

Nomor : PR.01.01/D.XXIV/1403/2025

30 Januari 2025

Lampiran : 1 (satu) berkas

Hal : Penyampaian Laporan Kinerja/ LAKIP Tahun 2024

Yth. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan  
Kementerian Kesehatan RI  
Jakarta

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja/ LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024.

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direktur Utama,




**Dr. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes**

NIP 197401282008122001





*Berinovasi* dan *Bertransformasi*  
untuk Indonesia Maju

 Jl. Cicendo No. 4, Kota Bandung

 +62 811 2001 005 // 022 4231280, 4231281

 [www.cicendoeyehospital.org](http://www.cicendoeyehospital.org)

# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2024

**Pusat Mata Nasional  
Rumah Sakit Mata Cicendo**

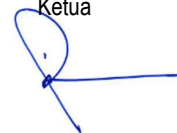


**LEMBAR PENGESAHAN**  
**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH**  
**PUSAT MATA NASIONAL RS MATA CIENDO**  
**TAHUN 2024**

Bandung, 31 Januari 2025

Mengetahui / mengesahkan  
Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo  
Dewan Pengawas

Ketua



**Dr. Sumarjaya, SKM, MM, MFP, CFA**

Anggota



**Prof. DR. dr. Tjahjono D. Gondhowiardjo, SpM(K)**



**Setiaji, ST, M.Si**



**Alfiker Siringoringo, SE, MEC**



**Teguh Dwi Nugroho, SE, MM**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH**  
**PUSAT MATA NASIONAL RS MATA CICENDO**  
**TAHUN 2024**

Bandung, 31 Januari 2025  
Mengetahui / mengesahkan  
Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo  
Direktur Utama



**Dr. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M (K), M.Kes**  
**NIP. 197401282008122001**

Direktur Perencanaan & Keuangan



**Nana, SE**  
**NIP. 919670514202310101**

Direktur Medik dan Keperawatan



**dr. Maya Sari Wahyu Kuntorini, Sp.M(K), M.Kes**  
**NIP. 196705202005012012**

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



**dr. Elfa Ali Idrus, Sp.M.**  
**NIP. 197902042006052001**

Direktur Layanan Operasional



**Hartono, SKM, M.Kes**  
**NIP. 196908271993031003**

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dapat menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2024 yang merupakan pencapaian kinerja rumah sakit dari Bulan Januari sampai dengan Bulan Desember Tahun 2024.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) ini sebagai bentuk pertanggungjawaban keberhasilan, kendala dan masalah yang dihadapi pada pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo.

Demikian laporan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024.

Bandung, 31 Januari 2025

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang telah direncanakan pada Tahun 2024 sesuai dengan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo 2020 – 2024.

Rencana Strategis 2020 – 2024 menjabarkan sasaran utama/ strategis, strategi, program, kegiatan, target dan indikator kinerja dalam rangka mewujudkan visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo. Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja diharapkan dapat memberikan gambaran dan informasi tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengembangan kesehatan mata, serta bukti pertanggungjawaban sumber daya yang meliputi SDM, anggaran, sarana dan prasarana selama Tahun 2024. Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Tahun 2024 disusun melalui proses penetapan sasaran strategis, program, kegiatan, target dan indikator yang diselaraskan dengan Rencana Strategis, kemudian dilakukan pengukuran kinerja untuk menilai tingkat keberhasilan, kegagalan serta menggali permasalahan yang dihadapi untuk mendapatkan faktor penyebab yang mendasar.

Berdasarkan pengukuran kinerja, indikator kinerja Tahun 2024 yang telah disepakati antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo belum seluruhnya mencapai target yang telah ditetapkan, dari 46 indikator kinerja terdapat 41 indikator atau 89,13 % yang mencapai/ melewati target yang telah ditetapkan, sedangkan kegiatan yang tidak tercapai sebanyak 5 indikator atau 10,87%.

Alokasi anggaran Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2024 sebesar Rp. 256.659.236.000,-. Total realisasi penyerapan anggaran pada Tahun 2024 Rp.274.808.481.580,- atau 98,59%% dari total pagu revisi sebesar Rp. 278.749.313.000,- Realisasi penyerapan anggaran RM Tahun 2024 sebesar Rp.36.057.814.019,- atau sebesar 98,64% dan realisasi penyerapan anggaran BLU Tahun 2024 sebesar Rp.238.750.667.561,- atau sebesar 98,58%.

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
KATA PENGANTAR.....	iii
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GRAFIK.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A.... Latar Belakang.....	1
B.... Maksud dan Tujuan.....	3
C.... Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi.....	4
1.... Tugas Pokok.....	4
2.... Fungsi.....	4
3.... Struktur Organisasi.....	5
D.... Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	13
E.... Permasalahan/Hambatan Dalam Pelaksanaan.....	18
F.... Sistematika.....	19

<b>BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA.....</b>	<b>21</b>
A.... Indikator – indikator.....	22
B.... Rencana Kinerja Tahunan.....	29
C.... Perjanjian Kinerja.....	32
<b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....</b>	<b>36</b>
A.... Capaian Kinerja Organisasi.....	36
1.... Realisasi Capaian Dibandingkan dengan Target Indikator Kinerja Tahun 2024.....	37
2.... Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024.....	92
3.... Analisis atas Efisiensi Sumber Daya yang Mendukung dalam Pencapaian Kinerja.....	193
B.... Sumber Daya.....	196
1.... Sumber Daya Manusia (SDM).....	196
2.... Sumber Daya Anggaran.....	200
3.... Sumber Daya Barang Milik Negara.....	201
C.... Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja Tahun 2024.....	206
<b>BAB IV KESIMPULAN.....</b>	<b>210</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024.....	26
Tabel 2.2	Rencana Kinerja Tahunan.....	30
Tabel 2.3	Perjanjian Kinerja.....	33
Tabel 3.1	Laporan Rata-Rata jumlah Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).....	37
Tabel 3.2	Indeks Kepuasan Masyarakat Tahun 2024.....	38
Tabel 3.3	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Berdasarkan Pelayanan Tahun 2024.....	40
Tabel 3.4	Survey Budaya Keselamatan Tahun 2024.....	81
Tabel 3.5	Perhitungan Persentase Maturitas IT.....	84
Tabel 3.6	Realisasi Indikator Kinerja Pertriwulan Tahun 2024.....	87
Tabel 3.7	Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024.....	92
Tabel 3.8	Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services.....	112
Tabel 3.9	Pengembangan Layanan Inovasi Layanan Trauma Eye center.....	114
Tabel 3.10	Cicendo Aesthetic Eye Clinic.....	115
Tabel 3.11	Refractive Surgical & Lacer Center.....	116
Tabel 3.12	Pengembangan One Stop Service Low Vision.....	118
Tabel 3.13	Persentase Kejadian Endoftalmis Pasca Bedah Katarak.....	129
Tabel 3.14	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna.....	130
Tabel 3.15	Capaian Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri.....	158
Tabel 3.16	Capaian Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus Keluar Negeri.....	159

Tabel 3.17	Capaian Maturitas IT Tahun 2024.....	161
Tabel 3.18	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital.....	163
Tabel 3.19	Implementasi RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan.....	164
Tabel 3.20	Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020, 2021, 2022, 2023 dan Tahun 2024.....	177
Tabel 3.21	Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2024.....	187
Tabel 3.22	Capaian Output dan Realisasi Belanja 2024.....	194
Tabel 3.23	Capaian Indikator Unit dengan Target Nasional Tahun 2024.....	195
Tabel 3.24	Distribusi SDM Menurut Jabatan Tahun 2024.....	197
Tabel 3.25	Distribusi SDM Menurut Golongan Tahun 2024.....	198
Tabel 3.26	Distribusi SDM Menurut Pendidikan Tahun 2024.....	200
Tabel 3.27	Sumber Dana Tahun 2024.....	201
Tabel 3.28	Barang Milik Negara Tahun 2024.....	203
Tabel 3.29	Target dan realisasi Perjanjian Kinerja Tahun 2024.....	206
Tabel 3.30	Capaian Indikator Rencana Strategi Bisnis Tahun 2024.....	210

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Persentase Tingkat Kepuasan Pasien Tahun 2024.....	100
Grafik 3.2	Persentase Kepuasan Pegawai Tahun 2020 – 2024.....	103
Grafik 3.3	Persentase Kepuasan Peserta Didik 2020-2024.....	106
Grafik 3.4	Presentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Mutu Layanan Tahun 2020-2024.....	108
Grafik 3.5	Jumlah RS Jejaring yang Diampu Tahun 2020-2024.....	110
Grafik 3.6	Capaian Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	111
Grafik 3.7	Tersedianya Layanan Unggulan VVIP.....	119
Grafik 3.8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Unggulan VVIP.....	120
Grafik 3.9	Ketersediaan Fasilitas Parkir.....	122
Grafik 3.10	Waktu Pelayanan Rawat Jalan.....	123
Grafik 3.11	Penundaan Waktu Operasi efektif.....	125
Grafik 3.12	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik.....	126
Grafik 3.13	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap.....	128
Grafik 3.14	Kepatuhan kebersihan Tangan.....	131
Grafik 3.15	Kepatuhan Penggunaan APD.....	133
Grafik 3.16	Kepatuhan Identifikasi Pasien.....	134
Grafik 3.17	Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	136
Grafik 3.18	Pelaporan Hasil kritis Laboratorium.....	137
Grafik 3.19	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.....	138

Grafik 3.20	Kepatuhan Terhadap Alur klinis.....	140
Grafik 3.21	Kepatuhan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.....	142
Grafik 3.22	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain.....	143
Grafik 3.23	Jumlah Hasil Penelitian Yang Diimplementasikan.....	145
Grafik 3.24	Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 – 2024.....	146
Grafik 3.25	Hasil Penelitian Yang Dipatenkan / Mendapat Hak Cipta.....	151
Grafik 3.26	Persentase Budaya Keselamatan Tahun 2020 – 2024.....	153
Grafik 3.27	Laporan 13 Indikator Mutu Mencapai Target.....	155
Grafik 3.28	Laporan Insiden keselamatan Pasien.....	156
Grafik 3.29	Persentase Maturitas IT Tahun 2020 – 2024.....	159
Grafik 3.30	Persentase Pemenuhan SPA RS Vertikal.....	164
Grafik 3.31	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun Tahun 2020-2024.....	165
Grafik 3.32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 2024.....	167
Grafik 3.33	Capaian POBO Tahun 2020-2024.....	168
Grafik 3.34	Capaian Ebitda Margin Tahun 2024.....	170
Grafik 3.35	Capaian Cash Ratio $240% < CR < 300$ .....	171
Grafik 3.36	Realisasi Anggaran Rupiah Murni.....	173
Grafik 3.37	Realisasi Anggaran BLU 2024.....	174
Grafik 3.38	Realisasi Rekomendasi Pemeriksaan BPK 2024.....	175
Grafik 3.39	Distribusi SDM Menurut Golongan.....	198

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Struktur Organisasi PMN RS Mata Cicendo
- Lampiran 2 Perjanjian Kinerja RSB Tahun 2024

## BAB I PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Pusat Mata Nasional (PMN) Rumah Sakit Mata Cicendo sebagai Rumah Sakit khusus yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan mata yang mempunyai sasaran program (Visi) **“To Be Excellent Eye Care”** dan mempunyai sasaran strategi (Misi) **“Eye Care for Everyone Seeing Better World”** yang bermakna senantiasa memberikan pelayanan kesehatan mata yang terbaik (paripurna), tidak diskriminatif kepada seluruh warga masyarakat yang mencakup pelayanan kesehatan mata baik dalam hal pencegahan, pengobatan ataupun rehabilitasi, Pendidikan, dan Penelitian.

Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung merupakan Rumah Sakit Khusus Mata milik Pemerintah Republik Indonesia yang memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 87 unit pada tanggal 15 Januari 2007 telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit Khusus Mata kelas A dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 045/Menkes/Per/I/2007 dan pada tahun 2009 Menteri Kesehatan RI dengan surat Keputusan Nomor 059/MenKes/SK/I/2009 tanggal 16 Januari 2009, menetapkan Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sebagai Pusat Mata Nasional (PMN). Dengan demikian dalam melaksanakan pelayanannya, Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan mata secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan di samping kegiatan pendidikan, pelatihan, pengkajian, penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan mata sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sebagai institusi milik pemerintah di bawah Kementerian Kesehatan RI, RS Mata Cicendo perlu menyusun laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (Lakip) dalam upaya mewujudkan *good clinical governance* dan *good corporate governance* sesuai amanat Inpres no. 7 tahun 1999 tentang akuntabilitas kinerja instansi pemerintah yang mewajibkan setiap instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggara negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas, fungsi, dan peranannya dalam pengelolaan sumber daya dan kebijakan yang dipercayakan kepadanya berdasarkan perencanaan strategis dan indikator kinerja lainnya yang sudah ditetapkan, dan PERMENKES RI no.2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja Dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan. Sebagai landasan dalam Menyusun 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 Instansi Pemerintahan.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan pertanggungjawaban kinerja yang sudah disepakati pada Perjanjian Kinerja tahun 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung yang meliputi Indikator Kinerja sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2020 - 2024, yang dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan kinerja di masa yang akan datang.

Laporan ini disusun secara obyektif, efisien dan efektif yang diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan mata dan penyelenggaraan negara yang bersih bebas kolusi, korupsi dan nepotisme. Penyusunan LAKIP ini meliputi pengelolaan sumber daya, keuangan, sarana dan parasarana serta sumber daya manusia yang merangkum suatu proses di mana setiap unit kerja di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan, permasalahan dalam mencapai kinerja selama tahun 2024. Hasil evaluasi ini dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan serta langkah-langkah perbaikan baik dalam proses maupun manajemennya serta dapat dilakukan analisa untuk mendapatkan faktor penyebab yang mengakibatkan ketidakberhasilan.

Laporan Kinerja Akuntabilitas Tahun 2024 ini merupakan suatu proses yang sistematis dan berkesinambungan antara program dan kegiatan selama 1 (satu) tahun yang meliputi Sasaran Utama/Strategi, Program, Kegiatan, Target dan Indikator Kinerja yang disesuaikan dengan Rencana Strategis Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dan dilakukan Pengukuran Kinerja dengan menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan target yang ditetapkan dan alokasi anggarannya dan juga membandingkan realisasi tahun sebelumnya.

Penyusunan LAKIP tahun 2024, mengacu pada ketentuan dan peraturan perundang-undangan, yaitu :

1. Undang-Undang No.28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas dari KKN
2. TAP MPR No. XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas KKN
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang SAKIP
4. Inpres No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Inpres No. 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi
6. PermenPAN dan RB No.29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. PermenPAN 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah

8. Permenkes RI Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
9. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK 02.04//1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Juknis Penyusunan TAPJA dan LAK UPT
10. PermenPAN dan RB No. 35 Tahun 2011 Tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
11. Rencana Strategi (Renstra) PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 – 2024
12. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) PMN RS Mata Cicendo Tahun 2024

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dibangun dalam rangka upaya mewujudkan *good governance* dan sekaligus *result oriented government*. SAKIP merupakan sebuah sistem dengan pendekatan manajemen berbasis kinerja (*Performance Based Management*) untuk penyediaan informasi kinerja. Sedangkan untuk meningkatkan penyelenggaraan pemerintah yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab, serta wujud pertanggungjawaban instansi pemerintah yang baik, maka perlu penyusunan laporan akuntabilitas pada setiap akhir tahun sebagai alat ukur pelaksanaan kegiatan di unit pemerintah.

Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja yang berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat memberikan gambaran umum tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata dan pertanggungjawaban sumber daya yang ada, serta dapat memberikan informasi penting tentang laporan capaian kegiatan selama tahun 2024 dalam rangka mencapai visi dan misi yang ditetapkan.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Maksud dan Tujuan penyusunan LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024 adalah :

1. Sebagai alat untuk pengukuran dan evaluasi kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi untuk mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis
2. Untuk memberikan informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun yang meliputi keberhasilan dan permasalahan sehingga dapat dipergunakan sebagai bahan perbaikan dan peningkatan kinerja.

### **C. TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 026 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, mempunyai tugas pokok dan fungsi :

#### **1. Tugas Pokok**

Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan di bidang penyakit mata.

#### **2. Fungsi**

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut PMN Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai fungsi :

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

### 3. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi PMN Rumah Sakit Mata Cicendo, terdiri dari :

- a. Direktur Utama
- b. Direktorat Medik dan Keperawatan
- c. Direktorat Perencanaan dan Keuangan
- d. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- e. Direktorat Layanan Operasional
- f. Dewas
- g. Satuan Pemeriksa Internal (SPI)
- h. Komite
- i. KSM
- j. Instalasi
- k. Unit Layanan Pengadaan Barang dan Jasa (ULP)
- l. Kepala UPF Balai Kesehatan Mata Masyarakat Cikampek
- m. Kepala UPF Klinik Utama Mata Cicendo Garut

Struktur organisasi secara lengkap dapat dilihat di Daftar Lampiran 1.

Adapun susunan dan tugas dari masing-masing struktur organisasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

#### 1. Susunan Dewan Pengawas

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.01.07/MENKES/5/2025, tanggal 7 Januari 2025 susunan Dewan Pengawas adalah sebagai berikut :

Ketua : Dr. Sumarjaya, SKM, MM, MFP, CFA

Anggota : a. Prof. DR. dr. Tjahyono D. Gondhowiardjo, Sp.M(K)

b. Setiaji, ST, M.Si

c. Alfiker Siringoringo, SE, MEC

d. *Ex Officio* Kepala Kanwil DJPb Provinsi Jawa Barat

Sekretaris : Ballada Santi, SKM, MKM.

Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. Melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan Layanan Umum yang meliputi Pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan,
- b. Memberikan pendapat dan saran kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh pejabat Pengelola BLU
- c. Mengikuti perkembangan kegiatan BLU dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLU
- d. Memberikan laporan kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan apabila terjadi menurunnya kinerja BLU
- e. Memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola BLU dalam melaksanakan pengurusan BLU.

## 2. **Susunan Direksi**

Rumah Sakit Mata Cicendo dipimpin oleh seorang direktur utama dan 4 orang direktur, dengan susunan sebagai berikut :

- a. Direktur Utama : Dr. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes
- b. Direktur Medik dan Keperawatan : dr. Maya Sari Wahyu K, Sp.M.(K). M.Kes
- c. Direktur Perencanaan dan Keuangan : Nana, SE
- d. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian : dr. Elfa Ali Idrus, Sp.M.
- e. Direktur Layanan Operasional : Hartono SKM., M.Kes.

## 3. **Komite Medik**

Mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun standar pelayanan medis, pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan medis, hak klinis khusus kepada Staf Medis Fungsional, program pelayanan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan

- a. Ketua : Dr. dr.Feti Karfiati Memed, SpM(K), M.Kes..

b. Sekretaris : dr. Sesy Caesarya, SpM(K)

1) Sub Komite Kredensial

a) Ketua : Dr. dr.M. Rinaldi Dahlan, Sp.M (K)

a) Anggota : dr. Patriotika Muslima, Sp.M  
dr. Dian Hendriani, Sp.PK.

2) Sub Komite Mutu Profesi

a) Ketua : dr R. Maula Rifada, SpM(K)

b) Anggota : dr. Raudatul Janah, Sp.PA.  
dr. Dianita Veulina Ginting, Sp.M  
dr. Joan Sherlone T. Hutabarat, Sp.M

3) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

b) Ketua : dr. Primawita o. Amiruddin, SpM(K), M.Kes.

c) Anggota : dr. Lily Cahyani Tandililing, Sp.A

**4. Komite Etik dan Hukum RS Mata Cicendo Bandung**

Mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun dan merumuskan medicoelikolegal dan etik pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etik kedokteran, etik rumah sakit, serta pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan “ Hospital by Laws serta Medical Staff by Laws “ gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit.

a. Ketua : Dr. dr. Karmelita Satari, SpM(K)

b. Anggota : dr. Grimaldi Ihsan, Sp.M  
Noeraida Fatma, SH, MH.Kes  
Zulham Efendi, SST, MM

Titing Sulastri, S.Kep, Ners.

Teti Larissa Sidauruk, A.Md.RO.

#### 5. Komite Mutu

Ketua Komite Mutu bertugas : Mengkoordinasikan kegiatan penilaian mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan oleh Tim Akreditasi, Sub Komite Peningkatan Mutu, Sub Komite Manajemen Risiko, dan Sub Komite Keselamatan Pasien, serta bertanggung jawab atas kualitas mutu pelayanan rumah sakit.

- a. Ketua : dr. Susanti Natalya Sirait, Sp.M(K), M.Kes
- b. Sekretaris : Ballada Santi, SKM, MKM

Komite Mutu terdiri dari beberapa sub komite yaitu:

##### 1) Sub Komite Peningkatan Mutu

- a) Ketua : dr. Emmy Dwi Sugiarti, SpM(K)., M.Kes
- b) Anggota : Widya Fatimatussolihah, S,Psi., MM

##### 2) Sub Komite Manajemen Risiko

- a) Ketua : dr. Adli Boesoirie, SpAn.,M.Kes.
- b) Anggota : Anisa Rohimah Pasaribu, SKM

##### 3) Sub Komite Keselamatan Pasien

- a) Ketua : dr. Arief Akhdestira Mustaram, Sp.M(K)
- b) Anggota : Dewanti Widya Astari, S.Kep, Ners. M.Kep.

#### 6. Komite Etik Penelitian Kesehatan

- a. Ketua : Dr. dr. Shanti F. Boesoirie, Sp.M(K), M.Kes

b. Sekretaris 1 : dr. Niluh Ali Idrus, Sp.M

**7. Komite Keperawatan**

a. Ketua : Neni Rostieni, S.Kep, Ners

b. Sekretaris : Linda Kartika Mulyadi, S.Kep

c. Sub Komite Kredensial

Ketua : Maya Lesmana, S.Kep, Ners

d. Sub Komite Mutu Profesi

Ketua : Teti Sugiarti, S.Kep, Ners, M.Kep

e. Sub Komite Etik Disiplin Profesi

Ketua : Titing Sulastri, S.Kep, Ners

**8. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

a. Ketua : dr. Angga Fajriansyah, Sp.M(K)

b. Sekretaris : Gina Gursita, AMd.Kep.

c. IPCN : M. Iqbal Nasrulloh, S.Kep, Ners.

d. IPCD : dr. Teguh Tri Wardana, Sp.PD

dr. Shinta Stri Ayuda Nur Setyaningsih, Sp.PK

dr. Dian Hendriani, Sp.PK

**9. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)**

Satuan Pemeriksa Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama sebagai satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal rumah sakit.

a. Ketua : Raden Sjaefudin, SKM, MKM

- b. Sekretaris : Saifulloh, SKM
- Anggota : Yandri Achmad S, S.Apt.

Susunan Unit-unit dalam organisasi sebagai berikut :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri dari :
  - a. Manajer Pelayanan Medik
    - 1) Asisten Manajer Pelayanan Medik
  - b. Manajer Pelayanan Penunjang
    - 1) Asisten Manajer Penunjang Medik
    - 2) Asisten Manajer Penunjang Non Medik
  - c. Manajer Pelayanan Keperawatan
    - 1) Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan
  - d. Instalasi :
    - 1) Instalasi Rawat Jalan
    - 2) Instalasi Rawat Inap
    - 3) Instalasi Eksekutif
    - 4) Instalasi Day Care
    - 5) Instalasi Gawat Darurat
    - 6) Instalasi Kamar Bedah
      - Sub Instalasi Anestesi
    - 7) Instalasi Farmasi
    - 8) Instalasi Penunjang
    - 9) Instalasi Laboratorium Terpadu
    - 10) Instalasi Gizi
    - 11) Instalasi Optik

2. Direktorat Layanan Operasional terdiri dari :
  - a. Manajer Tata Usaha dan Rumah Tangga
    - 1) Asisten Manajer Tata Usaha
    - 2) Asisten Manajer Rumah Tangga
  - b. Manajer Hukum dan Humas
    - 1) Asisten Manajer Hukum dan Humas
  - c. Instalasi :
    - 1) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
    - 2) Instalasi Promosi Kesehatan
    - 3) Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS
      - Sub Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja RS
    - 4) Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS
    - 5) Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
    - 6) Instalasi Rekam Medik
  
3. Direktorat Perencanaan dan Keuangan terdiri dari :
  - a. Manajer Perencanaan dan Evaluasi Program
    - 1) Asisten Manajer Perencanaan dan Evaluasi Program
  - b. Manajer Perencanaan Anggaran
    - 1) Asisten Manajer Perencanaan Anggaran
  - c. Manajer Akuntansi dan BMN
    - 1) Asisten Manajer Akuntansi
    - 2) Asisten Manajer Pengelolaan BMN

- d. Manajer Pelaksanaan Anggaran Keuangan
    - 1) Asisten Manajer Pelaksanaan Perbendaharaan
    - 2) Asisten Manajer Pelaksanaan Anggaran
  - e. Instalasi :
    - 1) Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Klaim
      - Sub Instalasi Verifikasi dan Administrasi Pasien
4. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian terdiri dari :
- a. Manajer Organisasi dan SDM
    - 1) Asisten Manajer Administrasi dan Organisasi SDM
    - 2) Asisten Manajer Pengembangan SDM
  - b. Manajer Pendidikan dan Pelatihan
    - 1) Asisten Manajer Pendidikan dan Pelatihan
  - c. Manajer Penelitian
    - 1) Asisten Manajer Penelitian
  - d. Instalasi :
    - a) Instalasi Oftalmologi Komunitas
5. KSM terdiri dari :
- a. KSM Vitreoretina
  - b. KSM Pediatrik Oftalmologi dan Strabismus
  - c. KSM Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti
  - d. KSM Katarak Bedah Refraktif - Oftalmologi Komunitas
  - e. KSM Glaukoma - Neuro Oftalmologi

- f. KSM Infeksi dan Imunologi - Refraksi, Low Vision dan Lensa Kontak
  - g. KSM Radiologi - Patologi Klinik - Patologi Anatomi
  - h. KSM Ilmu Kesehatan Anak - Anestesi - Ilmu Penyakit Dalam
  - i. KSM Umum
- 6. Unit Layanan Pengadaan
  - 7. UPF Klinik Utama Garut
  - 8. UPF Balai Kesehatan Mata Masyarakat Cikampek

#### **D. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran**

Untuk mewujudkan agar tujuan dan sasaran strategis dapat dicapai, ada serangkaian strategi yang perlu dilakukan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo melalui program-program kerja strategis yang akan dilaksanakan pada tahun 2024 sebagai berikut :

##### **1. Perspektif Pelanggan**

Sasaran Strategis :

Meningkatkan kepuasan stakeholder

KPI :

- a. Persentase kepuasan pasien
- b. Persentase kepuasan pegawai
  - 1) Persentase kepuasan dan budaya kerja pegawai
  - 2) Persentase pegawai yang melakukan medical check up
  - 3) Persentase peningkatan pengembangan SDM
  - 4) Persentase pengembangan sistem kepegawaian
- c. Persentase kepuasan peserta didik
  - 1) Persentase kepuasan peserta didik PPDS, PSPD, Fellowship
  - 2) Persentase kepuasan peserta didik non dokter

Program Kerja Strategis :

- a. Peningkatan kepuasan pasien
  - 1) Survei kepuasan pasien IRJ, RI, LASIK & Paviliun
  - 2) IHT service excellent/komunikasi efektif
  - 3) Call center & pengelolaan handling complain melalui medsos 24 Jam (penambahan 2 orang SDM pengelola di luar jam kerja)
- b. Peningkatan budaya kerja cicendo
- c. Medical check up pegawai
- d. Peningkatan pengembangan SDM
- e. Pengembangan sistem kepegawaian melalui Pengembangan sistem kontrol lisensi tenaga kesehatan (SIKONTES) melalui *early warning system* dan pengembangan Sistem Informasi Kepegawaian dengan *Early Warning System* (SIGALING)
- f. Program *excellence coaching* : Pelatihan *excellence coaching*
- g. Program pelatihan *clinical instructor* : pelatihan *preceptorship*

## 2. Perspektif Proses Bisnis

Sasaran Strategis :

- a. Mewujudkan pendidikan yang terintegrasi
- b. Menyelenggarakan pelayanan bermutu
- c. Menghasilkan penelitian yang inovatif

KPI :

- a. Persentase PPDS lulus tepat waktu
- b. Persentase PPDS yang melaksanakan Standar Keselamatan Pasien (SKP)
  - Persentase PPDS yang melaksanakan cuci tangan
- c. Pengampunan RS/Balai Kesehatan
- d. Persentase pemenuhan standar pelayanan (Ketepatan waktu pelayanan)
  - Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)
- e. Layanan unggulan : *Advanced Diabetic Retina Services*
- f. Pengembangan layanan inovasi : *Trauma Eye Center, Cicendo Aesthetic Eye Clinic dan Refractive Surgical & Laser Center*
- g. Pengembangan layanan : *Pengembangan One Stop Service Low Vision*
- h. Terakreditasi internasional
- i. Jumlah hasil penelitian yang diimplementasikan
- j. Jumlah publikasi nasional/internasional
- k. Hasil penelitian yang dipatenkan

Program Kerja Strategis :

- a. Program peningkatan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata :
  - Monitoring dan evaluasi kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata
  - Workshop penyusunan kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata

- b. Program peningkatan budaya cuci tangan sesuai WHO : pelatihan/refreshment cuci tangan
- c. Kunjungan dan identifikasi kebutuhan RS yang akan di ampu
- d. Percepatan aaktu pelayanan : peningkatan kompetensi SDM untuk EMR, optimaliasasi penjadwalan dokter, monitoring penanggung jawab unit dalam pelayanan, pemenuhan sarana dan prasarana EMR
- e. Layanan unggulan : *Advanced Diabetic Retina Services*
  - Pengembangan Layanan
  - Pengembangan SDM
  - *Education & Research*
  - Sarpras
- f. Pengembangan layanan inovasi : *Trauma Eye Center, Cicendo Aesthetic Eye Clinic dan Refractive Surgical & Laser Center*
  - Pengembangan Layanan
  - Pengembangan SDM
  - *Education & Research*
  - Sarpras
- g. Pengembangan layanan : Pengembangan *One Stop Service Low Vision*
  - Pengembangan Layanan
  - Pengembangan SDM
  - *Education & Research*
  - Sarpras
- h. Survei verifikasi akreditasi KARS internasional, pelatihan internal dan eksternal, pit stop, revisi buku saku akreditasi.
- i. Peningkatan kemampuan penelitian translational
- j. Peningkatan kemampuan publikasi nasional dan internasional pada jurnal yang terstandar

### **3. Perspektif *Learning and Growth***

Sasaran Strategis :

1. Membangun Budaya Quality First
2. Meningkatkan Kompetensi SDM
3. Membangun Sistem IT yang mandiri dan terpadu

KPI :

- a. Persentase budaya keselamatan
- b. Jumlah tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus di luar negeri
- c. Jumlah tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus di luar negeri
- d. Persentase maturitas IT

Program Kerja Strategis :

- a. Survey dan sosialisasi budaya keselamatan pasien
- b. Program peningkatan kompetensi tenaga medik dokter spesialis. pengiriman tenaga dokter spesialis
- c. Program peningkatan kompetensi tenaga kesehatan pengiriman tenaga kesehatan
- d. Otomatisasi manajemen,
- e. Peningkatan keamanan
- f. Sistem dashboard

### **4. Perspektif *Financial***

Sasaran Strategis :

- a. Meningkatkan revenue
- b. Meningkatkan efisiensi
- c. Menjamin ketersediaan anggaran

KPI :

- a. Persentase peningkatan pendapatan per tahun
- b. POBO
- c. Cash Ratio

Program Kerja Strategis :

- a. Penyesuaian tarif
- b. Optimalisasi aset & inovasi lainnya
- c. Kerjasama pola pembiayaan pelayanan (bank, asuransi, penjaminan lain/non BPJS)
- d. Efisiensi belanja operasional tidak lebih dari 7% PAGU anggaran belanja
- e. Memprioritaskan belanja modal untuk kegiatan yang menghasilkan pendapatan
- f. Akselerasi Belanja Operasional (AKSI BEJO) dengan menjaga agar Hutang Jangka Pendek tidak lebih dari 36% dari kas dan setara kas yang dimiliki
- g. Manajemen kas dengan menjaga jumlah kas dan setara kas tidak lebih dari 300% dari kewajiban yang dimiliki salah satunya dengan cara investasi jangka panjang (deposito berjangka  $\geq$  6 bulan)

## **E. Permasalahan/Hambatan Dalam Pelaksanaan**

### **1. Permasalahan / Hambatan**

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya PMN Rumah Sakit Mata Cicendo menghadapi masalah dan hambatan yang perlu ditindaklanjuti pemecahannya, diantaranya:

- a. Beberapa Indikator Kinerja Utama (IKU) belum tercapai yaitu rendahnya nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang menyebabkan indikator Persentase Kepuasan Pasien tidak mencapai target.
- b. Belum optimalnya pengembangan Inovasi Layanan.

- c. Belum adanya regulasi untuk terselenggaranya RS Vertikal dengan sertifikasi yang paripurna.
- d. Kurang tertibnya penerapan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dan Rencana Pencairan Dana (RPD) yang telah ditetapkan sehingga menghambat penyerapan anggaran.

## 2. Upaya Tindak Lanjut

Upaya untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan dalam pelaksanaan strategi yang merupakan terobosan/ inovasi dalam rangka pencapaian target yang ditetapkan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo, antara lain adalah:

- a. IKU yang belum tercapai telah dilakukan monitoring dan evaluasi, penanggungjawab IKU diharapkan menindaklanjuti terkait kekurangan capaian program tahun 2025 di tahun mendatang.
- b. Merencanakan pemenuhan sarana prasarana yang dibutuhkan di tahun 2025.
- c. Menindaklanjuti penyusunan regulasi untuk terselenggaranya RS Vertikal dengan sertifikasi yang paripurna.
- d. Melaksanakan penyusunan anggaran berbasis kinerja dan berbasis rencana strategis rumah sakit.
- e. Menerapkan *cost reduction* dan efisiensi biaya.
- f. Koordinasi dengan para penanggungjawab kegiatan serta melakukan evaluasi dan menyusun langkah-langkah percepatan penyerapan anggaran.

## F. Sistematika

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja PMN Rumah Sakit Rumah Sakit Mata Cicendo disusun sebagai berikut :

**Ikhtisar Eksekutif**, menjelaskan rangkuman dari seluruh isi Laporan Akuntabilitas Kinerja, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra, keberhasilan dan kegagalan, permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian indikator kinerja dan usul pemecahan masalah.

**Bab I Pendahuluan** menjelaskan latar belakang, maksud dan tujuan penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja, tugas pokok dan fungsi PMN Rumah Sakit mata Cicendo, Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran, Permasalahan/hambatan serta sistematika penulisan laporan

- Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja** menjelaskan tentang gambaran singkat sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai dalam 5 tahun dan sasaran pada tahun berjalan, indikator dan targetnya, kebijakan strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo sebagai kesinambungan antara Perjanjian Kinerja dengan Renstra.
- Bab III Akuntabilitas Kinerja**, menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja, membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun berjalan, membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun, Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi, membandingkan realisasi tahun ini dengan standar nasional (jika ada), analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan dan analisis atas efisiensi sumber daya yang mendukung dalam pencapaian kinerja (SDM, anggaran, sarana dan prasarana).
- Bab IV Simpulan**, menguraikan kesimpulan dari Laporan Akuntabilitas Kinerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo.

**Lampiran-lampiran**, berisi lampiran SOTK, Perjanjian Kinerja, SK Tim Lakip, kertas kerja evaluasi LAKIP.

## BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Perencanaan dan Perjanjian Kinerja merupakan penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada tahun 2024. Adapun tujuan pokok dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah untuk menentukan arah strategi dan prioritas selama lima tahun mendatang, untuk menetapkan rencana pelaksanaan kegiatan sesuai sasaran strategis dan sebagai pedoman penyusunan perencanaan anggaran dalam pencapaian sasaran strategis.

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran utama / strategis diarahkan pada program, kegiatan, target serta indikator kinerja yang diharapkan, sehingga Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung menjadi rumah sakit berstandar internasional dengan visinya. Visi dan Misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam kurun waktu 5 (lima) periode tahun 2020-2024 sebagai berikut :

**“To Be Excellence Eye Care”**, mempunyai strategi **“Eye Care for Everyone Seeing Better World”** Memberikan pelayanan kesehatan mata, Pelayanan yang tidak diskriminatif, kepada seluruh warga masyarakat yang mencakup segala perkembangan ilmu kesehatan mata baik dalam hal pencegahan, pengobatan ataupun rehabilitasi.

Dalam rangka kelancaran melakukan misi untuk mewujudkan visi maka PMN Rumah Sakit mata Cicendo Bandung menerapkan nilai-nilai integritas, proaktif, inovatif, visioner, istiqomah, profesional.

Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode tahun 2020-2024 dapat menjadi pedoman utama bagi penilaian kemajuan PMN RS Mata Cicendo dalam pencapaian visi dan target kinerja serta sekaligus untuk mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan mata yang berlangsung di PMN RS Mata Cicendo. Sedangkan untuk tercapainya visi dan misi PMN RS Mata Cicendo Bandung menetapkan 10 sasaran strategis yang akan dicapai dalam tahun 2020-2024 sebagai berikut:

1. Terciptanya kepuasan *stakeholder*.
2. Terwujudnya Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan.
3. Terwujudnya Pelayanan Unggulan dan Inovasi Pelayanan.
4. Terwujudnya penelitian yang inovatif.
5. Terwujudnya budaya *quality first*.

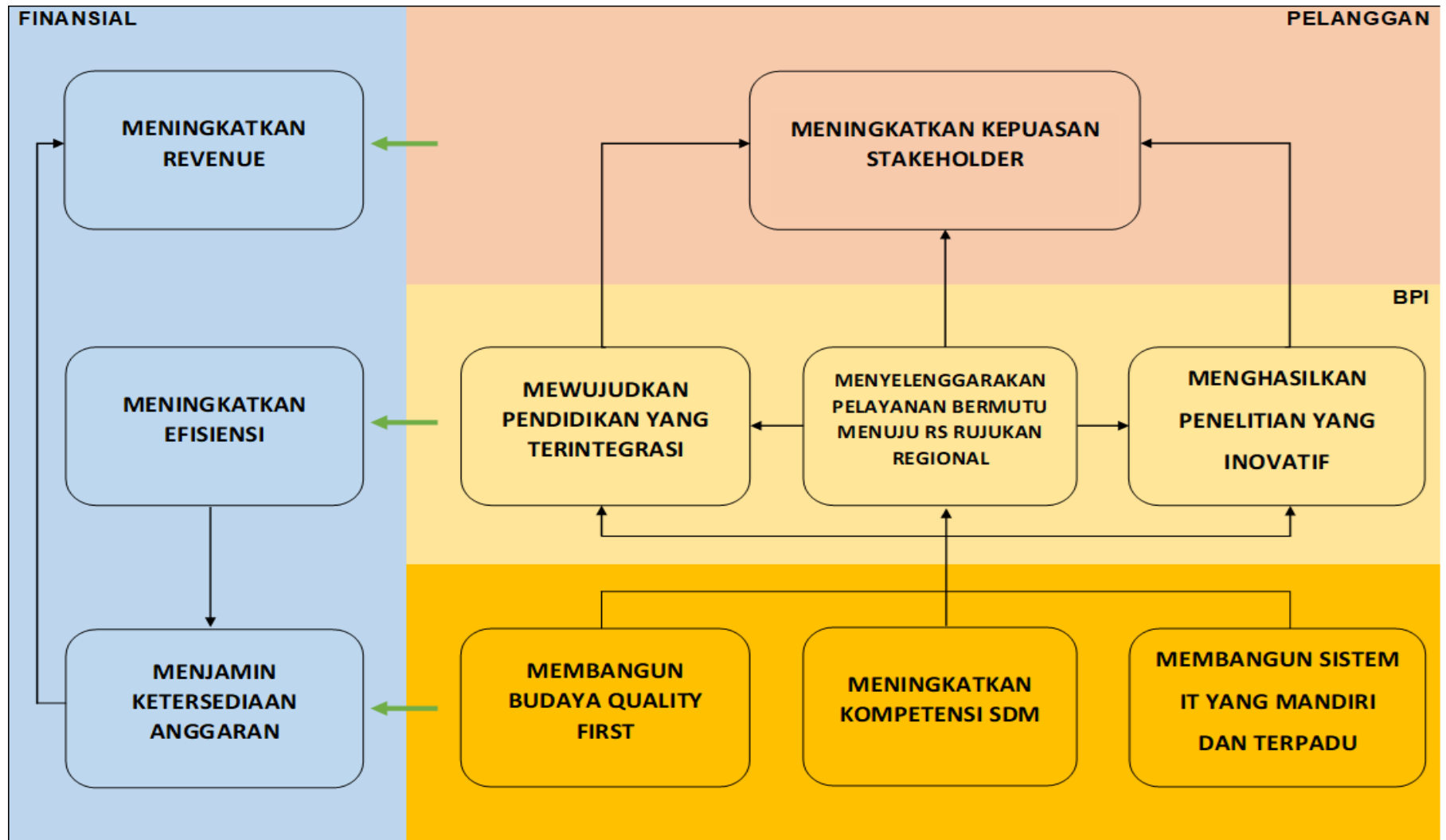
6. Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal.
7. Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM.
8. Terwujudnya sistem IT yang mandiri dan terpadu.
9. Terwujudnya peningkatan *revenue*.
10. Terwujudnya efisiensi.

#### **A. Indikator-Indikator**

1. Komponen Pelayanan
  - a. Persentase Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan).
  - b. Pengembangan Layanan Unggulan: *Advanced Diabetic Retina Services*
  - c. Pengembangan Inovasi Layanan : Trauma Eye Center
  - d. *Cicendo Aesthetic Eye Clinic*
  - e. *Refractive Surgical* dan *Lacer Center*
  - f. Pengembangan Layanan *One Stop Service Low Vision*
2. Komponen Keuangan
  - a. Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun
  - b. POBO
  - c. Cash Ratio 240%<CR<300%
3. Komponen Umum, SDM dan Pendidikan
  - a. Tingkat kepuasan pasien.
  - b. Tingkat kepuasan pegawai.
  - c. Tingkat kepuasan peserta didik.
  - d. Pengampuan RS Rujukan Nasional/Regional.

- e. Jumlah Hasil Penelitian yang di Implementasikan.
  - f. Jumlah Publikasi Nasional/Internasional.
  - g. Jumlah Hasil Penelitian yang Dipatenkan.
  - h. Jumlah tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti pendidikan luar negeri.
  - i. Jumlah tenaga kesehatan dan Non Kesehatan Lainnya yang mengikuti pendidikan luar negeri.
  - j. Persentase Maturitas IT.
4. Komponen Mutu
- a. Presentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan.
  - b. Persentase Budaya Keselamatan.

Untuk lebih jelasnya akan disajikan peta strategi PMN RS Cicendo untuk periode tahun 2020-2024 di bawah ini:



Peta strategi disusun untuk mewujudkan visi PMN RS Mata Cicendo, yakni **“To Be Excellent Eye Care”** dan misi **“Eye Care for Everyone Seeing Better World”**. Peta strategi ini menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategi pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning and growth*, dan perspektif *financial*. Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada periode tahun 2020-2024. Penentuan program kerja strategis PMN Rumah Sakit Mata untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

### **1. Program Kerja Strategis Yang Bersifat Pemanapan:**

Tujuan dari diusulkan program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada periode tahun 2020-2024.

### **2. Program Kerja Strategis Yang Bersifat Perbaikan:**

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai belum berjalan cukup efektif dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN RS Mata Cicendo.

### **3. Program Kerja Strategis Yang Bersifat Pengembangan**

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN RS Mata Cicendo.

**Tabel 2.1**  
**Rencana Strategis Bisnis**  
**Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2020 – 2024**

NO.	SASARAN STRATEGIS	IKU	BOBOT	SATUAN	TARGET						
					2020	2021	2022	2023	2024		
	<b>Perspektif Pelanggan</b>										
1	Meningkatkan kepuasan Stakeholder	1	Persentase Kepuasan Pasien	3%	Persentase	80%	80,50%	86%	87%	89%	
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	2%	Persentase	86%	87%	88%	89%	90%	
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	2%	Persentase	87%	87,50%	88%	88,50%	90%	
	<b>Bisnis Proses Internal</b>										
2	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	2%	Persentase	77%	84%	93%	95%	100%	
3	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	2%	Jumlah	2	2	2	1	1	
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	2%	Menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	
			<b>Pengembangan Layanan Unggulan</b>								
		7	<i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	4%	Persentase	n/a	n/a	100%	100%	100%	
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	4%	Persentase	n/a	n/a	100%	100%	100%	
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	3%	Jumlah	n/a	n/a	n/a	1	1	
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	10%	10%	
11	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	70%	70%			

		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	≥ 80%
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≤ 3%	≤ 3%
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	≥ 80%
		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	≥ 80%
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≤ 1,2%	≤ 1,2%
		17	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	2%	Jumlah	n/a	n/a	n/a	1	1
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 90%	≥ 90%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	100%	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	100%	100%
		21	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	≥ 80%
		22	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	100%	100%
		23	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 90%	≥ 90%
		24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 85%	≥ 85%
		25	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	100%	100%
		26	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	≥ 80%
		27	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	95%	95%
4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	28	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2%	Jumlah	2	2	2	2	2
		29	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	2%	Jumlah	10	10	10	10	10

		30	Hasil Penelitian yang Dipatenkan	2%	Jumlah	1	1	1	1	1
	<b>Learn &amp; Growth</b>									
5	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	31	Persentase Budaya Keselamatan	2%	Persentase	70%	70%	75%	75%	75%
		32	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	3%	Jumlah	n/a	n/a	n/a	12	12
		33	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	2%	Jumlah	n/a	n/a	n/a	12	12
6	Meningkatkan Kompetensi SDM	34	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2%	Jumlah	0	0	1	2	2
		35	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2%	Jumlah	0	0	1	1	1
7	Membangun Sistem IT yang Mandiri Terpadu dan	36	Persentase Maturitas IT	3%	Persentase	40%	70%	100%	100%	100%
		37	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	2%	Jumlah	n/a	n/a	n/a	1 Sistem	1 Sistem
		38	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	100%	100%
	<b>Financial</b>									
9	Meningkatkan <i>Revenue</i>	39	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	2%	Persentase	0%	1%	2%	6%	3%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	95%	95%

10	Meningkatkan Efisiensi	41	POBO	2%	Persentase	65%	65%	75%	85%	86%
		42	Persentase Nilai EBITDA Margin	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	15%	15%
11	Menjamin Ketersediaan Anggaran	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	2%	Persentase	100%	100%	100%	100%	100%
		44	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	97%	97%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	95%	95%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	2%	Persentase	n/a	n/a	n/a	92,5%	92,5%

## B. RENCANA KINERJA TAHUNAN

Rencana Kinerja Tahunan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2024 merupakan indikator langkah strategi yang disusun dalam rangka mewujudkan visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, setiap direktorat, bagian/instalasi, KSM dan UPF melaksanakan kegiatan mengacu pada indikator-indikator yang ditetapkan dalam Rencana Kinerja Tahunan.

Adapun Rencana Kinerja Tahunan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2024 adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2**  
**Rencana Kinerja Tahunan**

Unit Organisasi Eselon II : Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo

Tahun Anggaran : 2024

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2024
	<b>Perspektif Pelanggan</b>			
1	Meningkatkan kepuasan Stakeholder	1	Persentase Kepuasan Pasien	89%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	90%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%
	<b>Bisnis Proses Internal</b>			
2	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%
		5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1
3	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 menit
		7	<b>Pengembangan Layanan Unggulan</b>	
			<i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%
		8	<b>Pengembangan Inovasi Layanan</b>	100%
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		11	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%
		12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%
		13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%

		15	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien RI	≥ 80%
		16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2%
		17	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		21	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥ 80%
		22	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
		23	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
		24	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥ 85%
		25	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
		26	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10
		29	Hasil Penelitian yang Dipatenkan	1
5	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%
6	Meningkatkan Kompetensi SDM	31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12
		33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	2
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan NonKesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1

7	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	35	Persentase Maturitas IT	100%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	100%
8	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	95%
	<b>Financial</b>			
9	Meningkatkan <i>Revenue</i>	39	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	3%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
10	Meningkatkan Efisiensi	41	POBO	86%
		42	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
11	Menjamin Ketersediaan Anggaran	43	<i>Cash Ratio</i> 240%<CR<300%	100%
		44	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

### C. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kinerja merupakan rencana kinerja yang telah ditetapkan antara Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai Penetapan Kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024.

Tabel 2.3

Perjanjian Kinerja

Unit Organisasi Eselon II : Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo

Tahun Anggaran : 2024

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2024
	<b>Perspektif Pelanggan</b>			
1	Meningkatkan kepuasan Stakeholder	1	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	90%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%
	<b>Bisnis Proses Internal</b>			
2	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%
3	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 menit
		7	<b>Pengembangan Layanan Unggulan</b>	
			<i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%
		8	<b>Pengembangan Inovasi Layanan</b>	100%
		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		11	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
12	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1		

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2024
		13	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%
		14	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama Internasional	1
		15	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		16	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%
		17	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%
4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	18	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2
		19	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10
		20	Hasil Penelitian yang Dipatenkan/ Mendapat Hak Cipta	1
	<b>Learn &amp; Growth</b>			
5	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	21	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	75%
		22	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12
6	Meningkatkan Kompetensi SDM	23	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	2
		24	Jumlah Tenaga Kesehatan dan NonKesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1
7	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	25	Persentase Maturitas IT	100%
		26	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem
		27	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik dan Farmasi)	100%

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU		TARGET 2024
8	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	28	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar	90%
		29	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah Dikalibrasi sesuai Standar	90%
	<b>Financial</b>			
9	Meningkatkan <i>Revenue</i>	30	Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	3%
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%
10	Meningkatkan Efisiensi	32	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
		33	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
11	Menjamin Ketersediaan Anggaran	34	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		35	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%
		36	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%

Total Pagu Anggaran Tahun 2024 adalah sebesar Rp. 256.659.236.000,- terdiri dari :

- Program Pelayanan Kesehatan dan JKN – Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes Rp. 226.087.423.000,-
- Program Dukungan Manajemen – Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan Rp. 30.571.813.000,-

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI**

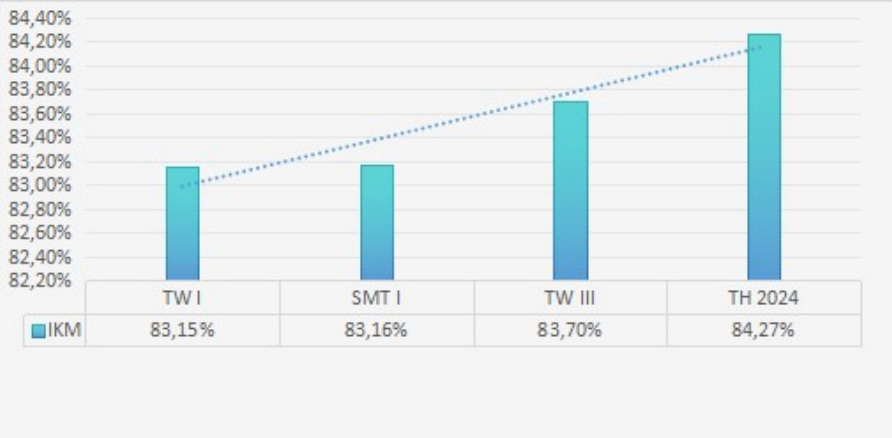
Tahun 2024 merupakan tahun terakhir dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Pada tahun 2022 ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yang memuat substansi Transformasi Kesehatan. Terdapat 4 tujuan dan 11 Sasaran Strategis dan 46 Indikator Sasaran Strategis yang mempunyai target kinerja dari 2020 sampai dengan 2024 untuk dicapai.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Pengukuran kinerja ini sekaligus untuk dapat mengetahui kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dibandingkan dengan target dan indikator kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis dan dapat memberikan gambaran kepada pihak internal maupun eksternal tentang pelaksanaan organisasi dalam rangka mewujudkan visi dan misinya.

## 1. Realisasi Capaian Dibandingkan dengan Target Indikator Kinerja Tahun 2024

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan															
			2024	Satuan																	
1	2	3	4	5	6	7															
1	Meningkatkan Kepuasan Stakeholder	Persentase Kepuasan Pasien	89%	%	84,27%	<p>Kepuasan pasien merupakan gambaran dari hasil pelayanan dan fasilitas yang didapat pasien, sehingga perlu dilakukan penilaian melalui survei kepuasan pasien/pelanggan. Presentase kepuasan pasien Tahun 2024 belum mencapai target sebesar 84,27% dari target capaian sebesar 89%.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabel 3.1</b> <b>Laporan Rata-rata Jumlah Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)</b> <b>PMN Rumah Sakit Mata Cicendo</b> <b>Tahun 2024</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Pelayanan</th> <th>Nilai IKM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Rawat Jalan Reguler</td> <td>81,48%</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rawat Jalan Eksekutif</td> <td>86,24%</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rawat Inap</td> <td>85,09%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>Rata-rata IKM Tahun 2024</b></td> <td style="text-align: center;"><b>84,27%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2024</i></p> <p>Berdasarkan Tabel 3.1 di atas terlihat bahwa rata-rata IKM Tahun 2024 tertinggi adalah Rawat Jalan Eksekutif sebesar 86,24% dan terendah adalah Rawat Jalan Reguler sebesar 81,48%.</p>	No.	Pelayanan	Nilai IKM	1.	Rawat Jalan Reguler	81,48%	2.	Rawat Jalan Eksekutif	86,24%	3.	Rawat Inap	85,09%	<b>Rata-rata IKM Tahun 2024</b>		<b>84,27%</b>
No.	Pelayanan	Nilai IKM																			
1.	Rawat Jalan Reguler	81,48%																			
2.	Rawat Jalan Eksekutif	86,24%																			
3.	Rawat Inap	85,09%																			
<b>Rata-rata IKM Tahun 2024</b>		<b>84,27%</b>																			

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																																																																								
			2024	Satuan																																																																																										
1	2	3	4	5	6	7																																																																																								
						<p>Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) berdasarkan pelayanan sebagai berikut:</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabel 3.2</b> <b>Indeks Kepuasan Masyarakat PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Bulan</th> <th colspan="3">Layanan</th> </tr> <tr> <th>Rawat Jalan Reguler</th> <th>Eksekutif</th> <th>Rawat Inap</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Januari</td> <td>80,21 %</td> <td>86,06 %</td> <td>84,96 %</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Februari</td> <td>81,30 %</td> <td>83,30 %</td> <td>85,16 %</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Maret</td> <td>79,47 %</td> <td>83,63 %</td> <td>84,28 %</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>IKM TW I</b></td> <td colspan="3"><b>83,15 %</b></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>April</td> <td>81,44 %</td> <td>82,70 %</td> <td>85,24 %</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Mei</td> <td>80,61 %</td> <td>85,20 %</td> <td>84,61 %</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Juni</td> <td>78,86 %</td> <td>86,06 %</td> <td>83,87%</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>IKM SMT I</b></td> <td colspan="3"><b>83,16%</b></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Juli</td> <td>80,60%</td> <td>83,47%</td> <td>84,86%</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Agustus</td> <td>81,04%</td> <td>85,75%</td> <td>85,94%</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>September</td> <td>80,97%</td> <td>84,45%</td> <td>86,23%</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>IKM TW III</b></td> <td colspan="3"><b>83,70%</b></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Oktober</td> <td>76,36%</td> <td>86,61%</td> <td>85,76%</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>November</td> <td>79,88%</td> <td>85,69%</td> <td>84,97%</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Desember</td> <td>81,48%</td> <td>86,24%</td> <td>85,09%</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>IKM Tahun 2024</b></td> <td colspan="3"><b>84,27%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2024</i></p> <p>Berdasarkan Tabel 3.2 terlihat capaian tingkat kepuasan pasien Tahun 2024 sebesar 84,27 % termasuk pada kategori "Baik". Dilihat dari capaian tingkat kepuasan nilai tertinggi diperoleh oleh Instalasi Eksekutif.</p>	No	Bulan	Layanan			Rawat Jalan Reguler	Eksekutif	Rawat Inap	1	Januari	80,21 %	86,06 %	84,96 %	2	Februari	81,30 %	83,30 %	85,16 %	3	Maret	79,47 %	83,63 %	84,28 %	<b>IKM TW I</b>		<b>83,15 %</b>			4	April	81,44 %	82,70 %	85,24 %	5	Mei	80,61 %	85,20 %	84,61 %	6	Juni	78,86 %	86,06 %	83,87%	<b>IKM SMT I</b>		<b>83,16%</b>			7	Juli	80,60%	83,47%	84,86%	8	Agustus	81,04%	85,75%	85,94%	9	September	80,97%	84,45%	86,23%	<b>IKM TW III</b>		<b>83,70%</b>			10	Oktober	76,36%	86,61%	85,76%	11	November	79,88%	85,69%	84,97%	12	Desember	81,48%	86,24%	85,09%	<b>IKM Tahun 2024</b>		<b>84,27%</b>		
No	Bulan	Layanan																																																																																												
		Rawat Jalan Reguler	Eksekutif	Rawat Inap																																																																																										
1	Januari	80,21 %	86,06 %	84,96 %																																																																																										
2	Februari	81,30 %	83,30 %	85,16 %																																																																																										
3	Maret	79,47 %	83,63 %	84,28 %																																																																																										
<b>IKM TW I</b>		<b>83,15 %</b>																																																																																												
4	April	81,44 %	82,70 %	85,24 %																																																																																										
5	Mei	80,61 %	85,20 %	84,61 %																																																																																										
6	Juni	78,86 %	86,06 %	83,87%																																																																																										
<b>IKM SMT I</b>		<b>83,16%</b>																																																																																												
7	Juli	80,60%	83,47%	84,86%																																																																																										
8	Agustus	81,04%	85,75%	85,94%																																																																																										
9	September	80,97%	84,45%	86,23%																																																																																										
<b>IKM TW III</b>		<b>83,70%</b>																																																																																												
10	Oktober	76,36%	86,61%	85,76%																																																																																										
11	November	79,88%	85,69%	84,97%																																																																																										
12	Desember	81,48%	86,24%	85,09%																																																																																										
<b>IKM Tahun 2024</b>		<b>84,27%</b>																																																																																												

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2024	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
						<p style="text-align: center;"><b>Grafik 3.1</b> <b>Indeks Kepuasan Masyarakat PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024</b></p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Periode</th> <th>IKM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TW I</td> <td>83,15%</td> </tr> <tr> <td>SMT I</td> <td>83,16%</td> </tr> <tr> <td>TW III</td> <td>83,70%</td> </tr> <tr> <td>TH 2024</td> <td>84,27%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2024</p> <p>Berdasarkan Grafik 3.1 terlihat, tingkat kepuasan tertinggi pada akhir Tahun 2024 (84,27%) dan tingkat kepuasan terendah pada Triwulan I (83,15%).</p>	Periode	IKM	TW I	83,15%	SMT I	83,16%	TW III	83,70%	TH 2024	84,27%
Periode	IKM															
TW I	83,15%															
SMT I	83,16%															
TW III	83,70%															
TH 2024	84,27%															

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																														
			2024	Satuan																																
1	2	3	4	5	6	7																														
						<p style="text-align: center;"><b>Tabel 3.3</b> <b>Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Berdasarkan Pelayanan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Pelayanan</th> <th>Nilai Interval IKM</th> <th>Nilai Interval Konversi IKM</th> <th>Mutu Pelayanan</th> <th>Kinerja Unit Pelayanan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Rawat Jalan Reguler</td> <td>3,26</td> <td>81,48</td> <td>B</td> <td>Baik</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rawat Jalan Eksekutif</td> <td>3,45</td> <td>86,24</td> <td>B</td> <td>Baik</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rawat Inap</td> <td>3,41</td> <td>85,09</td> <td>B</td> <td>Baik</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Nilai Rata-rata IKM</b></td> <td><b>3,37</b></td> <td><b>84,27</b></td> <td><b>B</b></td> <td><b>Baik</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Sumber: Tim Kerja Hukum dan Humas, 2024</i></p> <p>Berdasarkan Tabel 3.3 terlihat nilai interval konversi kepuasan cenderung baik pada masing-masing unit pelayanan, dan apabila dibandingkan dengan target sebesar 84,27% maka capaian semua unit belum semuanya tercapai.</p> <p>Bila dilihat berdasarkan Pelayanan Nilai Indeks kepuasan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk pelayanan rawat jalan Reguler, form kuesioner diisi sebanyak 968 kuesioner dari 1.200 kuesioner yang disebar dan dari nilai Index Kepuasan Masyarakat/ IKM (81,48) yang didapat menunjukkan bahwa mutu pelayanan untuk Instalasi Rawat Jalan Reguler adalah B dengan kinerja unit <b>Baik</b>.</li> </ol>	No	Pelayanan	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan	1.	Rawat Jalan Reguler	3,26	81,48	B	Baik	2.	Rawat Jalan Eksekutif	3,45	86,24	B	Baik	3.	Rawat Inap	3,41	85,09	B	Baik	<b>Nilai Rata-rata IKM</b>		<b>3,37</b>	<b>84,27</b>	<b>B</b>	<b>Baik</b>
No	Pelayanan	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan																															
1.	Rawat Jalan Reguler	3,26	81,48	B	Baik																															
2.	Rawat Jalan Eksekutif	3,45	86,24	B	Baik																															
3.	Rawat Inap	3,41	85,09	B	Baik																															
<b>Nilai Rata-rata IKM</b>		<b>3,37</b>	<b>84,27</b>	<b>B</b>	<b>Baik</b>																															

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi yaitu prosedur penanganan keluhan, sedangkan unsur nilai terendah waktu pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat jalan regular adalah Kecepatan Waktu Pelayanan.</p> <p>2. Untuk pelayanan rawat jalan Eksekutif form kuesioner diisi sebanyak 951 kuesioner dari 1.200 kuesioner yang disebar dan dari nilai Index Kepuasan Masyarakat/ IKM (86,24) yang didapat menunjukkan bahwa mutu pelayanan untuk Instalasi Rawat Jalan Eksekutif adalah B dengan kinerja unit <b>Baik</b>.</p> <p>Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi yaitu Prosedur Penanganan Keluhan, sedangkan unsur nilai terendah fasilitas parkir, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat jalan eksekutif adalah Ketersediaan Fasilitas Parkir yang memadai.</p> <p>3. Untuk pelayanan rawat inap, form kuesioner diisi sebanyak 846 kuesioner dari 960 kuesioner yang disebar dan dari nilai interval konversi SKM (85,09) yang didapat menunjukkan bahwa mutu pelayanan Instalasi Rawat Inap adalah B dengan kinerja unit <b>Baik</b>. Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi yaitu Prosedur Penanganan Keluhan, sedangkan unsur nilai terendah waktu pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat inap adalah Kecepatan Waktu Pelayanan.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah tidak dapat menyebarkan kuesioner dengan google form melalui Wa blast dikarenakan keterbatasan dalam aplikasi WA. Disamping itu terdapat kendala, beberapa pasien dan juga keluarga pasien terkadang sulit untuk diminta mengisi form kuesioner yang diberikan petugas Humas dikarenakan pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sedangkan ada beberapa kendala pada keluarga pasien atau yg mengantar pasien menolak bahkan mengabaikan mengisi kuesioner dikarenakan lebih fokus terhadap kondisi pasien sambil menunggu pemeriksaan.</p> <p>Untuk perbaikan pelayanan dan meningkatkan kualitas pelayanan maka perlu dilakukan perbaikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saran dan kritik yang masuk ke dalam lembar kuesioner baik mengenai Sumber Daya Manusia, Pelayanan dan Fasilitas harus ditindaklanjuti untuk perbaikan dan kemajuan mutu Rumah Sakit.</li> <li>2. Dalam peningkatan kualitas pelayanan, diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap di pertahankan.</li> <li>3. Nilai Unsur terendah di rawat Jalan Reguler, rawat jalan Eksekutif &amp; Rawat Inap yaitu waktu tunggu pelayanan, maka perlu menindaklanjutinya sebagai berikut :</li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Koordinasi dengan Manajer Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan pihak terkait lainnya.</li> <li>b. Saat ini pihak rumah sakit sudah menyediakan fasilitas vallet parkir bagi pasien yang datang berobat jika tidak mendapatkan parkir di area rumah sakit dan juga area rumah sakit diprioritaskan untuk pasien dan sisanya untuk dokter konsulen. Pegawai dan juga tamu atau rekanan yang membawa kendaraan roda 4 disediakan lahan parkir di area lain yang masih dekat dengan rumah sakit.</li> <li>c. Lahan parkir pool kendaraan juga sudah dialokasikan untuk pasien yang berobat ke poli eksekutif</li> </ul>
2	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Pesentase Kepuasan Pegawai	90%	%	90,79%	<p>Survey Kepuasan Pegawai Semester II Tahun 2024 ini dilaksanakan mulai tanggal 1 s.d 8 Januari 2025, melalui pengisian kuesioner <i>Google Form</i> yang dipasang pada Aplikasi Penilaian Kinerja Pegawai (Si Emon), hal ini bertujuan untuk meningkatkan responden pengisian kuesioner.</p> <p>Adapun, sebanyak 100 kuesioner terkait Kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Kuesioner tersebut terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 57 (lima puluh tujuh) kuesioner terkait kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan fungsi.</li> <li>2. 9 (sembilan) kuesioner terkait kepuasan pegawai terhadap pendapatan.</li> <li>3. 8 (delapan belas) kuesioner terkait kepuasan pegawai terhadap atasan</li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>langsung.</p> <p>4. 9 (sembilan) kuesioner terkait kepuasan pegawai terhadap rekan kerja.</p> <p>5. 7 (tujuh) kuesioner terkait kepuasan pegawai terhadap promosi.</p> <p>Hasil survey setelah dianalisis akan dinyatakan dalam angka <b>"Indeks Kepuasan"</b> dalam skala persen yang mencerminkan kepuasan pegawai secara keseluruhan.</p> <p>Pada survey Semester II Tahun 2024 juga ditambahkan isian saran dan masukan guna mempertajam hasil survey. Saran dan masukan tersebut akan dijadikan masukan konkret guna meningkatkan kualitas pelayanan kepegawaian di RS Mata Cicendo Bandung.</p> <p>Hasil pengisian kuesioner melalui aplikasi <i>Google Form</i> terhadap kepuasan tupoksi, kepuasan pendapatan, kepuasan atasan langsung, kepuasan rekan kerja dan kepuasan promosi bagi seluruh pegawai RS Mata Cicendo Bandung, didapatkan data dari total 582 orang pegawai RS Mata Cicendo Bandung yang mengisi kuesioner ada 579 orang (99%).</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																		
			2024	Satuan																				
1	2	3	4	5	6	7																		
						<p>Pada ke 5 (lima) aspek penilaian yang dilakukan apabila dikelompokkan kedalam 2 (dua) Sangat Setuju dan Setuju, dapat di lakukan rekapitulasi sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>KATEGORI</th> <th>TINGKAT PROSENTASE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>TUPOKSI</td> <td>92,74%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>PENDAPATAN</td> <td>88,43%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ATASAN LANGSUNG</td> <td>86,93%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>REKAN KERJA</td> <td>93,53%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>PROMOSI</td> <td>92,33%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dari tabel diatas apabila direrata tingkat kepuasan dari ke 5 (lima) aspek penilaian tersebut mempunyai nilai 90.79%. Nilai tersebut memenuhi target indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) tahun 2024 yaitu 90%.</p>	NO	KATEGORI	TINGKAT PROSENTASE	1	TUPOKSI	92,74%	2	PENDAPATAN	88,43%	3	ATASAN LANGSUNG	86,93%	4	REKAN KERJA	93,53%	5	PROMOSI	92,33%
NO	KATEGORI	TINGKAT PROSENTASE																						
1	TUPOKSI	92,74%																						
2	PENDAPATAN	88,43%																						
3	ATASAN LANGSUNG	86,93%																						
4	REKAN KERJA	93,53%																						
5	PROMOSI	92,33%																						

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
3	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%	%	93,1%	<p>Persentase kepuasan peserta didik diukur dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan ke peserta didik (residen). Kriteria penilaian kepuasan peserta didik terbagi dalam 6 kriteria penilaian yaitu sistem pengajaran, organisasi dan manajemen, konten pembelajaran, sistem penilaian, beban Pendidikan dan beban non akademik. Presentase tingkat kepuasan peserta didik berdasarkan kriteria penilaian yang ditetapkan adalah 93,1%.</p> <p>Perhitungan Kepuasan Peserta Didik PPDS</p> $= \frac{\text{Jumlah responden yang puas}}{\text{Jumlah total responden}} \times 100\%$ $= \frac{62}{67} \times 100\%$ $= 93,1\%$ <p>Presentase Kepuasan Peserta Didik PPDS Tahun 2024 adalah 93,1%</p> <p>Rencana tindak lanjut memperbaiki manajemen waktu untuk memberikan pengarahan dan kegiatan pembelajaran terjadwal dengan baik.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
4	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%	%	100%	<p>Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan dalam hal ini adalah Penerapan Cuci Tangan Peserta Didik di PMN RS Mata Cicendo Bandung. Cuci tangan sesuai <i>Hand Hygiene</i> WHO 2009 bagi peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan.</p> <p>Formula</p> <p>= <math>\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%</math></p> <p>Denominator</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Numerator : 100 Jumlah Tindakan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (<i>Five Moment</i>).</li> <li>Denominator : 100 Jumlah kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (<i>Five Moment</i>).</li> </ul> <p>= <math>\frac{100}{100} \times 100\%</math></p> <p>= 100%</p> <p>Capaian kepatuhan kebersihan tangan peserta didik PPDS Mata pada tahun 2024 menunjukkan hasil yang baik dengan rata-rata sesuai dengan target 100%. Namun capaian ini menunjukkan masih adanya ruang untuk perbaikan. Oleh karena itu diperlukan intervensi tambahan berupa penguatan edukasi, monitoring ketat, dan pemberian umpan balik yang berkelanjutan untuk memastikan target dapat tercapai sepenuhnya di masa mendatang.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>Terdapat 100 peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan dan melakukan Tindakan cuci tangan sesuai <i>Hand Hygiene</i> WHO 2009 pada 5 waktu (Five Moment) dari 100 kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).</p> <p>Ini menggambarkan bahwa peserta seluruh program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang sudah patuh menerapkan Standar Mutu Pelayanan sehingga tidak terjadinya infeksi.</p> <p>Adapun langkah strategis yang bisa terus dilakukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Edukasi dan pelatihan.</li> <li>b. Pengawasan dan pemantauan.</li> <li>c. Pengingat.</li> <li>d. Penyediaan sarana.</li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
5	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	Jumlah	1	<p>Pengampuan rumah sakit jejaring adalah pengampuan yang bersifat peningkatan stratifikasi rumah sakit yang diampu sesuai dengan kriteria yang ditetapkan berdasarkan Kemampuan Penyelenggaraan dan Penanganan Pelayanan Mata, Kompetensi SDM, dan Sarana Prasarana.</p> <p>Dilaksanakan kegiatan pengampuan ke RS Jejaring RS Mata Provinsi Kalimantan Timur Bimtek Pemeliharaan Alat Kesehatan pada tanggal 21 - 24 Pebruari 2024.</p> <p>Magang pegawai tanggal 24 - 26 Juni 2024 mengenai Integrasi RME dengan Satu Sehat.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
6	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	Pemenuhan standar Pelayanan (ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	Menit	43,20 Menit	<p>Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.</p> <p>Indikator mutu waktu tunggu rawat jalan telah melampaui target 60 menit dimana capaian yang telah berhasil dilaksanakan adalah selama 43,20 menit, walaupun telah tercapai, tentunya hasil ini masih dapat dioptimalkan guna meningkatkan kepuasan pasien dan mewujudkan pelayanan “<i>excellent</i>”. Untuk itu sebagai salah satu solusinya adalah mengoptimalkan implementasi Pendaftaran Online, E-Medical Record, percepatan pelayanan pada setiap tahap pemeriksaan yang sedang berjalan dan mengoptimalkan kembali jadwal DPJP pada setiap polikliniknya dan percepatan pelayanan pada setiap tahapan proses pemeriksaan pasien secara keseluruhan oleh semua PPA, sehingga dimasa yang akan datang capaian indikator waktu tunggu mencapai target dan pelayanan akan lebih baik.</p> <p>Formula = <u>jumlah kumulatif waktu pasien rawat jalan yang disurvei</u>            Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei            = <u>41.469</u>            960            = 43,20 menit</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
7	Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu	Pengembangan Layanan Unggulan: <i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%	%	70%	<p>Advanced Diabetic Retina Services adalah penanganan kasus diabetic retinopati tahap lanjut di Rumah Sakit Mata Cicendo.</p> <p>Penguatan layanan unggulan Diabetic Retina Services belum mencapai target sebesar 70% dari target 100%.</p> <p>Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Diabetic Retina Services sesuai dengan program strategisnya adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capaian Pengembangan layanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Peningkatan layanan Diabetik Retinopati terintegrasi (30%)</li> </ol> </li> <li>2. Capaian Pengembangan SDM <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Education and Research (10%)</li> </ol> </li> <li>3. Penelitian Diabetic Retina (20%)</li> <li>4. Pelatihan Advanced Diabetic Retina dengan total capaian 10%: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sarpras (10%)</li> </ol> </li> <li>5. Pemenuhan alat penunjang pendidikan Advanced DR (0%)</li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
8	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Pengembangan Inovasi Layanan : <i>Trauma Eye Center</i>  <i>Aesthetic Eye and Dry Eye Clinic</i>  <i>Refractive Surgical and Laser Center</i>  <i>One Stop Service Low Vision</i>	100%	%	71%	Pengembangan Inovasi Layanan adalah pengembangan inovasi dari layanan yang dilaksanakan di RS Mata Cicendo Bandung dalam rangka meningkatkan kualitas layanan bagi seluruh pengguna layanan, adapun inovasi layanan yang dikembangkan adalah Trauma Eye Center, Aesthetic Eye Care & Dry Eye Clinic, Refractive Surgical & Laser Center dan Pengembangan One Stop Service Low Vision. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma Eye Center adalah pusat layanan trauma mata yang terintegrasi dengan berbagai disiplin ilmu subspecialistik yang terkait.</li> <li>• Aesthetic Eye Care &amp; Dry Eye Clinic adalah layanan estetik mata meliputi konsultasi, pemeriksaan dan tindakan dalam pembiusan lokal.</li> <li>• Refractive Surgical dan Laser Center adalah layanan katarak bedah refraktif yang lengkap, komprehensif dan terintegrasi</li> <li>• One Stop Service Low Vision adalah tersedianya layanan rehabilitasi pasien low vision dewasa maupun anak dalam satu atap (One Stop Service)</li> </ul> Adapun capaian pengembangan inovasi layanan adalah: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capaian <i>Trauma Eye Center</i> 93%</li> <li>2. Capaian <i>Aesthetic Eye and Dry Eye Clinic</i> 82%</li> <li>3. Capaian <i>Refractive Surgical and Laser Center</i> 77,5%</li> <li>4. Capaian <i>One Stop Service Low Vision</i> 32%</li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>RUMUS = Akumulasi persentase capaian dari 4 pengembangan inovasi layanan (<i>Trauma Eye Center, Aesthetic Eye Care &amp; Dry Eye Clinic, Refractive Surgical &amp; Laser Center dan Pengembangan One Stop Service Low Vision</i>) sesuai kriteria penilaian (Pengembangan Layanan+Pengembangan SDM+Education &amp; Research+Sarpras)</p> <p><b>Total capaian <math>(93 + 82 + 77,5 + 32) / 4 = 71\%</math></b></p>
9	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	jumlah	1	Pelayanan unggulan rawat jalan di rumah sakit dengan klasifikasi pelayanan khusus/VVIP.

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	
10	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	%	20,16%	<p>Volume Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP dibandingkan dengan total kunjungan pasien di Rumah Sakit.</p> <p>Formula :</p> $\frac{\text{Jumlah Kunjungan Pasien VVIP}}{\text{Jumlah Total Kunjungan Pasien di RS}} \times 100\%$ $\frac{2.635}{13.069} \times 100\%$ $= 20,16 \%$

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	
11	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%	%	75,00%	<p>Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.</p> <p>Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.</p> <p>Formula :</p> $\frac{\text{Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar} \times 100\%}{\text{jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar}}$

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	
12	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥80%	%	92,12%	<p>Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien <b>check in</b> di RS sampai dengan menerima obat Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 180 menit.</p> <p><b>Check in</b> adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.</p> <p><b>Formula :</b>            Jumlah pasien dengan waktu layanan ≤ 180 menit / jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang x 100 %</p> <p>WTPP = <math>\frac{2.749}{2.984} \times 100\%</math>            = 92,12%</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	
13	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤3%	%	1,40%	<p>1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.</p> <p>2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</p> <p><b>Formula :</b></p> $\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$ $= \frac{13}{929}$ $= 1,40\%$
14	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥80%	%	87,63%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.</li> <li>• Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.</li> </ul> $= \frac{347}{396} \times 100\%$ $= 87,63\%$

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	
15	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥80%	%	100%	<p>Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.</p> <p><u>Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00</u> x 100%</p> <p>Jumlah Pasien yang di Observasi</p> <p>= <u>9.661</u> x 100%</p> <p>9.661</p> <p>=100%</p>
16	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤1,2%	%	0%	<p>Katarak adalah kondisi Ketika lensa alami mata menjadi keruh, protein di lensa rusak dan menyebabkan hal-hal terlihat buram, kabur dan kurang berwarna (AAO, 2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasca Bedah Katarak adalah Kondisi pasien setelah dilakukan bedah katarak</li> <li>• Endophthalmitis Pasca Bedah Intraokular Katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan posterior bola mata setelah bedah katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama dan setelah tindakan operasi ≤2 minggu</li> </ul> <p><u>Jumlah pasien endoftalmitis pasca bedah katarak</u> x 100 %</p> <p>Jumlah pasien operasi katarak</p> <p>= <u>0</u> x 100%</p> <p>162</p> <p>= 0%</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
17	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	jumlah	0	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna adalah rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal yang mencapai strata targetnya (paripurna). Pada Tahun 2024 ini belum terlaksana karena regulasi untuk mata dari Kemenkes belum ada dan verifikasi alat-alat belum terpenuhi.
18	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	%	98,15%	<p>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</p> <p>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</p> <p>3. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>4. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p><u>Jumlah Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan</u> x 100 %</p> <p>Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi</p> <p>= <math>\frac{1.218}{1.241} \times 100\%</math></p> <p>= 98,15%</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
19	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	%	100%	<p>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</p> <p>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas laboratorium.</p> <p>5. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p> <p>Formula :</p> $\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$ $= \frac{102}{102} \times 100\%$ $= 100\%$

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
20	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	%	100%	<p>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas.</p> <p>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</p> <p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <p>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena.</p> <p>b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan.</p> <p>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel.</p> <p>Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi  Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100%</p> <p>= <math>4.354 \times 100\%</math></p> <p>4.354</p> <p>= 100%</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
21	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	%	85,73%	<p>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis dengan waktu tunggu ≤60 menit</p> <p>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.</p> <p>a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p><math display="block">\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%</math> <math display="block">= \frac{823}{960} \times 100\%</math> <math display="block">= 85,73\%</math></p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
22	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	%	100%	<p>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</p> <p>2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.</p> <p>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit.</p> $\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$ $= \frac{30}{30} \times 100\%$ $= 100\%$
23	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\geq 90\%$	%	93,02%	<p>1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan</p> <p>2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p> $\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan fornas}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$ $= \frac{27.300}{29.347} \times 100\%$ $= 93,02\%$

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
24	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥ 85%	%	100%	<p>1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</p> <p>2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.</p> <p>Formula :</p> $\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100 \%$ $= \frac{5}{5} \times 100\%$ $= 100\%$

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
25	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	%	100%	<p>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asesment awal risiko jatuh</li> <li>b. Asesment ulang risiko jatuh</li> <li>c. Intervensi pencegahan risiko jatuh</li> </ul> <p>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100\%</math> </p> <p>= <math>\frac{304}{304} \times 100\%</math></p> <p>= 100%</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
26	Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	%	100%	<p>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</p> <p>2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:</p> <p>a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain</p> <p>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immateria</p> <p style="text-align: right;"> <i>Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan <b>grading</b></i>  <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> x 100 %  <i>Jumlah komplain yang disurvei</i>            = <math>\frac{107}{107} \times 100\%</math> = 100%            107         </p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
27	Menghasilkan Penelitian yang Inovatif	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	jumlah	2	<p>Menghasilkan penelitian yang inovatif di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo sudah mencapai target sebanyak 2 penelitian.</p> <p>Penelitian yang telah diimplementasikan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Effectiveness of Voriconazole in Treating Fungal Keratitis : A Systematic Review and Meta - Analysis of Randomized Controlled Trials</i></li> <li>2. <i>Successful Use of Low-Dose Combination Propofol and Fentanyl in Cataract Surgery Phacoemulsification</i></li> </ol>
28	Menghasilkan Penelitian yang Inovatif	Publikasi Nasional/ Internasional	10	Jumlah	64	<p>Publikasi Nasional/ Internasional di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo sudah melebihi target dari target 10 dengan capaian 64 penelitian.</p> <p>Kegiatan penelitian yang dipublikasikan nasional maupun internasional pada Tahun 2023 terealisasi sebanyak 19 penelitian. Judul penelitian yang dipublikasikan terdapat di bawah ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Retinal Neurovascular Alteration in Type 2 Diabetes with Renal Impairment in Association with Systemic Arterial Stiffness</i></li> <li>2. <i>Evaluation of the Workload of Nurses in the Inpatient Unit</i></li> <li>3. <i>Efficacy of Smartphone-based Fundus Photo in Vision Threatening Diabetic Retinopathy Screening : Developing Country Perspective</i></li> <li>4. <i>True Eye Emergencies</i></li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>5. <i>Horizontal Gaze Palsy and Ipsilateral Facial Nerve Palsy in Older Patient as Initial Manifestation of Very Late-Onset Multiple Sclerosis Successfully Treated with Oral Corticosteroids : A Case Report</i></p> <p>6. <i>Cornea verticillata in Fabry disease</i></p> <p>7. <i>Cystic Bleb Management : A Case Report</i></p> <p>8. <i>Clinical Characteristics and Success of Ptosis Surgery at Indonesia Nasional Eye Center Cicendo Eye Hospital during January 2016 - December 2020</i></p> <p>9. <i>Agreement between IOL Master 700 and Pentacam AXL for IOL power measurement in patients with high myopia</i></p> <p>10. <i>Comparison of SITA Standard 24-2 with SITA Faster 24-2C Program on Humphrey Field Analyzer in Assessing Visual Field Defects of Glaucoma Patients</i></p> <p>11. <i>Comparison of Tear Film Breakup Pattern in Active and Inactive Thyroid Eye Disease Patients</i></p> <p>12. <i>Good Results in Open Globe Injury Including Intraocular Foreign Body</i></p> <p>13. <i>Karakteristik Klinis Pasien Low Vision Anak di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo pada Tahun 2021</i></p> <p>14. <i>Intraocular Pressure Changes of Rhegmatogenous Retinal Detachment Patients Following Pars Plana Vitrectomy in Tertiary Hospital</i></p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>15. <i>Characteristics of Patients with Recurrent Optic Neuritis</i></p> <p>16. <i>Sevoflurane Insufflation Technique in Retinopathy of Prematurity Patients Underwent Intraocular Laser Photocoagulation : A Serial Case Report</i></p> <p>17. <i>Orbital Castleman Disease : Rare Case</i></p> <p>18. <i>Karakteristik Klinis Glaukoma Uveitis di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2021-2022</i></p> <p>19. <i>Hemangioma Kavernosa di Kelopak Mata Bawah : Kasus yang tidak biasa</i></p> <p>20. <i>Blepharoptosis in Indonesia : a 5 year retrospective cross-sectional multicenter study on characteristics and surgical evaluation</i></p> <p>21. <i>The Role of PPAR-γ agonist to Improved Wound Healing in Diabetes Mellitus</i></p> <p>22. <i>The Influence of Liquidity Ratios, Leverage, Profitability and Activity on Financial Distress of Infrastructure Companies in the Building Construction Subsector for the period 2018-2022</i></p> <p>23. <i>Menyibak Fuchs' Endothelial Corneal Dystrophy sebagai Penyebab Edema Kornea</i></p> <p>24. <i>Comparing 0.75% Ropivacaine and 0.5% Levobupivacaine for Peribulbar Blockade in Vitrectomy Surgery towards Intraocular Pressure</i></p> <p>25. <i>Retinoblastoma in Asia : Clinical Presentation and Treatment Outcomes in 2112 Patients from 33 Countries.</i></p> <p>26. <i>Differences in merlin and p53 expression as a predisposing factor in orbital meningioma</i></p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>27. <i>Comparison of Phaco-Chop versus Stop-and-Chop Nucleotomy Techniques in Patients with Soft to Moderate Nucleus</i></p> <p>28. <i>Peribulbar Block for Cataract Surgery in Patient with Nystagmus and Chronic Kidney Disease</i></p> <p>29. <i>Recurrent Bilateral Chronic Central Serous Chorioretinopathy Treated with Anti-VGEF</i></p> <p>30. Karakteristik Pasien Ulkus Kornea Infeksi di PMN RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2020</p> <p>31. Karakteristik Penderita <i>Pseudophakic Bullous Keratopathy</i> di PMN RS Mata Cicendo Bandung</p> <p>32. Karakteristik Penderita Trauma Kimia di PMN RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2020-2022</p> <p>33. Evaluasi Peserta Didik terhadap Pelaksanaan Pelatihan Mata Dasar bagi Perawat</p> <p>34. <i>T-Cell Lymphoma after Silicon Injection in the Eyelids : Rare Case</i></p> <p>35. <i>Short-term outcomes of implanting a retropupillary iris-claw intraocular lens in patients with lens and intraocular lens drops</i></p> <p>36. Sindroma Schwartz-Matsuo Sebuah Penyakit Langka : Laporan Kasus</p> <p>37. Okular Sifilis yang disertai Herpes Zoster Oftalmikus : Laporan Kasus</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>38. Abducens Nerbe Palsy as The First Manifestation of Nasopharyngeal Malignancy (Abducens Nerve Palsy sebagai Manifestasi Pertama Keganasan Nasofaring)</p> <p>39. <i>NAION and Anticoagulants : Bridging The Gap with Ratinonale-Based Therapy</i></p> <p>40. <i>Fuchs Endotelial Corneal Dystrophy (FECD) with Cataract - A Case Report</i></p> <p>41. <i>Clinical characteristics, management and survival of retinoblastoma patients : a five year study at an Indonesian tertiary eye hospital</i></p> <p>42. <i>A neglected ocular tuberculosis without antitubercular therapy : A Case Report</i></p> <p>43. <i>Comparison of Visual Acuity Results after Femtosecond Laser-Assisted In Situ Keratomileusis (FS-LASIK) and Small Incision Lenticule Extraction (SMILE)</i></p> <p>44. <i>Clinical Features of Vernal Conjunctivitis in Cicendo National Eye Hospital</i></p> <p>45. Pengembangan Model Perencanaan Promosi Layanan Satu Pintu untuk Penglihatan Rendah (<i>One Stop Service for Low Vision</i>) di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung</p> <p>46. <i>Comparison of Efficacy and Safety of Slow Coagulation Transscleral versus Micropulse Cyclophotocoagulation in Refractory Glaucoma</i></p> <p>47. <i>Academic Health System Framework for Health Services Transformation : A Perspective View from West Java, Indonesia</i></p> <p>48. <i>Bilateral Horizontal gaze palsy in young patient : a case report</i></p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>49. <i>Clinical Characteristics of Cytomegalovirus Retinitis in Human Immunodeficiency Virus (HIV) Patients Undergoing Intravitreal Ganciclovir Injection</i></p> <p>50. <i>Guidelines for the Diagnosis and Management of Diabetic Retinopathy and Diabetic Macular Edema in Indonesia</i></p> <p>51. <i>Ocular Manifestation in Marfan Syndrome : A Case Report</i></p> <p>52. <i>Patient's Quality of Life After 3-and 6-Months Cataract Surgery</i></p> <p>53. <i>Comparison of Different Cycloplegic Refraction Regimens for Children</i></p> <p>54. <i>Implications of Associated Atrial Fibrillation in Brugada Syndrome for Sudden Cardiac Death - A Case Series Analysis</i></p> <p>55. <i>Exploring the impact of oxidative stress, excitotoxicity, and apoptosis of retinal ganglion cells in streptozotocin-induced rats : A comprehensive investigation</i></p> <p>56. <i>The Relationship between Retinal and Ganglion Layer Thickness and Perfusion in Patients with Type 2 Diabetes : A Cross-Sectional Study in Indonesia</i></p> <p>57. <i>Clinical Characteristics and knowledge of diabetic retinopathy patients at a tertiary hospital in Aceh, Indonesia</i></p> <p>58. <i>Early response of anti-vascular endothelial growth factor (anti-VEGF) in diabetic macular edema (DME) management : microperimetry and optical coherence tomography (OCT) findings : a pilot study at national eye center of third world country</i></p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>59. <i>Relationship between Accomodation Insufficiency, Screen Time, and Asthenopia Symptoms in Young Adult Patients</i></p> <p>60. <i>The diagnostic challenge of orbital tuberculosis in an otherwise healthy individual : A Case Report</i></p> <p>61. <i>Survival Analysis of Trabeculectomy and Phacotrabeulectomy in Primary Angle Closure Glaucoma</i></p> <p>62. <i>Characteristics and Risk Factors of Diabetic Retinopathy Patients in West Java, Indonesia</i></p> <p>63. Akar Masalah Gangguan Penglihatan : Menelusuri Kelainan Refraksi yang Tidak Terkoreksi</p> <p>64. Tinjauan Sistematis Hubungan Diabetes Melitus dengan Keratoconus</p>
29	Menghasilkan Penelitian yang Inovatif	Hasil Penelitian yang Dipatenkan/ Mendapat Hak Cipta	1	Jumlah	27	<p>Judul penelitian yang telah mendapatkan hak paten adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplikasi Si Master (Sistem Informasi Manajemen Risiko Terintegrasi)</li> <li>2. Pengadaan Sumber Daya Manusia di RS Mata Cicendo Bandung</li> <li>3. Kegunaan ASEDs pada Pasien dengan Gangguan Mata Kering</li> <li>4. <i>Nursing care for patients with chemical eye injury</i></li> <li>5. <i>Ophthalmoplegia related Covid-19</i></li> <li>6. <i>Variation of Optic Neuritis as a Covid-19 Manifestation</i></li> <li>7. <i>Covid-19 Neuro-Ophthalmic Finding in Children</i></li> <li>8. <i>Covid-19 in Ophthalmology</i></li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>9. <i>Pattern of Covid-19 patient in tertiary eye care</i></p> <p>10. <i>Emergency Care Satisfactor</i></p> <p>11. Yuk kenali gejala glaucoma</p> <p>12. Klinikopatologi ekspresi reseptor progesterone, pada meningioma orbita</p> <p>13. Takut ga dapet parker? Book valet parking aja !</p> <p>14. Mudahnya reservasi pasien control melalui mobile JKN dan APM</p> <p>15. Untukmu sahabat mata</p> <p>16. Audiobook booklet retinopati diabetic</p> <p>17. Audiobook buku ajar retinopati diabetic untuk dokter umum</p> <p>18. Budaya sadar risiko</p> <p>19. <i>Unveiling aesthetic through contact lenses</i></p> <p>20. Waspadaai gangguan penglihatan pada anak di era digital</p> <p>21. Perawatan kelopak mata</p> <p>22. <i>Anatomical pathology as definite diagnosis of cancer</i></p> <p>23. ARTIS (Aplikasi Remunerasi Tenaga Medis)</p> <p>24. CONAN (Cuti Online Non ASN)</p> <p>25. <i>Management Resident burnout in Cicendo Eye Hospital</i></p> <p>26. Logs-Alkes</p> <p>27. Anak dengan multiple disabilities with visual impairment</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																								
			2024	Satuan																																										
1	2	3	4	5	6	7																																								
30	Membangun Budaya Quality First	Persentase Budaya Keselamatan	75%	%	79,11%	<p>Pengukuran Presentase Budaya Keselamatan dilakukan dengan metode survey yang dikembangkan oleh <i>Agency for Helthcare Research and Quality (AHRQ)</i>. Persentase Budaya Keselamatan tercapai targetnya dengan capaian sebesar 79,11% dari target sebesar 75%</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabel 3.4</b> <b>Survey Budaya Keselamatan Tahun 2024</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Uraian</th> <th>Respon Positif%</th> <th>Netral%</th> <th>Respon Negatif%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Lingkungan Unit Kerja</td> <td>78,83%</td> <td>13,79%</td> <td>7,38%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Peran Manajer atau Pimpinan</td> <td>79,57%</td> <td>15,30%</td> <td>5,13%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Aspek Komunikasi</td> <td>75,74%</td> <td>20,93%</td> <td>3,30%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi Pelaporan Insiden</td> <td>60,00%</td> <td>37,00%</td> <td>4,00%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Tingkat keselamatan Pasien Menurut pegawai</td> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Lingkungan Rumah Sakit</td> <td>80,54%</td> <td>15,52%</td> <td>3,93%</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Rerata dari keseluruhan 432 sample</b></td> <td><b>79,11%</b></td> <td><b>16,92%</b></td> <td><b>3,96%</b></td> </tr> </tbody> </table>	No	Uraian	Respon Positif%	Netral%	Respon Negatif%	1	Lingkungan Unit Kerja	78,83%	13,79%	7,38%	2	Peran Manajer atau Pimpinan	79,57%	15,30%	5,13%	3	Aspek Komunikasi	75,74%	20,93%	3,30%	4	Frekuensi Pelaporan Insiden	60,00%	37,00%	4,00%	5	Tingkat keselamatan Pasien Menurut pegawai	100%	0%	0%	6	Lingkungan Rumah Sakit	80,54%	15,52%	3,93%		<b>Rerata dari keseluruhan 432 sample</b>	<b>79,11%</b>	<b>16,92%</b>	<b>3,96%</b>
No	Uraian	Respon Positif%	Netral%	Respon Negatif%																																										
1	Lingkungan Unit Kerja	78,83%	13,79%	7,38%																																										
2	Peran Manajer atau Pimpinan	79,57%	15,30%	5,13%																																										
3	Aspek Komunikasi	75,74%	20,93%	3,30%																																										
4	Frekuensi Pelaporan Insiden	60,00%	37,00%	4,00%																																										
5	Tingkat keselamatan Pasien Menurut pegawai	100%	0%	0%																																										
6	Lingkungan Rumah Sakit	80,54%	15,52%	3,93%																																										
	<b>Rerata dari keseluruhan 432 sample</b>	<b>79,11%</b>	<b>16,92%</b>	<b>3,96%</b>																																										
31	Membangun Budaya Quality First	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12	Laporan	12	<p>Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. Jumlah pelaporan 13 INM dalam 1 (satu) tahun sebanyak 12 laporan.</p>																																								

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
32	Membangun Budaya Quality First	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	Laporan	12	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil. Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan dalam 1(satu) tahun sebanyak 12 laporan.
33	Meningkatkan Kompetensi SDM	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	Orang	8	Yang dimaksud dengan Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri adalah terdiri dari dokter spesialis mata, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis patologi klinik, spesialis patologi anatomi, spesialis Anastesi. Adapun Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri adalah : 1. IOFF Three Months Sub Speciality Fellowship Program Cornea and External Disease Observership di Jerman an. dr. Patriotika Muslima, Sp.M tanggal 1 Januari - 29 Februari 2024 (1 orang) 2. IOFF Three Months Sub Speciality Fellowship Program ROP and Pediatric Retina Observership di Jerman an. dr. Sesy Caesarya, Sp.M (K) tanggal 8 Januari - 5 April 2024 (1 orang) 3. IOFF Three Months Sub Speciality Fellowship in Neuro-Ophthalmology at University of Bristol, Dept. of Ophthalmology in Bristol United Kingdom an. dr. Dianita Veulina G, Sp.M tanggal 1 Maret - 30 Mei 2024 (1 orang) 4. Short Term Training Uveitis Tilganga Institute of Ophthalmology Kathmandu

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						<p>Nepal tanggal 1 Maret - 30 Mei 2024 an. dr. Arief A. Mustaram, Sp.M (K) (1 orang).</p> <p>5. International Fellowship in Advanced Aesthetic Science (IFAAS) tanggal 1-5 Mei 2024 an. dr. Niluh Putu Ayu Dewi, Sp.M (1 orang)</p> <p>6. IOFF Three Months Subspeciality Fellowship Program Low Vision and Rehabilitation Observership at Ludwig Maximilians University Germany tanggal 1 November 2024 – 27 Januari 2025 an. dr. Joan Sherlone T. Hutabarat, Sp.M</p> <p>7. IOFF Three Months Subspeciality Fellowship Program Glaucoma Observership at Ludwig Maximilians University Germany tanggal 1 November 2024 – 27 Januari 2025 an.dr. Sonie Umbara, Sp.M</p> <p>8. IOFF Three Months Subspeciality Fellowship Program Vitreoretina Observership at Ludwig Maximilians University Germany tanggal 1 November 2024 – 27 Januari 2025 an.dr. Made Indra Widyanatha, Sp.M</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																								
			2024	Satuan																										
1	2	3	4	5	6	7																								
34	Meningkatkan Kompetensi SDM	Jumlah Tenaga Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/ Kursus ke Luar Negeri	1	Orang	2	Sudah dilaksanakan kegiatan Nurse and Observership bagi tenaga perawat dan optometris ke Ichikawa Jepang tanggal 7-18 September 2024.																								
35	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	Persentase Maturitas IT	100%	%	100%	<p>Persentase maturitas IT Tahun 2024 mencapai sebesar 100% dari target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 100%.</p> <p>Ada 3 kegiatan yang menjadi kinerja tetap di tahun 2024, yaitu:</p> <p style="text-align: center;"><b>Tabel 3.5</b> <b>Capain Persentase Maturitas IT</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Kegiatan</th> <th>Satuan</th> <th>Target 2024</th> <th>Capaian 2024</th> <th>% Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Otomatisasi Manajemen</td> <td>Presentase</td> <td>100%</td> <td>100,00%</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Peningkatan Keamanan</td> <td>Presentase</td> <td>100%</td> <td>100,00%</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Sistem Dashboard</td> <td>Presentase</td> <td>100%</td> <td>100,00%</td> <td>100,00%</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target 2024	Capaian 2024	% Capaian	1	Otomatisasi Manajemen	Presentase	100%	100,00%	100,00%	2	Peningkatan Keamanan	Presentase	100%	100,00%	100,00%	3	Sistem Dashboard	Presentase	100%	100,00%	100,00%
No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target 2024	Capaian 2024	% Capaian																									
1	Otomatisasi Manajemen	Presentase	100%	100,00%	100,00%																									
2	Peningkatan Keamanan	Presentase	100%	100,00%	100,00%																									
3	Sistem Dashboard	Presentase	100%	100,00%	100,00%																									

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
36	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1	sistem	1	Integrasi Sistem Informasi adalah suatu proses teknik menggabungkan berbagai komponen atau subsistem menjadi satu kesatuan sistem yang besar. Sistem terintegrasi akan menggabungkan komponen sub-sub sistem ke dalam satu sistem dan menjamin fungsi-fungsi dari sub sistem tersebut sebagai satu kesatuan sistem.  Data Surveillans yang dibutuhkan bersumber dari Laboratory Information System (LIS) yang diintegrasikan dengan aplikasi surveilans Kementerian Kesehatan.
37	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	%	100%	Presentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Reham Medik) dan Farmasi

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
38	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	%	95,20%	<p>Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%</li> <li>Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%</li> <li>Menghitung Hasil akhir/ Persentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi) / 2</li> </ol>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
39	Meningkatkan Revenue	Persentase Peningkatan Pendapatan per tahun	3%	%	8,53%	<p>Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal RS Mata Cicendo selama suatu periode jika arus kas tersebut mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi rupiah murni.</p> <p>Ruang lingkup pendapatan meliputi transaksi penjualan barang, penjualan jasa dan penggunaan aset rs oleh pihak lain.</p> <p>Prosentase peningkatan pendapatan per tahun adalah besaran perubahan/ kenaikan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang dinyatakan dalam persen.</p> <p>Formula = <math>\frac{\text{Pendapatan periode sekarang} - \text{Pendapatan periode sebelumnya}}{\text{Pendapatan periode sebelumnya}} \times 100\%</math></p> $= \frac{254.604.278.688 - 234.601.564.744}{234.601.564.744} \times 100\%$ <p>= 8,53%</p> <p>Realisasi Persentase peningkatan pendapatan per tahun mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 3% dan capaian pada tahun 2024 sudah melebihi dengan capaian sebesar 8,53%.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
40	Meningkatkan Revenue	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	%	111,89%	<p>Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode.</p> <p>Realisasi Pendapatan BLU x100%</p> <p>Estimasi Pendapatan BLU</p> <p>Pendapatan BLU = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya.</p> <p>= <math>\frac{252.979.516.743}{226.087.423.000} \times 100\% = 111,89\%</math></p> <p>Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 95% dan capaian pada tahun 2024 telah melebihi target yaitu sebesar 111,89%.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
41	Meningkatkan Efisiensi	POBO	86%	%	98,82%	<p>Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan Pendapatan PNBPN BLU tidak termasuk biaya penyusutan.</p> <p>Formula = <b><u>Jumlah pendapatan Operasional</u> x 100%</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Biaya Operasional</b></p> $= \frac{254.559.519.688}{257.590.861.717} \times 100\%$ $= 98,82\%$ <p>POBO merupakan rasio pendapatan operasional dibandingkan dengan belanja operasional.</p> <p>Realisasi POBO mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 86% dan capaian pada Tahun 2024 telah melebihi target yaitu sebesar 98,82%.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
42	Meningkatkan Efisiensi	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	%	14%	<p>EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi.</p> <p>EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.</p> <p>EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%</p> <p>Realisasi Persentase EBITDA Margin mempunyai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 15% dan capaian pada Tahun 2024 belum mencapai target yaitu sebesar 14%.</p>
43	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Cash Ratio 240% < CR < 300%	100%	%	100%	<p>Cash Ratio merupakan nilai yang menunjukkan rasio antara jumlah kas dan setara kas dibandingkan dengan kewajiban jangka pendek.</p> <p>Cash Ratio 240% &lt; CR &lt; 300%</p> <p>= <u>Kas dan Setara Kas</u> Kewajiban jangka pendek</p> <p>= <u>20.528.202.546</u> 7.854.255.313</p> <p>= 261,36%</p> <p>Realisasi perhitungan cash ratio Tahun 2024 sebesar 261,36% telah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 100%.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
44	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%	%	98,64%	<p>Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni.</p> <p>Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %</p> $= \frac{36.057.814.019}{36.556.721.000} \times 100\%$ <p>= 98,64%</p> <p>Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni Tahun 2024 sebesar 98,64% telah melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 97%.</p>
45	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	%	98,58%	<p>Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.</p> <p>Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %.</p> $= \frac{238.750.667.561}{242.192.592.000} \times 100\%$ <p>= 98,58%</p> <p>Realisasi anggaran yang bersumber dari BLU Tahun 2024 sebesar 98,58% telah melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 95%.</p>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2024	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
46	Menjamin Ketersediaan Anggaran	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	%	95%	<p>Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.</p> <p>Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK dikali 100%.</p> $= \frac{18}{19} \times 100\%$ $= 95\%$ <p>Realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2024 sebesar 95% telah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 92,5%.</p>

**Tabel 3.6**  
**Realisasi Indikator Kinerja Pertriwulan Tahun 2024**

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2024	Realisasi Triwulan I TH 2024	Realisasi Triwulan II TH 2024	Realisasi Triwulan III TH 2024	Realisasi TH 2024	
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>								
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	89%	83,15%	83,16%	83,70%	84,27%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	90%	90,75%	90,75%	90,64%	90,79%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%	92,8%	92,9%	94,10%	93,10%
<b>BISNIS PROSES INTERNAL</b>								
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%	98,53%	98,89%	99,00%	100%
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	0	0	1	1
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	42,82 menit	44,46 menit	44,89 menit	43,20 menit
		7	Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services	100%	30%	30%	60%	70%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	100%	49%	58%	64%	71%

9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	0	0	1	1
10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	18,68%	18,85%	18,31%	20,16%
11	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%	81,73%	77,88%	79,81%	75,00%
12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	91,74%	91,57%	85,55%	92,12%
13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,60%	1,73%	1,25%	1,40%
14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	80,25%	80,23%	83,78%	87,63%
15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥ 80%	100%	100%	100%	100%
16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2 %	0%	0%	0%	0%
17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	0	0	0	0
18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	98,53%	97,40%	97,04%	98,15%
19	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%	100%	100%
20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%
21	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	86,10%	83,75%	80,84%	85,73%
22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%

		23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%	94,41%	93,44%	91,99%	93,02%
		24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%	100%	100%	100%	100%
		25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	100%
		26	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80%	100%	100%	100%	100%
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	1	2	2	2
		28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10	8	19	38	64
		29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	1	2	15	27
<b>LEARN &amp; GROWTH</b>								
5	MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%	78,94%	78,94%	79,11%	79,11%
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12	3 Laporan	6 Laporan	9 Laporan	12 Laporan
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	3 Laporan	6 Laporan	9 Laporan	12 Laporan

6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	4	5	5	8
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1	0	0	2	2
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	100%	53,33%	72,33%	86,33%	100%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem	1	1	1	1
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	100%	100%	100%	100%
8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	95,01%	95,01%	95,01%	95,20%
9	MENINGKATKAN REVENUE	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	3%	11,95%	13,54%	18%	8,53%

		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	88,00%	114,74%	85,60%	111,89%
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	86%	112,71%	99,29%	105,79%	98,82%
		42	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	8%	15,00%	21,00%	14,00%
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%	100%	100%
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	30,86%	64,20%	75,90%	98,64%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	17,33%	42,34%	66,86%	98,58%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,50%	95%	95%	95%	95%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.6 terlihat dari 46 indikator kinerja yang ditetapkan tahun 2024 terdapat 5 indikator kinerja yang belum mencapai target yang ditetapkan.

## 2. Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024

Tabel 3.7  
Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020 – 2024

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024	
	<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>												
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	80%	82,00%	80,50%	84,91%	85,00%	85,60%	87,00%	83,74%	89,00%	84,27%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	86%	85,00%	87,00%	87,09%	88,00%	90,26%	89,00%	90,75%	90,00%	90,79%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	87,00%	91,00%	87,5%	91,7%	88,0%	93,18%	88,5%	92,2%	90,00%	93,10%
	<b>BISNIS PROSES INTERNAL</b>												
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	77%	74,10%	84,00%	89,53%	93,00%	94,95%	95,00%	95,10%	100%	100%
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	2	3	2	3	2	3	1	2	1	1
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	56,76 menit	60 Menit	50,25 menit	60 Menit	49,14 menit	60 Menit	44,93 menit	60 Menit	43,20 menit

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		7 Pengembangan Layanan Unggulan : Low Vision Center	20%	10%	30%	30%	50%					
		Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services					100%	93%	100%	100%	100%	70%
		8 Layanan Penyakit Infeksi Emerging (PIE)	20%	13,41%	40%	24,50%	60%					
		Pengembangan Inovasi Layanan					100%	100%	100%	98%	100%	71%
		9 Pengembangan Inovasi Layanan Diabetic Integrated Eye Care	5%	1,70%	20%	13%	40%					
		Cicendo Aesthetic Eye Clinic					100%	100%				
		Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran							1	1	1	1
		10 Layanan Oftalmologi Komunitas	10%	10%	30%	30%	50					
		Refractive Surgical & Laser Center					100%	89%				

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP							10,00%	19,48%	10,00%	20,16%
		11 Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal			60,00%	100,00%						
		Pengembangan Layanan : Pengembangan One Stop Service Low Vision					100,00%	92,00%				
		Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar							70,00%	75,96%	70,00%	75,00%
		12 Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang							≥ 80%	82,61%	≥ 80%	92,12%
		13 Penundaan Waktu Operasi Elektif							≤ 3%	1,47%	≤ 3%	1,40%
		14 Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik							≥ 80%	80,71%	≥ 80%	87,63%
		15 Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI							≥ 80%	100%	≥ 80%	100%
		16 Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak							≤ 1,2 %	0%	≤ 1,2 %	0%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna						1	1	1	0
		18	Kepatuhan Kebersihan Tangan						≥ 90%	97,84%	≥ 90%	98,15%
		19	Kepatuhan Penggunaan APD						100%	100%	100%	100%
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien						100%	100%	100%	100%
		21	Waktu tunggu rawat jalan						≥ 80%	82,55%	≥ 80%	85,73%
		22	Pelaporan hasil kritis laboratorium						100%	100%	100%	100%
		23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional						≥ 90%	93,25%	≥ 90%	93,02%
		24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)						≥ 85%	100%	≥ 85%	100%
		25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh						100%	100%	100%	100%
		26	Kecepatan waktu tanggap komplain						≥ 80%	100%	≥ 80%	100%
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	2	2	2	2	2	2	2

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		28 Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10	27	10	34	10	39	10	44	10	64
		29 Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	2	1	3	1	10	1	21	1	27
	<b>LEARN &amp; GROWTH</b>											
5	MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30 Persentase Budaya Keselamatan	70%	67,20%	70,00%	71,44%	75,00%	73,92%	75,00%	78,94%	75,00%	79,11%
		31 Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator							12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
		32 Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol							12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33					1	2	2	7	2	8
		34					1	2	1	2	1	2
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	40%%	35,30%	70,00%	70,00%	100,00%	100,00%	100,00%	92,33%	100,00%	100%
		36							1 Sistem	1	1 Sistem	1
		37							100%	100%	100%	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38 Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar							95,00%	95,01%	95,00%	95,20%
	<b>FINANCIAL</b>											
9	MENINGKATKAN REVENUE	39 Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	0%	-26,78%	1,00%	15,57%	2,00%	10,52%	6,00%	28,84%	3,00%	8,53%
		40 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU							95,00%	108,49%	95,00%	111,89%
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	41 POBO	65%	79,98%	65,00%	85,87%	85,00%	91,06%	85,00%	107,47%	86,00%	98,82%
		42 Persentase nilai EBITDA Margin							15,00%	20,00%	15,00%	14,00%
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43 Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%
		44 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni							97,00%	91,72%	97,00%	98,64%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2020	Realisasi TH 2020	Target 2021	Realisasi TH 2021	Target 2022	Realisasi TH 2022	Target 2023	Realisasi TH 2023	Target 2024	Realisasi TH 2024
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU						95,00%	92,38%	95,00%	98,58%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan						92,50%	95%	92,50%	95%

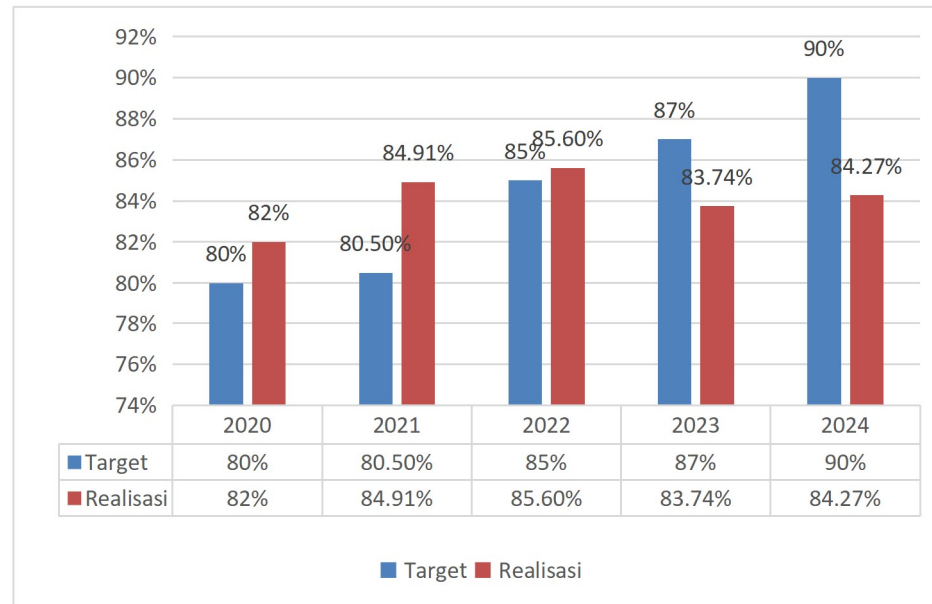
Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2024

**Evaluasi Indikator Kinerja :**

**1. Persentase Kepuasan Pasien**

Kepuasan pasien merupakan gambaran dari hasil pelayanan dan fasilitas yang didapat pasien, sehingga perlu dilakukan penilaian melalui survei kepuasan pasien/pelanggan

**Grafik 3.1**  
**Persentase Kepuasan Pasien**  
**Tahun 2020 – 2024**



Sumber : Tim Kerja Hukum dan humas, Tahun 2020-2024

Berdasarkan Grafik 3.1 terlihat persentase kepuasan pasien dari tahun 2020 – 2024 , terjadi peningkatan kepuasan dari tahun 2020 sebesar 82% menjadi 84,91% pada tahun 2021 menjadi 85,60% pada tahun 2022 , Namun pada tahun 2023-2024 Tingkat kepuasan pasien mengalami

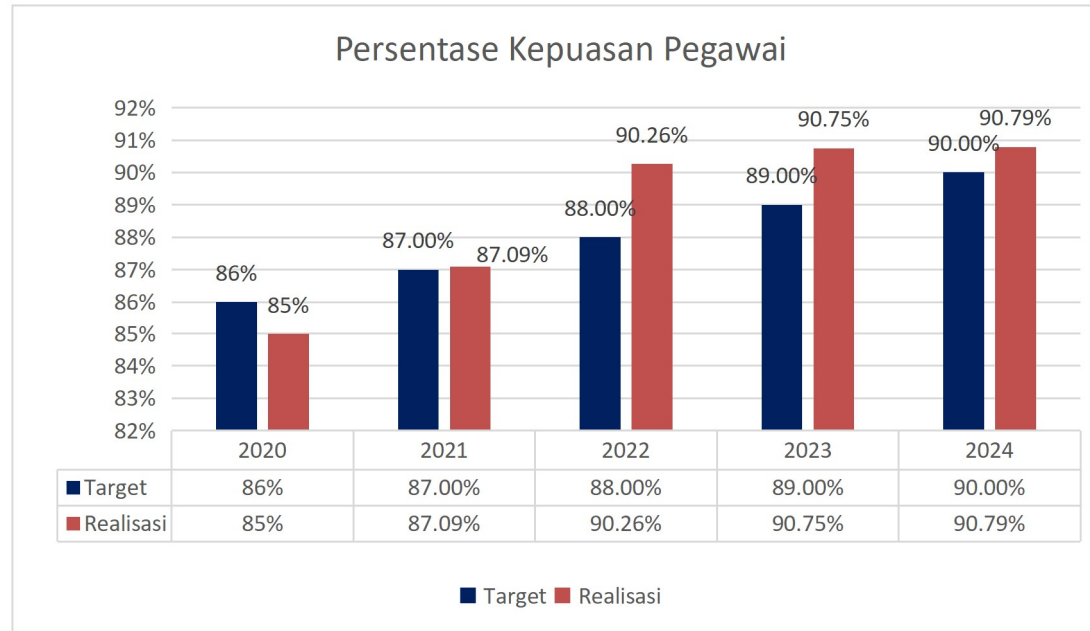
penurunan dari target 87% tahun 2023 realisasi hanya sebesar 83,74% ditahun 2024 Realisasinya menjadi sebesar 84.27% dari target 90%. Tingkat Kepuasan pasien merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dalam memilih layanan di RS Mata Cicendo Bandung sehingga dapat meningkatkan volume kunjungan pasien dan revenue. Kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, prosedur pelayanan dan kepastian biaya pelayanan merupakan penilaian pasien terendah atas kepuasan pelayanan. Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah pelanggan eksternal pada tahun 2024 (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara langsung.

Untuk meningkatkan tingkat kepuasan pasien upaya yang telah dilakukan yaitu menindaklanjuti saran dan kritik dalam lembar kuesioner baik mengenai sumber daya manusia, pelayanan dan fasilitas untuk perbaikan dan kemajuan mutu rumah sakit, meningkatkan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan, melakukan koordinasi semua unit terkait dalam memperbaiki mutu layanan.

## **2. Persentase Kepuasan Pegawai**

Survey Kepuasan Pegawai Tahun 2024 ini dilaksanakan melalui pengisian kuesioner Google Form terkait Kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

**Grafik 3.2**  
**Persentase Kepuasan Pegawai**  
**Tahun 2020 – 2024**



Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2020- 2024

Berdasarkan Grafik 3.2 di atas capaian persentase kepuasan pegawai pada tahun 2020 sebesar 85% belum mencapai target namun meningkat pada tahun 2021 mencapai target yang telah ditetapkan, Realisasi sebesar 87.09% dari target 87% dan di tahun 2022 terjadi peningkatan capaian menjadi 90.26% dari targetnya 88% di tahun 2022. Pada tahun 2023 dapat mencapai target sebesar 90,75% dari target 89%. Dan Pada tahun 2024 dari target 90% realisasi sebesar **90.79%**.

Metode analisis yang digunakan untuk menilai hasil survey tahun 2024 adalah menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Ditinjau berdasarkan sumbernya, data yang akan dianalisis termasuk dalam katagori data primer. Data primer adalah data yang dihimpun langsung dari objek penelitian menggunakan kuesioner yang diisi oleh para pegawai.

Survey Kepuasan Pegawai Tahun 2024 ini dilaksanakan melalui pengisian kuesioner Google Form terkait Kepuasan pegawai terhadap tugas pokok dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Setelah dilakukan survey kepuasan pegawai melalui aplikasi Google Form mengenai kepuasan tupoksi, kepuasan pendapatan, kepuasan atasan langsung, kepuasan rekan kerja dan kepuasan promosi terhadap seluruh pegawai PMN RS Mata Cicendo Bandung, didapatkan data dari total 582 orang pegawai PMN RS Mata Cicendo Bandung, yang mengisi survey kepuasan pegawai melalui aplikasi Google Form adalah 579 orang (99%).

Dari hasil survey 579 orang secara keseluruhan dapat di ambil rata-rata bahwa persentase kepuasan pegawai di PMN RS PMN Mata Cicendo Bandung terhadap tupoksi 92,74%, pendapatan 88,34%, atasan langsung 86,93%, rekan kerja 93,53%, dan promosi 92,33%. apabila direrata tingkat kepuasan dari ke 5 (lima) aspek penilaian tersebut mempunyai nilai adalah 90,79%. Adapun hal-hal yang masih perlu mendapat perhatian dari hasil survey tersebut adalah pendapatan, promosi dan atasan langsung kurang memberikan penghargaan terhadap keberhasilan karyawan dalam menyelesaikan tugas pekerjaan, dan kebijakan promosi yaitu kenaikan pangkat atau jabatan, di PMN RS Mata Cicendo saat ini belum sesuai.

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam upaya meningkatkan angka persentase kepuasan pegawai adalah:

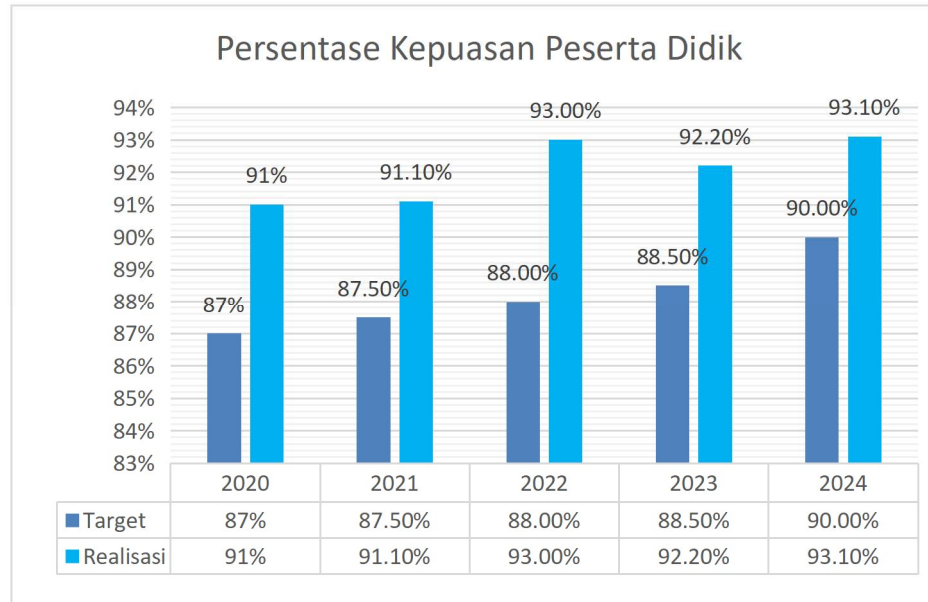
1. Pengelolaan kepegawaian sudah bagus, tapi sebaiknya dilakukan pengawasan kepada pegawai pada saat jam kerja, agar pelayanan lebih efektif.
2. Atasan harus bersikap tegas dalam pengambilan keputusan terhadap permasalahan yang terjadi.
3. Mohon memberikan penilaian secara objektif terhadap karyawan yang jarang hadir. Sanksi jangan hanya secara lisan. Pegawai yang bersalah mohon tidak dibela dan tidak dibiarkan. Perlu ada sanksi tegas bagi pegawai yang melakukan kesalahan fatal.
4. Tunjangan kinerja mohon diselaraskan dengan beban kerja diharapkan atasan lebih objektif menilai kinerja stafnya.
5. Promosi jabatan berdasarkan prestasi kerja, loyalitas, sikap dan perilaku. Semua aspek harus terpenuhi sehingga diperoleh pimpinan yang dapat dijadikan panutan dan teladan bagi pegawai yang dipimpinnya.
6. Tugas tambahan menjadi pertimbangan dalam pemberian remunerasi sehingga bisa menjadi motivasi dan pegawai lebih semangat bekerja

7. Seluruh karyawan diberikan kesempatan untuk meniti karir sesuai dengan latar belakang pendidikannya ditempat/di unit yang sesuai dengan latar belakang pendidikannya pula.
8. Untuk pegawai yang telah meningkatkan kompetensi/melanjutkan pendidikan sebaiknya diusulkan untuk promosi agar tidak diisi SDM dari luar sehingga pendapatannya juga naik. kesejahteraannya meningkat.
9. Untuk pemilihan karyawan terbaik mohon dilakukan terus secara berkelanjutan dan ada reward khusus buat pegawai yang berdedikasi
10. Semoga RS Mata Cicendo lebih sejahtera dalam meningkatkan pelayanan kualitas pada pasien ataupun pegawai. dan khususnya kesejahteraan para pegawainya lebih ditingkatkan seadil adilnya mengingat trend penambahan pasien saat ini cukup signifikan, perlu penambahan pegawai

### **3. Persentase Kepuasan Peserta Didik**

Peserta didik adalah Peserta Program Pendidikan Dokter spesialis (PPDS), Program Studi Pendidikan Dokter (PSPD) dan Pelatihan Dokter Spesialis Mata. Tingkat kepuasan peserta didik diukur menggunakan kuesioner

**Grafik 3.3**  
**Persentase Kepuasan Peserta Didik**  
**Tahun 2020 – 2024**



Sumber : Tim Kerja Diklat Tahun 2020-2024

Berdasarkan Grafik 3.3 terlihat persentase kepuasan peserta didik telah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2020 dari target 87% realisasi sebesar 91% tahun 2021 sebesar 91,10% dan pada tahun 2022 terjadi peningkatan lagi sebesar 93%. Pada tahun 2023 kepuasan peserta didik dari target 88.50% realisasinya 92.20% menurun dari tahun 2022 tapi pada tahun 2024 mengalami peningkatan dari tahun 2023 dari target 2024 sebesar 90% realisasi 93,10%.

Persentase kepuasan peserta didik diukur dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan ke peserta didik (residen). Kriteria penilaian kepuasan peserta didik terbagi dalam 6 kriteria penilaian yaitu sistem pengajaran, organisasi dan manajemen, konten pembelajaran, sistem penilaian, beban Pendidikan dan beban non akademik. Presentase tingkat kepuasan peserta didik berdasarkan kriteria penilaian yang ditetapkan adalah 93%.

Perhitungan Kepuasan Peserta Didik PPDS :

$\frac{\text{Jumlah responden yang puas}}{\text{Jumlah total responden}} \times 100\%$

Jumlah total responden

=  $\frac{27}{29} \times 100\%$

29

= 93,10%

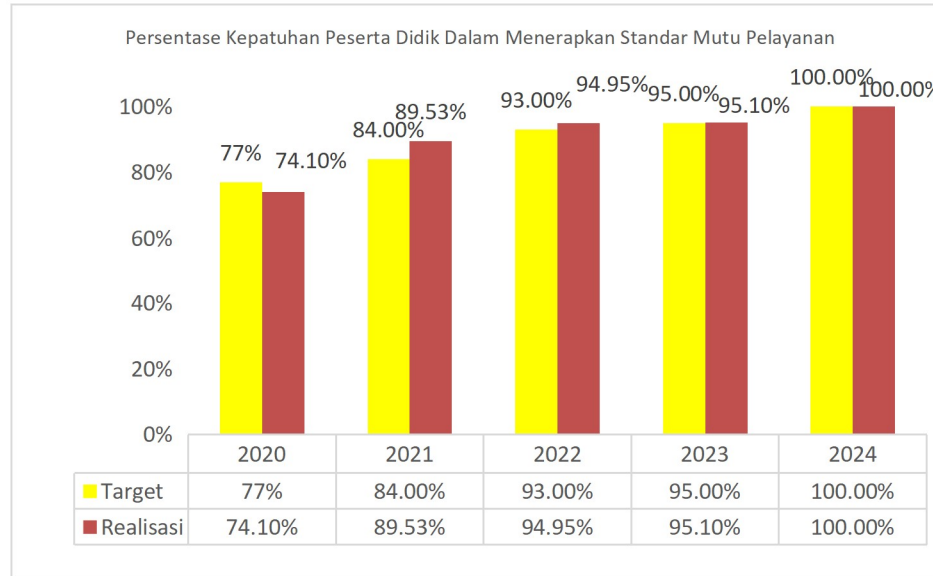
Presentase Kepuasan Peserta Didik PPDS Tahun 2024 adalah 93,10%

Rencana Tindak Lanjut perlu dilakukan monitoring dan evaluasi kegiatan bersama dengan UNPAD, memperbaiki metode pembelajaran dan kegiatan belajar mengajar sesuai dengan perkembangan metode yang ada, pengisian kuisioner secara baik dan benar serta menetapkan format baru evaluasi kepuasan peserta didik.

#### **4. Presentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan**

Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan dalam hal ini adalah Penerapan Cuci Tangan Peserta Didik di PMN RS Mata Cicendo Bandung

**Grafik 3.4**  
**Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan**  
**Tahun 2020 - 2024**



*Sumber: Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Tahun 2020 – 2024*

Berdasarkan Grafik 3.4 terlihat persentase kepuasan peserta didik pada tahun 2020 belum mencapai target dari target 77% realisasi sebesar 74,10% pada tahun 2021 telah mencapai target yang ditetapkan 84% dengan capaian sebesar 89,53%, pada tahun 2022 telah mencapai target yang ditetapkan 93% dengan capaian sebesar 94,95% Kemudian pada tahun 2023 dari target yang ditetapkan sebesar 95% realisasi sebesar 95.10%, pada tahun 2024 dari target 100% realisasi sebesar 99.00% atau belum mencapai target yang ditentukan.

Penerapan Standar Mutu Pelayanan dalam hal ini adalah Penerapan Cuci Tangan Peserta Didik di PMN RS Mata Cicendo Bandung. Metode penilaian dilaksanakan melalui survey terhadap kepatuhan penerapan cuci tangan peserta didik di lingkungan PMN RS Mata Cicendo Bandung. Cuci tangan sesuai *Hand Hygiene* WHO 2009 bagi peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan.

Formula

=  $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$

Denominator

- Numerator 100 Jumlah Tindakan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).
- Denominator 100 Jumlah kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).

=  $\frac{100}{100} \times 100\%$

100

= 100%

Terdapat 100 peserta program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang kontak langsung dengan pelayanan Kesehatan dan melakukan Tindakan cuci tangan sesuai Hand Hygiene WHO 2009 pada 5 waktu (Five Moment) dari 100 kesempatan dalam melakukan cuci tangan 6 langkah menurut WHO pada 5 waktu (Five Moment).

Ini menggambarkan bahwa peserta seluruh program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang sudah patuh menerapkan Standar Mutu Pelayanan sehingga tidak terjadinya infeksi.

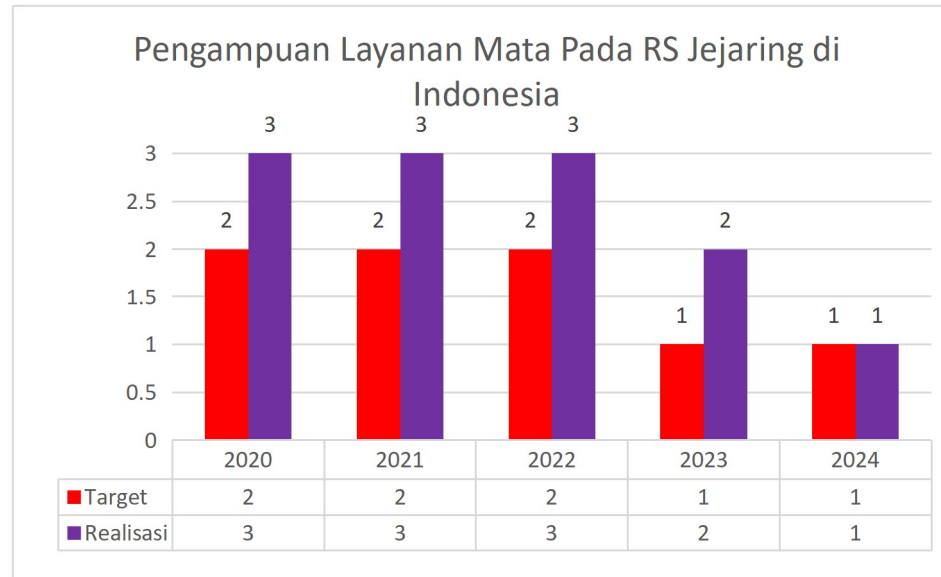
Adapun langkah strategis yang bisa terus dilakukan adalah:

- a. Sosialisasi pentingnya kebersihan tangan di setiap kesempatan.
- b. Menginformasikan ke seluruh RS terkait hasil capaian kebersihan tangan.
- c. Pemenuhan fasilitas kebersihan tangan.
- d. Peningkatan kualitas hasil audit

## 5. Pengampuan Layanan Mata Pada RS Jejaring di Indonesia

Pengampuan layanan mata pada Rumah Sakit/Balai Kesehatan jejaring yang diampu adalah Rumah Sakit/Balai Kesehatan jejaring yang dibina oleh RS Mata Cicendo dalam aspek pelayanan dan manajemen.

**Grafik 3.5**  
**Jumlah RS Jejaring yang Diampu**  
**PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 – 2024**



Sumber: Tim Kerja Diklat Tahun 2020-2024

Berdasarkan Grafik 3.5 terlihat jumlah rumah sakit yang diampu dari tahun 2020 sampai tahun 2023 telah melebihi target yang ditetapkan., hal ini menunjukkan meningkatnya kepercayaan masyarakat terhadap PMN Rumah Sakit Mata Cicendo. RS Mata Cicendo merupakan satu-satunya rumah sakit mata rujukan nasional UPT vertikal sehingga harus menjadi pengampu bagi rumah sakit mata lainnya.

Kegiatan pengampunan RS Jejaring dalam rangka mewujudkan sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal, terdapat 3 (tiga) RS jejaring yang diampu pada Tahun 2022 dan telah mencapai target yang ditetapkan sebanyak 2 RS jejaring. Pada tahun 2023 terdapat 2 RS yang diampu dari target 1 RS. RS jejaring yang diampu yaitu:

- a. RS Mata Provinsi Kalimantan Timur tanggal 24-26 Juli 2023.
- b. RS Mata Sulawesi Utara tanggal 14-16 Agustus 2023.

Pada tahun 2024 sudah beberapa kali dilakukan kegiatan pengampunan Ke RS jejaring di RS Mata Provinsi Kalimantan Timur antara lain :

- a. Bimtek pemeliharaan Alkes pada tanggal 21-24 Februari 2024
- b. Magang pegawai pada tanggal 24-28 Juni mengenai Integrasi RME dengan satu sehat

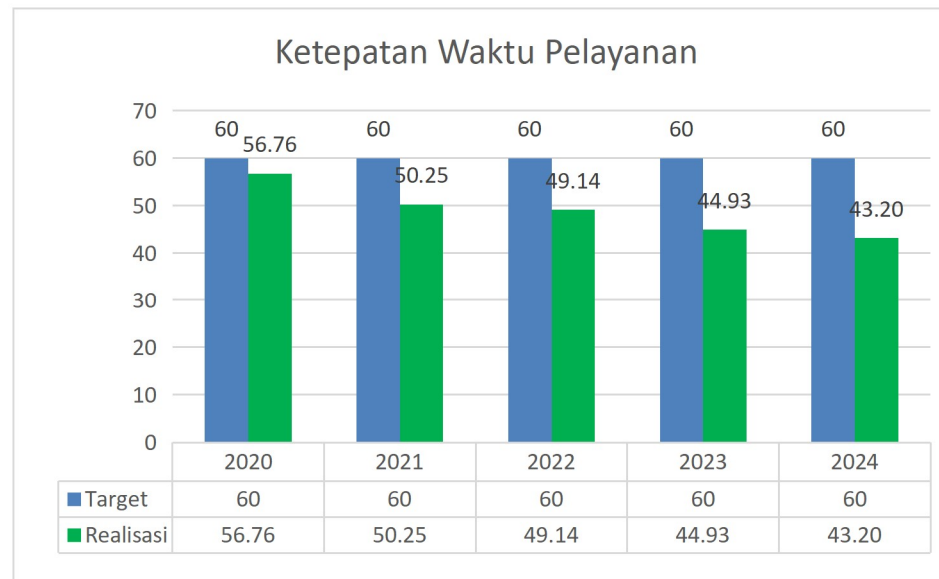
Namun demikian usaha yang dilakukan belum mampu menaikkan stratifikasi layanan di RS Jejaring hingga tahun 2024

Jumlah pengampunan layanan mata RS jejaring masih 1.

#### 6. Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.

**Grafik 3.6**  
**Capaian Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan Tahun 2020-2024**



Sumber: Instalasi Rawat Jalan, Tahun 2020 - 2024

Sesuai dengan penilaian kinerja RS BLU, Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Waktu standar umumnya adalah < 30 menit. Terkait indikator waktu tunggu rawat jalan tahun 2024 masih perlu dioptimalkan meskipun tahun 2024 ketepatan waktu pelayanan telah mencapai target sebesar **43,20** menit tetapi jika dilihat dari standar sesuai Perdirjen PB No.24 Tahun 2018, bahwa waktu tunggu rawat jalan ideal adalah kurang dari 30 menit. Untuk itu sebagai salah satu solusinya adalah mengoptimalkan implementasikan E-Medical Record dengan lengkap dan tepat waktu, percepatan pelayanan pada setiap tahap pemeriksaan yang sedang berjalan dan mengoptimalkan kembali jadwal DPJP pada setiap polikliniknya dan percepatan pelayanan pada setiap tahapan proses pemeriksaan pasien secara keseluruhan oleh semua PPA, sehingga dimasa yang akan datang capaian indikator waktu tunggu mencapai target dan pelayanan akan lebih baik. sehingga dimasa yang akan datang capaian indikator waktu tunggu mencapai target dan pelayanan akan lebih baik.

Formula = jumlah kumulatif waktu pasien rawat jalan yang disurvei

Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei

=  $\frac{41469}{960} \times 100\%$

960

= 43,20 menit

## 7. Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services

Advanced Diabetic Retina Services adalah penanganan kasus diabetic retinopati tahap lanjut di RSMC

**Tabel 3.8**

### Capaian Pengembangan Layanan Unggulan Low Vision

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services	100%	70%

Sumber: Tim Kerja Pelayanan Medik, Tahun 2023

Berdasarkan Tabel 3.8 Pengembangan Layanan Unggulan Advance Diabetic Retina Services tidak mencapai target, dari target 100% tercapai 70%,

Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Diabetic Retina Services sesuai dengan program strategisnya adalah:

- a. Capaian Pengembangan layanan:
  - 1) Pelayanan Diabetik Retinopati terintegrasi (10%)
  - 2) Peningkatan layanan DR (10%)
  - 3) Peningkatan layanan gizi (5%)
  - 4) Peningkatan Layanan Penyakit Dalam (5%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
  - 1) Pendidikan S3 dr. SpM (13%).
  - 2) IHT Staf baru dokter retina (15%)
  - 3) Observership dr. SpM (2%)
- c. Capaian Education Research
  - 1) Penelitian, Publikasi Nasional DR (0%)
  - 2) Pelatihan (course) baru advanced DR (10%)
- d. Capaian Sarana Prasarana
  - 1) Pemenuhan Kebutuhan Alat Kesehatan Penunjang Layanan Foto Fundus Ultrawidefield (0%)
  - 2) Renovasi ruang poliklinik retina (0%)
  - 3) Pemenuhan fasilitas ruang tunggu konsultasi gizi (0%)
  - 4) Pemenuhan Kebutuhan Alat Kesehatan Penunjang Layanan Digital Assisted Vitreoretinal Surgery (3D viewing system) (0%)

**Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana**

$$70\% = 30\% + 30\% + 10\% + 0$$

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan Layanan Advanced Diabetic Retina Services karena ketidakcapaian target adalah pemenuhan kebutuhan pengembangan SDM untuk penambahan dokter Spesialis Mata, Benchmarking Retina dan Observership serta penambahan sarana prasarana.

## 8. Pengembangan Inovasi Layanan

Trauma Eye Center adalah pusat layanan trauma mata yang terintegrasi dengan berbagai disiplin ilmu subspecialistik yang terkait, Realisasi pada tahun 2024 sebesar 71% dari target 100%, adapun capaian masing-masing bagian diuraikan pada penjelasan dibawah ini:

**Tabel 3.9**  
**Capaian Pengembangan Inovasi Layanan Trauma Eye Center**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Pengembangan Inovasi Layanan Trauma Eye Center	100%	93%

Berdasarkan Tabel 3.9 Penguatan layanan unggulan *Trauma Eye Center* tercapai 93% dari target yang ditetapkan 100%, Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Diabetic Retina Services sesuai dengan program strategisnya adalah:

- a. Capaian Pengembangan layanan:
  - 1) Pelayanan TraumaCenter (10%).
  - 2) ERT 2 < 2 jam (10%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
  - 1) Observership ke Luar Negeri (10%)
  - 2) IHT Perawat Trauma mata (5%)
- c. Capaian Education Research
  - 1) Publikasi ilmiah terakreditsi(10%)
  - 2) Penerbitan Buku Trauma Mata (13%)

3) Pembentukan Kurikulum observership Trauma Mata (15%)

d. Capaian Sarana Prasarana

1) Sosialisasi dan penggunaan : IGATES(20%)

**Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana**

**93% = 20% + 15% + 38% + 20%**

#### **Cicendo Aesthetic Eye Clinic**

Cicendo *Aesthetic Eye Clinic* adalah layanan estetik mata meliputi konsultasi, pemeriksaan dan tindakan dalam pembiusan lokal.

**Tabel 3.10**

**Capaian Pengembangan Inovasi Layanan Aesthetic Eye Clinic**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Cicendo Aesthetic Eye Clinic	100%	82%

Berdasarkan Tabel 3.10 Penguatan layanan unggulan Aesthetic Eye Clinic tercapai 82% dari target yang ditetapkan 100%,

Adapun capaian pengembangan layanan unggulan Aesthetic Eye Clinic sesuai dengan program strategisnya adalah:

a. Capaian Pengembangan layanan:

1) Pengembangan Cicendo Esthetic Eye Clinic and dry eye (8%).

2) Pengembangan spa mata (12%)

b. Capaian Pengembangan SDM

1) Pelatihan/ observership bagi 2 dokter SpM (15%)

2) Pelatihan bagi 2 perawat (4)

3) Pemenuhan SDM penunjang lainnya

c. Capaian Education dan Research

1) Publikasi Internasional(5%)

2) Menyelenggarakan CME dan edukasi aw am terkait Cicendo Eye Aesthetic Clinic (15%)

d. Capaian Sarana Prasarana

- 1) BMHP : Lensa Kontak RGP, Dry eye,spa intens puls light : BHP Blepharoplasty, eye lashes,eye brow,filler, Pojok dokumentasi Before-After (Kamera DSLR, Printer, Komputer, Papan Nama Medrek, Background, Tripod (8%)
- 2) Alat/ Instrumen (10%)

**Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana**

$$82\% = 20\% + 24\% + 20\% + 18\%$$

### Refractive Surgical & Laser Center

Refractive Surgical dan Laser Center adalah layanan katarak bedah refraktif yang lengkap, komprehensif dan terintegrasi.

**Tabel 3.11**

#### **Capaian Pengembangan Inovasi Layanan Refractive Surgical & Laser Center**

**Tahun 2024**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Refractive Surgical & Laser Center	100%	77%

Berdasarkan Tabel 3.11 Dari target indikator yang telah ditetapkan, dan sesuai pemenuhan program dalam mendukung target indikator tersebut.

*Refractive Surgical* dan *Laser Center* belum mencapai target, dari target 100% baru tercapai 77%,

Adapun capaian pengembangan layanan unggulan *Refractive Surgical* dan *Laser Center* sesuai dengan program strategisnya adalah:

a. Capaian Pengembangan layanan:

- 1) Peningkatan Volume Layanan Operasi IOL Premium (10%)
- 2) Pengembangan Laser Floater Treatment (5%)

- 3) Pengembangan Lasik Ekstr (0%)
- 4) Pengembangan Teknik keratoplasty (0%)
- b. Capaian Pengembangan SDM
  - 1) Course Fellow shiff (12,5%)
  - 2) Agenda Tahunan (12,5%)
- c. Capaian *Education Research*
  - 1) Publikasi Internasional (12,5%)
- d. Capaian Sarana Prasarana
  - 1) Pemenuhan alat Penunjang (25%)

**Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana**

$$77,5\% = 15\% + 25\% + 12,5\% + 25\%$$

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan Layanan *Refractive Surgical* dan *Laser Center* adalah pemenuhan Pengembangan SDM untuk Kursus/Workshop LFT dan pemenuhan *Education Reasearch* untuk Publikasi Internasional tentang *A-constant IOL hypothetically*(ES Azalia).

#### **Pengembangan One Stop Service Low Vision**

Pengembangan One Stop Service Low Vision Adalah tersedianya layanan rehabilitasi pasien low vision dewasa maupun anak dalam satu atap (One Stop Service)

**Tabel 3.12**

**Capaian Pengembangan One Stop Service Low Vision**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Pengembangan One Stop Service Low Vision	100%	32%

Berdasarkan Tabel 3.12 Peningkatan Pengembangan *One Stop Service Low Vision* Tahun 2024 belum mencapai target dari target 100% baru tercapai 32 %.

Adapun capaian pengembangan *One Stop Service Low Vision* sesuai dengan program strategisnya adalah:

a. Capaian Pengembangan layanan:

- 1) Peningkatan layanan rehabilitasi anak dan dewasa (15%)
- 2) Peningkatan promosi layanan one stop service *lowvision* (3%)
- 3) Pengembangan layanan audio book (0%)
- 4) Pengembangan kerjasama Direktorat Rehabilitasi Sosial KEMENSOS (0%)
- 5) Pengembangan pojok Braille (2%)

b. Capaian Pengembangan SDM

- 1) Pembentukan tim multimedia untuk audiobook (5%)
- 2) *Rekrutmen terapis perilaku terapis wicara, dan fisioterapis* (5)

c. Capaian *Education Research*

- 1) Publikasi artikel ilmiah di jurnal terakreditasi (0%)
- 2) Pengembangan kerjasama untuk alat bantu low vision (2%)

d. Capaian Sarana Prasarana

- 1) Pengembangan alat bantu low vision smartphone dan tablet dengan aplikasi ramah low vision (0%)

**Formula = Capaian pengembangan Layanan+ Pengembangan SDM+ Research+ Sarana Prasarana**

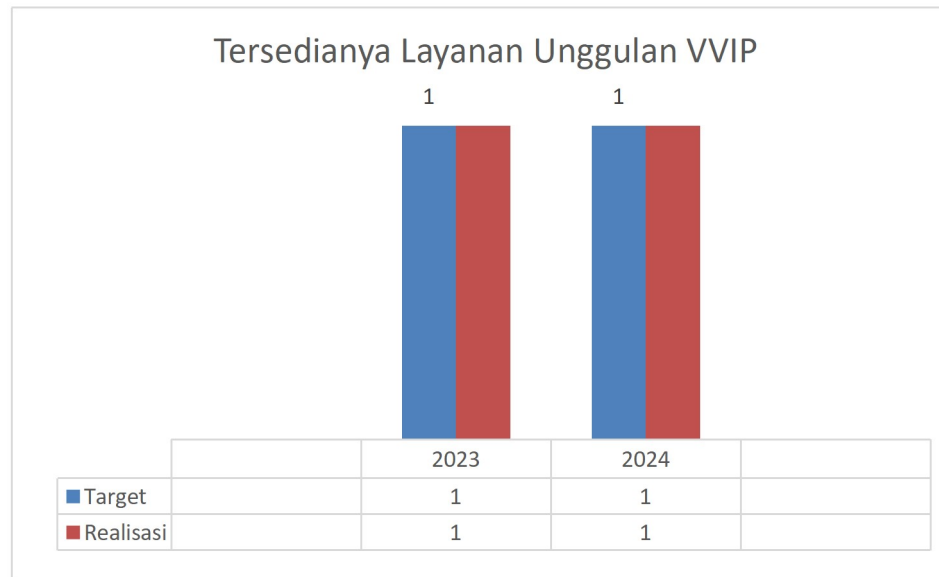
$$32\% = 20\% + 10\% + 2\% + 0\%$$

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan Layanan Pengembangan *One Stop Service Low Vision* adalah pemenuhan kebutuhan Education Research untuk Publikasi artikel ilmiah di jurnal terakreditasi dan Penerbitan buku *lowvision*.

**9. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran**

Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan rencana bisnis anggaran adalah Pelayanan unggulan rawat jalan di rumah sakit dengan klasifikasi pelayanan khusus/VVIP pada tahun 2023 target 1 dan realisasi 1, Pada Tahun 2024 dari target 1 realisasi tercapai 1.

**Grafik 3.7**  
**Tersedianya Layanan Unggulan VVIP**  
**Tahun 2023-2024**



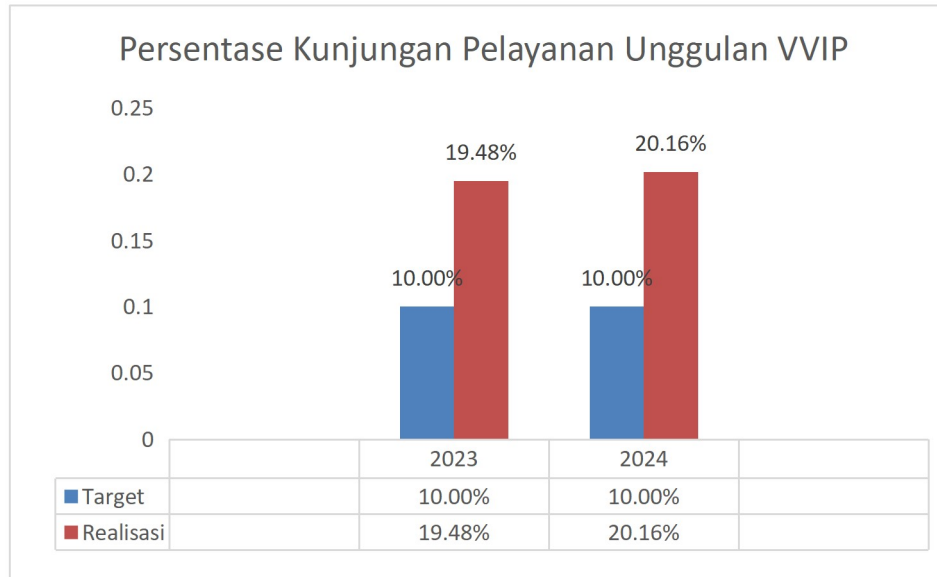
Sumber : Instalasi Eksekutif 2024

#### 10. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Persentase peningkatan kunjungan pasien VVIP adalah Volume Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP dibandingkan dengan total kunjungan pasien di rumah sakit. Formulasi atau perhitungan kunjungan pasien dipelayanan unggulan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah Kunjungan Pasien VVIP}}{\text{Jumlah Total Kunjungan Pasien di RS}} \times 100\%$$
$$= \frac{2635}{13.069} \times 100\%$$
$$= \mathbf{20,16\%}$$

**Grafik 3.8**  
**Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Unggulan VVIP**  
**Tahun 2023 - 2024**



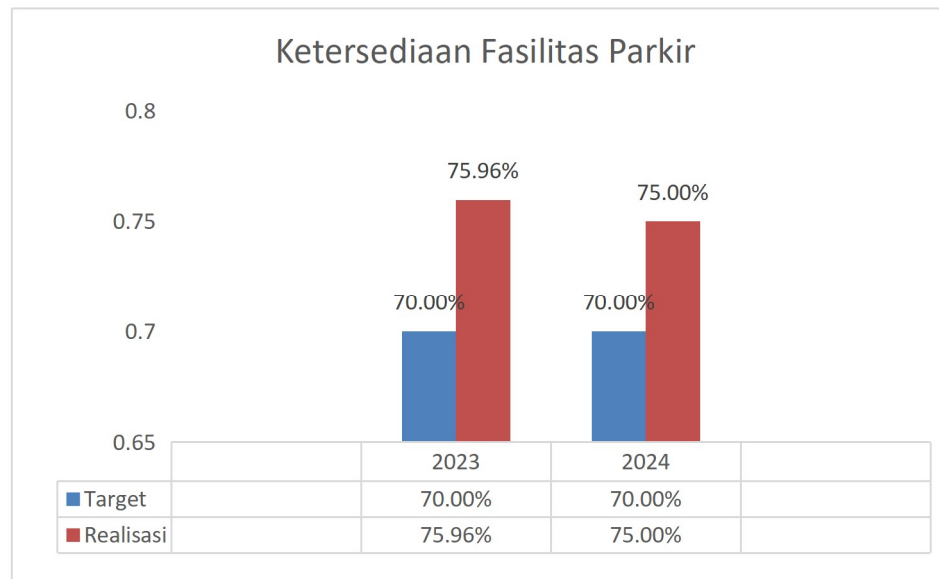
Sumber : Instalasi Eksekutif 2024

Pada grafik 3.8 terlihat tahun 2023 target persentase peningkatan kunjungan pasien dipelayanan VVIP sebesar 10% dan realisasinya sebesar 19.48% atau diatas target yang telah ditetapkan, Kemudian di tahun 2024 dari target 10% realisasi sebesar **20.16%**.

#### 11. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar

Ketersediaan Fasilitas Parkir yang sesuai standard adalah jumlah keseluruhan parkir yang tersedia untuk pengunjung/pasien. Pada Tahun 2023 dari target ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar sebesar 70% realisasi sebesar 75.96%, Kemudian di tahun 2024 realisasi dari target 70% realisasi sebesar **75%**

**Grafik 3.9**  
**Ketersediaan Fasilitas Parkir**  
**Tahun 2023 - 2024**



Sumber : Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga, Tahun 2024

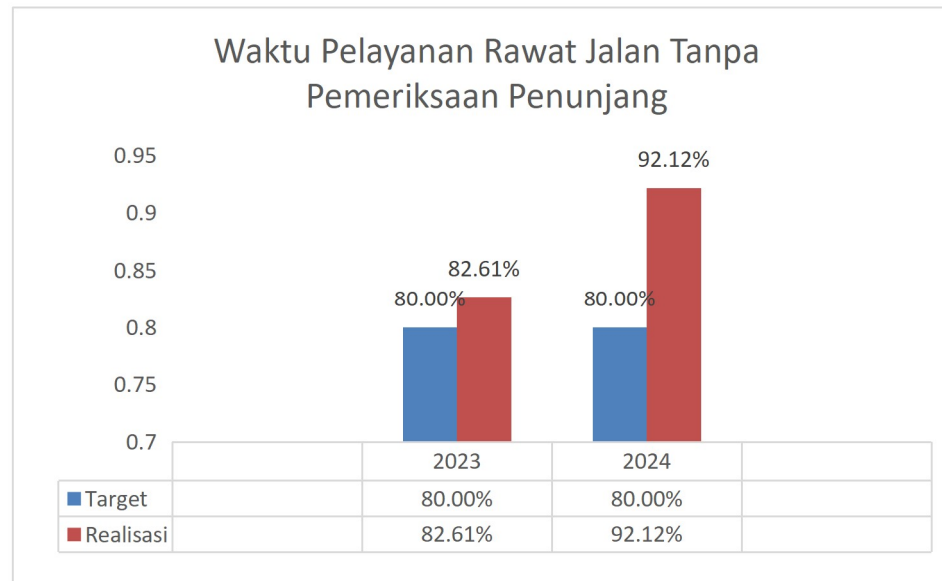
- Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.
- Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.

- Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.
- Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.
- Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit
- Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00
- Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.
- Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman

#### **12. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan pasien dari pendaftaran sampai pasien selesai menerima obat tanpa ada pemeriksaan penunjang. Realisasi tahun 2023 sebesar 82,61% dari target sebesar  $\geq 80\%$ , Pada tahun 2024 meningkat dari tahun 2023 sebesar 92.12% dari target  $\geq 80\%$ .

**Grafik 3.10**  
**Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**  
**Tahun 2023 - 2024**



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2024

1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat
2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran
3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 180$  menit

### 13. Penundaan Waktu Operasi Efektif

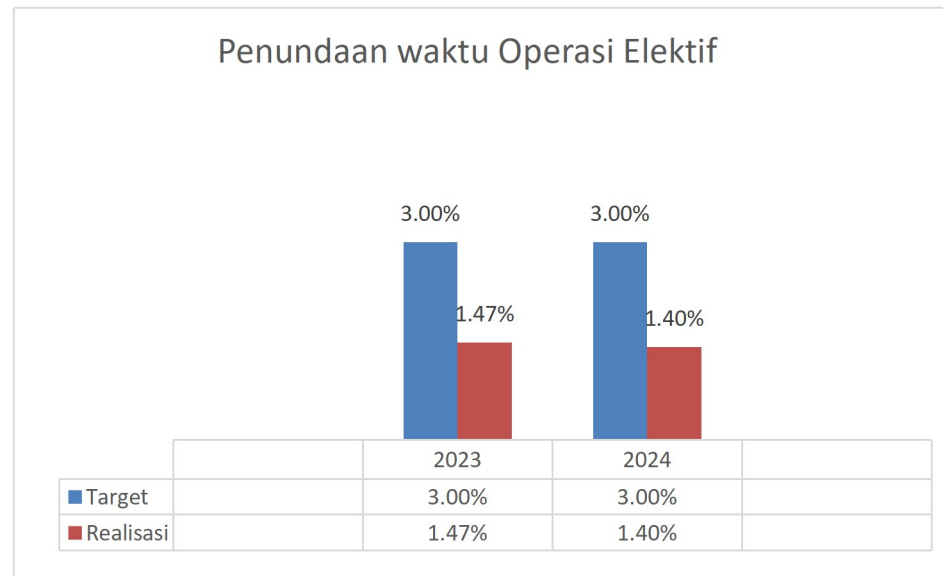
Penundaan waktu operasi efektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya telah terencana atau telah dijadwalkan. Formulasi untuk perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah Pasien Operasi Elektif}} \times 100\%$$

Kriteria Eksklusi:

- Penundaan operasi atas indikasi medis
- Operasi dengan penyulit
- Penundaan karena persyaratan administrasi memerlukan persetujuan khusus

**Grafik 3.11**  
**Penundaan Waktu Operasi Elektif**  
**Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi Kamar Bedah, Tahun 2024

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

#### 14. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

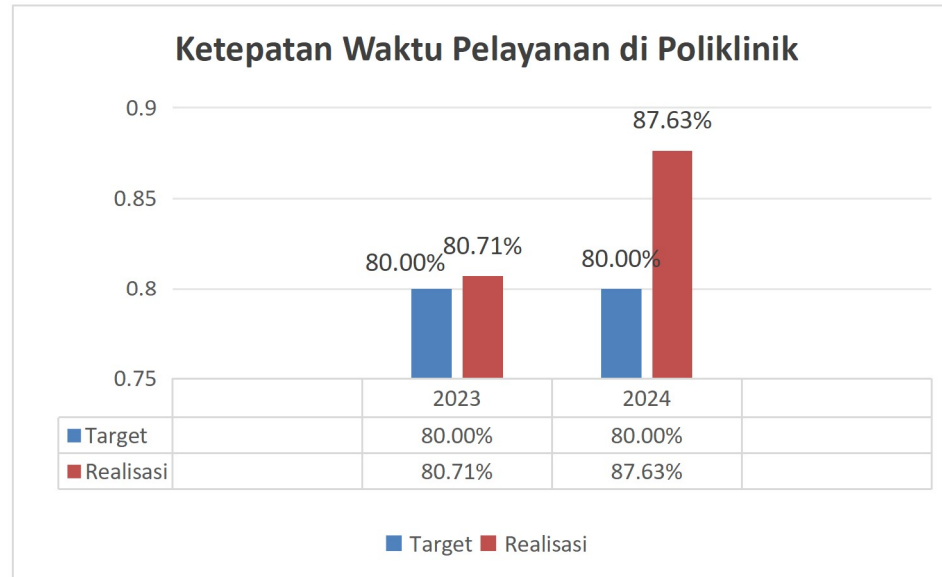
Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah ketepatan waktu pelayanan oleh tenaga medis dipoliklinik sesuai waktu yang ditentukan. Target tahun 2024  $\geq$  80%. dengan realisasi sebesar 80,23%. Indikator dan cara penghitungannya dapat dijelaskan dibawah ini :

Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu  
 $\frac{\text{sesuai waktu yang ditentukan}}{\text{jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$

$$\frac{347}{396} \times 100\%$$

$$= 87,63\%$$

**Grafik 3.12**  
**Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**  
**Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2024

Dari grafik 3.12 terlihat bahwa ketepatan waktu pelayanan sudah melewati target yang ditentukan, dimana target 2023 dari target 80% realisasi 80,71 %. kemudian tahun 2024 dari target 80% realisasi sebesar 87.63%.

- Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.
- Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.
- Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik.
- Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan

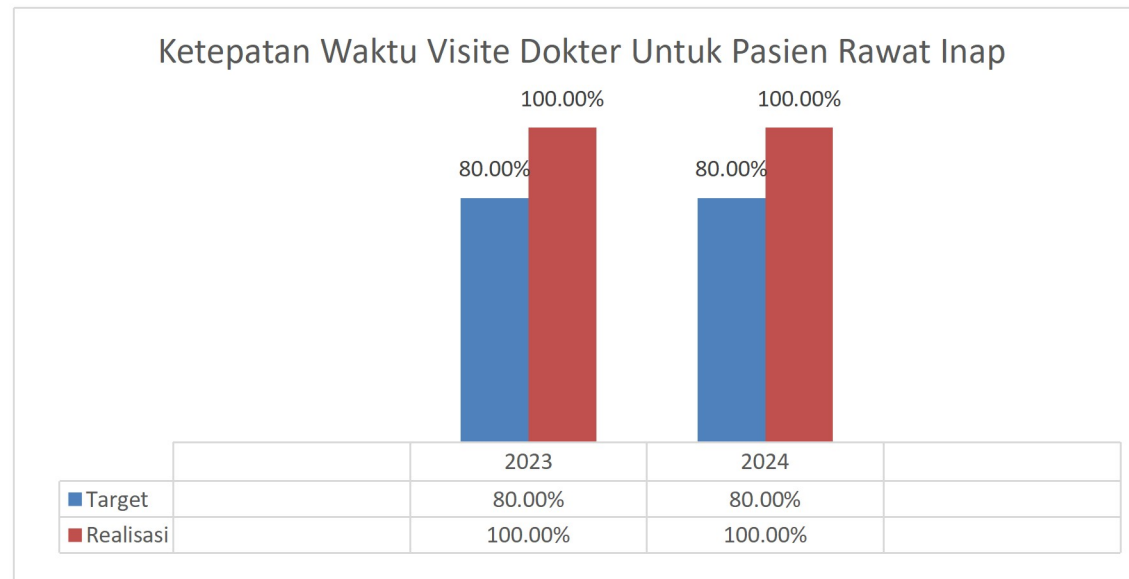
### 15. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap

Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Formulasi cara menghitungnya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visit dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah Pasien yang di Observasi}} \times 100\%$$

Grafik 3.13

Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2023-2024



Sumber : Instalasi Rawat Inap 2024

Dari grafik terlihat pada tahun 2023 dan tahun 2024 dari target 80% ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap realisasi 100%.

Laporan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap diukur setiap bulan, triwulan, semester dan tahunan.

## 16. Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak

Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah katarak adalah banyaknya kejadian endoftalmitis pada pasien paska operasi katarak.

- Katarak adalah kondisi Ketika lensa alami mata menjadi keruh, protein di lensa rusak dan menyebabkan hal-hal terlihat buram, kabur dan kurang berwarna (AAO, 2022)
- Pasca Bedah Katarak adalah Kondisi pasien setelah dilakukan bedah katarak
- Endoftalmitis Pasca Bedah Intraokular Katarak adalah peradangan berat yang melibatkan segmen anterior dan posterior bola mata setelah bedah katarak yang disebabkan masuknya organisme mikroba ke dalam mata selama dan setelah tindakan operasi  $\leq 2$  minggu

Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah katarak adalah banyaknya kejadian endoftalmitis pada pasien paska operasi katarak ditahun 2024 dari target  $\leq 1,2\%$  realisasi 0%. Dimana tidak ada satupun kasus Endoftalmitis pasca bedah katarak.

**Tabel 3.13**

**Persentase Kejadian Endoftamitis Pasca Bedah Katarak**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Persentase Kejadian Endoftamitis Pasca Bedah Katarak	$\leq 1,2\%$	0%

## 17. Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi Paripurna

Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna adalah rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal yang mencapai strata targetnya (paripurna). Dalam pelaksanaannya target yang ingin dicapai adalah jumlah rumah sakit vertikal yang tercapai strata targetnya (paripurna) setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal. Pada tahun 2024 dari target 1 Rumah sakit realisasinya sebanyak 0 Rumah sakit .

**Tabel 3.14**  
**Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi Paripurna	1	0

**18. Kepatuhan Kebersihan Tangan**

Kepatuhan kebersihan tangan pada tahun 2024 targetnya sebesar  $\geq 90\%$  realisasi sebesar 98,15%. Formula yang digunakan untuk mengukur kepatuhan kebersihan tangan adalah :

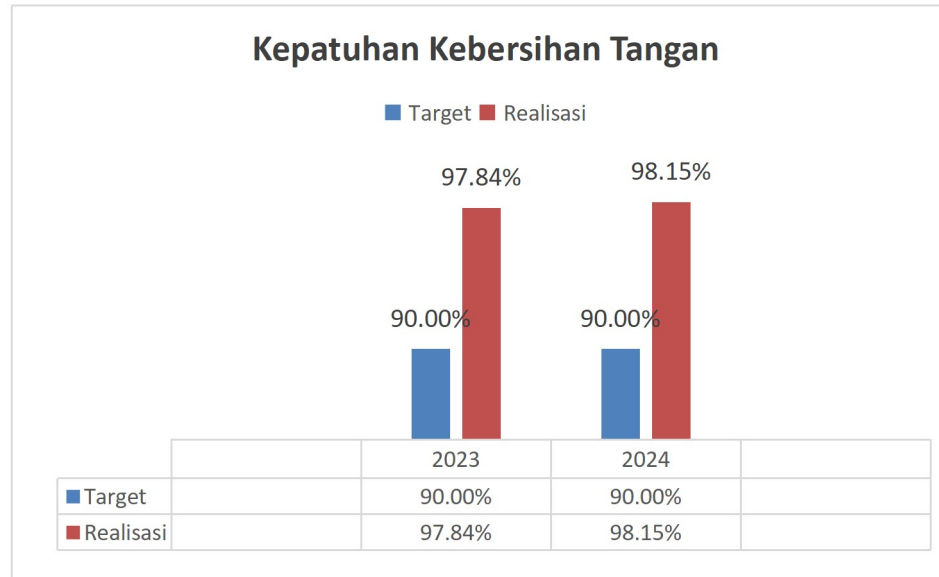
$\frac{\text{Jumlah Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100 \%$

$\frac{1218}{1241}$

$= 98,15\%$

Grafik 3.14

Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023-2024



Sumber : Komite PPI 2024

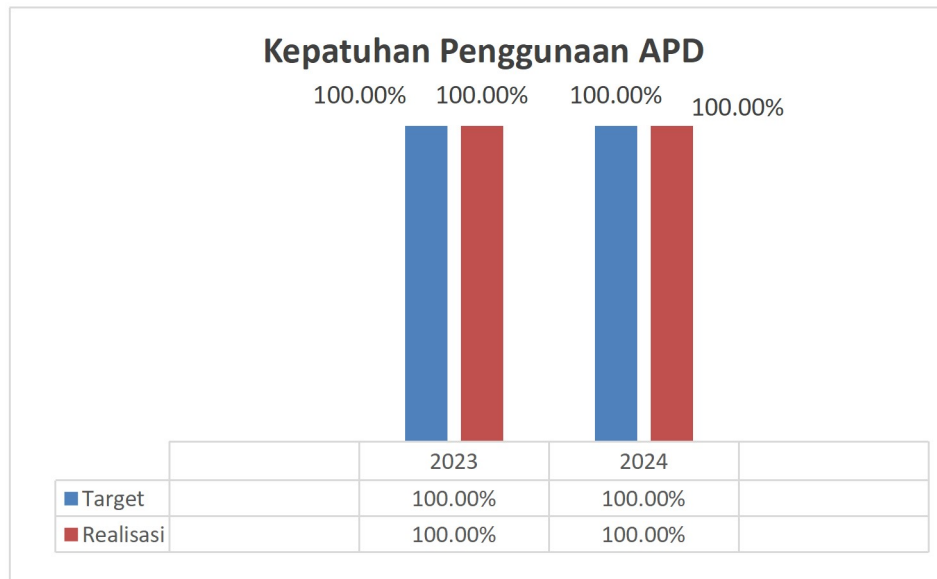
1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alcohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.
2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.
3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
4. Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.

5. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
6. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
7. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.
8. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.
9. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).
10. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
11. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

#### **19. Kepatuhan penggunaan APD**

Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri merupakan kewajiban semua petugas yang patuh menggunakan APD dibagi dengan seluruh petugas yang sedang bertugas. Tahun 2023 dan Tahun 2024 realisasi kepatuhan penggunaan APD mencapai 100% atau sama dengan target yang ditetapkan yaitu 100%, Artinya seluruh petugas yang bertugas semuanya telah memakai APD.

**Grafik 3.15**  
**Kepatuhan Penggunaan APD Tahun 2023 - 2024**



Sumber : Komite PPI 2024

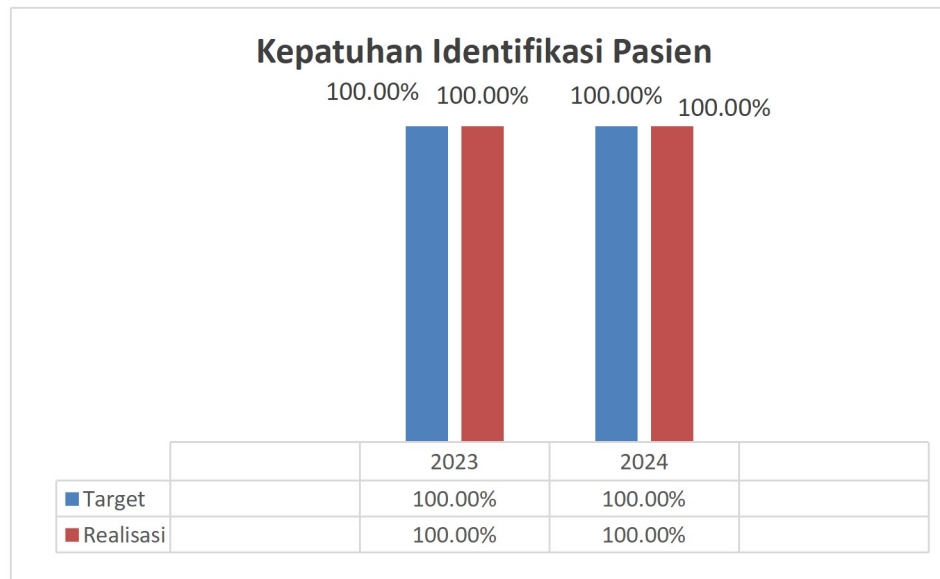
1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.
2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).
3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi.

4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas laboratorium.
5. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.

**20. Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Kepatuhan identifikasi pasien adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identifikasi dengan cara visual atau verbal.

**Grafik 3.16**  
**Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2024

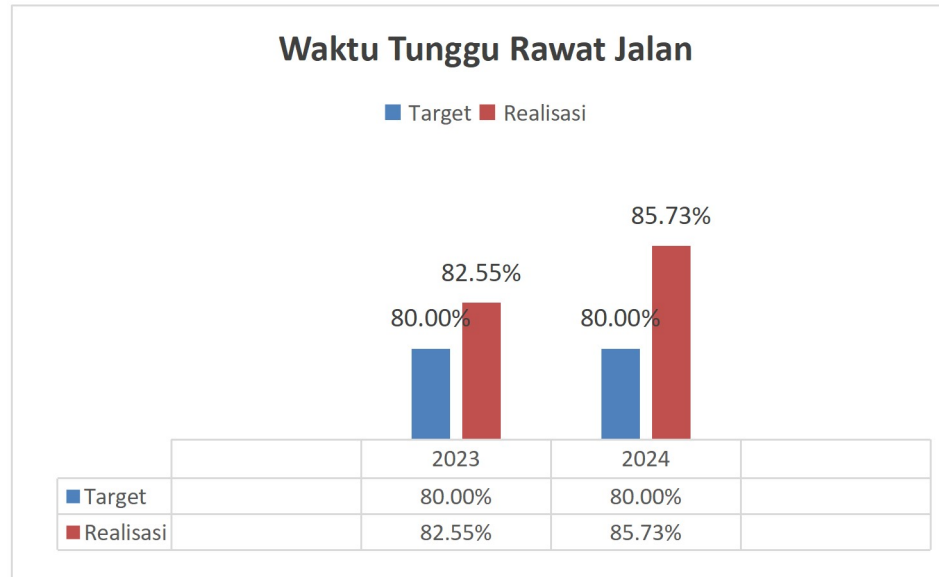
Dari grafik 3.16 terlihat bahwa pada tahun 2023 dan tahun 2024 target kepatuhan identifikasi pasien 100% dan terealisasi 100%

1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Puskesmas.
3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :
  - a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena.
  - b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan.
  - c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel.
5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.

## **21. Waktu Tunggu Rawat Jalan**

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu tunggu dari pasien mulai pendaftaran sampai mendapatkan layanan dari dokter/ dokter spesialis  $\leq 60$  menit. Pada tahun 2023 waktu tunggu rawat jalan pasien di Rs mata cicendo selama 44,93 menit masih dibawah dari target 60 menit. Target Lama waktu tunggu rawat jalan yang ada harus mencakup  $\geq 80\%$  dari total pasien yang dilayani.

**Grafik 3.17**  
**Waktu Tunggu Rawat Jalan Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi Rawat Jalan 2024

Dari grafik 3.17 terlihat waktu tunggu rawat jalan tahun 2023 dari target  $\geq 80\%$  realisasi 82.55% atau melebihi target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2024 mengalami peningkatan dari target 80% realisasi 85.73%.

1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis dengan waktu tunggu  $\leq 60$  menit
2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.
  - a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter

spesialis.

b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

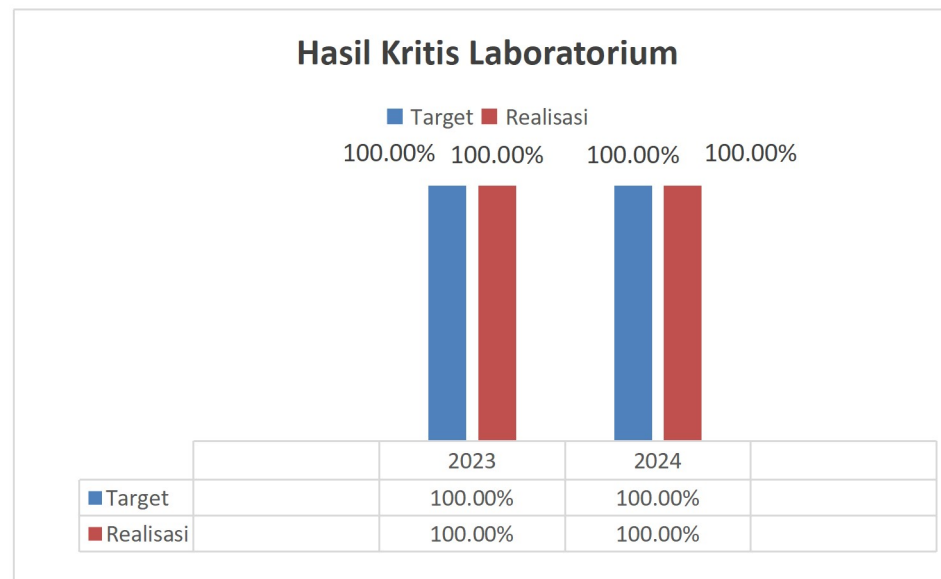
c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

## 22. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Pelaporan hasil kritis laboratorium adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit, Pada tahun 2023 dan 2024 pelaporan hasil kritis laboratorium dari target 100% realisasinya 100%.

**Grafik 3.18**

**Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi Laboratorium terpadu 2024

1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.
2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.
3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan  $\leq 30$  menit.

### 23. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah kesesuaian penulisan resep oleh dokter penanggungjawab dengan formularium nasional untuk pasien program jaminan kesehatan.

**Grafik 3.19**

**Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi farmasi 2024

Pada grafik diatas tahun kepatuhan penggunaan formularium nasional 2023 dari target 90% realisasi sebesar 93.25%, Kemudian pad tahun 204 dari target yang ditentukan 90% realisasi yang sudah dicapai sebesar 93.02%

1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

#### **24. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis ( Clinical Pathway)**

Kepatuhan terhadap alur klinis adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diteriam pasien berdasarkan standar pelayanan medis,keperawatan dan standar professional pemberi asuhan lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur pada kangka tertentu selama pasien dirawat dirumah sakit. Pada tahun 2023 dari target  $\geq 85\%$  realisasi sebesar 100% begitu juga ditahun 2024 semester I dari target  $\geq 85\%$  realisasi sebesar 100% dapat dilihat pada grafik 3.20 dibawah ini.

**Grafik 3.20**  
**Kepatuhan Terhadap Alur Klinis**  
**Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi rekam medis 2024

NO	INDIKATOR	KAMUS INDIKATOR	STANDAR	TARGET
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	<p>Menghitung Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di rekam medik dan di evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada 5 CP nilai 100</li> <li>2. Ada 4 CP nilai 80</li> <li>3. Ada 3 CP nilai 60</li> <li>4. Ada 2 CP nilai 40</li> <li>5. Ada 1 CP nilai 20</li> <li>6. Tidak ada CP nilai 0</li> </ol>	Ada 5 CP sudah diimplementasikan sesuai dengan SPO terintegrasi di rekam medik dan di evaluasi	100

1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.

Kriteria Inklusi : Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup clinical pathway yang diukur

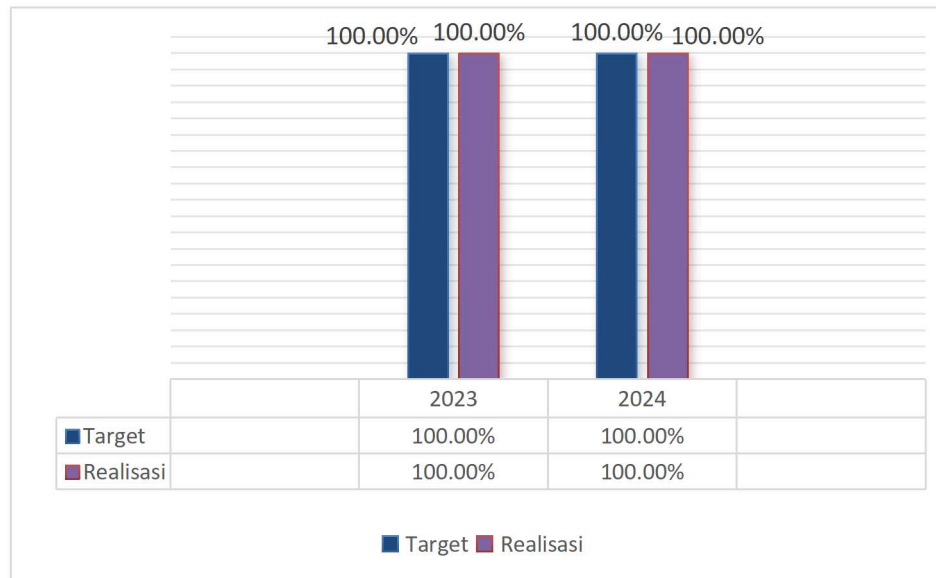
Kriteria Eksklusi :

1. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan.
2. Pasien yang meninggal
3. Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan pelayanan.

## **25. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh**

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah tidak adanya kejadian pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dan sebagainya.

**Grafik 3.21**  
**Kepatuhan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023-2024**



Sumber : Instalasi rawat inap 2024

Dari grafik 3.21 terlihat dari target pencegahan risiko pasien jatuh tahun 2023 dan 2024 sebesar 100% realisasi 100% sesuai target.

1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:

- a. Asessment awal risiko jatuh
- b. Assesment ulang risiko jatuh
- c. Intervensi pencegahan risiko jatuh

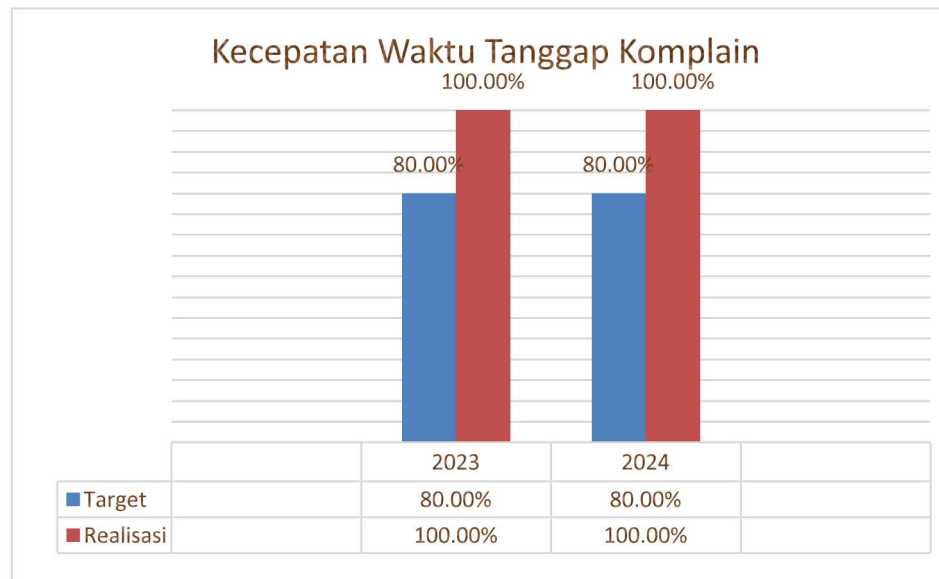
2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

## 26. Kecepatan Waktu Tanggap Pasien.

Kecepatan waktu tanggap pasien komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. Dalam menanggapi keluhan pasien rumah sakit harus membuat pemetaan atau grading tingkat risiko serta melakukan analisis untuk tindak lanjut dari kemungkinan risiko yang akan diterima.

Grafik 3.22

Kecepatan Waktu Tanggap Komplain Tahun 2023-2024



Sumber : Tim Kerja Hukum dan Humas 2024

Pada grafik 3.24 terlihat bahwa kecepatan waktu tanggap komplain tahun 2024 dari target  $\geq 80\%$  realisasi 100%. Dari hasil tersebut bisa dilihat bahwa pada tahun 2023 dan 2024 dari semua komplain yang diterima rumah sakit dari pasien semua complain/keluhan pasien sudah ditanggapi dengan baik oleh rumah sakit.

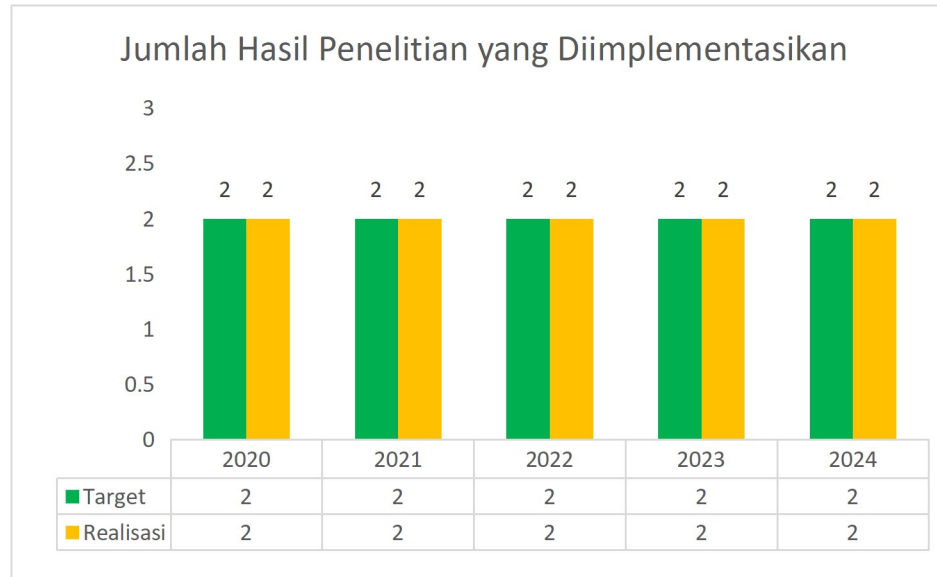
1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.
2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:
  - a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.  
Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
  - b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.  
Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain
  - c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.  
Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

## **27. Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan**

Penelitian yang diimplementasikan adalah penelitian yang telah dilakukan oleh pegawai PMN RS Mata Cicendo yang mampu memberikan pengaruh positif pada peningkatan kepuasan pasien atau peningkatan pelayanan.

Grafik 3.23

Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan Tahun 2020-2024



Sumber : Tim Kerja Penelitian, Tahun 2024

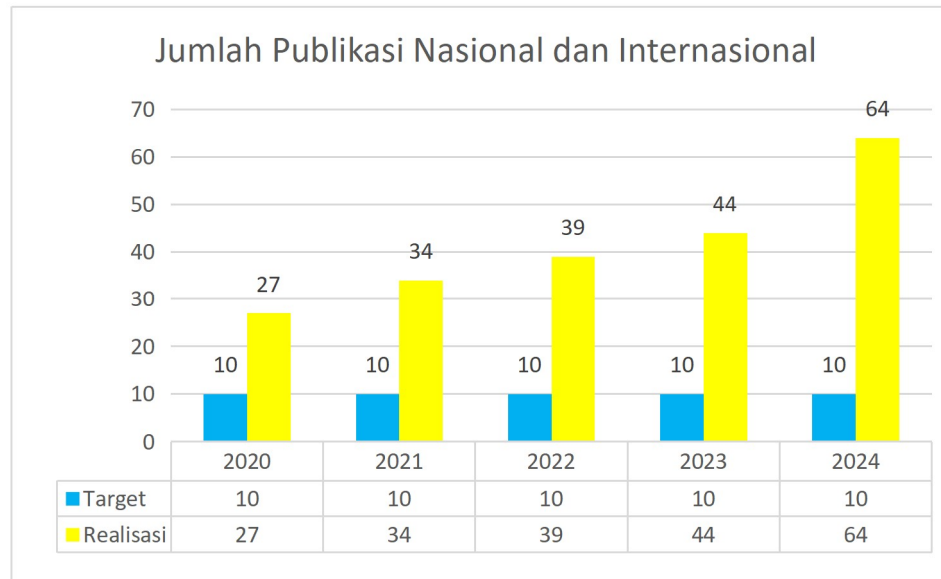
Berdasarkan Grafik 3.23 jumlah penelitian yang implementasikan dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2024 telah mencapai target dengan capaian 2. Adapun penelitian yang di implementasikan di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo pada tahun 2024 adalah 2 penelitian dengan judul seperti berikut ini:

- a) *Effectiveness of Voriconazole in Treating Fungal Keratitis : A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.*
- b) *Efek Tekanan Intraokular pada Pasien Glaukoma yang Menjalani Transcleral Cyclophotocoagulation.(TSCPC) dengan teknik Blok Peribulbr di Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung.*

## 28. Jumlah Publikasi Nasional Dan Internasional

Jumlah Publikasi Nasional Dan Internasional adalah Jumlah publikasi ilmiah yang masuk Jurnal Nasional dan Internasional.

**Grafik 3.24**  
**Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional**  
**PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020 - 2024**



Sumber : Tim Kerja Penelitian, Tahun 2024

Berdasarkan Grafik 3.24 terlihat jumlah penelitian yang dipublikasi baik nasional maupun internasional pada kurun waktu tahun 2020 sampai 2024 telah mencapai target dan selalu mengalami kenaikan capaian.

Kegiatan penelitian yang dipublikasikan tahun 2020 sebanyak 27 penelitian dari target 10 penelitian tahun 2021 sampai dengan tahun 2023 terjadi kenaikan yg cukup tinggi di tahun 2021 mengalami kenaikan menjadi 34 penelitian dan pada tahun 2022 mengalami kenaikan yang signifikan menjadi 39 penelitian pada tahun 2023 mencapai 44 Penelitian, Di tahun 2024 jumlah penelitian yang dipublikasi sudah mencapai 64

penelitian hal ini dikarenakan program yang dilaksanakan oleh penanggungjawab kegiatan seperti perbaikan sistem pencatatan dan tabulasi hasil penelitian yang lebih tertib dan baik sehingga mudah dikontrol dan adanya Jurnal Oftalmologi di RS Mata Cicendo serta adanya reward bagi pegawai atau unit yang akan melakukan penelitian. Adapun judul penelitian yang dipublikasikan terlihat di bawah ini :

1. *Retinal neurovascular alteration in type 2 diabetes with renal impairment ini association with systemic arterial stiffness.*
2. *Evaluation of the Workload of Nurse in the inpatient unit*
3. *Efficacy of Smartphone based Fundus Photo in Vision Threatening Diabetic Retinopathy Screening : Developing Country Perspective*
4. *True Eye Emergencies*
5. *Horizontal Gaze Palsy and Ipsilateral Facial Nerve Palsy in Older Patient as Initial Manifestation of Very Late-Onset Multiple Sclerosis- Successfully Treated with Oral Corticosteroid : A Case Report*
6. *Cornea Verticillata in Fabry disease*
7. *Cystic Bleb Management : A Case Report*
8. *Clinical Characteristics and Success of Ptosis Surgery at Indonesia National Eye Center Cicendo Eye Hospital during January 2016 - December 2020*
9. *Agreement between IOL Master 700 and Pentacam AXL for IOL power measurement in patients with high myopia*
10. *Comparison of SITA Standard 24-2C Program on Humphrey Field Analyzer in Assessing Visual Field Defects of Glaucoma Patients*
11. *Comparison of Tear Film Breakup Pattern in Active and Inactive Thyroid Eye Disease Patient*
12. *Good Result in Open Globe Injury Including Intraocular Foreign Body*
13. *Karakteristik Klinis Pasien Low Vision Anak di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo pada Tahun 2021*
14. *Intraocular Pressure Changes of Rhegmatogenous Retinal Detachment Patients Following Pars Plana Vitrectomy in Tertiary Hospital*
15. *Characteristics of Patients with Recurrent Optic Neuritis*
16. *Sevoflurane Insufflation Technique in Retinopathy of Prematurity Patients Underwent Intraocular Laser Photocoagulation : A Serial Case Report.*
17. *Orbital Castleman Disease : Rare Case*
18. *Karakteristik Klinis Glaukoma Uveitis di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Cicendo Bandung Tahun 2021-2022*

19. *Hemangioma Kavemosa Di Kelopak Mata Bawah : Kasus Yang Tidak Biasa*
20. Blepharoptosis in Indonesia: a 5-year retrospective cross-sectional multicenter study on characteristics and surgical evaluation
21. The Role of PPAR- $\gamma$  agonist to Improved Wound Healing in Diabetes Mellitus
22. The Influence of Liquidity Ratios, Leverage, Profitability and Activity on Financial Distress of Infrastructure Companies in the Building Construction Subsector for the Period 2018 –2022
23. Menyibak Fuchs' Endothelial Corneal Dystrophy sebagai Penyebab Edema Kornea
24. Comparing 0.75% Ropivacaine and 0.5% Levobupivacaine for Peribulbar Blockade in Vitrectomy Surgery towards Intraocular Pressure
25. Retinoblastoma in Asia: Clinical Presentation and Treatment Outcomes in 2112 Patients from 33 Countries
26. Differences in merlin and p53 expression as a predisposing factor in orbital meningioma
27. Comparison of Phaco-Chop versus Stop-and-Chop Nucleotomy Techniques in Patients with Soft to Moderate Nucleus
28. Peribulbar Block for Cataract Surgery in Patient with Nystagmus and Chronic Kidney Disease
29. Recurrent Bilateral Chronic Central Serous Chorioretinopathy Treated with Anti-VEGF
30. Karakteristik Pasien Ulkus Kornea Infeksi di PMN RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2020
31. Karakteristik Penderita *Pseudophakic Bullous Keratopathy* di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
32. Karakteristik Penderita Trauma Kimia di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung pada Tahun 2020-2022
33. Evaluasi Peserta Didik terhadap Pelaksanaan Pelatihan Mata Dasar bagi Perawat
34. T-Cell Lymphoma after Silicon Injection in the Eyelids: Rare Case
35. Short-term outcomes of implanting a retropupillary iris-claw intraocular lens in patients with lens and intraocular lens drops
36. Sindroma Schwartz-Matsuo Sebuah Penyakit Langka: Laporan Kasus
37. Okular Sifilis yang Disertai Herpes Zoster Oftalmikus: Laporan Kasus

38. Abducens Nerve Palsy as The First Manifestation of Nasopharyngeal Malignancy (Abducens Nerve Palsy sebagai Manifestasi Pertama Keganasan Nasofaring)
39. NAION and Anticoagulants: Bridging The Gap with Rationale-Based Therapy
40. Fuchs Endothelial Corneal Dystrophy (FECD) with Cataract – A Case Report
41. Clinical characteristics, management, and survival of retinoblastoma patients: a five-year study at an Indonesian tertiary eye hospital
42. A neglected ocular tuberculosis without antitubercular therapy: A case report
43. Comparison of Visual Acuity Results after Femtosecond Laser-Assisted In Situ Keratomileusis (FS-LASIK) and Small Incision Lenticule Extraction (SMILE)
44. Clinical Features of Vernal Conjunctivitis in Cicendo National Eye Hospital
45. Pengembangan Model Perencanaan Promosi Layanan Satu Pintu untuk Penglihatan Rendah (*One Stop Service for Low Vision*) di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung
46. Comparison of Efficacy and Safety of Slow Coagulation Transscleral versus Micropulse Cyclophotocoagulation in Refractory Glaucoma
47. Academic Health System Framework for Health Services Transformation: A Perspective View from West Java, Indonesia
48. Bilateral horizontal gaze palsy in young patient: a case report
49. Clinical Characteristics of Cytomegalovirus Retinitis in Human Immunodeficiency Virus (HIV) Patients Undergoing Intravitreal Ganciclovir Injection
50. Guidelines for The Diagnosis and Management of Diabetic Retinopathy and Diabetic Macular Edema in Indonesia
51. Ocular Manifestation in Marfan Syndrome: A Case Report
52. Patient's Quality of Life After 3-and 6-Months Cataract Surgery
53. Comparison of Different Cycloplegic Refraction Regimens for Children

54. Implications of Associated Atrial Fibrillation in Brugada Syndrome for Sudden Cardiac Death – A Case Series Analysis
55. Exploring the impact of oxidative stress, excitotoxicity, and apoptosis of retinal ganglion cells in streptozotocin-induced rats: A comprehensive investigation
56. The Relationship between Retinal and Ganglion Layer Thickness and Perfusion in Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study in Indonesia
57. Clinical characteristics and knowledge of diabetic retinopathy patients at a tertiary hospital in Aceh, Indonesia
58. Early response of anti-vascular endothelial growth factor (anti-VEGF) in diabetic macular edema (DME) management: microperimetry and optical coherence tomography (OCT) findings: a pilot study at national eye center of third world country
59. Relationship Between Accommodation Insufficiency, Screen Time, and Asthenopia Symptoms in Young Adult Patients
60. The diagnostic challenge of orbital tuberculosis in an otherwise healthy individual: A case report
61. Survival Analysis of Trabeculectomy and Phacotrabeculectomy in Primary Angle Closure Glaucoma
62. Characteristics and Risk Factors of Diabetic Retinopathy Patients in West Java, Indonesia
63. Akar Masalah Gangguan Penglihatan: Menelusuri Kelainan Refraksi yang Tidak Terkoreksi
64. Tinjauan Sistematis Hubungan Diabetes Mellitus dengan Keratoconus

**29. Hasil Penelitian yang dipatenkan / Mendapat Hak Cipta**

Produk dari hasil penelitian yang dilakukan di PMN RS Mata Cicendo yang masuk kriteria dapat dipatenkan dan terdaftar dalam produk paten/mendapat hak cipta.

Grafik 3.25

Hasil Penelitian Yang Dipatenkan / Mendapat Hak Cipta  
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020-2024



Sumber : Tim Kerja Penelitian, Tahun 2024

Berdasarkan Grafik 3.25 hasil Penelitian yang dipatenkan/ Mendapat Hak Cipta adalah Produk dari hasil penelitian yang dilakukan di PMN RS Mata Cicendo yang masuk kriteria dapat dipatenkan dan terdaftar dalam produk paten/mendapat hak cipta. Tahun 2024 RS Mata Cicendo telah mendapat paten atau hak cipta terhadap 27 hasil penelitian.

Penelitian yang telah mendapatkan hak paten adalah sebagai berikut:

1. *Aplikasi SiMaster(Sistem Informasi Manajemen Risiko Terintegrasi).*
2. *Pengadaan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.*

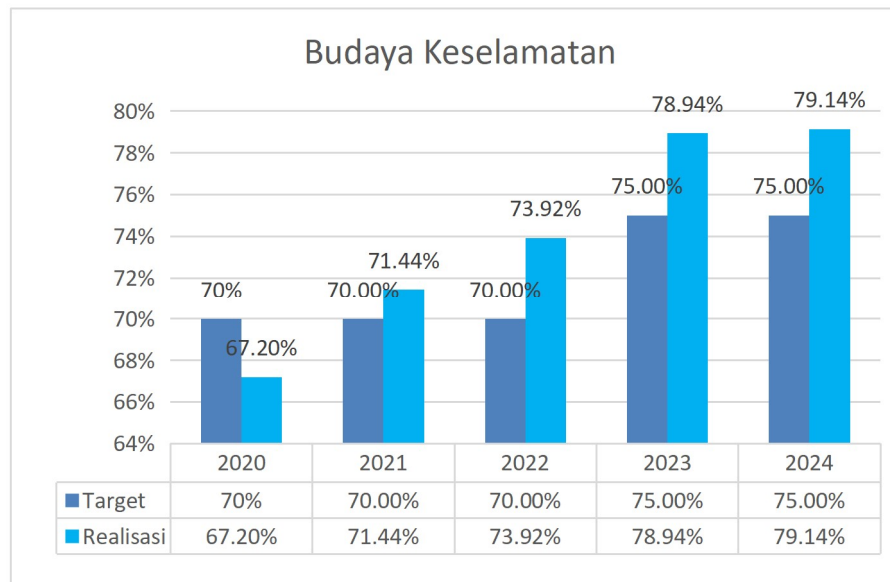
3. Kegunaan ASEDS (Autologous Serum Eye Drops/Air Mata Buatan dari Serum Darah Sendiri) pada Pasien dengan Gangguan Mata Kering
4. Nursing Care For Patients With Chemical Eye Injury
5. Ophthalmoplegia related Covid-19
6. Variation of Optic Neuritis as a Covid-19 Manifestation (Variasi Optik Neuritis sebagai Manifestasi Covid-19)
7. Covid-19 Neuro-Ophthalmic Finding in Children
8. Covid-19 in Ophthalmology
9. Pattern of Covid-19 Patient in Tertiary Eye Care (Karakteristik Penderita Covid-19 di Rumah Sakit Mata Tersier Indonesia)
10. Emergency Care Satisfactor
11. Yuk Kenali Gejala Glaukoma!
12. Klinikopatologi, Ekspresi Reseptor Progesteron, Pada Meningioma Orbita
13. Takut Ga Dapet Parkir? Book Valet Parking Aja!
14. Mudahnya Reservasi Pasien Kontrol Melalui Mobile JKN Dan APM
15. Untukmu Sahabat Mata
16. Audiobook Booklet Retinopati Diabetik
17. Budaya Sadar Risiko
18. Audiobook Buku Ajar Retinopati Diabetik untuk Dokter Umum
19. Unveiling Aesthetics through Contact Lenses
20. Waspada Gangguan Penglihatan pada Anak di Era Digital
21. Perawatan Kelopak Mata
22. Anatomical Pathology as Definite Diagnosis of Cancer
23. ARTIS (Aplikasi Remunerasi Tenaga Medis)

- 24. CONAN (Cuti Online Non ASN)
- 25. Management Resident Burnout in Cicendo Eye Hospital
- 26. LOGS-Alkes (Laporan Overall Equipment Effectiveness (OEE) Berbasis Google Spreadsheet)
- 27. Anak dengan Multiple Disabilities With Visual Impairment

**30. Presentase Budaya Keselamatan**

Rata-rata presentase hasil positif dari seluruh pertanyaan / pernyataan dalam Kuesioner Budaya Keselamatan dibagi total jumlah pertanyaan / pernyataan.

**Grafik 3.26**  
**Persentase Budaya Keselamatan**  
**PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020-2024**



Sumber : Komite Mutu RS 2020– 2024

Berdasarkan Grafik 3.26 terlihat persentase Budaya Keselamatan Pasien tahun 2020 belum mencapai target dari target 70% realisasi sebesar 67.20% tahun 2021 samapi dengan tahun 2023 mencapai target, Dan ditahun 2024 Budaya keselamatan mencapai Realisasi untuk target tahun 2024 sebesar 75% dengan capaian sebesar 79.14% 2024.

Nilai budaya keselamatan pasien pada PMNRS Mata Cicendo tahun 2020 sebesar (67,20) ,2021 sebesar (71,44%), 2022 sebesar (73.92%), 2023 sebesar (78.94) dan 2024 sebesar (79,14%) Capaian ini sesuai dengan interpretasi "mendukung budaya keselamatan pasien.

Pada tahun 2023 dan 2024 dilakukan berbagai macam perubahan untuk mencapai target , Berdasarkan perseptif pemberi pelayanan, maka budaya keselamatan pasien sudah diupayakan secara individu maupun unit yang memberikan pelayanan langsung, namun masih perlu ditingkatkan untuk mencapai hasil "Sangat Baik". Peran manajer/pimpinan pada masing-masing unit sudah sejalan dengan budaya keselamatan pasien, hal ini ditunjukkan dengan rerata hasil positif yang dicapai 78,94% di taun 2023 dan 79,14% ditahun 2024. Lingkungan kerja dalam mendukung budaya keselamatan sudah cukup baik, hal ini juga didukung dengan komitmen pimpinan untuk terus meningkatkan pemahaman dalam penerapan budaya keselamatan.

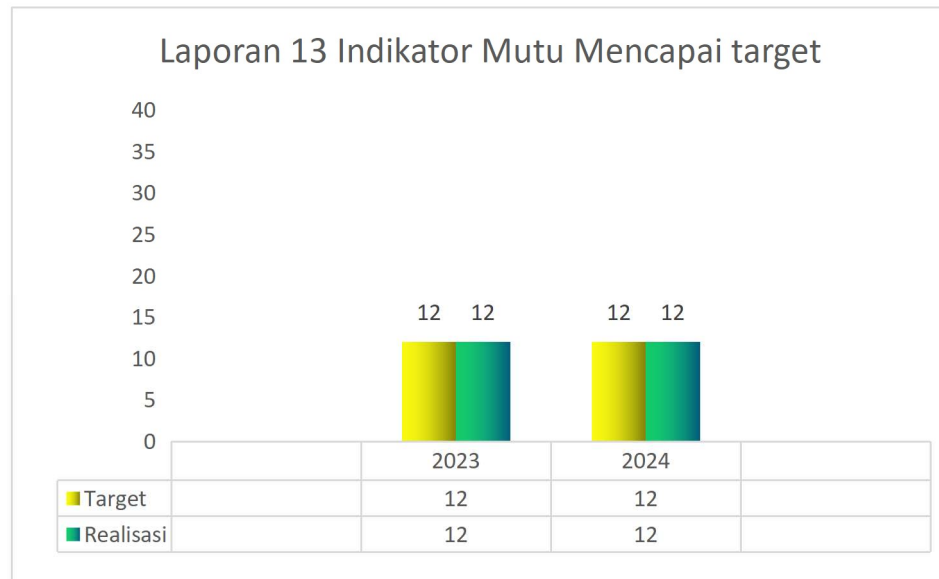
Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan presentase budaya keselamatan:

- a. Perlu penambahan frekuensi sosialisasi penerapan budaya keselamatan pasien kepada unit-unit.
- b. Fokus perbaikan harus ditujukan pada kerjasama antar unit pada saat perpindahan pasien dan sesama unit pada saat pertukaran *shift* jaga.
- c. Monitoring dan evaluasi secara berjenjang di setiap lini baik secara horizontal maupun vertikal sehingga pimpinan PMN RS Mata Cicendo dapat meyakini bahwa setiap individu sudah memahami dan mampu melaksanakan prinsip-prinsip budaya keselamatan.

### **31. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator.**

Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target Indikator Nasional Mutu yang ditetapkan.

**Grafik 3.27**  
**Laporan 13 Indikator Mutu Mencapai Target**



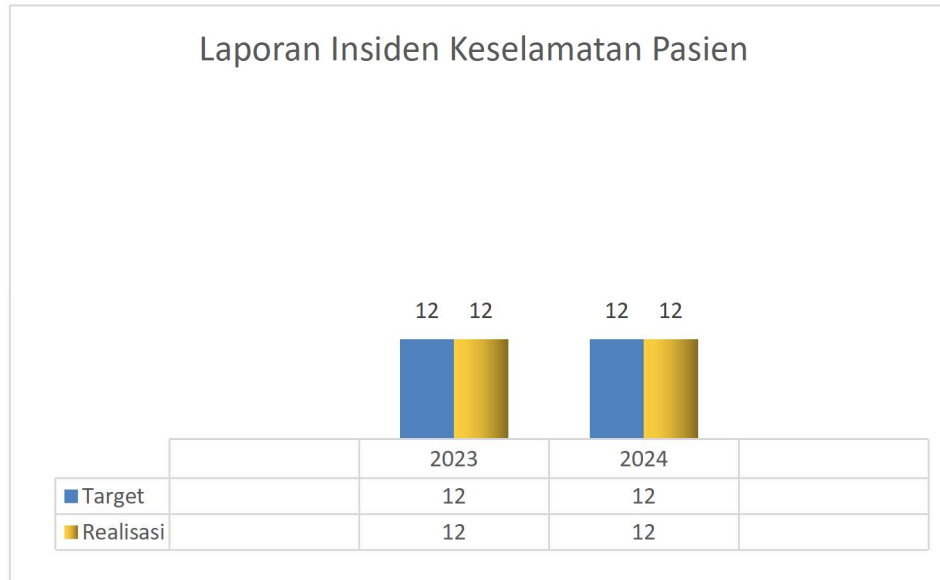
Sumber : Komite Mutu RS 2023-2024

Pada Grafik 3.27 terlihat bahwa target pengukuran 13 indikator nasional mutu tahun 2023 sebanyak 12 laporan dengan realisasi 12 laporan, dari realisasi terlihat bahwa setiap bulan komite mutu rumah sakit membuat laporan pengukuran 13 indikator sesuai dengan target masing-masing indikator. Pada Tahun 2024 laporan yang disampaikan sebanyak 12 laporan atau sesuai target dimana setiap bulan 1 laporan.

### **32. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol**

Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol adalah Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil. Jumlah pelaporan indeks keselamatan pasien sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan dalam 1(satu) tahun

**Grafik 3.28**  
**Laporan Insiden Keselamatan Pasien Tahun 2023-2024**



Sumber: Komite PPI, Tahun 2023-2024

Pada tahun 2023 target laporan insiden keselamatan pasien dengan sentinel nol sebanyak 12 laporan dengan realisasi 12 laporan seperti dilihat di grafik 3.30 atau setiap bulan telah dibuat laporan tentang insiden keselamatan pasien dengan kejadian sentinel nol. Ditahun 2024 laporan insiden keselamatan pasien tercapai 12 laporan atau 1 laporan tiap bulannya.

**33. Jumlah Tenaga Medik Dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri.**

**Tabel 3.15**

**Capaian Jumlah Tenaga Medik Dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri  
Tahun 2024**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Tenaga Medik Dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	8

Yang dimaksud tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus ke luar negeri adalah terdiri dari dokter spesialis mata, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis patologi klinik, spesialis patologi anatomi, spesialis anastesi. Tenaga medik dokter spesialis yang telah mengikutipendidikan/pelatihan/kursus luar negeri diukur dengan jumlah tenaga medik dokter spesialis yang telah mengikutinya.

Adapun jumlah tenaga medik dokter spesialis yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri adalah:

1. IOFF Three Months Sub Speciality Fellowship Program Cornea and External Disease Observership Tanggal 2 Januari s.d Februari 2024 an. dr. Patriotika Muslima, SpM
2. IOFF Three Months Sub Speciality Fellowship Program ROP and Pediatric Retina Observership Tanggal 8 Januari s.d 05 April 2024 an. dr. Sesy Caesarya SpM(K)
3. IOFF Three Months Sub Speciality Fellowship in Neuro-Ophthalmology at University of Bristol Dept.Of Ophthalmology ini Bristol United Kingdom Tanggal 1 Maret s.d 30 May 2024 an. dr. Dianita Veulina G. SpM.
4. Short Term Training Uveitis Tilganga Institute of Ophthalmology Kathmandu Nepal Tanggal 1 Maret s.d 30 May 2024 : dr. Arief A. Mustaram, SpM(K)
5. International Fellowship In Advance Aesthetic Science (IFAAS) an. dr. Niluh Putu Ayu Dewi, SpM Tanggal 1 s.d 5 mei 2024 di Singapore General Hospital.

6. IOFF Three Months SubSpeciality Fellowship Program Glaucoma Observership at Ludwig Maximilians University German Tanggal 1 November 2024 -27 Januari 2025 : dr. Joan Sherlone T Hutabarat, SpM
7. IOFF Three Months SubSpeciality Fellowshi Program Glaucoma Obbservership at Ludwig Maximilians University German Tanggal 1 November 2024 - 27 Januari 2025 : dr Sonie Umbara, SpM
8. IOFF Three Months SubSpeciality Fellowshi Program Glaucoma Obbservership at Ludwig Maximilians University German Tanggal 1 November 2024 - 27 Januari 2025 : Made Indra Widyanatha, dr, SpM

**34. Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri.**

**Tabel 3.16**  
**Capaian Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri Tahun 2024 Semester I**

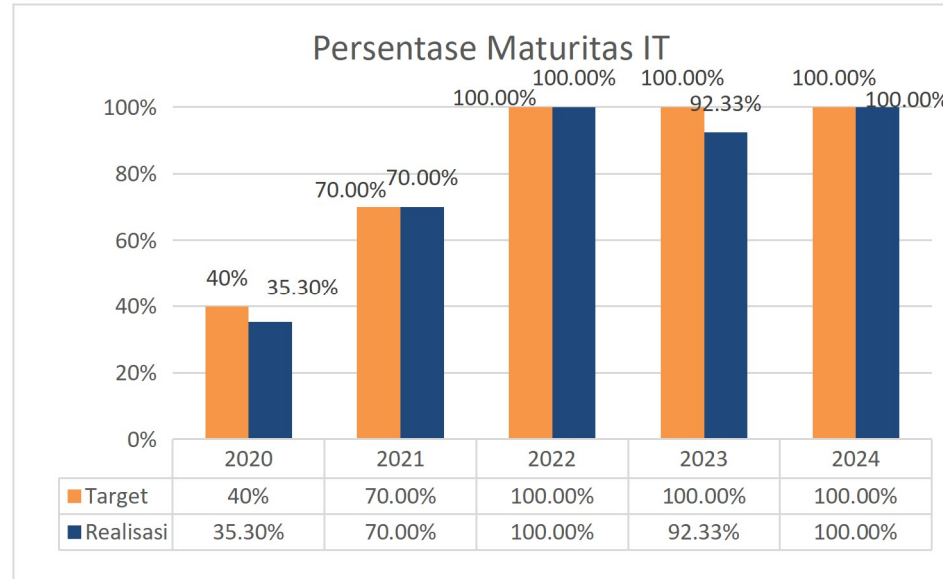
NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri	1	2

Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan dan nakes lainnya adalah terdiri dari perawat refraksi optisi, analis kesehatan, nutritionis, sanitarian, radiografer, elektromedis, perekam medis, penata anastesi. Tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang mengikuti pendidikan/pelatihan/kursus ke luar negeri diukur dengan jumlah tenaga kesehatan dan nakes lainnya yang telah mengikutinya.

Jumlah tenaga Kesehatan dan non Kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri tahun 2024 dari target yang telah ditetapkan 1 orang dengan capaian pada tahun 2024 yaitu 2 orang. Tenaga kesehatan non-kesehatan yang mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar negeri tahun 2024 dari profesi Nurse dengan mengikuti pelatihan Nurse and Observership bagi tenaga perawat dan optometris ke Ichikawa jepang pada tanggal 7-18 september 2024.

### 35. Persentase Maturitas IT

**Grafik 3.29**  
**Persentase Maturitas IT**  
**PMN RS Mata Cicendo Tahun 2020–2024**



Sumber: Instalasi SIMRS, Tahun 2020- 2024

Berdasarkan Grafik 3.29 capaian persentase pada tahun 2020 belum mencapai target dari target 40% realisasi baru 35,30%, 2021 dan tahun 2022 telah mencapai target dengan capaian tahun 2021 sebesar 70% dan pada tahun 2022 sebesar 100% yang ditetapkan sesuai dengan target. Namun ditahun di 2023 mengalami penurunan dari target 100% Realisasinya 92.33%. Tahun 2024 dari target 100% realisasi tercapai 100%.

Tingkat Maturitas IT Adalah sistem manajemen yang terintegrasi antara seluruh unit yang ada di RS Mata Cicendo hingga mencapai keamanan/kemandirian yang berbasis komputer dan perangkat IT lainnya. Tahap kemandirian IT khususnya penyempurnaan sistem supaya lebih terintegrasi dengan seluruh unit telah memperhatikan masterplan IT.

Adapun rinciannya adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.17**  
**Capaian Hasil Maturitas IT**

No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target 2024	Capaian 2024	% Capaian
1	Presentase Maturitas IT	Presentase	100%	100%	100%
2	Pemenuhan Kebutuhan Sistem untuk Penyelenggaraan RME Terintegrasi	Persentase	100%	100,00%	100,00%
3	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	Jumlah	1	1	100,00%
4	Level IT Terintegrasi	Siloed	Advanced	Advanced	Advanced
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)	Presentase	100%	100,00%	100,00%
6	Penyelesaian Mantis Sesuai dengan Target	Presentase	70%	85,00%	85%
7	Tersedianya Aplikasi Cicendo Mobile Berbasis Android	Jumlah	2	2	85%
8	Integrasi RME dan Kesesuaian Pengiriman Data SatuSehat	persentase	75%	100%	100%

Sumber: Instalasi SIMRS 2024

Analisis :

a. Presentase Maturitas IT

Tercapainya target kinerja memenuhi standar Maturitas IT mendukung indicator kerja RS. Hal penting dari penilaian maturitas ini, masih perlu ditingkatkan definisi maturitas dan penilaian secara kualitas, tidak hanya tersedianya proses.

b. Pemenuhan Kebutuhan Sistem untuk Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)

Setelah sekian lama dimulai implementasi RME, masih banyak masukan terhadap implementasi RME, menunjukkan proses pengembangan RME ini merupakan proses yang dinamis. Menjadi catatan bahwa platform RME ini belum dilakukan rencana peremajaan terhadap semua proses pengembangan tahap 1. Seperti rencana jangka panjang diawal pengembangannya, tahap 1 adalah mendigitalisasi RM fisik menjadi elektronik. Tahap berikutnya melakukan efisiensi, efektifitas dan peningkatan performa dan kualitas layanan RME

c. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital

Target ini pada tahun ini bertujuan dalam kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan dapat langsung disampaikan.

d. Level IT Terintegrasi

Pemenuhan target ini sesuai dengan definisi operasional yang memang telah ditentukan. Seperti halnya maturitas IT, kualitas level IT terintegrasi perlu tetap dilakukan pengembangan, dengan memperhatikan metode penilaiannya. Secara standar, telah tercapai target kinerja yang ditentukan.

e. Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BIOS)

Implementasi Aplikasi BIOS merupakan standar kerja/ aktivitas yang ditentukan kementerian keuangan terhadap penyelenggaraan BLU. Dukungan IT diperlukan karena tuntutan penilaian kinerja RS oleh Kemkeu terhadap performa BLU secara umum. Pengembangan dan implementasi BIOS memerlukan koordinasi berbagai pihak untuk keberhasilan pemenuhan target kinerja nya.

f. Penyelesaian Mantis sesuai dengan Target

Target ini pada tahun ini lebih ditujukan untuk meyakinkan customer layanan, bahwa penyelenggaraan sistem informasi di RS Mata Cicendo akuntabel dan menjamin para stakeholder pengguna dapat memanfaatkan sistem informasi dengan nyaman.

- g. Tersedianya Aplikasi Cicendo Mobile Berbasis Android
- h. Integrasi RME dan Kesesuaian Pengiriman Data Satu Sehat realisasi tahun 2024 sebesar 100%

**36. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital**

Integrasi Sistem Informasi adalah suatu proses teknik menggabungkan berbagai komponen atau subsistem menjadi satu kesatuan sistem yang besar. Sistem terintegrasi akan menggabungkan komponen sub-sub sistem ke dalam satu sistem dan menjamin fungsi-fungsi dari sub sistem tersebut sebagai satu kesatuan sistem.

Data Surveilans yang dibutuhkan bersumber dari Laboratory Information System (LIS) yang diintegrasikan dengan aplikasi surveilans Kementerian Kesehatan.

**Tabel 3.18**  
**Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Terselenggaranya Integrasi system Informasi Surveilans Berbasis Digital	1	1

**37. Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan**

Implementasi rekam medis elektronik pada seluruh layanan adalah persentase rumah sakit vertikal yang melaksanakan rekam medis elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

**Tabel 3.19**  
**Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan**

NO	INDIKATOR	TARGET	REALISASI
1	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan	100%	100%

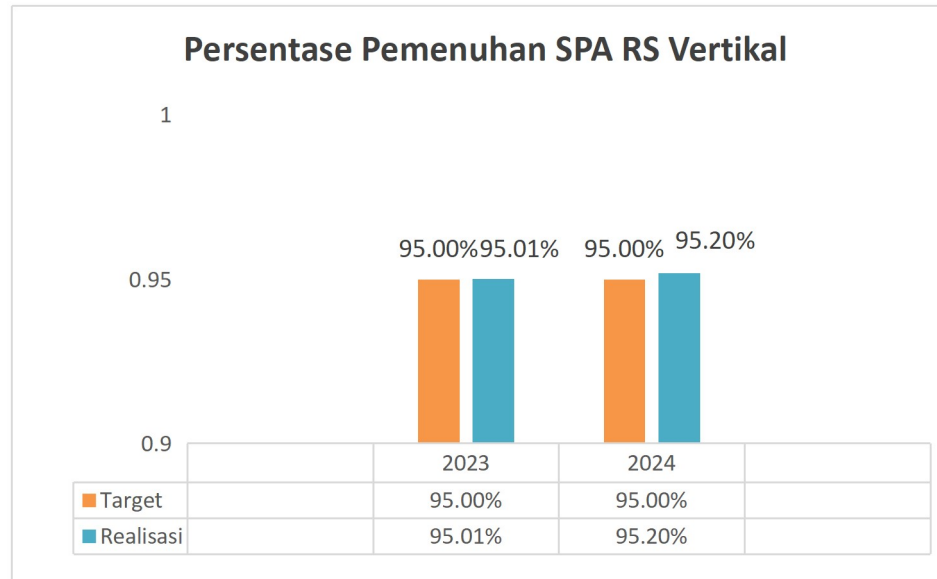
Pada tabel 3.18 terlihat pada Tahun 2024 target implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan 100% dan realisasi 100%, Pada Tahun 2024 seluruh layanan yang ada di rumah sakit sudah terintegrasi dengan layanan rekam medis elektronik.

**38. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar**

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya, menjadi bagian yang tidak bisa dipisahkan sebagai rumah sakit vertikal dibawah kementerian kesehatan. Formula perhitungannya bisa dilihat dibawah ini:

1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%
2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%
3. Menghitung Hasil akhir/Persentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2

**Grafik 3.30**  
**Persentase Pemenuhan SPA RS Vertikal Tahun 2023-2024**



Sumber: Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga, Tahun 2024

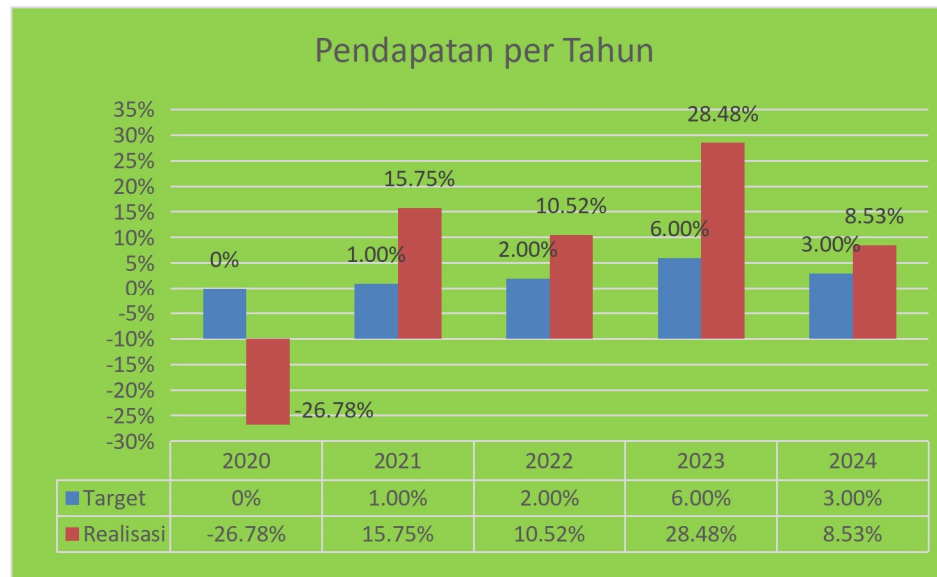
Pada grafik 3.30 target realisasi pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit tahun 2023-2024 dengan target 95% realisasi 95.01% di tahun 2023. Pada tahun 2024 dari target sebesar 95.00% realisasinya sebesar **95.20%**

### 39. Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal RS Mata Cicendo selama suatu periode jika arus kas tersebut mengakibatkan kenaikan ekuitas yang tidak berasal dari kontribusi rupiah murni. Ruang lingkup pendapatan meliputi transaksi

penjualan barang, penjualan jasa dan penggunaan aset RS oleh pihak lain. Prosentase peningkatan pendapatan per tahun adalah besaran perubahan/kenaikan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang dinyatakan dalam persen.

**Grafik 3.31**  
**Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun**  
**Tahun 2020 – 2024**



Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2020 – 2024

Berdasarkan Grafik 3.31 terlihat capaian Persentase Peningkatan Pendapatan per Tahun pada tahun 2020 peningkatan pendapatan mengalami penurunan sebesar -26,78% dikarenakan adanya pandemi covid-19 pada tahun 2021 dan tahun 2022 telah melebihi target yang telah ditetapkan pada tahun 2021 capaiannya sebesar 15,75% dengan target sebesar 1% dan pada tahun 2022 capaiannya sebesar 10,52% dengan target sebesar 2%. Pada Tahun 2023 dengan target kenaikan pendapatan sebesar 6% atau senilai Rp. 204,677,655,000 mengalami

peningkatan sebesar 28.84% atau senilai Rp. 233.610.470.781,-, Sedangkan pada tahun 2024 dari target Rp. 226.087.423.000 realisasi sebesar Rp. 252.979.516.743 atau mengalami peningkatan dari target sebesar **8,53%**.

#### **40. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**

Pada Tahun 2023 terjadi kenaikan Persentase Realisasi target pendapatan BLU dari target 95% menjadi 108,49% realisasinya, Kemudian di tahun 2024 realisasi sebesar **111,89 %**.

Untuk mendapatkan Formula perhitungan Realisasi pendapatan BLU dapat dipergunakan Rumus sebagai berikut :

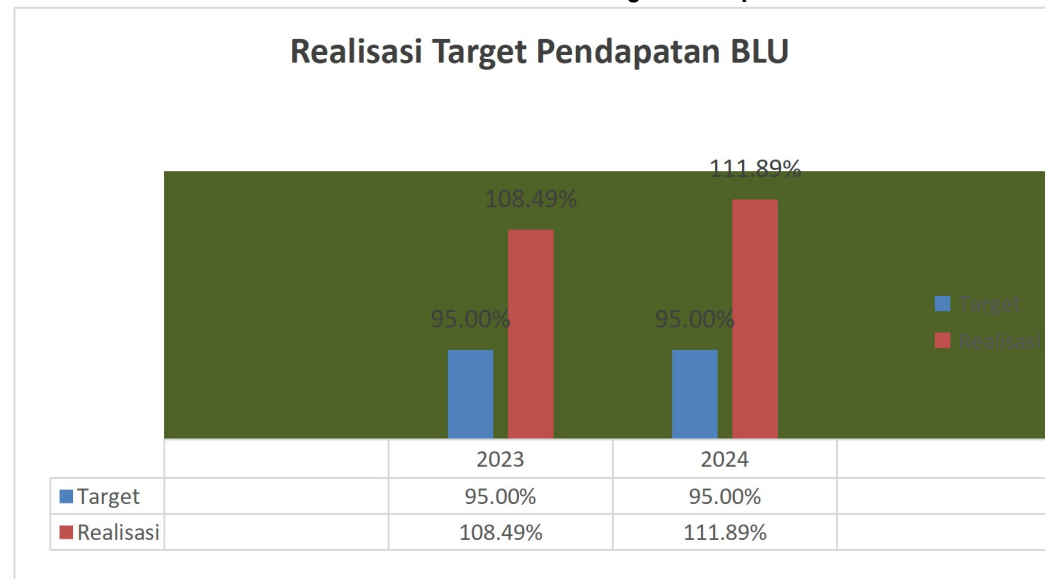
$$\frac{\text{Realisasi Pendapatan BLU}}{\text{Estimasi Pendapatan BLU}} \times 100\%$$

Pendapatan BLU = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya.

$$\frac{252.979.516.743}{226.087.423.000} \times 100\%$$

$$= 111,89 \%$$

**Grafik 3.32**  
**Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 2024**

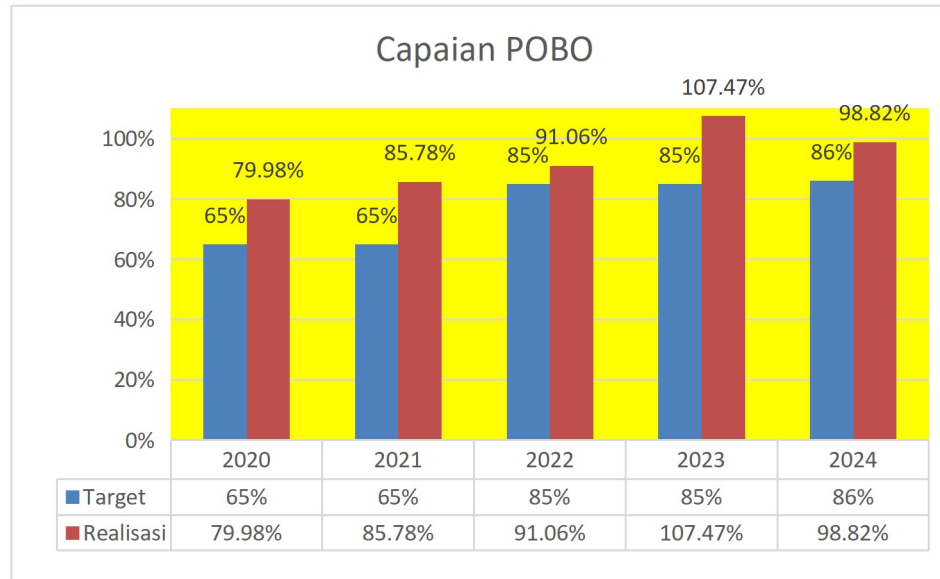


Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, 2024

#### 41. POBO

Pendapatan PNBPN merupakan Pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan Pendapatan PNBPN BLU tidak termasuk biaya penyusutan. Adapun capaian POBO untuk tahun 2021 - 2024 adalah:

**Grafik 3.33**  
**Capaian POBO**  
**Tahun 2020 - 2024**



Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2020 – 2024

Berdasarkan Grafik 3.33 pada tahun 2020 capaian POBO sebesar 79,98% dai target 65% pada tahun 2021 capaiannya sebesar 85,87% dengan target sebesar 65% pada tahun 2022 capaiannya menjadi sebesar 91,06% dengan target sebesar 85%, Dan pada tahun 2023 capaiannya menjadi sebesar 107.47% dengan target 85%.

Capaian POBO ditahun 2020 sampai dengan tahun 2023, walaupun memiliki tantangan tersendiri dikarenakan masih adanya pandemi covid 19 yang menyebabkan terkoreksinya target pendapatan dan layanan, tetapi dengan berbagai upaya seperti efisiensi belanja dan prioritas pembelanjaan sehingga belanja operasional menjadi lebih efektif. Pada tahun 2024 Rasio POBO mencapai **98,82%** dari target 86%.

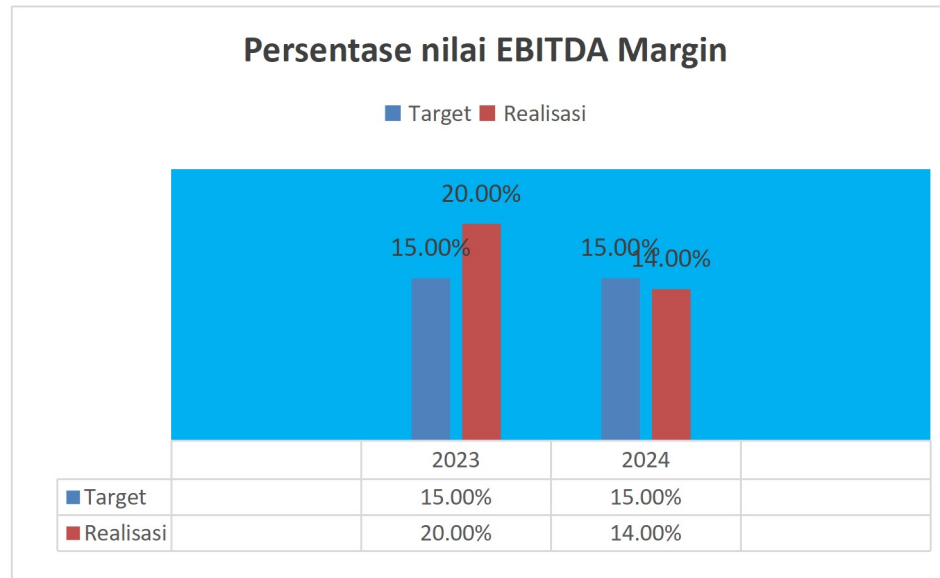
#### 42. Persentase nilai EBITDA Margin

Ebitda disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. Ebitda margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit. Yang dihasilkan. Pada Tahun 2023 Ebitda Margin mengalami peningkatan dari target 15% realisasi sebesar 20%. Tahun 2024 ebitda margin dari target 15% realisasi sebesar 14% atau tidak menjadi target dikarenakan beban belanja pegawai bertambah akibat adanya pembayaran remunerasi sesuai Free for service (FFS).

$$\frac{\text{Ebitda}}{\text{Jumlah Pendapatan}} \times 100\%$$

$$\begin{aligned} & \frac{34.407.027.250}{243.312.113.879} \times 100\% \\ & = 14\% \end{aligned}$$

**Grafik 3.34**  
**Capaian Ebitda Margin**  
**Tahun 2023 - 2024**

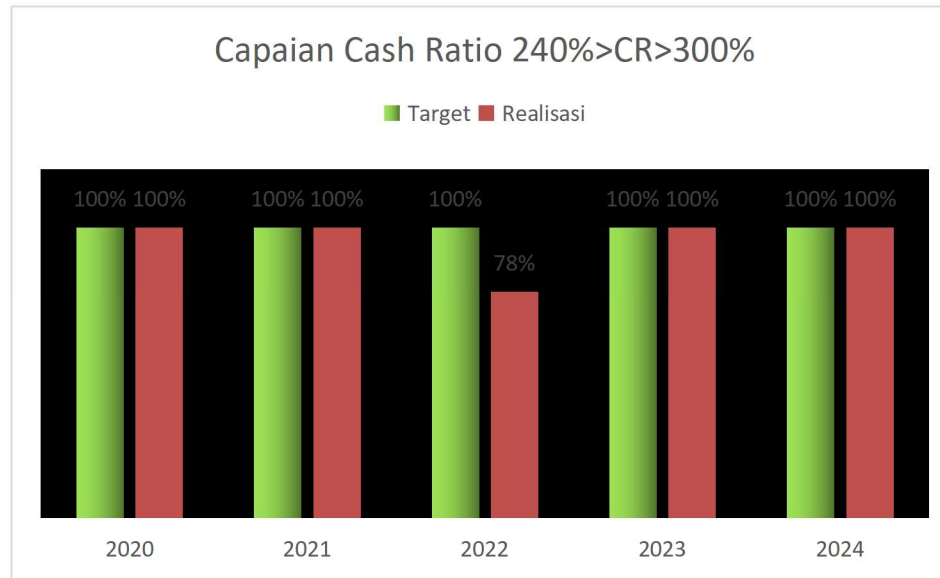


Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2023-2024

**43. Cash Ratio 240%>CR>300%**

Cash Ratio merupakan nilai yang menunjukkan rasio antara jumlah kas dan setara kas dibandingkan dengan kewajiban jangka pendek. Hasil perhitungan cash ratio tahun 2024 sebesar 100% sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 100%.

**Grafik 3.35**  
**Capaian Cash Ratio 240%>CR>300%**  
**Tahun 2020 - 2024**



Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, 2020 – 2024

Berdasarkan Grafik 3.35 terlihat capaian Cash Ratio tahun 2020- 2021 sudah mencapai target, pada tahun 2022 tidak dapat mencapai target, capaiannya sebesar 78% dengan target sebesar 100%, Dan pada tahun 2023 Cash Ratio juga mencapai target dengan capaian 100% dari target 100%

Kas dan setara kas Tahun 2024 RS Mata Cicendo masih dapat terjaga dengan baik sehingga dapat menutup kewajiban jangka pendek. Berdasarkan Cash Ratio pada tahun 2024 sebesar 261,36% hal tersebut dinilai kurang optimal, karena kas dan setara kas menjadi tidak

produktif dan seharusnya dapat lebih dioptimalkan lagi menjadi pendapatan dengan cara menambah nilai deposito (melalui kajian terlebih dahulu untuk menentukan nilai kas yang akan didepositokan ) dan melakukan pengendalian belanja.

#### **44. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni**

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dari target 2023 sebesar 97% realisasi sebesar 91.72% atau tidak tercapai dikarenakan adanya penggabungan BKMM Cikampek dengan RSMC dimana akun belanja pegawai banyak tidak terealisasi. Pada tahun 2024 realisasi anggaran Rupiah Murni sebesar **98,64%**

Untuk mendapatkan Formula perhitungan Realisasi Anggaran Rupiah Murni dapat dipergunakan Rumus sebagai berikut :

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni x100%

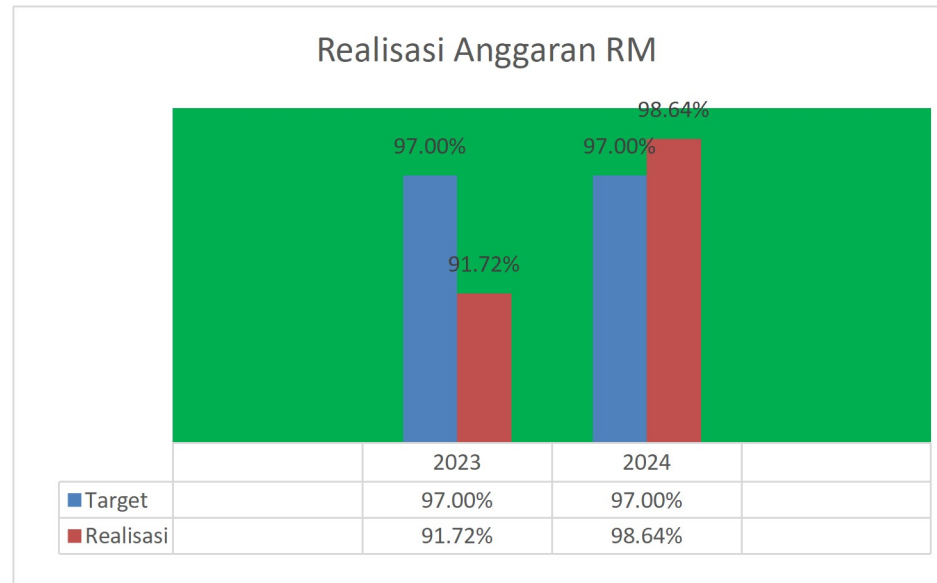
total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

36.057.814.019 x 100%

36.556.721.000

= **98,64 %**

**Grafik 3.36**  
**Realisasi Anggaran Rupiah Murni**  
**Tahun 2023-2024**

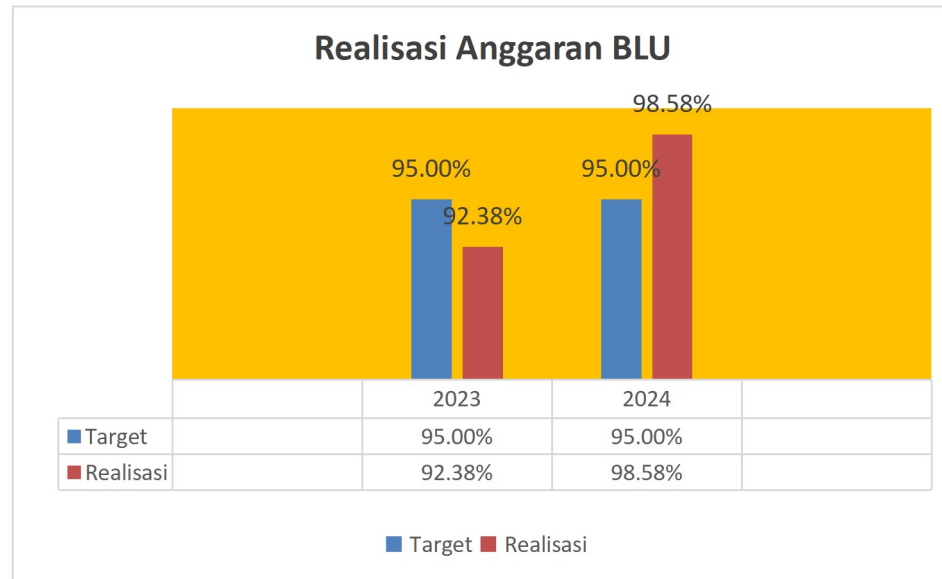


Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, 2023-2024

#### 45. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

Pada tahun 2023 realisasi penggunaan anggaran bersumber rupiah BLU dari target sebesar 95% realisasi sebesar 92.38%, target tidak tercapai dikarenakan ada anggaran seperti pembayaran remunerasi, biaya pemeliharaan, belanja jasa BLU dan lainnya yang belum bisa terealisasi. Dari total Anggaran BLU sebesar Rp. 210.035.423.000 ( Dua ratus sepuluh milyar tiga puluh lima juta empat ratus dua puluh tiga ribu rupiah) realisasi sebesar Rp. 194.035.423.533 ( Seratus Sembilan puluh empat milyar tiga puluh lima juta empat ratus dua puluh tiga ribu lima ratus tiga puluh tiga rupiah )atau sebesar 92.38%. Pada tahun 2024 realisasi anggaran BLU mengalami peningkatan realisasi sebesar **98.58 %** dari target yang ditetapkan sebesar 95% dimana sampai akhir tahun 2024 dari total anggaran BLU Rp. 242.192.592.000 realisasi sebesar Rp. 238.750.667.561

**Grafik 3.37**  
**Realisasi Anggaran BLU 2023-2024**

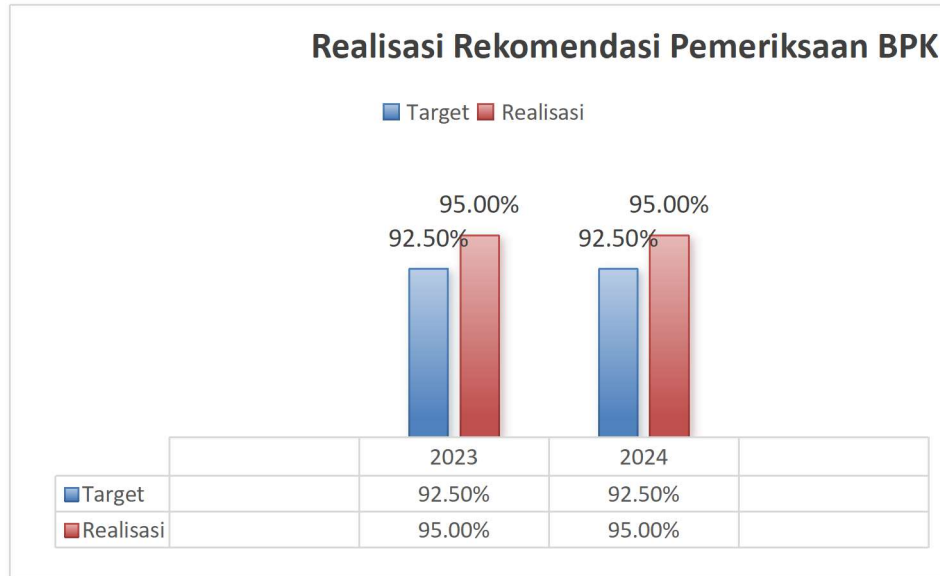


Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, 2023-2024

**46. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di Tindak Lanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK. Pada tahun 2023 dan 2024 dari target rekomendasi BPK yang telah tuntas di tindak lanjuti target sebesar 92.50% realisasi sebesar 95% seperti terlihat di grafik 3.38 dibawah ini.

**Grafik 3.38**  
**Realisasi Rekomendasi Pemeriksaan BPK 2024**



Sumber : SPI, 2023-2024

Tabel 3.20 Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2020, 2021, 2022, 2023 dan Tahun 2024

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja											
			2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>												
MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	80%	82,00%	80,50%	84,91%	85,00%	85,60%	87,00%	83,74%	89,00%	84,27%
	2	Persentase Kepuasan Pegawai	86%	85,00%	87,00%	87,09%	88,00%	90,26%	89,00%	90,75%	90,00%	90,79%
	3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	87,00%	91,00%	87,5%	91,7%	88,0%	93,18%	88,5%	92,2%	90,00%	93,10%
<b>BISNIS PROSES INTERNAL</b>												
MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	77%	74,10%	84,00%	89,53%	93,00%	94,95%	95,00%	95,10%	100%	100%
MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	2	3	2	3	2	3	1	2	1	1

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	56,76 menit	60 Menit	50,25 menit	60 Menit	49,14 menit	60 Menit	44,93 menit	60 Menit	43,20 menit
	7	Pengembangan Layanan Unggulan : Low Vision Center	20%	10%	30%	30%	50%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	93%	100%	100%	100%	70%
	8	Layanan Penyakit Infeksi Emerging (PIE)	20%	13,41%	40%	24,50%	60%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Pengembangan Inovasi Layanan	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	98%	100%	71%
	9	Pengembangan Inovasi Layanan Diabetic Integrated Eye Care	5%	1,70%	20%	13%	40%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Cicendo Aesthetic Eye Clinic	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	n/a	n/a	n/a	n/a
		Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1	1	1	1
	10	Layanan Oftalmologi Komunitas	10%	10%	30%	30%	50	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Refractive Surgical & Laser Center	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	89%	n/a	n/a	n/a	n/a

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
		Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	10,00%	19,48%	10,00%	20,16%
	11	Presentasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	n/a	n/a	60,00%	100,00%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
		Pengembangan Layanan : Pengembangan One Stop Service Low Vision	n/a	n/a	n/a	n/a	100,00%	92,00%	n/a	n/a	n/a	n/a
		Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	70,00%	75,96%	70,00%	75,00%
	12	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	82,61%	≥ 80%	92,12%
	13	Penundaan Waktu Operasi Elektif	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤ 3%	1,47%	≤ 3%	1,40%
	14	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	80,71%	≥ 80%	87,63%
	15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	100%	≥ 80%	100%
	16	Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≤ 1,2 %	0%	≤ 1,2 %	0%

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	17	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1	1	1	0
	18	Kepatuhan Kebersihan Tangan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 90%	97,84%	≥ 90%	98,15%
	19	Kepatuhan Penggunaan APD	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	100%
	20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	100%
	21	Waktu tunggu rawat jalan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	82,55%	≥ 80%	85,73%
	22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	100%
	23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 90%	93,25%	≥ 90%	93,02%
	24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 85%	100%	≥ 85%	100%
	25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	100%
	26	Kecepatan waktu tanggap complain	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	≥ 80%	100%	≥ 80%	100%
MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	28	Jumlah Publikasi Nasional/Internasional	10	27	10	34	10	39	10	44	10	64

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	2	1	3	1	10	1	21	1	27
<b>LEARN &amp; GROWTH</b>												
MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	70%	67,20%	70,00%	71,44%	75,00%	73,92%	75,00%	78,94%	75,00%	79,11%
	31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
	32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	n/a	n/a	n/a	n/a	1	2	2	7	2	8
	34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	n/a	n/a	n/a	n/a	1	2	1	2	1	2

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	40%%	35,30%	70,00%	70,00%	100,00%	100,00%	100,00%	92,33%	100,00%	100%
	36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 Sistem	1	1 Sistem	1
	37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	100%	100%	100%	100%
MENINGKATKAN KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	95,00%	95,01%	95,00%	95,20%
<b>FINANCIAL</b>												
MENINGKATKAN REVENUE	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	0%	-26,78%	1,00%	15,57%	2,00%	10,52%	6,00%	28,84%	3,00%	8,53%
	40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	95,00%	108,49%	95,00%	111,89%
MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	65%	79,98%	65,00%	85,87%	85,00%	91,06%	85,00%	107,47%	86,00%	98,82%

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		2020		2021		2022		2023		2024	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
	42	Persentase nilai EBITDA Margin	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	15,00%	20,00%	15,00%	14,00%
MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%
	44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	97,00%	91,72%	97,00%	98,64%
	45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	95,00%	92,38%	95,00%	98,58%
	46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	92,50%	95%	92,50%	95%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.16 terlihat perbandingan realisasi indikator kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023 dan Tahun 2024 sebagai berikut:

1. Karena perbedaan periode RSB 2020 (RSB 2020-2024), maka terdapat perbedaan indikator dalam setiap periode, sehingga irisan indikator yang sama akan dipilah untuk menghasilkan perbandingan yang setara. Setelah diambil indikator yang sama antar 2 periode tersebut didapat 20 indikator yang sama. Secara keseluruhan Capaian Indikator dari tahun 2020-2024 terjadi fluktuatif capaian, dimana pada tahun 2021 terjadi peningkatan capaian, namun di 2022 terjadi penurunan capaian dan pada tahun 2023 terjadi peningkatan capaian. Tahun 2020 dari 21 indikator hanya tercapai 13 indikator atau 62% capaian, tahun 2021 terjadi peningkatan capaian dari 21 Indikator tercapai 19 indikator atau 90,5% capaian, tahun 2022 terjadi penurunan capaian dari 21 indikator tercapai 16 indikator atau 76,2% capaian, tahun 2023 terjadi peningkatan capaian dari 46 indikator tercapai 41 indikator atau 89,13% capaian dan pada tahun 2024 capaian dari 46 indikator tercapai 41 indikator atau 89,13% capaian.
2. Pada Indikator Presentase Kepuasan Pasien pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 82% dengan target sebesar 80%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 84,91% dengan target sebesar 80,50% dan pada tahun 2022 capaiannya sebesar 85,60% dengan target sebesar 85% . Namun pada tahun 2023 tidak mencapai target capaiannya sebesar 83,74% dengan target sebesar 87%. Dan pada tahun 2024 terjadi peningkatan capaian sebesar 84,27% namun belum mencapai target sebesar 89%.
3. Pada Indikator Persentase Kepuasan Pegawai tahun 2020 dengan target 86% hanya terealisasi sebesar 85% hal ini disebabkan antara lain karena indikator pendapatan, atasan langsung kurang memberikan penghargaan terhadap keberhasilan karyawan dalam menyelesaikan tugas pekerjaan, dan kebijakan promosi yaitu kenaikan pangkat atau jabatan di PMN RS Mata Cicendo dinilai belum sesuai oleh karyawan, pada tahun 2021 sudah mencapai target capaiannya sebesar 87% dengan target sebesar 87%, pada tahun 2022 sudah melebihi target capaiannya sebesar 90,26% dengan target sebesar 88%, pada tahun 2023 sudah melebihi target capaiannya sebesar 90,75% dengan target sebesar 89% dan pada tahun 2024 sudah melebihi target capaiannya sebesar 90,79% dengan target sebesar 90%.
4. Pada Indikator Persentase Kepuasan Peserta Didik pada tahun 2020 sampai dengan 2023 telah melebihi target dan selalu mengalami peningkatan, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 91% dengan target sebesar 87%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 91,70% dengan target sebesar 87,50%, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 93,18% dengan target sebesar 88%, pada tahun 2023 capaiannya sebesar 92,2% dengan target sebesar 88,50% dan pada tahun 2024 capaiannya sebesar 93,10% dengan target sebesar 90%.

5. Pada indikator Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan pada tahun 2020 belum mencapai target capaiannya sebesar 74,10% dengan target sebesar 77% hal ini menggambarkan bahwa peserta seluruh program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang belum patuh menerapkan Standar Mutu Pelayanan sehingga terjadinya infeksi. Tetapi setelah dilakukan adalah sosialisasi pentingnya kebersihan tangan di setiap kesempatan, menginformasikan ke seluruh RS terkait hasil capaian kebersihan tangan, pemenuhan fasilitas kebersihan tangan, dan peningkatan kualitas hasil audit, di tahun 2021, 2022, 2023 dan 2024 capaian indikator ini telah tercapai.
6. Pada Indikator Pengampuan RS / Balai Kesehatan pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2020 sampai dengan 2022 capaiannya sebesar 3% dengan target sebesar 2%.
7. Pada Indikator Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi) telah melebihi target pada tahun 2023 capaiannya 2 dengan target 1 dan pada tahun 2024 dengan capaian 1 dari target 1.
8. Pada Indikator Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis, standar pelayanan Rumah Sakit waktu tunggu Rawat jalan tidak lebih dari 60 menit (Nomor:129/ Menkes/SK/II/2008), pada dasarnya waktu tunggu bersifat minimize yang artinya apabila capaiannya lebih rendah dari target berarti lebih baik. Waktu tunggu Rawat Jalan pada tahun 2020 sampai dengan 2022 telah lebih kecil dari target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 56,76 menit dengan target sebesar 60 menit, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 50,25 menit dengan target sebesar 60 menit, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 49,14 menit dengan target sebesar 60 menit, pada tahun 2023 capaiannya sebesar 44,93 menit dengan target sebesar 60 menit dan pada tahun 2024 capaiannya sebesar 43,20 menit dengan target sebesar 60 menit, berarti Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan) Waktu Tunggu Rawat Jalan setiap tahunnya lebih baik.
9. Pada Indikator Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan pada tahun 2020 sampai dengan 2024 telah mencapai target, pada tahun 2020 sampai dengan 2024 capaiannya sebesar 2 dengan target sebesar 2.
10. Pada Indikator Jumlah Publikasi Nasional/Internasional pada tahun 2020 sampai dengan 2024 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 27 dengan target sebesar 10, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 34 dengan target sebesar 10, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 39 dengan target sebesar 10, pada tahun 2023 capaiannya sebesar 44 dengan target sebesar 10 dan pada tahun 2024 capaiannya sebesar 64 dengan target sebesar 10

11. Pada Indikator Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta pada tahun 2020 sampai dengan 2024 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 2 dengan target sebesar 1, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 3 dengan target sebesar 1, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 10 dengan target sebesar 1, pada tahun 2023 capaiannya jauh lebih besar yaitu sebesar 21 dengan target sebesar 1 dan pada tahun 2024 capaiannya sebesar 27 dengan target sebesar 1.
12. Pada Indikator Persentase Budaya Keselamatan pada tahun 2021 telah melebihi target dengan capaian 71,44% dengan target sebesar 70 % dan pada tahun 2020 dan tahun 2022 belum mencapai target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 67,20% dengan target sebesar 70%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 73,92% dengan target sebesar 75 %. Pada tahun 2023 dan tahun 2024 telah melebihi target, pada tahun 2023 capaiannya sebesar 78,94% dengan target sebesar 75%, pada tahun 2024 capaiannya sebesar 79,11% dengan target sebesar 75%.
13. Pada Indikator Persentase Maturitas IT ketidaktercapaian target indikator terjadi di tahun 2020 dimana dari target 40% hanya tercapai 35,30%, ketidaktercapaian pada tahun 2020 disebabkan oleh karena belum tercapainya implementasi EMR dan PACS serta belum tercapainya target Plan & Design Business Intelligent. Tahun 2021 dan 2022 telah mencapai target, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 70% dengan target sebesar 70% dan pada tahun 2020 capaiannya sebesar 100% dengan target sebesar 100%. Pada tahun 2023 belum mencapai target dengan capaian sebesar 92,33% dari target sebesar 100%. Dan pada tahun 2024 telah memenuhi target dengan capaian sebesar 100% dari target sebesar 100%.
14. Pada Indikator Persentase Peningkatan Pendapatan Per Tahun pada tahun 2020 belum mencapai target, dari target 0% dicapai dengan minus 26,97%. Hal ini disebabkan adanya Pandemi Covid-19 yang mengurangi jumlah layanan karena situasi pembatasan social masyarakat. Capaian Indikator Kinerja pada Tahun 2021 dari target 1 % bisa dicapai sebesar 15,75%, pada tahun 2021 dan 2022 telah melebihi target, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 15,57% dengan target sebesar 1%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 10,52% dengan target sebesar 2% dan pada tahun 2023 dan 2024 telah melebihi target, pada tahun 2023 capaiannya sebesar 28,84% dengan target sebesar 6%, pada tahun 2024 capaiannya sebesar 8,53% dengan target sebesar 3%.
15. Pada Indikator POBO pada tahun 2020 sampai dengan 2024 telah melebihi target, pada tahun 2020 capaiannya sebesar 79,98% dengan target sebesar 65%, pada tahun 2021 capaiannya sebesar 85,87% dengan target sebesar 65%, pada tahun 2022 capaiannya sebesar 91,06% dengan target sebesar 85%, pada tahun 2023 capaiannya sebesar 107,47% dengan target sebesar 85% dan pada tahun 2024 capaiannya sebesar 98,82% dengan target sebesar 86%.

16. Pada Indikator Cash Ratio  $240\% < CR < 300\%$  selama 3 tahun dari tahun 2020-2024, hanya di tahun 2022 yang tidak memenuhi target, capaian indikator ini hanya mencapai angka 78%, hal ini disebabkan manajemen kas yang kurang optimal dengan memanfaatkan kas dan setara kas menjadi investasi.

**Tabel 3.21**  
**Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2024**

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2024	Realisasi Th. 2024	% Capaian
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Kepuasan Pasien	89%	84,27%	94,69%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	90%	90,79%	100,88%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%	93,10%	103,44%
	<b>BISNIS PROSES INTERNAL</b>					
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%	100%	100%
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	1	100%
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	43,20 menit	138,89%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2024	Realisasi Th. 2024	% Capaian
		7 Pengembangan Layanan Unggulan : Advanced Diabetic Retina Services	100%	70%	70%
		8 Pengembangan Inovasi Layanan	100%	71%	71%
		9 Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	1	100%
		10 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	20,16%	201,60%
		11 Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar	70%	75,00%	107,14%
		12 Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	92,12%	115,15%
		13 Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,40%	214,29%
		14 Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	87,63%	109,54%
		15 Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI	≥ 80%	100%	125%
		16 Persentase Kejadian Endoftalmitis Pasca Bedah Katarak	≤ 1,2 %	0%	100%
		17 Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	0	0%
		18 Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	98,15%	109,06%
		19 Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2024	Realisasi Th. 2024	% Capaian
		20	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%
		21	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	85,73%	107,16%
		22	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%
		23	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%	93,02%	103,36%
		24	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%	100%	117,65%
		25	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%
		26	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80%	100%	125,00%
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	27	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	100%
		28	Jumlah Publikasi Nasional / Internasional	10	64	640%
		29	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	27	2700%
	<b>LEARN &amp; GROWTH</b>					
5	MEMBANGUN BUDAYA QUALITY FIRST	30	Persentase Budaya Keselamatan	75%	79,11%	105,48%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2024	Realisasi Th. 2024	% Capaian
		31	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu Dengan Hasil Mencapai Target Masing-Masing Indikator	12	12 Laporan	100%
		32	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	12 Laporan	100%
6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	33	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	8	400%
		34	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1	2	200%
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	35	Persentase Maturitas IT	100%	100%	100%
		36	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem	1	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2024	Realisasi Th. 2024	% Capaian
		37	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	100%	100%
8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	38	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	95%	95,20%	100,21%
<b>FINANCIAL</b>						
9	<b>MENINGKATKAN REVENUE</b>	39	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	6%	8,53%	142,17%
		40	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	111,89%	117,78%
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	41	POBO	85%	98,82%	116,26%
		42	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	14,00%	93,33%
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	43	Cash Ratio 240%<CR<300%	100%	100%	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2024	Realisasi Th. 2024	% Capaian
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	98,64%	101,69%
		45	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	98,58%	103,77%
		46	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,50%	95%	102,70%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.17 terlihat realisasi indikator Tahun 2024 sebagai berikut :

Realisasi Realisasi capaian indikator rumah sakit Tahun 2024 terdapat 5 indikator yang tidak tercapai yaitu:

1. Persentase Kepuasan Pasien belum mencapai target dengan capaian sebesar 84,27% dari target sebesar 89%.

Untuk pelayanan rawat jalan Reguler, rawat jalan Eksekutif dan rawat inap dilihat dari unsur nilai terendah waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan adalah kecepatan waktu pelayanan dan prosedur pelayanan yang lebih jelas dan pasti.

Rencana tindak lanjut yang direkomendasikan adalah sebagai berikut :

- a. Koordinasi dengan Manajer Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan pihak terkait lainnya.
- b. Saat ini juga telah diberlakukan Whatsapp Gateway yang diharapkan pasien control dapat menggunakan aplikasi terbaru ini untuk daftar control system ini lebih cepat merespon pasien. Pasien control yang telah mendapatkan nomor antrian dan sudah terdaftar untuk control berikutnya melalui WA Gateway, pada saat control buku rekam medik sudah berada di poli dan pasien datang sesuai jam yang telah ditentukan sehingga pasien tidak menunggu pada saat pendaftaran dan pemeriksaan. Dengan adanya system ini diharapkan ke depannya dapat meningkatkan kecepatan waktu pelayanan. Pada saat di lobby pintu masuk regular pasien yang menunggu di pendaftaran harus sesuai dengan waktu control yang telah ditetapkan pada saat reservasi online sehingga pelayanan pasien lebih teratur dari mulai awal pendaftaran sampai ke pengambilan obat dan diharapkan dapat meningkatkan kecepatan waktu pelayanan.

- c. Begitu juga dengan waktu tunggu di rawat inap telah ditindaklanjuti dengan melakukan koordinasi antara Manajer Pelayanan Medik dan Kepala Rawat inap yaitu memberikan informasi kepada pasien terkait apa yang harus dipersiapkan atau dilakukan pasien dan keluarga pasien sebelum dan sesudah operasi juga kepastian waktu tunggu pasien saat pemulihan dan mengkaji penyediaan fasilitas loker untuk barang-barang pasien di rawat inap.
2. Pengembangan layanan unggulan : Advanced Diabetic Retina Services belum mencapai target dengan capaian sebesar 70% dari target sebesar 100%  
Capaian Indikator Pengembangan layanan unggulan Advanced Diabetic Retina Services adalah sebagai berikut :
  - a. Pengembangan layanan dengan capaian sebesar 30% dari target sebesar 30%
  - b. Pengembangan SDM dengan capaian sebesar 10% dari target sebesar 30%
  - c. Education & Reasearch dengan capaian sebesar 30% dari target sebesar 30%
  - d. Sarpras dengan capaian sebesar 0% dari target sebesar 10%
3. Pengembangan inovasi layanan belum mencapai target dengan capaian sebesar 71% dari target sebesar 100%.  
Capaian Indikator Pengembangan Inovasi layanan adalah sebagai berikut :
  - a. Trauma eye center dengan capaian sebesar 93% dari target sebesar 100%
  - b. Aesthetic eye and dry eye clinic dengan capaian sebesar 82% dari target sebesar 100%
  - c. Refractive surgical dan laser center dengan capaian sebesar 77,5% dari target sebesar 100%
  - d. Pengembangan one stop service low vision dengan capaian sebesar 32% dari target sebesar 100%
4. Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna  
Belum terlaksana karena terdapat beberapa kendala sebagai berikut :
  - a. Belum ada regulasi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia terkait tingkatan stratifikasi (paripurna, madya dan utama)
  - b. Verifikasi alat belum terpenuhi

### 5. Persentase nilai EBITDA Margin

Capaian nilai EBITDA Margin mengalami penurunan dikarenakan terjadinya lonjakan realisasi belanja hingga dua kali lipat sedangkan untuk pendapatan tidak ada peningkatan yang cukup signifikan karena terdapat klaim pending dari BPJS Kesehatan.

### 3. Analisis atas Efisiensi Sumber Daya yang Mendukung dalam Pencapaian Kinerja

Realisasi belanja PMN RS Mata Cicendo, baik sumber dana RM maupun BLU, terdapat realisasi belanja di bawah pagu anggaran dengan output yang tercapai sesuai target, sehingga terdapat efisiensi dari belanja tersebut, seperti terlihat dalam tabel di bawah ini:

**Tabel 3.22**  
**Capaian Output dan Realisasi Belanja Tahun 2024**

NO	NAMA SATKER	MAK	PAGU BELANJA (Rp.)	REALISASI BELANJA (Rp.)	% REALISASI	EFISIENSI
		(BLU)				
1	PMN RS MATA CICENDO	52	220.989.770.000	217.856.240.391	98,58%	1,42%
		53	21.202.822.000	20.894.427.170	98,55%	1,45%
	<b>TOTAL</b>		<b>242.192.592.000</b>	<b>238.750.667.561</b>	<b>98,58%</b>	<b>1,42%</b>

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2024

Belanja yang bersumber dari pembiayaan BLU, Belanja Barang MAK 52 tercapai realisasi belanja sebesar 98,58%, sehingga terdapat efisiensi belanja sebesar 1,42% dari Pagu revisi dan Belanja Modal MAK 53 dengan capaian output 98,55%, sehingga terdapat efisiensi belanja sebesar 1,45% dari Pagu revisi.

#### 4. Capaian Indikator Kinerja Unit dengan Target Nasional

Tabel 3.23

Capaian Indikator Kinerja Unit dengan Target Nasional

NO	IKU	REALISASI IKU TAHUN 2024	TARGET NASIONAL	KET
1	Persentase Kepuasan Pasien	84,27%	76,61-100	Permenpan RB No. 14 Tahun 2017
2	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Tunggu Rawat Jalan)	43,20 menit	WRJ ≤ 30 menit	PERDIRJEN PERBENDAHARAAN NO.PER-24/PB/2018
3	POBO	98,82%	PB > 65%	PERDIRJEN PERBENDAHARAAN NO.PER-24/PB/2018
4	Cash Ratio 240%<CR<300%	261,36%	240%<CR<300%	PERDIRJEN PERBENDAHARAAN NO.PER-24/PB/2018

1. Realisasi IKU Persentase Kepuasan Pasien Tahun 2024 terhadap target atau standar nasional selama periode waktu tersebut masih terpenuhi di mana pada tahun 2024 mendapat nilai 84,27%.
2. Realisasi IKU Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Tunggu Rawat Jalan) Tahun 2024 terhadap target atau standar nasional masih tergolong baik, meskipun tidak mencapai nilai maksimal 30 menit. Sebenarnya terdapat 2 standar penilaian dari waktu tunggu rawat jalan, yaitu Perdirjen PB No. Per-24/PB/2018 dan Indikator Kinerja RS dan Balai (IKRS) sesuai Perdirjen Yankes No.PR.03.02/I.1/4467/2015 tanggal 26 Agustus 2015, dimana dalam IKRS waktu tunggu rawat jalan mempunyai target 60 menit, sehingga capaian IKU tersebut baik tahun 2024 masih dalam taraf "Baik".
3. Realisasi IKU POBO Tahun 2024 terhadap target atau standar nasional selama periode waktu tersebut masih terpenuhi, di mana pada tahun 2024 mendapat nilai 98,82%.

2. Realisasi IKU Cash Ratio Tahun 2024 terhadap target atau standar nasional selama periode waktu tersebut masih terpenuhi, di mana pada tahun 2024 mendapat Nilai 261,36%. Angka penilaian tersebut masih dalam range yang maksimal menurut perdirjen Pb No. PER-24/2018.

## B. Sumber Daya

### 1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Kondisi SDM PMN Rumah Sakit pada Tahun 2024 berdasarkan jabatan, golongan dan pendidikan yang merupakan salah satu indikator untuk tercapainya tingkat pelayanan di rumah sakit antara lain :

**Tabel 3.24**  
**Distribusi SDM Menurut Jabatan Tahun 2024**

NO	Uraian	Kondisi Awal	Perkembangan		Kondisi
		Awal	Tambah	Kurang	Akhir
		Th 2024			Th 2024
1	Struktural				
	Eselon IIa	0	0	0	0
	Eselon IIb	0	0	0	0
	Eselon III	0	0	0	0
	Eselon IV	0	0	0	0
2	Fungsional	317	3	9	311
3	Staf / Pelaksana	180	3	10	173
4	Tenaga Teknis	4	0	0	4
	<b>Jumlah</b>	<b>501</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>488</b>

Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.24 terlihat jumlah SDM berdasarkan jabatan dari kondisi awal tahun 2024 sebanyak 501 orang mengalami penurunan menjadi sebanyak 488 orang pada akhir Tahun 2024 karena penambahan pegawai sebanyak 6 orang (fungsional sebanyak 3 orang dan staf/ pelaksana sebanyak 3 orang) sedangkan pengurangan pegawai sebanyak 19 orang (fungsional sebanyak 9 orang dan staf/ pelaksana sebanyak 10 orang) .

**Tabel 3.25**  
**Distribusi SDM Menurut Golongan**  
**Tahun 2024**

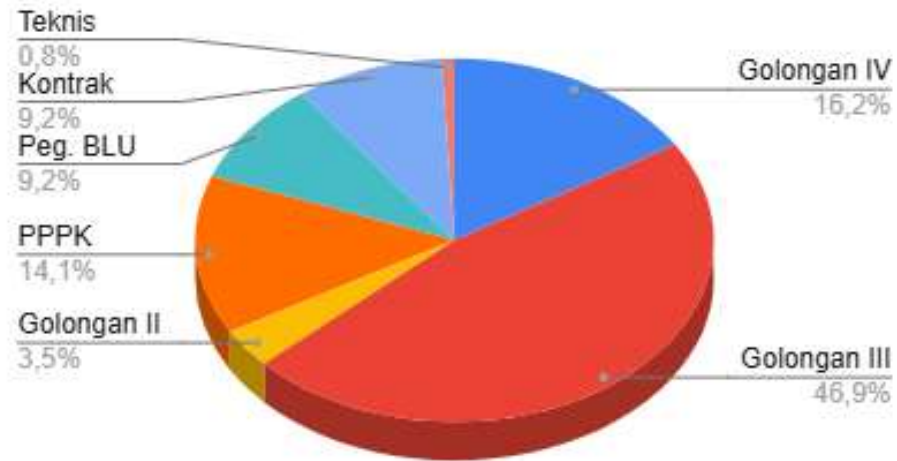
No	Uraian	Kondisi	Perkembangan		Kondisi
		Awal Th 2024	Tambah	Kurang	Akhir Th 2024
1	Golongan IV	73	7	1	79
2	Golongan III	239	8	18	229
3	Golongan II	23	0	6	17
4	Golongan I	0	0	0	0
5	PPPK	26	44	1	69
6	Pegawai BLU	79	0	34	45
7	Pegawai Kontrak	57	3	15	45
8	Tenaga Teknis	4	0	0	4
	<b>Jumlah</b>	<b>501</b>	<b>62</b>	<b>75</b>	<b>488</b>

Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.25 terlihat jumlah SDM berdasarkan golongan pada kondisi awal Tahun 2024 sebanyak 501 orang menjadi 488 pada akhir Tahun 2024 karena penambahan pegawai sebanyak 62 orang (golongan IV sebanyak 7 orang, golongan III sebanyak 8 orang, PPPK sebanyak 44 orang dan pegawai kontrak sebanyak 3 orang) dan pengurangan pegawai sebanyak 75 orang (golongan IV sebanyak 1 orang, golongan III sebanyak 18 orang, golongan II sebanyak 6 orang, PPPK sebanyak 1 orang, pegawai BLU sebanyak 34 orang, dan Pegawai Kontrak sebanyak 15 orang).

Gambaran komposisi SDM berdasarkan golongan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut:

**Grafik 3.39**  
**Distribusi SDM Menurut Golongan**  
**Tahun 2024**



Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2024

Dari Grafik 3.39 di atas terlihat distribusi SDM menurut golongan pada Tahun 2024 paling tinggi pada golongan III sebesar 46,9% dan terendah pada Tenaga Teknis yaitu sebesar 0,8%.

**Tabel 3.26**  
**Distribusi SDM Menurut Pendidikan**  
**Tahun 2024**

No	Uraian	Kondisi	Perkembangan		Kondisi
		Awal Th 2024	Tambah	Kurang	Akhir Th 2024
1	S - 3	6	0	0	6
2	S - 2	46	7	1	52
3	S - 1	196	13	15	194
4	D - 4	13	1	1	13
5	D - 3	176	6	14	168
6	D - 1	0	0	0	0
7	SLTA Sederajat	60	0	9	51
8	SMP	0	0	0	0
9	SD	0	0	0	0
10	Tenaga Teknis	4	0	0	4
	<b>Jumlah</b>	<b>501</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>488</b>

Sumber : Tim Kerja OSDM, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.26 terlihat jumlah SDM berdasarkan pendidikan dari kondisi awal Tahun 2024 sebanyak 501 orang menjadi 488 orang pada akhir Tahun 2024 karena penambahan sebanyak 27 orang (S2 sebanyak 7 orang, S1 sebanyak 13 orang, D4 sebanyak 1 orang dan D3 sebanyak 6 orang) dan pengurangan sebanyak 40 orang (S2 sebanyak 1 orang, S1 sebanyak 15 orang, D4 sebanyak 1 orang, D3 sebanyak 14 orang, dan SLTA sebanyak 9 orang).

## 2. Sumber Daya Anggaran

Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan selain ditunjang oleh sumber daya manusia yang berkualitas perlu ditunjang pula oleh sumber daya anggaran untuk mendanai semua belanja sehingga pelayanan dapat berjalan sesuai standar yang ditetapkan. Di bawah ini alokasi dana dalam DIPA dan Rencana Kegiatan Anggaran /RKAKL berdasarkan jenis belanja dan sumber dana, besaran pagu dan realisasinya adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.27**  
**Sumber Dana Tahun Anggaran 2024**

No	Uraian Kegiatan	Pagu Awal	Pagu Revisi 10	Total Realisasi	% Realisasi
	<b>(RM)</b>				
1	Belanja Pegawai	30.571.813.000	36.556.721.000	36.057.814.019	98,64%
2	Belanja Barang	-	-	-	-
3	Belanja Modal	-	-	-	-
	<b>Jumlah RM</b>	<b>30.571.813.000</b>	<b>36.556.721.000</b>	<b>36.057.814.019</b>	<b>98,64%</b>
	<b>(BLU)</b>				
1	Belanja Barang	214.014.925.000	220.989.770.000	217.856.240.391	98,58%
2	Belanja Modal	12.072.498.000	21.202.822.000	20.894.427.170	98,55%
	<b>Jumlah BLU</b>	<b>226.087.423.000</b>	<b>242.192.592.000</b>	<b>238.750.667.561</b>	<b>98,58%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>256.659.236.000</b>	<b>278.749.313.000</b>	<b>274.808.481.580</b>	<b>98,59%</b>

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.27 terlihat total realisasi penyerapan anggaran pada tahun 2024 sebesar Rp.274.808.481.580,- atau 98,59% dari total pagu revisi sebesar Rp. 278.749.313.000,-. Terdapat peningkatan capaian persentase realisasi sebesar 6,34% penyerapan anggaran total tahun 2024 jika dibandingkan dengan penyerapan anggaran Total tahun 2023 sebesar 92,25%.

Realisasi penyerapan anggaran RM Tahun 2024 sebesar Rp.36.057.814.019,- atau sebesar 98,64% dan realisasi penyerapan anggaran BLU Tahun 2024 sebesar Rp.238.750.667.561,- atau sebesar 98,58%.

### **3. Sumber Daya Barang Milik Negara (BMN)**

Pengelolaan Barang Milik Negara/BMN Setditjen Bina Upaya Kesehatan selama periode tahun 2024, dapat dilaporkan dalam bentuk intrakomtable, ekstrakomtable, gabungan intrakomtable dan ekstrakomtable dan aset tak berwujud. Adapun laporan perkembangan masing-masing Barang Milik Negara adalah sebagai berikut :

**Tabel 3.28**  
**Barang Milik Negara Tahun 2024**

No	Uraian		Realisasi 2024	
			Saldo Awal Januari 2024	Saldo Akhir Desember 2024
1	<b>BMN INTRAKOMTABEL</b>			
	Posisi Awal	Rp	690.964.322.301	681.157.910.451
a	Penambahan			
	Saldo Awal	Rp	-	-
	Pembelian	Rp	7.683.784.083	16.086.153.438
	Perolehan KDP	Rp	-	-
	Pengembangan KDP	Rp	279.648.530	-
	Hibah Masuk	Rp	-	1.436.588.632
	Likuidasi Masuk	Rp	-	-
	Likuidasi Masuk Henti Guna	Rp	-	-
	Reklas Dari Aset Tetap Ke Aset Lainnya	Rp	-	1.215.221.497
	Reklas Dari Aset Lainnya Ke Aset Tetap	Rp	-	-
	Penyelesaian Pembangunan dengan KDP	Rp	-	-
	Pengembangan Nilai Aset	Rp	-	385.416.300
	Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	Rp	-	-
	Pengembangan Melalui KDP	Rp	682.962.425	4.422.857.432
	Pengembangan Nilai Aset Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	Rp	-	-
	Koreksi Susulan	Rp	-	122.733.928
	Aset Tak Berwujud	Rp	-	-
	Aset Tetap yang Tidak Digunakan	Rp		
	Akumulasi Penyusutan	Rp	-	-
	Perolehan Reklasifikasi dari Ekstra ke Intra	Rp	-	19.125.040

	Reklas KDP Menjadi Barang Jadi	Rp	-	-
	Perolehan Lainnya	Rp	110.644.835	89.859.000
<b>b</b>	<b>Pengurangan</b>			
	Penghentian Aset Dari Penggunaan	Rp	-	1.215.221.497
	Penggunaan Kembali	Rp	-	-
	Penyusutan	Rp	18.452.806.888	30.224.102.016
	Penghapusan/Penghentian KDP	Rp	-	-
	Koreksi Pencatatan	Rp	110.644.835	1.609.123.894
	Transfer Keluar	Rp	-	-
	Reklasifikasi Keluar	Rp	-	-
	Penyelesaian KDP	Rp	-	-
	Penyelesaian Aset tak Berwujud	Rp	-	-
	Penghapusan BMN dihentikan	Rp	-	-
	Penghapusan BMN	Rp	-	-
	Transaksi Normalisasi BMN	Rp	-	-
	Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	Rp	-	-
	Reklasifikasi KDP menjadi Barang Jadi	Rp	-	-
	Pencatatan Barang yang Mau Dihapuskan	Rp	-	3.001.123.195
	Posisi Akhir	<b>Rp</b>	<b>681.157.910.451</b>	<b>668.886.295.116</b>
<b>2</b>	<b>BMN EKSTRAKOMTABEL</b>			
	Posisi Awal	Rp	33.503.628	33.503.628
<b>a</b>	<b>Penambahan</b>			
	Pembelian	Rp	-	-
	Hibah Masuk	Rp	-	19.125.040
	Reklasifikasi Masuk	Rp	-	-
	Reklas Dari Aset Tetap Ke Aset Lainnya	Rp	-	4.354.325
	Akumulasi Penyusutan	Rp	-	-

b	Pengurangan/ Penyusutan			
	Akumulasi Penyusutan	Rp	-	-
	Penghapusan Reklasifikasi dari Ekstra ke Intra	Rp	-	19.125.040
	Penghentian Aset dari Penggunaan	Rp	-	4.354.325
	Pencatatan Barang yang Mau Dihapuskan	Rp	-	12.046.337
	Posisi Akhir	<b>Rp</b>	<b>33.503.628</b>	<b>21.457.291</b>
3	<b>BMN GABUNGAN INTRAKOMTABEL &amp; EKSTRAKOMTABEL</b>			
	Posisi Awal	Rp	690.997.825.929	681.191.414.079
	Penambahan	Rp	8.757.039.873	23.801.434.632
	Pengurangan/ Penyusutan	Rp	18.563.451.723	36.085.096.304
	Posisi Akhir	<b>Rp</b>	<b>681.191.414.079</b>	<b>668.907.752.407</b>
4	<b>BMN TAK BERWUJUD</b>			
	Posisi Awal	Rp	-	-
	Penambahan	Rp	-	-
	Pengurangan	Rp	-	-
	Posisi Akhir	<b>Rp</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
	<b>Total Keseluruhan keadaan BMN per tanggal 31 Desember 2024 sebanyak</b>	<b>Rp</b>	<b>681.191.414.079</b>	<b>668.907.752.407</b>

Sumber : Tim Kerja Akuntansi dan BMN, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.27 Total Keseluruhan BMN keadaan pada tanggal 31 Desember 2024 sebesar Rp.668.907.752.407,-.

### C. Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja Tahun 2024

Tabel 3.29

Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja Tahun 2024

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2024	Realisasi Tahun 2024	% Capaian	
<b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>						
1	MENINGKATKAN KEPUASAN STAKEHOLDER	1	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	90,06%	112,58%
		2	Persentase Kepuasan Pegawai	90%	90,79%	100,88%
		3	Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%	93,10%	103,44%
<b>BISNIS PROSES INTERNAL</b>						
2	MEWUJUDKAN INTEGRASI PELAYANAN DENGAN PENDIDIKAN	4	Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%	100%	100%
3	MENYELENGGARAKAN PELAYANAN BERMUTU	5	Pengampuan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1	1	100,00%
		6	Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 Menit	43.20 Menit	138,89%
		7	Pengembangan Layanan Unggulan : <i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%	70%	70,00%
		8	Pengembangan Inovasi Layanan	100%	71%	71,00%

		9	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1	1	100,00%
		10	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	20,16%	201,60%
		11	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	87,63%	109,54%
		12	Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1	0	0,00%
		13	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	7,82%	78,20%
		14	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerjasama Internasional	1	0	0,00%
		15	Persentase Capaian Peningkatan kualitas Pemberi Layanan	100%	100%	100%
		16	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	100%	125%
		17	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	100%	100%
4	MENGHASILKAN PENELITIAN YANG INOVATIF	18	Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2	2	100%
		19	Jumlah Publikasi Nasional / Internasional	10	64	640%
		20	Hasil Penelitian yang dipatenkan/mendapat hak cipta	1	27	2700%

<b>LEARN &amp; GROWTH</b>						
5	MEMBANGUN BUDAYA <i>QUALITY FIRST</i>	21	Persentase Budaya Keselamatan	75%	79,11%	105,48%
		22	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12	12	100,00%
6	MENINGKATKAN KOMPETENSI SDM	23	Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2	8	400,00%
		24	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/ Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1	2	200,00%
7	MEMBANGUN SISTEM IT YANG MANDIRI DAN TERPADU	25	Persentase Maturitas IT	100%	100,00%	100,00%
		26	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem	1 Sistem	100%
		27	Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%	100%	100,00%

8	MENINGKATNYA KUALITAS SARANA, PRASARANA, DAN ALAT (SPA) FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN	28	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	90%	95,20%	105,78%
		29	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%	100%	111,11%
<b>FINANCIAL</b>						
9	MENINGKATKAN REVENUE	30	Prosentase Peningkatan Pendapatan per tahun	3%	8,53%	284,33%
		31	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%	111,89%	124,32%
10	MENINGKATKAN EFISIENSI	32	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	100%	100,00%	100,00%
		33	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	14,00%	93,33%
11	MENJAMIN KETERSEDIAAN ANGGARAN	34	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	98,64%	102,75%
		35	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%	98,58%	109,53%
		36	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	95%	100,00%

Sumber : Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program, Tahun 2024

Berdasarkan Tabel 3.24 terlihat realisasi dana tahun 2024 untuk mendukung capaian indikator kinerja sebesar 98,59% (Rp. 274.808.481.580,-) dari pagu anggaran sebesar Rp.278.749.313.000,-.

Indikator kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung pada tahun 2024 sebanyak 46 indikator, dari 46 indikator terealisasi 41 indikator yang mencapai/melampaui target (89,13%), sedangkan yang belum mencapai target sebanyak 5 indikator (10,87%). Adapun rincian selengkapnya adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.30**  
**Capaian Jumlah Indikator Rencana Strategis Bisnis Tahun 2024**

No	Capaian	Jumlah indikator
1	0- <25 %	0
2	25- < 50%	0
3	50 – <75 %	0
4	75 – <100 %	5
5	≥100 %	41
<b>TOTAL</b>		<b>46</b>

Apabila di lihat dari tabel di atas semua indikator dapat dilaksanakan tetapi masih ada kegiatan yang belum mencapai target antara lain :

- 1) Persentase Kepuasan Pasien sebesar 84,27% dari target 87%.
- 2) Pengembangan Layanan Unggulan : *Advanced Diabetic Retina Services* sebesar 70% dari target 100%.
- 3) Pengembangan Inovasi Layanan sebesar 71% dari target 100%.
- 4) Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna sebesar 0 dari target 1.
- 5) Persentase nilai EBITDA Margin sebesar 14% dari target 15%.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN**

Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja yang berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat memberikan gambaran umum tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata dan pertanggungjawaban sumber daya yang ada, serta dapat memberikan informasi penting tentang laporan capaian kegiatan selama tahun 2024 dalam rangka mencapai visi dan misi yang ditetapkan.

PMN Rumah Sakit Mata Cicendo dalam mengukur kinerja sudah sesuai dengan program dan sasaran strategis yang telah ditetapkan dan penetapan kinerja dengan indikator yang merupakan target yang harus dicapai pada tahun 2024. Indikator tersebut mendukung setiap sasaran strategis dalam Rencana Strategis Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2024 yang mengacu pada program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Keberhasilan yang sudah dicapai oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada tahun 2024 diharapkan menjadi acuan atau parameter dalam kegiatan yang akan datang serta perlu didukung oleh kerjasama dan koordinasi yang lebih baik lagi agar tidak adanya hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat bermanfaat dan berguna sebagai alat informasi tertulis, bahwa PMN Rumah Sakit mata Cicendo sudah dapat melaksanakan pertanggungjawaban sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya dan menjadi acuan atau monitoring pelaporan yang akan datang.

### **Capaian Pada Tahun 2024**

Berdasarkan Rencana Strategi Bisnis atau Perjanjian Kinerja pada tahun 2024 bahwa sebanyak 46 indikator kinerja terdapat 41 indikator atau 89,13% yang mencapai/ melewati target yang telah ditetapkan, sedangkan kegiatan yang tidak tercapai sebanyak 5 indikator atau 10,87% yaitu:

1. Persentase Kepuasan Pasien sebesar 84,27% dari target 87%.
2. Pengembangan Layanan Unggulan : *Advanced Diabetic Retina Services* sebesar 70% dari target 100%.
3. Pengembangan Inovasi Layanan sebesar 71% dari target 100%.
4. Terselenggaranya RS Vertikal dengan Stratifikasi yang Paripurna sebesar 0 dari target 1.
5. Persentase nilai EBITDA Margin sebesar 14% dari target 15%.

### **Hambatan/ Kendala dan Solusi Pada Tahun 2024**

Hambatan yang dihadapi dalam kegiatan pada tahun 2024 adalah:

- a. Beberapa Indikator Kinerja Utama (IKU) belum tercapai yaitu rendahnya nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang menyebabkan indikator Persentase Kepuasan Pasien tidak mencapai target.
- b. Belum optimalnya pengembangan layanan unggulan.
- c. Belum optimalnya pengembangan inovasi layanan.
- d. Belum adanya regulasi terkait stratifikasi RS Vertikal yang paripurna.
- e. Adanya klaim pending oleh BPJS yang berdampak pada realisasi pendapatan yang tidak maksimal

### **Upaya Tindak Lanjut**

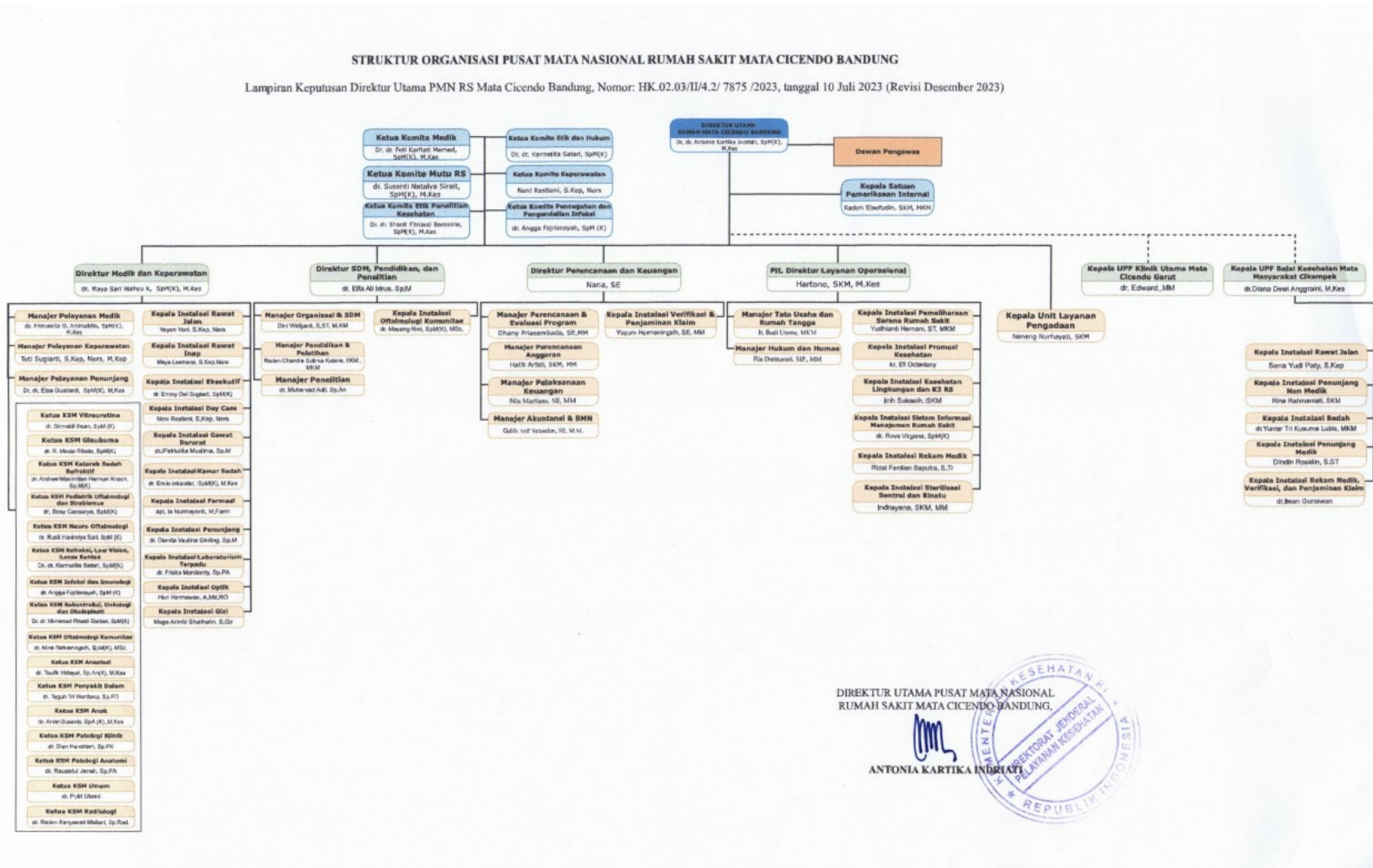
Upaya untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan dalam pelaksanaan strategi yang merupakan terobosan/ inovasi dalam rangka pencapaian target yang ditetapkan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo, antara lain adalah:

- a. IKU yang belum tercapai telah dilakukan monitoring dan evaluasi, penanggungjawab IKU diharapkan menindaklanjuti terkait kekurangan capaian program tahun 2024 di tahun mendatang.

- b. Merencanakan pemenuhan sarana prasarana yang dibutuhkan di tahun 2025.
- c. Menerapkan *cost reduction* dan efisiensi biaya.
- d. Koordinasi dengan BPJS terkait klaim dengan meningkatkan kualitas penagihan klaim.
- e. Mendukung penyusunan regulasi stratifikasi RS Vertikal khususnya mata.

# Lampiran 1


## SOTK PMN RS Mata Cicendo



Lampiran 2

Perjanjian Kinerja Tahun 2024 PMN RS Mata Cicendo

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO**



**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. dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes  
Jabatan : Direktur Utama PMN RS Mata Cicendo  
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** **Dr.dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes**  
NIP 197106262000031002 NIP 197401282008122001


**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024  
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO**


NO	SASARAN PROGRAM / KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2024		
<b>Perspektif Pelanggan</b>					
1	Meningkatkan kepuasan Stakeholder	1 Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%		
		2 Persentase Kepuasan Pegawai	90%		
		3 Persentase Kepuasan Peserta Didik	90%		
<b>Bisnis Proses Internal</b>					
2	Mewujudkan Integrasi Pelayanan dengan Pendidikan	4 Persentase Kepatuhan Peserta Didik dalam Menerapkan Standar Mutu Pelayanan	100%		
		5 Pengampunan Layanan Mata pada RS Jejaring di Indonesia (Stratifikasi)	1		
		6 Pemenuhan Standar Pelayanan (Ketepatan Waktu Pelayanan)	60 menit		
		7 Pengembangan Layanan Unggulan : <i>Advanced Diabetic Retina Services</i>	100%		
		8 Pengembangan Inovasi Layanan	100%		
		9 Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit Sesuai Dengan Rencana Bisnis Anggaran	1		
		10 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%		
		11 Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥80%		
		12 Terselenggaranya RS Vertikal Dengan Stratifikasi yang Paripurna	1		
		13 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%		
		14 RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional	1		
		15 Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%		
		16 Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%		
		17 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%		
		4	Menghasilkan penelitian yang inovatif	18 Jumlah Hasil Penelitian yang Diimplementasikan	2
				19 Jumlah Publikasi Nasional/ Internasional	10
				20 Hasil Penelitian yang Dipatenkan/ Mendapat Hak Cipta	1
<b>Learn &amp; Growth</b>					
5	Membangun Budaya <i>Quality First</i>	21 Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	75%		

NO	SASARAN PROGRAM / KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2024
		22 Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12
6	Meningkatkan Kompetensi SDM	23 Jumlah Tenaga Medik Dokter Spesialis yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	2
		24 Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan yang Mengikuti Pendidikan/Pelatihan/Kursus ke Luar Negeri	1
7	Membangun Sistem IT yang Mandiri dan Terpadu	25 Persentase Maturitas IT	100%
		26 Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital	1 Sistem
		27 Implementasi RME Terintegrasi pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) Dan Farmasi.	100%
8	Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	28 Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	90%
		29 Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%
<b>Finacial</b>			
9	Meningkatkan Revenue	30 Prosentase Peningkatan Pendapatan per Tahun	3%
		31 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%
10	Meningkatkan Efisiensi	32 Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	100%
		33 Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
11	Menjamin Ketersediaan Anggaran	34 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		35 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%
		36 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%

<b>Program</b>	<b>Anggaran</b>
1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 226.087.423.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 30.571.813.000,-
<b>Total</b>	<b>Rp. 256.659.236.000,-</b>

Pihak Kedua, Jakarta, 31 Januari 2024  
Pihak Pertama,

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

  
**Dr.dr. Antonia Kartika Indriati, Sp.M(K), M.Kes**  
NIP.197401282008122001

