator Kinerja	Tahun 2024											
		Nilai Standar TW I	Target TW I	Capaian Haper TW I	Nilai Standar TW II	Target TW II	Capaian Haper TW II	Nilai Standar TW III	Target TW III	Capaian Haper TW III	Nilai Standar TW IV	Target TW IV	Capaian Haper TW IV
1	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	60%	45%	69,79%	70%	70%	70,64%	75%	75%	77,81%	80%	80%	83,30%
2	Tingkat Kepuasan Pasien terhadap pelayanan kesehatan				76,61	85	89,81				76,61	90	91,12
3	Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	90%	95,47%	80%	90%	96,58%	80%	90%	95,14%	80%	90%	94,08%
4	Pasien Stroke Iskemik dengan onset $< 4,5$ Jam yang mendapatkan Terapi r-TPA intravena	80%	100%	100%	80%	100%	100%	80%	100%	100%	80%	100%	100%
5	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari	80%	100%	100%	80%	100%	100%	80%	100%	100%	80%	100%	100%
6	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)	75%	75%	92,13%	75%	80%	85,65%	75%	82%	98,95%	75%	85%	109,14%
7	Persentase Capaian Target PNBPN BLU	15%	25%	25,50%	40%	45%	51,24%	60%	70%	83,20%	80%	100%	115,97%
8	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,5	3,5	5,67	3,5	3,5	6	3,5	4	5	3,5	4	4,8
9	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN	93,75%	93,75%	94%	93,75%	93,75%	96,85%	93,75%	93,75%	94,22%	93,75%	95%	94,72%
10	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	20%	20%	25,42%	40%	40%	46,56%	60%	60%	90,97%	80%	80%	90,97%
11	Modernisasi Pengelolaan BLU Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem / BIOS	100%	80%	116,2%	100%	100%	118,55%	100%	100%	114,50%	100%	100%	115,70%

Evaluasi Hasil

Hasil Capaian IKT Tahun 2024 dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Dari 11 (Sebelas) Indikator Kinerja Terpilih terdapat 2 Kategori penilaian, yaitu:
 - a. Indikator yang dilakukan monitoring dan evaluasi setiap Bulan sebanyak 10 Indikator yaitu:
 1. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang
 2. Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
 3. Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $< 4,5$ Jam yang mendapatkan Terapi r-TPA Intravena
 4. Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 Hari
 5. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional
 6. Persentase Pencapaian Target PNBPN BLU
 7. Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU
 8. Ketetapan Penyelesaian Klaim JKN
 9. Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima (*Service Excellent*)
 10. Modernisasi Pengelolaan BLU Penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online System* / BIOS
 - b. Indikator yang dilakukan monitoring dan evaluasi setiap 6 bulan sebanyak 1 Indikator yaitu: Indikator Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
2. Pada Triwulan IV terdapat Capaian 10 (Sebelas) Indikator Kinerja telah mencapai Standar dan Target yaitu:
 - a. Indikator Kinerja Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang tercapai sebesar **83,30%** dari Standar dan Target Triwulan IV sebesar 80%. Perincian atas hasil capaian sampai dengan Triwulan IV adalah sebagai berikut:

Tabel III. 67 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Kinerja Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

KETERANGAN	Okt	Nov	Des	TRW IV
Jumlah Pasien Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang dengan Waktu Pelayanan ≤ 120 Menit	3147	4690	5318	13155
Jumlah Pasien Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	3859	5580	6354	15793
Capaian (%)	81,55%	84,05%	83,70%	83,30%

Hasil capaian tersebut menggambarkan bahwa terdapat upaya perbaikan capaian indikator Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang mulai dari Pasien *Check In* sampai Obat selesai disiapkan Farmasi dengan waktu kurang dari sama dengan 120 Menit.

- b. Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan tercapai sebesar **91,12** dari Standar Semester II sebesar 76,61 dan Target Semester II sebesar 90. Perincian atas hasil capaian sampai dengan Semester II adalah sebagai berikut:

Tabel III. 68 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Bulan	Total Nilai Persepsi (a)	Jumlah Seluruh Responden (b)	Bobot Nilai Rata-Rata Nilai Tertimbang (0,083) (c) (a/b)*c	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan (25) C*25
Juli	19922	463	3,57	89,28
Agustus	19353	436	3,68	92,10
September	18059	410	3,66	91,40
Oktober	20059	455	3,66	91,48
November	18718	428	3,63	90,75
Desember	16919	382	3,68	91,90
Smt II	113030	2574	3,64	91,12

Hal ini menggambarkan bahwa Kepuasan Pasien terhadap fasilitas dan kualitas Layanan yang diberikan oleh Penyelenggara Pelayanan Rumah Sakit.

- c. Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ Jam) yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit tercapai sebesar **94,08%** dari Standar Triwulan IV 80% dan Target Triwulan IV 90%. Perincian atas hasil capaian sampai dengan Triwulan IV adalah sebagai berikut:

Tabel III. 69 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Pasien Stroke Hiperakut ($\leq 4,5$ jam) yang dilakukan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 menit

KETERANGAN	Okt	Nov	Des	TRW IV
Jumlah Pasien Stroke yang dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	69	102	99	270
Jumlah Seluruh Pasien Stroke Hiperakut	74	113	100	287
Capaian (%)	93,24%	90,27%	99%	94,08%

Hasil capaian tersebut menggambarkan bahwa 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 Hiperakut.

- d. Pasien Stroke Iskemik dengan Onset $< 4,5$ Jam yang mendapatkan Terapi r-TPA Intravena tercapai sebesar **100%** dari Standar 80% dan Target 100%. Perincian atas hasil capaian sampai dengan Triwulan IV adalah sebagai berikut:

Tabel III. 70 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang mendapatkan Terapi r-TPA Intravena

KETERANGAN	Okt	Nov	Des	TOTAL
Jumlah Pasien Stroke Iskemik dengan Onset < 4,5 Jam yang mendapatkan Terapi r-RPA Intravena	25	19	32	76
Jumlah Pasien Stroke Iskemik dengan Indikasi Trombolisis dan Onset < 4,5 Jam	25	19	32	76
Capaian (%)	100%	100%	100%	100%

Hasil capaian tersebut menggambarkan bahwa kepatuhan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan kepada Pasien, salah satunya adalah penanganan Pasien Stroke Iskemik telah sesuai standar dan terselenggaranya Pelayanan cepat serta mampu menyelamatkan Pasien.

- e. Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 Hari tercapai sebesar **100%** dari Standar 80% dan Target 100%. Perincian atas hasil capaian sampai dengan Triwulan IV adalah sebagai berikut:

Tabel III. 71 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan length of Stay (LOS) <7 hari

KETERANGAN	Okt	Nov	Des	TOTAL
Jumlah Pasien Stroke Iskemik dengan LOS < 7 Hari	316	252	309	877
Jumlah Seluruh Pasien Stroke Iskemik	316	252	309	877
Capaian (%)	100%	100%	100%	100%

Hasil capaian tersebut menggambarkan terselenggaranya Pelayanan yang cepat dan *responsive* serta mampu menyelamatkan Pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap selama kurang dari 7 Hari sesuai dengan PNPk.

- f. Rasio Pendapatan PNBp terhadap Biaya Operasional (POBO) berdasarkan Laporan Realisasi Anggaran 2024 *unaudited* tercapai sebesar **109,14%** dari Standar Triwulan IV 75% dan Target Triwulan IV 85%. Hasil Perhitungan capaian POBO yang didapat pada Laporan Operasional 2024 *unaudited* sebagai berikut:

Tabel III. 72 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Rasio Pendapatan PNBp terhadap Biaya Operasional (POBO)

KETERANGAN	TOTAL (RUPIAH)
Pendapatan PNBp (tidak termasuk Pendapatan APBN)	415.085.401.894,00
Beban Operasional (tidak termasuk penyusutan & amortisasi)	380.317.189.216,00
Capaian (%)	109,14%

Hasil capaian tersebut menggambarkan bahwa pemanfaatan Anggaran PNBp dan APBN Rumah Sakit selama Tahun 2024 sudah efektif dan efisien.

- g. Persentase Pencapaian Target PNBP BLU tercapai sebesar **115,97%** dari Standar Triwulan IV sebesar 80% dan Target Triwulan IV sebesar 100%. Hasil Perhitungan yang didapat pada Triwulan IV diperoleh dari Laporan Operasional sebagai berikut:

Tabel III. 73 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Persentase Pencapaian Target PNBP BLU

KETERANGAN	TOTAL (RUPIAH)
Realisasi PNBP BLU Periode Berkenan	443.012.072.850,-
Target PNBP BLU dalam Tahun Anggaran 2024	382.008.336.000,-
Capaian (%)	115,97%

Hal ini menggambarkan bahwa Pengelolaan Keuangan BLU selama Tahun 2024 sudah Optimal, Inovatif, Prudent dan Akuntabel.

- h. Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU Triwulan IV tercapai dengan Indeks sebesar **4,8** dari Indeks Standar 3,5 dan Target 4. Capaian tersebut diperoleh dari data berikut:

Tabel III. 74 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU

Periode	Nilai KWP	Nilai APD	Revisi Hal III DIPA BLU	Deviasi Hal III DIPA BLU	Total Capaian Triwulan IV
Oktober	2	3	0	0	5
November	2	3	0	0	5
Desember	2	2,4	0	0	4,4
Total Capaian Triwulan IV ((Okt + Nov + Des) / 3)					4,8

Keterangan :

- Nilai KWP : Ketetapan Waktu Penyampaian
- Nilai APD : Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan

Hal ini menggambarkan Kualitas Perencanaan Penanggaran Keuangan dan Pengelolaan Keuangan BLU Tahun 2024 sudah baik, Penyusunan Rencana Keuangan sudah akurat.

- i. Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima (*Service Excellent*) sebesar **90,97%** dari Standar dan Target Triwulan IV sebesar 80%. Perincian atas hasil capaian sampai dengan Triwulan IV adalah sebagai berikut:

Tabel III. 75 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasai Pelayanan Prima (*Service Excellent*)

KETERANGAN	TOTAL (PESERTA)
Jumlah SDM Pemberi Layanan yang memiliki Sertifikat dan Pelatihan Pelayanan Prima	383
Total SDM Pemberi Layanan yang akan diberikan Pendidikan dan Pelatihan Pelayanan Prima	421
Capaian (%)	90,97%

Hasil ini menunjukkan bahwa komitmen RSPON selama Tahun 2024 dalam meningkatkan *Hospitality* atau Pelayanan Prima yang terbaik kepada Pasien / Keluarga Pasien secara Langsung maupun tidak Langsung. Diharapkan SDM yang telah diberikan pelatihan dapat mengimplementasikan dalam pelaksanaan tugas serta memberikan dampak positif di Lingkungan Kerja.

- j. Modernisasi Pengelolaan BLU Penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online System* / BIOS tercapai sebesar **115,70%** dari Standar dan Target 100%. Capaian tersebut diperoleh dari 5 Tahapan yaitu:

- Tahap I Integrasi Data : 41,25%
- Tahap II Analitika Data : 24,20%
- Tahap III Sistem Informasi Manajemen : 23,75%
- Tahap IV Website : 16,50%
- Tahap V Operasional BIOS : 10%
- Total Modernisasi Pengelolaan BLU : 115,70%

Hal tersebut menggambarkan Tingkat Modernisasi BLU dalam peningkatan layanan, akuntabilitas manajemen dan pemanfaatan data yang handal dalam rangka pengambilan Keputusan (*Decision Support System*) Tahun 2024 telah sesuai.

3. Masih terdapat 1 Indikator yang sudah tercapai di Standar namun belum mencapai Target yakni:
- a. Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN Triwulan IV (September, Oktober & November) sebesar **94,72%** tercapai dari Standar 93,75% tetapi belum tercapai pada Target sebesar 95%. Hasil tersebut didapat dari data Pemenuhan *Compliance* Modul Rawat Inap Triwulan IV pada Data Satu Sehat telah terkoneksi **100%** dan Persentase Pengajuan Klaim Reguler Pasien Rawat Jalan & Rawat Inap yang Lolos Verifikasi (Jumlah Klaim Layak Pasien) Triwulan sebesar **89,45%**. Berikut perincian pencapaian:

Tabel III. 76 Perincian Hasil Capaian Triwulan IV Indikator Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN

Bulan	Jumlah Kasus Ranap	Jumlah Kasus Klaim Layak Ranap	% Kasus
September	873	772	88,43%
Oktober	882	800	90,70%
November	880	785	89,20%
TW IV	2635	2357	89,45%

$$X = \frac{(\text{Pemenuhan Compliance data Satu Sehat} + \text{Persentase Pengajuan Klaim Layak})}{2}$$

$$\frac{(100\% + 89,45\%)}{2} = \mathbf{94,72\%}$$

Hambatan belum tercapainya Indikator Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN Triwulan IV:

- Pending Klaim JKN pada Rawat Inap terbanyak pada “Koreksi Verifikasi” sebesar 69,47%,
- Pending “Ketidaksesuaian Pengajuan Klaim Rumah Sakit Khusus” pada Rawat Inap sebesar 21%,
- Pending dokumen klaim lain-lain yang kurang lengkap sebesar 9,53%.

Rencana Tindak Lanjut dari Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN:

- Koordinasi antara Rumah Sakit dengan pihak BPJS dalam pelaksanaan penyelesaian Klaim yang Pending.

SARAN DAN REKOMENDASI

Secara Keseluruhan atas capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan IV saran dan rekomendasi ditahun 2024 adalah sebagai berikut:

1. Indikator yang telah tercapai akan tetap melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala pada Unit Terkait agar tetap meningkatkan capaian dan mempertahankan kualitas kinerja yang positif di Periode berikutnya.
2. Proses perbaikan secara berkala pada unit terkait dalam proses pencapaian Target maupun Standar pada Indikator Ketetapan Penyelesaian Klaim JKN dapat dilakukan yakni dengan akan dibentuknya Verifikator Medik Khusus

3. Tingkat Maturitas BLU

Tabel III. 77 Pencapaian Tingkat Maturitas RSPON Tahun 2024

No	Indikator	Skor 2023	Skor 2024
1	Keuangan		
1.1	Likuiditas	1,38	2
1.2	Efisiensi	5	5
1.3	Efektivitas	3,5	4,5
1.4	Tingkat Kemandirian	3,25	2,5
Maturitas Aspek Keuangan (20%)		3,28	3,5
2	Pelayanan		
2.1	Indeks Kepuasan Masyarakat	4	4
2.2	Efisiensi Waktu Pelayanan	4	4,75
2.3	Sistem Pengaduan Layanan	5	5
2.4	Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan	4,5	4,88
Maturitas Aspek Pelayanan (25%)		4,38	4,66
3	Kapabilitas Internal		
3.1	Sumber Daya Manusia	4	4
3.2	Proses Bisnis	4	4
3.3	Teknologi	4	4
3.4	<i>Costumer Focus</i>	4	4
Maturitas Aspek Kapabilitas Internal (20%)		4	4
4	Tata Kelola dan Kepemimpinan		
4.1	Perencanaan Strategis	4	4
4.2	Etika Bsinis	2	3
4.3	<i>Stakeholder Relationship</i>	5	4
4.4	Manajemen Risiko	4	3
4.5	Pengawasan dan Pengendalian	4	3
Maturitas Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan (20%)		3,8	3,4
5	Inovasi		
5.1	Keterlibatan Pengguna Jasa	2	2
5.2	Proses Inovasi	2	2
5.3	Manajemen Pengetahuan	2	4
5.4	Manajemen Perubahan	3	3
Maturitas Aspek Inovasi (10%)		2,25	2,75
6	Lingkungan		
6.1	<i>Environmental Footprint Management</i>	1	5
6.2	Penggunaan Sumber Daya	1	4
Maturitas Aspek Lingkungan (5%)		1	4,5
Tingkat Maturitas BLU RSPON Mahar Mardjono		3,59	3,84

Hasil evaluasi Tingkat Maturitas BLU RSPON Mahar Mardjono Jakarta yang dilakukan Tahun 2024 atas hasil kinerja tahun 2023 berdasarkan penilaian mandiri dan dinilai oleh Kanwil DJPb Provinsi DKI Jakarta dan Dit PPK BLU yang dinilai dengan sistem penilaian dari Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan Republik Indonesia sebagaimana tertuang dalam Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-11/PB/2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum mendapatkan Tingkat Maturitas BLU dengan Total Skor 3,84.

Pencapaian:

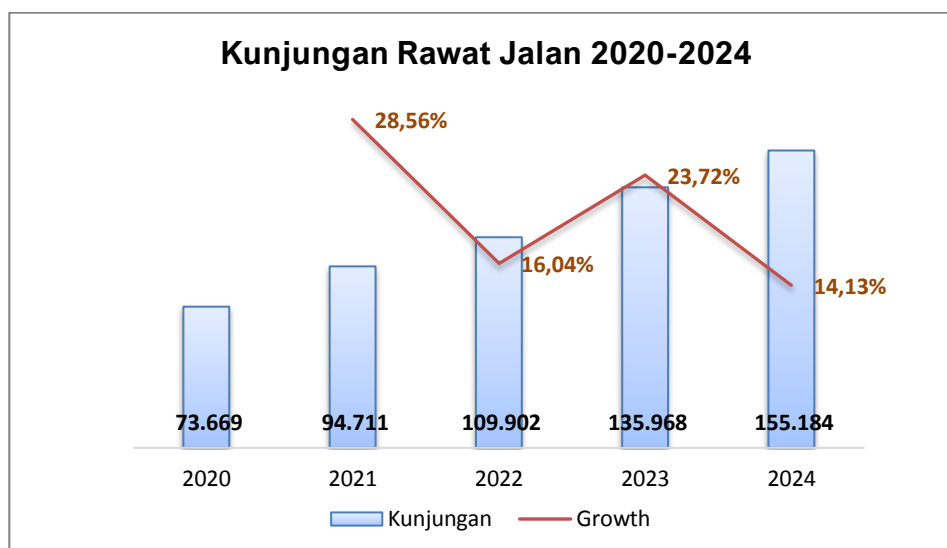
1. Hasil Penilaian Maturitas Aspek Keuangan Tahun 2024 sebesar 3,50 meningkat dibandingkan Tahun 2023 sebesar 3,28. Peningkatan hasil perhitungan terjadi pada Indikator Likuiditas tahun 2023 dengan Skor 2,00 dibandingkan tahun sebelumnya dengan skor 1,38 dikarenakan adanya kenaikan pada Rasio Optimalisasi Kas sebesar 32,5%, kemudian Efektivitas tahun 2024 dengan skor 4,50 dibandingkan tahun sebelumnya dengan skor 3,50 dikarenakan tren kenaikan pada Imbalan atas Asset dari tahun 2021 ke tahun 2023 mencapai 80,35 % dan kenaikan Imbalan atas Ekuitas dari tahun 2021 ke tahun 2023 mencapai 80,94%.
2. Hasil Penilaian Maturitas Aspek Pelayanan Tahun 2023 sebesar 4,66 meningkat dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar 4,38. Peningkatan hasil dari Aspek Layanan terjadi pada Indikator Efisiensi Waktu Pelayanan tahun 2024 dengan skor 4,75 dibandingkan tahun 2023 dengan skor 4,00 dengan kenaikan sebesar 0,23%, kemudian kenaikan pada Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan Tahun 2024 dengan skor 4,88 dibandingkan Tahun sebelumnya dengan skor 4,50 dikarenakan tren Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan sebesar 6,89% dan Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat sebesar 31,93%.
3. Hasil Penilaian Maturitas Aspek Kapabilitas Internal Tahun 2024 sebesar 4,00 sama dengan Tahun sebelumnya sebesar 4,00. Aspek Sumber Daya Manusia, Proses Bisnis, Teknologi dan *Costumer Focus* memiliki nilai yang sama.
4. Hasil Penilaian Maturitas Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan Tahun 2024 menurun sebesar 3,40 dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar 3,80. Penurunan hasil perhitungan terjadi pada Indikator Manajemen Risiko dan Pengawasan & Pengendalian Tahun 2024 dengan skor 3,00 dibandingkan Tahun sebelumnya dengan skor 4,00 dan Indikator *Stakeholder Relationship* Tahun 2024 dengan skor 4,00 dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar 5,00, namun ada peningkatan pada Indikator Etika Bisnis Tahun 2024 sebesar 3,00 meningkat dari Tahun sebelumnya sebesar 2,00.

5. Hasil Penilaian Maturitas Aspek Inovasi Tahun 2023 sebesar 2,75 meningkat dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar 2,25. Peningkatan hasil perhitungan terjadi pada Manajemen Pengetahuan Tahun 2024 sebesar 4,00 dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar 2,00.
6. Hasil Penilaian Maturitas Aspek Lingkungan Tahun 2023 sebesar 4,50 meningkat dibandingkan Tahun sebelumnya sebesar 1,00. Peningkatan terjadi pada Indikator *Environmental Footprint Management* Tahun 2023 dengan skor 5,00 meningkat dibandingkan Tahun sebelumnya dengan skor 1,00 dan Penggunaan Sumber Daya Tahun 2023 sebesar 4,00 dibandingkan Tahun sebelumnya dengan skor 1,00.

B. Sumber Daya

1. Kinerja Pelayanan

Kunjungan Rawat Jalan



Gambar III. 1 Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2020-2024

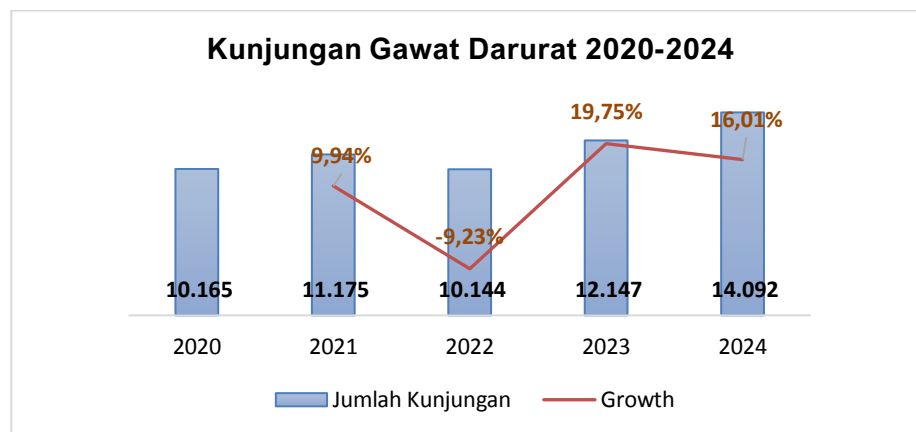
Jumlah kunjungan Pasien Rawat Jalan pada Tahun 2024 mencapai 155.184, dengan kenaikan 14,13% dibandingkan tahun 2023 yang mencapai 135.968.

Berdasarkan metode pembayaran persentase kenaikan tertinggi ditahun 2024 dibandingkan tahun 2023 pada kunjungan rawat jalan yakni kunjungan dengan metode pembayaran jaminan Perusahaan sebesar 109,72%, dilanjutkan dengan metode pembayaran BPJS sebesar 18,68%, Pembayaran dengan asuransi sebesar 8,68% dan penurunan pada metode pembayaran umum sebesar 2,46%. Rincian dari jumlah Kunjungan Rawat Jalan tahun 2023 dan 2024 dengan metode pembayaran dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel III. 78 Perincian Kunjungan Rawat Jalan Berdasarkan Metode Pembayaran Tahun 2023 - 2024

Metode Pembayaran	2023	2024	Kenaikan/Penurunan	
			Jumlah	%
Jaminan Perusahaan	247	518	271	109,72%
BPJS	103.569	122.914	19.345	18,68%
Asuransi	3.514	3.819	305	8,68%
Umum	28.638	27.933	-705	-2,46%
Total	135.968	155.184	19.216	14,13%

Kunjungan Gawat Darurat



Gambar III. 2 Kunjungan Gawat Darurat Tahun 2020-2024

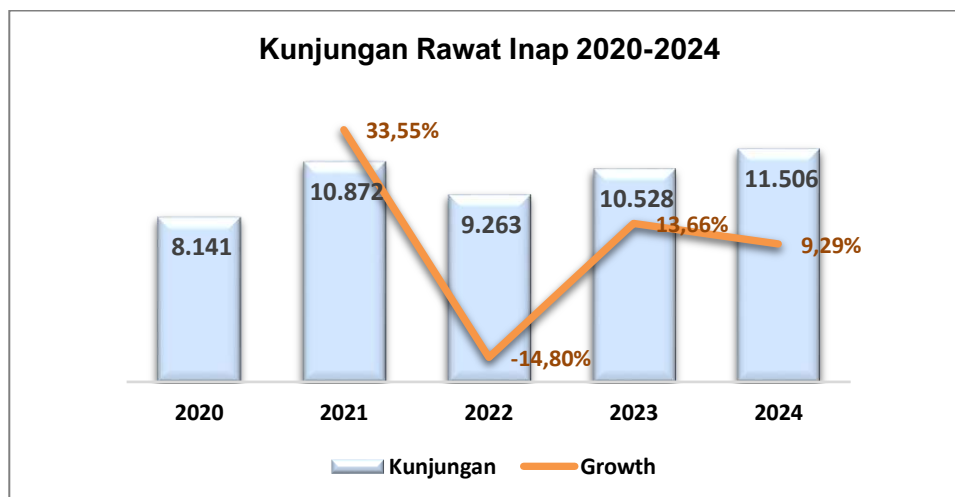
Jumlah kunjungan Gawat Darurat pada Tahun 2024 mencapai 14.092, dengan kenaikan 16,01% dibandingkan tahun 2023 yang mencapai 12.147.

Berdasarkan metode pembayaran persentase kenaikan tertinggi ditahun 2024 dibandingkan tahun 2023 pada kunjungan Gawat Darurat yakni kunjungan dengan metode pembayaran umum sebesar 18,85%, dilanjutkan dengan metode pembayaran Asuransi sebesar 16,90%, Pembayaran dengan BPJS sebesar 15,97% dan penurunan pada metode pembayaran Jaminan Perusahaan sebesar 42,42%. Rincian dari jumlah Kunjungan Gawat Darurat tahun 2023 dan 2024 dengan metode pembayaran dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel III. 79 Perincian Kunjungan Gawat Darurat Berdasarkan Metode Pembayaran Tahun 2023 - 2024

Jenis Pembayaran	2023	2024	Kenaikan/Penurunan	
			Jumlah	%
Umum	785	933	148	18,85%
Asuransi	213	249	36	16,90%
BPJS	11.116	12.891	1.775	15,97%
Jaminan Perusahaan	33	19	-14	-42,42%
Total	12.147	14.092	1.945	16,01%

Kunjungan Rawat Inap



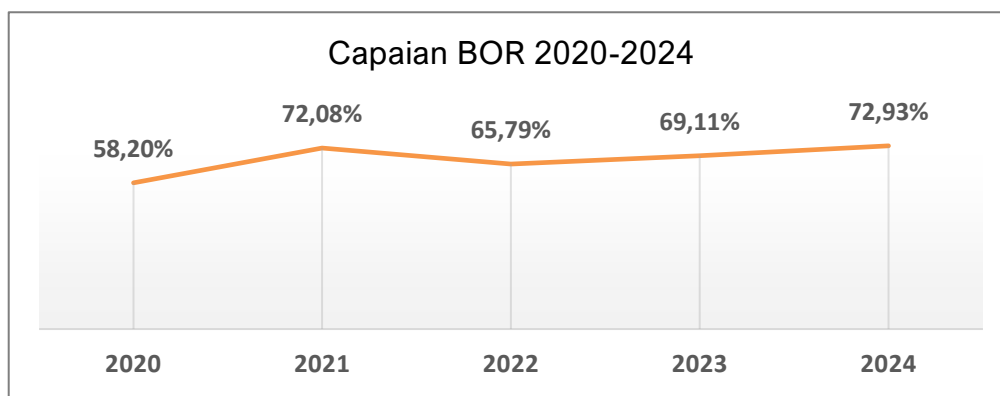
Gambar III. 3 Kunjungan Rawat Inap Tahun 2020 - 2024

Jumlah kunjungan Rawat Inap pada Tahun 2024 mencapai 11.506, dengan kenaikan 9,29% dibandingkan tahun 2023 yang mencapai 10.528.

Berdasarkan metode pembayaran persentase kenaikan tertinggi ditahun 2024 dibandingkan tahun 2023 pada kunjungan Rawat Inap yakni kunjungan dengan metode pembayaran Asuransi sebesar 18,85%, dilanjutkan dengan metode pembayaran Asuransi sebesar 13,73%, Pembayaran dengan BPJS sebesar 9,72% dan pembayaran Jaminan Perusahaan sebesar 5,88%, sedangkan pembayaran umum tidak mengalami kenaikan maupun penurunan. Rincian dari jumlah Kunjungan Rawat Inap tahun 2023 dan 2024 dengan metode pembayaran dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel III. 80 Perbandingan Jenis pembayaran pada kunjungan Rawat Inap Tahun 2023-2024

Jenis Pembayaran	2023	2024	Kenaikan/(Penurunan)	
			Jumlah	%
Asuransi	233	265	32	13,73%
BPJS	9.710	10.654	944	9,72%
Perusahaan	34	36	2	5,88%
Umum	551	551	-	0,00%
Total	9.977	10.955	978	9,80%



Gambar III. 4 Capaian BOR tahun 2020-2024

1.1) Bed Occupancy Rate (BOR)

Pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) Tahun 2024 mencapai 72.93% mengalami kenaikan 5,52% dari Tahun 2023 yang mencapai 69,11%, walaupun terjadi peningkatan nilai BOR masih optimal, tetapi masih ada Ruang untuk peningkatan seperti Kamar VIP, VVIP, *President Suite* dan Neurorestorasi, walaupun ada kenaikan BOR masih memenuhi Standar Kementeriann Kesehatan RI yakni antara 60%-85%.

1.2) Length of Stay (LOS)

Pencapaian *Length of Stay* (LOS) Tahun 2024 mencapai 6,05 Hari mengalami kenaikan 1,48% dari Tahun 2023 mencapai 5,96 Hari, hasil tersebut masih dalam keadaan stabil sesuai dengan keadaan RSPON Tahun 2024 dan hasil LOS telah memenuhi Standar Departemen Kesehatan RI antara 6-9 Hari.

1.3) Turn Over Internal (TOI)

Pencapaian *Turn Over Interval* (TOI) Tahun 2024 mencapai 2,23 Hari mengalami penurunan sebesar 16,77% dari Tahun 2023 mencapai 2,66 Hari, namun hasil TOI masih dalam berada dalam Standar Departemen Kesehatan RI antara 1-3 Hari.

1.4) Gross Death Rate (GDR)

Gross Death Rate (GDR) Tahun 2024 mencapai 51,61% mengalami penurunan atau tren positif sebesar 12,69% dari Tahun 2023 mencapai 59,11%, namun hasil tersebut belum memenuhi Standar Departemen Kesehatan RI sebesar $\leq 45\%$,

1.5) Net Death Rate (NDR)

Net Death Rate (NDR) pada Tahun 2024 mencapai 39,77% menagalami penurunan atau tren positif sebesar 5,47% dari Tahun 2023 mencapai 42,07%,

namun hasil tersebut masih belum memenuhi Standar Departemen Kesehatan RI ($\leq 25\%$), rincian dari Capaian Indikator Evaluasi Mutu Pelayanan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel III. 81 Capaian Indikator Mutu Pelayanan

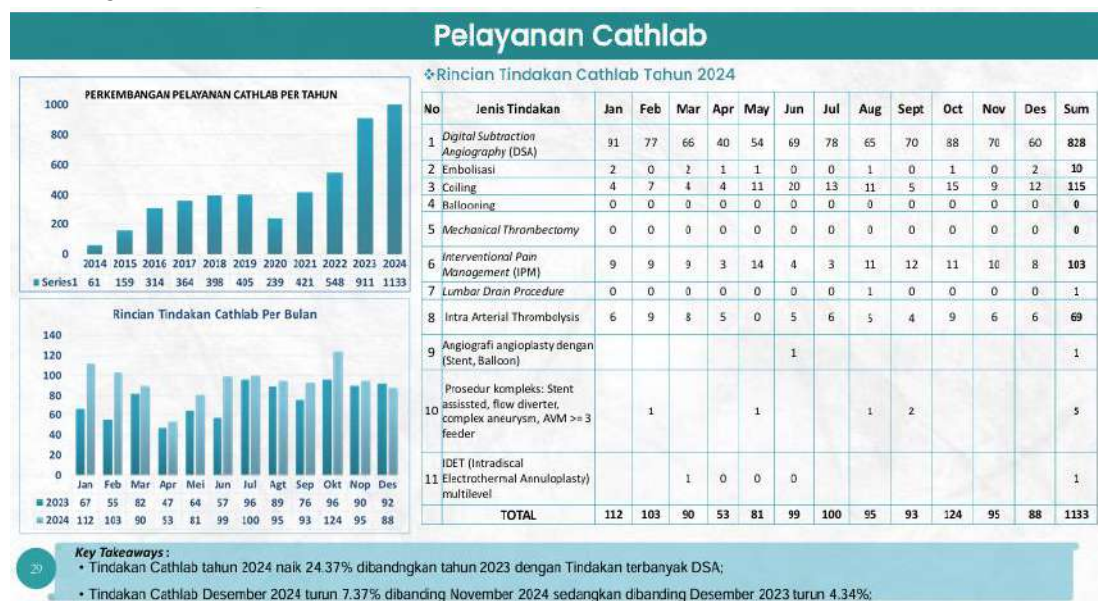
Indikator	Standar	2023	2024
BOR (%)	60%-85%	69,11	72,93
LOS (%)	6-9 Hari	5,96	6,05
TOI (Hari)	1-3 Hari	2,66	2,23
BTO (Kali)	40-50 Kali	42,37	44,41
GDR (%)	$\leq 45\%$ Permil	59,11	51,61
NDR (%)	$\leq 25\%$ Permil	42,07	39,77

Pelayanan Bedah Sentral



Gambar III. 5 Pelayanan Bedah Sentral 2024

Pelayanan Cathlab



Gambar III. 6 Pelayanan Cathlab 2024

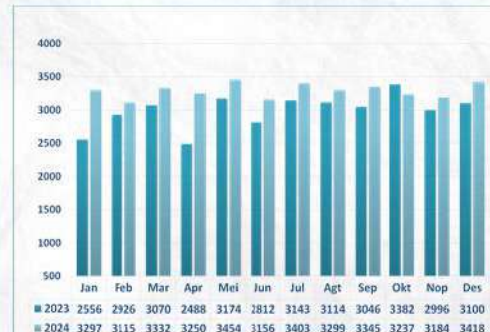
Pelayanan Radiologi

Pelayanan Radiologi

❖ Jumlah Pemeriksaan Radiologi Per Tahun



❖ Jumlah Pemeriksaan Radiologi Per Bulan



Key Takeaways :

- Pelayanan Radiologi tahun 2024 meningkat 10.28% dibandingkan tahun 2023;
- Pelayanan Radiologi Desember 2024 naik 7.35% dibanding November 2024, namun dibandingkan periode yang sama tahun 2023 naik 10.25% ;

❖ Jenis Pemeriksaan Per Bulan Tahun 2014

No	Nama Pemeriksaan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des	Jumlah
1	Foto tanpa bahan kontras	1666	1635	1655	1685	1778	1628	1751	1682	1713	1679	1671	1801	20344
2	Flouroskopi /C-ARM	48	32	35	24	35	39	53	50	45	38	38	51	488
3	Foto Gigi	5	3	5	5	5	7	7	4	4	5	1	2	53
4	CT scan non kontras	929	924	1009	1020	980	896	979	993	1021	914	941	1048	11654
5	CT scan dengan kontras	37	25	35	17	27	24	22	26	21	33	19	23	309
6	CT-Angiografi	61	46	41	37	78	71	61	70	78	78	87	69	777
7	CT-Perfusi	5	8	9	3	9	5	5	8	6	6	13	10	87
8	USG	8	7	13	10	14	5	12	7	6	9	9	14	114
9	MRI non kontras	271	176	230	202	264	240	250	228	193	193	170	177	2594
10	MRI dengan kontras	227	218	234	203	219	202	212	192	219	241	176	193	2536
11	Second opini	8	7	20	9	7	34	44	16	23	12	11	10	201
12	Penambahan CD	11	7	10	7	11	4	7	12	9	2	8	9	97
13	Print film	21	27	34	28	27	0	0	11	7	27	40	11	233
14	Penambahan kontras	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
15	Penambahan Sequen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
JUMLAH		3297	3115	3332	3250	3454	3156	3403	3299	3345	3237	3184	3418	39490

Key Takeaways :

- Pemeriksaan terbanyak Foto Tanpa Kontras diikuti CT Scan Non Kontras dengan total pemeriksaan sebanyak 39.490 pemeriksaan.

Gambar III. 7 Pelayanan Radiologi Tahun 2024

Pelayanan Farmasi Desember 2024

No	Nama Depo	Lembar Resep	Lembar Dispense	Lembar Retur	Lembar Dispense + Retur	Jumlah Item	Alkes	BMHP	Obat	Generik	Non-Generik		Fornas	Non-Fornas	Non-Fornas		Antibiotik	Non-Antibiotik
											Form RS	Non-Form RS			Form RS	Non-Form RS		
1	Ranap	19220	55,606	15,472	71,078	88,473	21,426	11,382	55,665	45,661	9,121	883	54,534	1,131	930	201	2,797	52,868
2	IGD	4363	5,331	551	5,882	20,522	8,119	6,548	5,855	5,287	500	68	5,834	21	21	0	67	5,788
3	Rajal Lt. 2	8004	9,076	778	9,854	29,478	918	1,838	26,722	21,842	4,173	707	26,559	163	149	14	296	26,426
4	Eksekutif Lt. 5	1625	2,596	546	3,142	7,318	485	878	5,955	2,308	3,314	332	2,880	3,075	2,796	279	49	5,906
5	Floor Stock	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Trolley Emergency	262	284	5	289	635	435	81	119	103	16	0	119	0	0	0	0	119
7	OK-Cathlab	442	1,473	23	1,496	20,748	10,358	5,176	5,214	3,801	1,113	338	5,102	150	45	105	106	5,108
8	Laboratorium	0	3,984	5	3,989	17,718	5,230	12,458	30	0	0	30	0	30	0	30	0	30
9	Depo Vaksinasi	0	123	0	123	125	0	0	125	0	124	1	0	125	124	1	0	125
10	Penelitian	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Tindakan Ekse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Tindakan Radiologi	0	37	1	38	351	205	58	88	54	34	0	88	0	0	0	0	88
TOTAL		33,916	78,510	17,381	95,891	185,368	47,176	38,419	99,773	79,057	18,395	2,359	95,116	4,695	4,065	630	3,315	96,458

Key Takeaways :

- Jumlah resep mengikuti tren pasien;
- Jumlah resep bulan Desember 2024 naik 4.16% dibandingkan dengan bulan November 2024

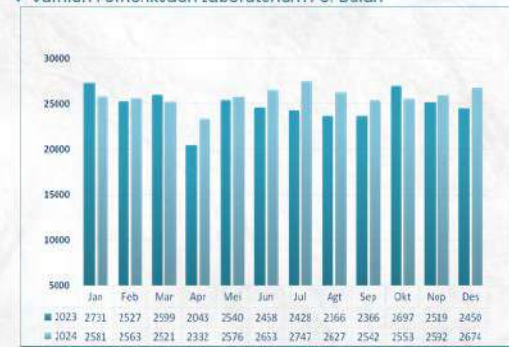
Gambar III. 8 Pelayanan Farmasi per Desember 2024

Pelayanan Laboratorium

❖ Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Per Tahun



❖ Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Per Bulan



Key Takeaways :

- Pelayanan Laboratorium tahun 2024 naik 4.14% dibandingkan tahun 2023;
- Pelayanan Laboratorium Desember naik 3.16% dibandingkan November 2024, sedangkan dibandingkan periode yang sama pada tahun 2023 naik 9.13%;

Pelayanan Laboratorium

❖ Jenis Pemeriksaan

NO	JENIS PEMERIKSAAN	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des	Total
HEMATOLOGI – HEMOSTASIS														
1	HEMATOLOGI	2277	2074	2270	2089	2216	2140	2228	2215	2190	2190	2155	1262	26306
	HEMOSTASIS	1471	1449	1381	1237	1275	1395	1527	1432	1409	1582	1422	1453	17033
	LAIN-LAIN	3	7	10	18	6	3	7	3	5	8	6	7	84
ANALISA URIN, TINJIA, DAN CAIRAN TUBUH														
2	URIN	103	76	113	93	98	101	111	122	127	132	113	101	1290
	TINJIA	16	19	17	10	16	24	21	20	15	10	23	28	220
	ANALISA CAIRAN	76	60	61	84	92	69	67	68	80	64	69	78	868
KIMIA KLINIK														
3	FUNGSI HATI	1807	1614	1491	1536	1596	1717	1854	1799	1488	1682	1641	1608	19933
	PROFIL LIPID	3103	2961	3009	3059	3082	3086	3133	3210	3150	2792	3095	3201	36893
	FUNGSI GINJAL	4907	4678	4850	4361	4731	4628	4928	4902	4731	4688	4810	4941	57158
	DIABETES	6190	6758	6332	5239	6502	7498	7482	7051	7117	6750	7061	7530	81630
	ELEKTROLIT	2033	2084	2112	1991	2269	2194	2161	1808	1677	1854	1948	2081	24212
	JANTUNG	358	321	352	329	342	352	267	280	232	204	202	188	3428
	Lain-Lain	947	860	858	822	924	841	915	890	853	916	937	908	10712
IMUNOLOGI-SEROLOGI														
4	IMUNOLOGI	556	514	546	472	591	548	623	555	525	563	487	458	6438
	PETANDA HEPATITIS	739	1268	639	678	722	656	825	698	677	889	702	667	9160
	TORCH	12	25	26	23	20	16	11	8	5	21	11	13	191
	HORMON	73	35	117	63	55	146	178	125	85	123	156	116	1272
5	PETANDA TUMOR	9	2	1	3	9	4	5	4	0	2	6	13	58
	LAIN-LAIN	37	36	32	47	46	45	57	58	51	47	50	42	548
6	BAKTERIOLOGI	349	277	309	411	378	330	356	358	344	345	374	375	4206
7	PAATOLOGI ANATOMI	114	80	86	61	71	84	111	98	89	101	86	83	1064
8	PRODUK DARAH	570	397	589	563	478	537	521	555	528	565	567	573	6443
9	COVID-19	27	8	6	6	16	4	5	1	4	4	3	6	77
	Legalisir/Copy Hasil													
10	Penunjang	31	36	7	9	28	9	0	13	3	3	1	12	137
	DRUG ABUSED	5	0	5	10	5	105	85	0	0	0	0	0	215
	JUMLAH	25813	25639	25219	23224	25768	26532	27478	26273	25426	25535	25925	26744	309576

Key Takeaways :

- Pemeriksaan terbanyak adalah pemeriksaan gula darah diikuti pemeriksaan lainnya;

Gambar III. 9 Pelayanan Laboratorium Tahun 2024

Morbiditas Pasien Tahun 2024

❖ Rawat Jalan

NO	Diagnosa	Jumlah	%
1	Ischaemic Stroke	35108	22.62%
2	Epilepsy	13806	8.90%
3	Intracranial Tumours	10534	6.79%
4	Lumber and other intervertebral disc disorders with radiculopathy	5312	3.42%
5	Vascular Dementia	3515	2.27%
6	Haemorrhage Stroke	3514	2.26%
7	Perkinson's disease	3107	2.00%
8	Cephalgia	2743	1.77%
9	Clonic/chemifacial spasm	2593	1.67%
10	Carpal tunnel syndrome	2490	1.60%

❖ Rawat Inap

No	Diagnose	Jumlah	%
1	Ischaemic Stroke	5492	47.79%
2	Haemorrhage Stroke	869	7.56%
3	Intracranial Tumours	826	7.19%
4	Transient Ischemic Attack (TIA)	281	2.45%
5	Trauma Capitis	258	2.25%
6	Epilepsy	223	1.94%
7	Subarachnoid haemorrhage (SAH)	187	1.63%
8	Trigeminal Neuralgia	137	1.19%
9	Cerebral aneurysm	120	1.04%
10	Hydrocephalus	114	0.99%

❖ IGD

No	Diagnosa	Jumlah	%
1	Ischaemic Stroke	5520	39.18%
2	Haemorrhage Stroke	895	6.35%
3	Cephalgia	847	6.02%
4	Intracranial Tumours	700	4.97%
5	Vertigo	624	4.43%
6	Epilepsy	578	4.10%
7	Trauma Capitis	468	3.32%
8	Transient ischemic Attack (TIA)	294	2.09%
9	Subarachnoid haemorrhage (SAH)	164	1.16%
10	Encephalopathy	146	1.04%

Gambar III. 10 Morbitas Pasien RSPON Tahun 2024

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sampai dengan tahun 2024, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono memiliki dua Gedung bangunan dimana Gedung A yang memiliki luas 36.792 Meter Persegi dengan 12 Lantai yang diperuntukan pada Pelayanan Kesehatan kepada Pasien, dan Gedung B dengan luas 29.754 Meter Persegi merupakan Gedung yang mulai dipergunakan pada Bulan Maret 2017 diperuntukan untuk Kegiatan Manajemen, Area Parkir, Administrasi, Rumah Singgah Keluarga Pasien dan Pelayanan Non Medis dalam bentuk kegiatan yang berorientasi pada Pendidikan dan Penelitian.

Berdasarkan dokumen Konfirmasi Kesesuaian Kegiatan Pemanfaatan Ruang Untuk Kegiatan Berusaha NOMOR: 06092410113175165 yang dikeluarkan oleh an. Menteri Agraria dan Tata Ruang/Kepala Badan Pertanahan Nasional Menteri Investasi/Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal pada tanggal 6 September 2024, dinyatakan bahwa RSPON telah diakui memiliki tanah seluas 25.238,18 M² yang pengadaannya telah berproses sejak tahun 2023 untuk pembangunan Gedung Parkir, Pendidikan dan Pelayanan Institut Neurosains Nasional.

Pembangunan Gedung Parkir, Pendidikan dan Pelayanan Institut Neurosains Nasional, telah dilakukan pembangunannya sejak diawal tahun 2024 dan direncanakan akan selesai pada triwulan1 tahun 2025.

Adapun hasil pengelolaan sarana dan prasarana RSPON Mahar Mardjono selama tahun 2024 tercerrmin didalam SIMAK BMN per 31 Desember 2024, sebagaimana hal berikut:

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
GABUNGAN INTRAKOMPTABEL DAN EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024**

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

Tgl Data : 03/03/24 12:00 AM

Tgl Cetak : 30/01/25 9:03 AM

Halaman : 1

Kode Lap : lap_bmn_gab_kel_satker_poc

AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
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	5	1,184,925,000	5	1,184,925,000	11,955	390,077,987,000
20101	TANAH PERSIL	-	11,955	390,077,987,000	5	1,184,925,000	5	1,184,925,000	11,955	390,077,987,000
132111	Peralatan dan Mesin		22,544	608,026,834,820	3,441	157,980,034,089	70	2,987,594,637	25,915	763,019,274,272
30103	ALAT BANTU	-	80	1,345,988,819	4	82,967,000	2	121,063,984	82	1,307,891,835
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	15	5,919,259,600	0		3	670,959,400	12	5,248,300,200
30202	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	-	280	857,011,209	0		0	0	280	857,011,209
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	54	8,002,313,574	3	13,970,000	1	23,186,900	56	7,993,096,674
30302	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	-	456	360,447,933	311	101,058,100	0	0	767	461,506,033
30303	ALAT UKUR	-	66	394,034,043	1	63,603,000	1	6,160,000	66	451,477,043
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	247	1,622,952,328	127	1,115,679,400	2	5,552,712	372	2,733,079,016
30501	ALAT KANTOR	-	1,173	7,148,136,938	363	1,978,790,060	0	0	1,536	9,126,926,998
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	6,397	26,430,683,205	1,315	9,201,606,181	6	17,228,200	7,706	35,615,061,186
30601	ALAT STUDIO	-	168	5,724,432,658	7	513,095,570	0	0	175	6,237,528,228
30602	ALAT KOMUNIKASI	-	106	334,952,909	3	15,450,000	0	0	109	350,402,909
30603	PERALATAN PEMANCAR	-	21	4,008,848,000	0	0	0	0	21	4,008,848,000
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	9,533	460,521,344,442	1,123	134,392,369,152	50	2,037,994,581	10,606	592,875,719,013
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	236	22,691,839,051	0	0	2	96,307,200	234	22,595,531,851
30801	UNIT ALAT LABORATORIUM	-	717	31,937,461,074	28	5,980,954,564	0	0	745	37,918,415,638
30802	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	-	79	808,351,493	20	43,340,000	0	0	99	851,691,493
30803	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	-	83	2,742,654,713	0	0	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	27	109,634,580	0	0	58	284,862,891
30807	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	-	78	207,224,890	0	0	3	9,141,660	75	198,083,230
30808	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI &	-	116	1,003,317,568	0	0	0	0	116	1,003,317,568
31001	KOMPUTER UNIT	-	811	9,380,673,654	84	1,458,217,925	0	0	895	10,838,891,579
31002	PERALATAN KOMPUTER	-	1,163	11,316,297,322	13	2,719,147,557	0	0	1,176	14,035,444,879
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	-	8	21,763,050	0	0	0	0	8	21,763,050
31503	ALAT SAR	-	21	559,048,520	6	141,600,000	0	0	27	700,648,520
31504	ALAT KERJA PENERBANGAN	-	22	219,229,356	5	45,878,000	0	0	27	265,107,356
31601	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN	-	3	106,100,000	0	0	0	0	3	106,100,000
31701	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	-	161	3,660,796,565	0	0	0	0	161	3,660,796,565
31901	PERALATAN OLAH RAGA	-	57	121,180,495	1	2,673,000	0	0	58	123,853,495
133111	Gedung dan Bangunan		6	441,016,047,500	0	0	0	0	6	441,016,047,500
40101	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	-	5	440,126,770,150	0	0	0	0	5	440,126,770,150

**LAPORAN BARANG PENGGUNA
GABUNGAN INTRAKOMPTABEL DAN EKSTRAKOMPTABEL
RINCIAN PER KELOMPOK BARANG
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2024**

UAPB : 024
UAKPB : 015514

**KEMENTERIAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA**

Tgl Data : 03/03/24 12:00 AM

Tgl Cetak : 30/01/25 9:03 AM

Halaman : 2

Kode Lap : lap_bmn_gab_kel_satker_poc

AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SATUAN	SALDO PER 1 JANUARI 2024		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2024	
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
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	-	0	0	67	1,538,894,637	64	1,411,670,653	3	127,223,984
30103	ALAT BANTU	-	0	0	2	121,063,984	0	0	2	121,063,984
30201	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	-	0	0	3	670,959,400	3	670,959,400	0	0
30301	ALAT BENGKEL BERMESIN	-	0	0	1	23,186,900	1	23,186,900	0	0
30303	ALAT UKUR	-	0	0	1	6,160,000	0	0	1	6,160,000
30401	ALAT PENGOLAHAN	-	0	0	2	5,552,712	2	5,552,712	0	0
30502	ALAT RUMAH TANGGA	-	0	0	6	17,228,200	6	17,228,200	0	0
30701	ALAT KEDOKTERAN	-	0	0	47	589,294,581	47	589,294,581	0	0
30702	ALAT KESEHATAN UMUM	-	0	0	2	96,307,200	2	96,307,200	0	0
30807	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	-	0	0	3	9,141,660	3	9,141,660	0	0
TOTAL				1,448,977,903,035		160,703,853,726		5,584,190,290		1,604,097,566,471

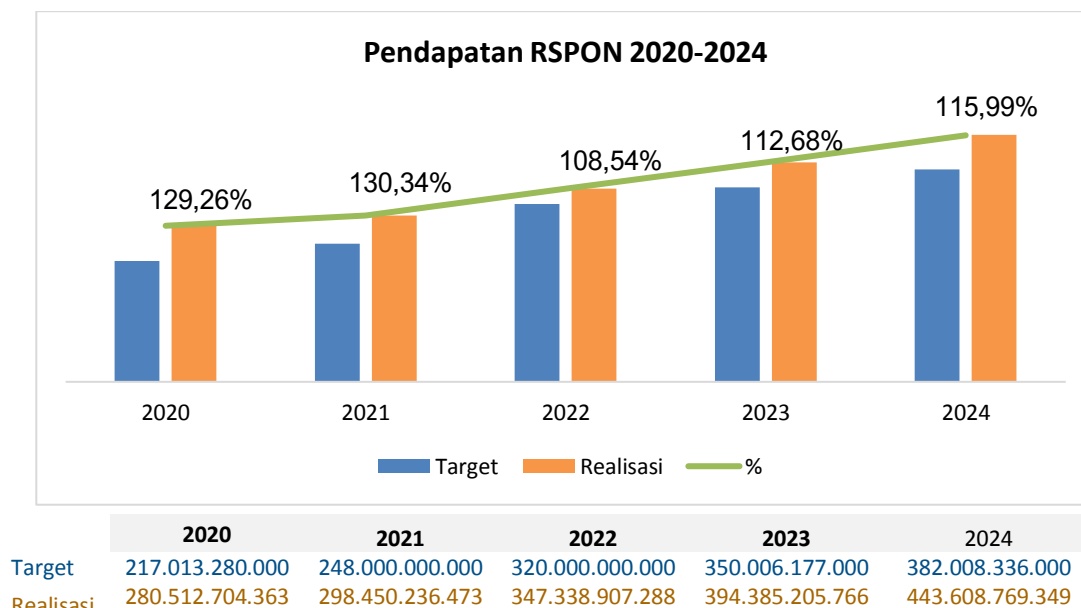
Gambar III. 11 Laporan BMN Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomptabel Tahun 2024

Tabel III. 82 Laporan Posisi BMN di Neraca Per 31 Desember 2024

LAPORAN POSISI BARANG MILIK NEGARA DI NERACA POSISI PER TANGGAL 31 DESEMBER 2024 TAHUN ANGGARAN 2024		
UAPB : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN UAKPB : 015514 RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA		Tgl.Data : 30/01/25 6:24 AM Tgl.Cetak : 30/01/25 8:21 AM Halaman : 1 Kode Lap : lap_bmn_neraca_face_satker_poc
AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	3
117111	Barang Konsumsi	29,625,245,256
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	490,389,315
117114	Suku Cadang	45,510,294
117131	Bahan Baku	18,253,000
117199	Persediaan Lainnya	12,747,700
131111	Tanah	390,077,987,000
132111	Peralatan dan Mesin	761,884,112,980
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	1,472,578,344,535
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(548,673,747,972)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(70,175,881,508)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	(5,277,759,690)
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(209,086,421)
162151	Software	4,062,925,212
162161	Lisensi	40,700,000
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	127,223,984
166113	Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan dalam Operasional	91,784,000
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang Tidak Digunakan dalam	(127,223,984)
169315	Akumulasi Amortisasi Software	(3,540,441,434)
169316	Akumulasi Amortisasi Lisensi	(14,245,000)
169318	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud yang tidak digunakan	(91,784,000)
J U M L A H		2,481,818,134,482

3. Sumber Daya Keuangan

Pencapaian pendapatan RSPON Mahar Mardjono pada tahun 2024 sebesar Rp443.608.769.349,00 dari target sebesar Rp382.008.336.000,00 (115,99%). Berikut pendapatan RSPON Mahar Mardjono dalam kurun waktu 2020-2024.



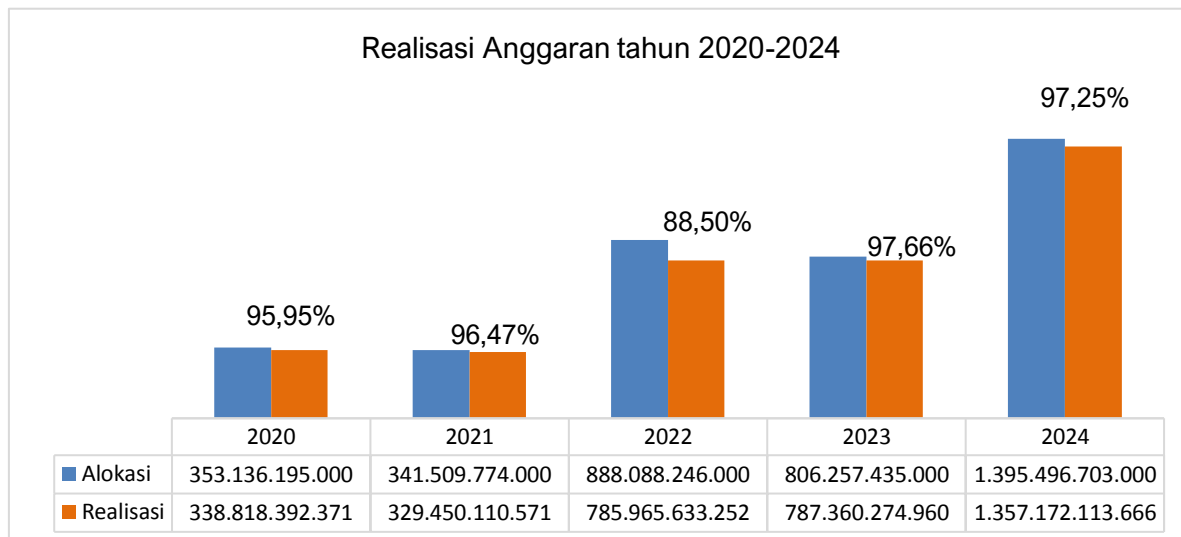
Gambar III. 12 Pendapatan RSPON Tahun 2022 - 2024

Tabel III. 83 Pencapaian RSPON berdasarkan Jenis Pendapatan 2023-2024

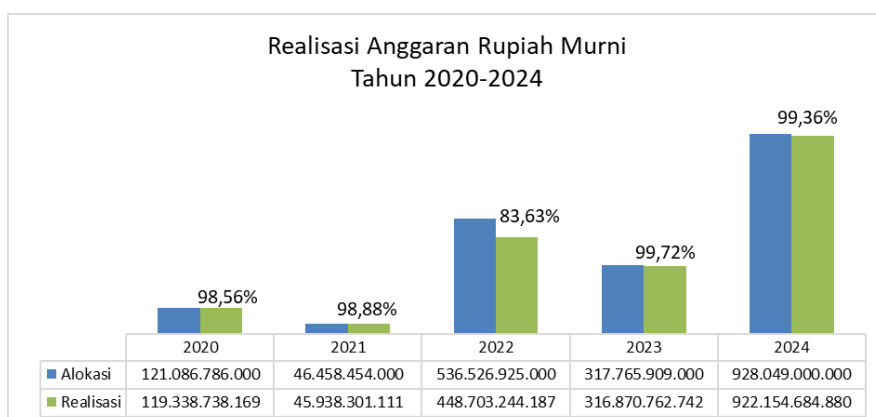
Kode Akun Jenis Pendapatan	Realisasi	
	2023	2024
424312 Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	5.582.183.043	3.383.682.219
424111 Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	375.139.975.502	428.146.810.081
424421 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	3.206.651.246	1.869.857.200
424919 Pendapatan Lain-lain BLU	136.459.142	59.188.335
425811 Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah	5.918.344	
425912 Penerimaan Kembali Belanja Barang Tahun Anggaran Yang Lalu	6.450.000	312.155.901
424229 Pendapatan Hibah Tidak Terikat -Lainnya - Uang	14.000.000	50.000.000
425913 Penerimaan Kembali Belanja Modal Tahun Anggaran Yang Lalu	2.907.885.645	
424911 Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	7.385.682.844	7.948.635.559
424422 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU		861.970.687
425122 Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin		510.750.000
424915 Penerimaan Kembali Belanja Barang BLU Tahun Anggaran Yang Lalu		2.348.631
424219 Pendapatan Hibah Terikat Lainnya - Uang		462.513.000
425911 Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu		857.736
Total	394.385.205.766	443.608.769.349

Alokasi anggaran RSPON Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA tahun 2024 revisi ke-13 tanggal 24 Desember 2024 sebesar Rp1.395.496.703.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp1.357.172.113.666,00 (97,25%).

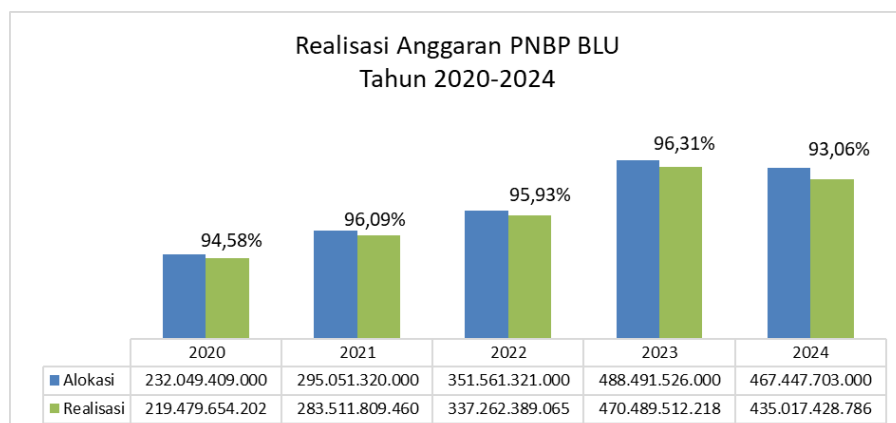
Berikut realisasi anggaran periode 2020-2024:



Gambar III. 13 Realisasi Anggaran RSPON tahun 2020-2024



Gambar III. 14 Realisasi ANggaran Rupiah Murni Tahun 2020-2024



Gambar III. 15 Realisasi Anggaran PNBp BLU Tahun 2020-2024

Tabel III. 84 Rincian Realisasi Anggaran Per 31 Desember 2024

Keterangan	Alokasi	Realisasi	
		Rupiah	%
Rupiah Murni			
Belanja Pegawai	55.784.000.000	53.924.861.757	96,67%
Belanja Barang	1.200.000.000	999.193.877	83,27%
Belanja Modal	871.065.000.000	867.230.629.246	99,56%
Sub Total	928.049.000.000	922.154.684.880	99,36%
BLU			
Belanja Barang	417.613.377.000	389.840.684.213	93,35%
Belanja Modal	49.834.326.000	45.176.744.573	90,65%
Sub Total	467.447.703.000	435.017.428.786	93,06%
TOTAL	1.395.496.703.000	1.357.172.113.666	97,25%

4. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Sejak tahun 2020 RSPON berupaya menerapkan konsep ramah lingkungan (*Green Hospital*) diantaranya meliputi efisiensi dan konservasi energi dan bahan bakar, pengelolaan limbah melalui 3R (*Reduce, Reuse, Recycle*), efisiensi dan konservasi air, sebagai upaya ikut berkontribusi dalam pemanasan global, pelayanan yang aman dan ramah lingkungan sekaligus memberikan dampak secara financial sebagai ekonomi sirkular.

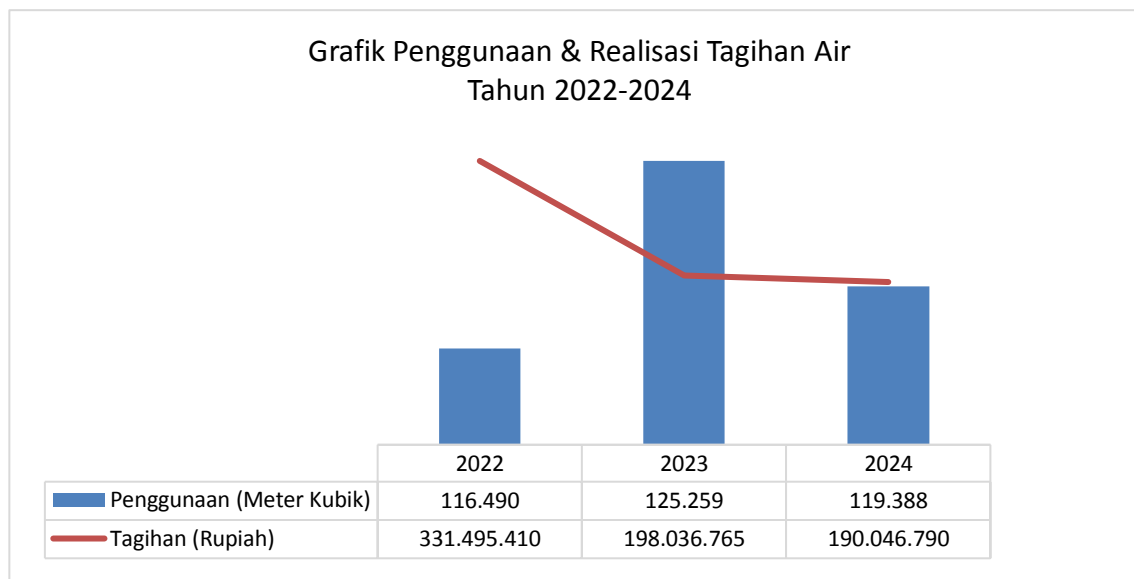
Salah satu penyelenggaraan *green hospital* dengan mempertimbangkan ekonomi sirkular di RSPON yakni Efisiensi dan konservasi air, yang kegiatannya meliputi kampanye hemat air dan Upaya *recycling* sekitar 30-40% untuk keperluan air bersih RS dengan perincian:

 Tabel III. 85 Perincian Kegiatan dari *Recycling* Air

No	Kegiatan Recycling	Debit
1	Flushing Toilet @25 liter per 1 kali flush	81 m ³
2	Boiler	15 m ³
3	Cooling Tower	15 m ³
4	Cuci Kendaraan	3 m ³
5	Siram Taman	15 m ³
		129 m³
6	Laundry	30 m ³
	TOTAL DEBIT AIR RECYCLING	159 m³

Adapun proses *recycling* air limbah yaitu menggunakan filter untuk mendapatkan hasil yang memenuhi standar air bersih sesuai dengan Permenkes RI No.2 Tahun 2023.

Dengan adanya kegiatan Efisiensi dan konservasi air, yang telah dilakukan sejak tahun 2023 berdampak pada penurunan penggunaan dan realisasi tagihan air ditahun 2023 sampai dengan 2024. Hal tersebut terlihat pada gambar berikut ini:



Gambar III.16 Penggunaan & Realisasi Tagihan Air Tahun 2022 - 2024

Dari gambar III.16 dapat terlihat bahwa jumlah tagihan tertinggi terjadi ditahun 2022, dikarenakan pada saat itu terjadi gangguan pada pipa PDAM, sehingga pasokan air ke RSPON berkurang, oleh karenanya RSPON melakukan pembelian air bersih pada pihak ketiga. Mulai tahun 2023 dilakukan kegiatan Efisiensi dan konservasi air, melalui recycling air untuk keperluan air bersih di RSPON, dampak dari hal tersebut, terlihat bahwa penggunaan air dan tagihan mengalami penurunan di tahun 2023 dan berlanjut hingga tahun 2024 dengan penurunan penggunaan debit air sebesar 4,69% dan penurunan tagihan sebesar 4,03% pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023.

BAB IV PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan media untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Pimpinan RSPON Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan (d/h Pelayanan Kesehatan) Kementerian Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung selama tahun 2024.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa kinerja pelaksanaan kegiatan dalam mendukung program-program sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) 2020-2024 untuk tahun 2024 yang merupakan tahun kelima dalam pencapaian Indikator Kinerja Utama telah dilaksanakan. Pencapaian 10 sasaran Kegiatan dan 60 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang ditargetkan ditahun 2024. Dari 60 IKU masih ada 5 IKU yang belum tercapai sehingga Tingkat ketercapaian IKU tahun 2024 sebesar 91,67%. Pencapaian Indikator kinerja Terpilih (IKT) 90,90% dimana hanya tercapai 10 IKT dari 11 yang di perjanjikan. Capaian maturitas BLU tahun 2024 yang merupakan penilaian atas kinerja tahun 2023 sebesar 3,84.

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 promosi dan pemasaran khususnya untuk pelayanan Non JKN guna meningkatkan pendapatan Rumah Sakit
2. Meningkatkan Koordinasi dan komunikasi antar unit/instalasi instalasi rawat inap, admisi, manajer tim kerja medik dan keperawatan untuk memodifikasi ruangan semi intensif diruang rawat inap untuk merawat sementara pasien-pasien IGD yang membutuhkan ruang intensive ketika ruang intensive penuh.
3. Membuat kriteria konsultasi emergency yang memang membutuhkan multikonsul dan harus dilakukan di IGD
4. Kepala Instalasi dan KaRu IGD memastikan/memantau harian tentang pelaksanaan jadwal jaga onsite DPJP 2 shift tanpa merangkap tugas lain
5. 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;

6. Pengelolaan persediaan dapat dilakukan dengan pengadaan konsolidasi obat Bersama dengan Rumah Sakit Kemenkes, sehingga dapat mencegah pembelian harga obat yang lebih tinggi dibanding Rumah Sakit lain, dan menekan biaya pembelian obat yang *overpriced*.
7. Meningkatkan Capaian Indikator Kinerja yang sudah dicapai dengan baik dan meningkatkan Capaian Indikator Kinerja yang masih belum tercapai.

Pencapaian target indikator kinerja ditahun 2024 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.

.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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

Nama : dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS

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

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., 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, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP. 197106262006031002

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

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
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	86
		Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	90%
		Persentase Kepuasan Pasien dan/atau Keluarga Pasien Terhadap Fasilitas Pendukung	89%
		Persentase Penurunan Keluhan Pasien dan/atau Keluarga Pasien	40%
		Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		Persentase Tingkat Kepuasan Pegawai	87%
		Persentase Tingkat Kepuasan Staf Medik terhadap Remunerasi	78%
		Persentase Kepuasan Peserta Didik terhadap Proses Pendidikan	94%
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada Kasus Otak dan Persarafan	2 Laporan
		Persentase NDR di Rumah Sakit	≤2,66%
		Persentase Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤3%
		Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik	80%
		Persentase Ketepatan Waktu Visite Dokter di Rawat Inap	85%
		Jumlah Panduan Praktek Klinis (PPK) yang Diimplementasikan	21 PPK
		Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis melalui Tercapainya Persentase Pasien Stroke Hiperakut (≤ 4,5 Jam) yang Dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit ≥85%, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset < 4,5 Jam yang Mendapatkan Terapi r-TPA intravena ≥85%, Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari ≥85%	80%
		Persentase Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	92%
		Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai Target sebanyak 13 Laporan	100%
		Jumlah Laporan Pencapaian Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		Persentase Kasus Sesuai <i>Clinical Pathway</i>	98%

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dengan Kendali Mutu dan Kendali Biaya	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUITE)	100%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan waktu Pemeriksaan Laboratorium $\leq$ 60 Menit	85%
		Persentase Pelayanan Pasien dengan Waktu Pemeriksaan Radiologi <1 Jam	80%
		Persentase Pasien dengan Waktu Masuk Rawat Inap <60 Menit	90%
		Persentase Realisasi Rencana Pasien Pulang yang dilakukan H-1	90%
		Persentase Jumlah Pasien dengan Waktu Penanganan IGD Maksimal 4 Jam	80%
		Persentase Capaian Indikator Klinis Sesuai PPK	90%
3.	Terwujudnya Pengembangan dan Menciptakan Inovasi Inovasi Dibidang Pelayanan	Jumlah Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital yang Diintegrasikan	1 Sistem
		Jumlah Layanan Berbasis Genomik di Hubs RS	1 Layanan
		Jumlah Rekrutmen Sample untuk Pelaksanaan Pemeriksaan hWGS	950 Sampel
		Persentase Penelitian Genomik <i>Clopidogrel Resistance CYP2C19 Gene Studying Ischemic Stroke of Indonesian Population</i>	100%
4.	Terwujudnya Kerjasama/ Jejaring dan Pengampunan Nasional Layanan Otak dan Persarafan dengan Instansi/Lembaga Nasional maupun Internasional	Jumlah Jejaring dan Kerjasama Institusi dalam Bidang Otak dan Persarafan	5 Institusi
		Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Paripurna	1
		Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Utama	1
		Jumlah Pengampunan Rumah Sakit Rujukan dalam Bidang Otak dan Persarafan dan Mencapai Strata Madya	4
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%
		Jumlah Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama dengan RS atau Institusi Kesehatan Luar Negeri	2 Layanan
5.	Terselenggaranya Promosi dan Publikasi di Bidang Otak dan Persarafan	Jumlah Artikel Ilmiah dan Artikel Populer yang Dipublikasikan	95 Artikel
		Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung Layanan Otak dan Persarafan	10%
6.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase Jabatan Fungsional SDM yang Tersertifikasi	90%
		Persentase SDM yang Tersertifikasi	68%
		Jumlah Peserta Fellowship/Pendidikan Kedokteran berbasis Rumah Sakit	6 Peserta
		Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	100%

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Budaya Kinerja yang Baik	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Kepegawain	100%
		Persentase Sertifikasi ISO Manajemen 9001	100%
		Survey Budaya Keselamatan	>75%
8.	Terwujudnya Pengendalian Manajemen dan Tata Kelola yang Baik	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Tuntas Ditindaklanjuti	95%
		Opini Audit atas Laporan Keuangan	WTP
		Persentase Capaian Tata Kelola yang Baik melalui Capaian Rasio PB sebesar 85% dan Rasio Kas sebesar 180%-360%	100%
9.	Terwujudnya Optimalisasi Sarana dan Prasarana dengan Memanfaatkan Sistem Informasi/Digital	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Sesuai Standar	90%
		Persentase Alat Kesehatan RS yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%
		Persentase Tingkat Keandalan Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan	100%
		Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien melalui Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi Standar dan Persentase Waktu Layanan End-To-End tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤120 menit	80%
		Persentase Integrasi Pengelolaan BMN	100%
		Jumlah Modul Sistem Informasi Rumah Sakit	130 Modul
		Persentase Integrasi Data Antrian Pendaftaran, dan Medical Record melalui Platform SATU SEHAT	100%
		Persentase Layanan RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi	100%
10.	Terwujudnya Efisiensi dan Efektifitas Penggunaan Sumber Daya	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	100%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		Persentase Realisasi Anggaran Bersumber PNBP BLU	90%
		Persentase Nilai EBITDA Margin	15%

Program	Anggaran
1. Program Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis	Rp 1.104.918.336.000,-
2. Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp 39.538.856.000,-
Total	Rp 1.144.477.192.000,-

Phak Kedua,



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

Jakarta, 31 Januari 2024
Phak Pertama,



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

LAMPIRAN 2

KONTRAK KINERJA TAHUN 2024



**KONTRAK KINERJA
ANTARA
DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN RI**



**DENGAN
DIREKTUR UTAMA RSPON MAHAR MARDJONO
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2024**

Nomor : PRJ-25/PB/2024

Pada hari ini, Rabu, tanggal Tiga Puluh Satu, bulan Januari, tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat, 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. Adin Nulhasanah, Sp.S., MARS
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono, Kementerian Kesehatan RI
Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA**.

Bersepektak bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil, diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2024, dengan ketentuan;

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

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target Kinerja 2024			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Rasio PNEP Terhadap Beban Operasional (PB)	75%	75%	80%	82%	85%
2.	Persentase Pencapaian Target PNEP BLU	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 100%	25%	45%	70%	100%
3.	Akurasi Proyekor Pendapatan BLU	3,5	3,5	3,5	4	4
4.	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	93,75%	93,75%	93,75%	93,75%	95%
5.	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima *)	TW I 20% TW II 40% TW III 60% TW IV 80%	20%	40%	60%	80%
6.	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	80%	100%	100%	100%
7.	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	N/A	85	N/A	90
8.	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	TW I 60% TW II 70% TW III 75% TW IV 80%	45%	70%	75%	80%
9.	Pasien Stroke Hiperakut (<4-5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	80%	80%	90%	90%	90%

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target Kinerja 2024			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
10.	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 Jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena	80%	100%	100%	100%	100%
11.	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari	80%	100%	100%	100%	100%

* Jumlah SDM pemberi layanan pada BLU : 842 orang

Jumlah SDM yang akan menjalani pendidikan dan pelatihan pelayanan prima : 421 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.

Jakarta, 31 Januari 2024

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

RSPON Mahar Mardjono
Direktur Utama,



Astera Primanto Bhakti



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS



PENGHARGAAN TAHUN 2024



CERTIFICATE OF REGISTRATION



This is to certify that the management system of
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof Dr dr Mahar Mardjono Jakarta

Jl. MT Haryono Kayling 11,
Cawang, Jakarta Timur, Provinsi DKI Jakarta - 13630

has been registered by TSI as conforming to the requirements of

SNI ISO 9001 : 2015
Quality Management Systems

Scope of Certification :

Penyedia Layanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Farmasi

Authorized Signature

Certificate Reg. Number : QMS 241215
Initial Certification Date : 16 July 2024
Certificate Issued Date : 16 July 2024
Certification Validity Date : 15 July 2027
Certificate Expiry Date* : 15 July 2025

* This certificate will expire unless following audit is performed before the expiry date



President Director



PT TSI SERTIFIKASI INTERNASIONAL

4D Premier 18th Floor, J. 10200Kajang No. 5 Rd, Regulasi, Kec. Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12550
Indonesia | www.certification.com | e-mail : indonesiacertification@tsi.com | Phone : +62 21 7427 5115
E-Office 8



