



LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH



2017

**RS. JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA**

**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
(LAKIP)**

**BADAN LAYANAN UMUM
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA
TAHUN ANGGARAN 2017**

JAKARTA, FEBRUARI 2018

**DIREKSI
BLU - RSJPD HARAPAN KITA**

Direktur Utama



**Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), MARS., FACC., FESC.
NIP 196601011996031001**

Direktur Medik dan Keperawatan



**Dr. dr. Dicky Fakhri, Sp.B., Sp.BTKV(K)
NIP 196204181987101001**

Direktur Umum dan SDM



**Dr. dr. Basuni Radi, Sp.JP(K), FIHA.
NIP 196606122000121001**

Direktur Keuangan



**dr. Stephani Maria Nainggolan, M.Kes.
NIP 195808031986032003**

Direktur Penunjang



**dr. Lia Gardenia Partakusuma, Sp.PK(K), MM, MARS,
NIP 196012161987012001**



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesaikannya penyusunan Buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun Anggaran 2017, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan pengelolaan sumber daya di lingkungan RSJPD Harapan Kita.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun Anggaran 2017 disusun sebagai tindak lanjut dari TAP MPR RI No XI/MPR/1998 dan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme serta Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan yang mewajibkan untuk mempertanggungjawabkan tugas pokok dan fungsi dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) RI No 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2017 berisi gambaran perkembangan / capaian pelaksanaan program dan kegiatan dari Perencanaan Kinerja Tahun Anggaran 2017, yang merupakan tahun ketiga pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2015-2019.

Akhir kata semoga buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) RSJPD Harapan Kita tahun 2017 ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, selain sebagai sarana evaluasi yang objektif, efisien dan efektif. Laporan juga diharapkan dapat membantu memberikan masukan bagi manajemen dalam merumuskan atau



menentukan arah kebijakan selanjutnya yang diikuti dengan peningkatan kinerja manajemen yang lebih baik, disertai kerja keras oleh seluruh jajaran.

Jakarta, Januari 2018
Direktur Utama BLU RSJPD Harapan Kita,

Dr. dr. Iwan Dakota, SpJP(K)., MARS., FACC., FESC.
NIP 196601011996031001



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2017, disusun dengan menyajikan hasil pengukuran kinerja pencapaian sasaran yang diarahkan dalam mencapai tujuan, visi dan misinya.

Tahun 2017 merupakan tahun ketiga pelaksanaan Rencana Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2015-2019 yang mengungus visi: "Leader In Cardiovascular Care, Education and Research" dengan misi: "Melaksanakan pelayanan kardiovaskular yang berkualitas; Menciptakan wahana pendidikan/pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik atau peserta pelatihan; Meningkatkan riset dan mengembangkan teknologi kardiovaskular; Mengampu pertumbuhan rujukan wilayah (lintas propinsi) dan Berkontribusi dalam pencapaian indikator kesehatan jantung nasional".

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam menjalankan operasionalnya sebagai BLU berdasar kepada Surat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2357/MENKES/PER/XI/2011, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta

Dalam rangka mewujudkan "good corporate governance" maka RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama tahun 2017 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA APBN (rupiah murni) , maupun dari dana intern RS (DIPA BLU RSJPDHK).

Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2017 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di tahun 2017 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2015-2019



Laporan Akuntabilitas kinerja sebagai sarana penyampaian pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita kepada Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Sebagai bahan evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2017 tetapi juga memuat kendala atau kekurangan-kekurangan yang ada sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada tahun 2017 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU RSJPD Harapan Kita. Total pagu anggaran pada tahun 2017 adalah sebesar Rp. 1.033.213.383.000,- yang terdiri dari Anggaran BLU sebesar Rp. 900.467.480.000,- dan Anggaran APBN sebesar Rp. 132.745.903.000,-.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
IKHTISAR EKSEKUTIF	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I : PENDAHULUAN	
A Latar Belakang	1
B Maksud dan Tujuan	1
C Tugas Pokok dan Fungsi RSJPDHK	2
D Peran Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	4
E Sistematika Penulisan	6
BAB II : PERENCANAAN KINERJA	
A Rencana Strategis	8
B Rencana Kerja Tahunan dan Pernyataan Kinerja	12
BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA	
A Capaian Kinerja Organisasi	15
1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	16
2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.....	22
3. Terwujudnya peran strategis PJN	26
4. Terwujudnya layanan, pendidikan & penelitian yang ekselen dalam AHS	28
5. Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian	36
6. Terwujudnya layanan unggulan PJN	38
7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	39
8. Terwujudnya mutu dan integrasi proses bisnis	42
9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	46
10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	47
11. Terwujudnya integrasi HIS	48



12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	51
13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	54
14. Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif	52
15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar	57
16. Terwujudnya pertumbuhan revenue	58
17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis	59
Capain Kinerja Secara Keseluruhan	61
B Realisasi Anggaran	63
BAB IV : KESIMPULAN	67

LAMPIRAN :

1)Form Perjanjian Kinerja

2)Form Indikator Kinerja Tingkat Kesehatan BLU



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Indikator Kinerja Utama (KPI)	8
Tabel 2.2	Matriks KPI Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita (2015-2019)	9
Tabel 2.3	Perjanjian Kinerja Tahun 2017 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	12
Tabel 3.1	Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder	16
Tabel 3.2	Nilai Indikator Kinerja BLU	16
Tabel 3.3	Jumlah responden survey	21
Tabel 3.4	Unit Responden survey	21
Tabel 3.5	Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	24
Tabel 3.6	Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	24
Tabel 3.7	Indikator Kinerja Sasaran Terwujudnya peran strategis PJN	26
Tabel 3.8	Indikator kinerja dalam mewujudkan layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	28
Tabel 3.9	Jumlah PPDS yang menjalani proses pendidikan tepat waktu	29
Tabel 3.10	Capaian Indikator Medik Kardiovaskular	33
Tabel 3.11	Data penanganan complain tahun 2017	34
Tabel 3.12	Indikator Publikasi International	36
Tabel 3.13	Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN	38
Tabel 3.14	Indikator sasaran kinerja terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	39
Tabel 3.15	Data prosentase (%) rujukan yang tepat tahun 2017	40
Tabel 3.16	Indikator sasaran kinerja terjaminnya mutu dan integritas proses bisnis	42
Tabel 3.17	Angka Data door to balloon time \leq 90 mnt	42
Tabel 3.18	Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas ...	46
Tabel 3.19	Tingkat kesesuaian sarana prasarana tahun 2017	46
Tabel 3.20	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV	47
Tabel 3.21	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya integrasi HIS	48



Tabel 3.22	Komponen penilaian Maturitas IT tahun 2017	50
Tabel 3.23	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	51
Tabel 3.24	Capaian nilai dan prosentase karyawan tahun 2017	52
Tabel 3.25	Capaian nilai dan prosentase karyawan tahun 2017 : 2016	53
Tabel 3.26	Daftar staf SMF yang mengikuti pelatihan di LN	53
Tabel 3.27	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	54
Tabel 3.28	Hasil pengukuran Score GCG RSJPDHK tahun 2017	55
Tabel 3.29	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif	56
Tabel 3.30	Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar	57
Tabel 3.31	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya pertumbuhan revenue	58
Tabel 3.32	Pertumbuhan revenue 2016-2017	58
Tabel 3.33	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis	59
Tabel 3.34	Capaian Kinerja tahun 2017 secara keseluruhan	61
Tabel 3.35	Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2017	63



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Grafik hasil survey kepuasan peserta didik tahun 2017.....	19
Gambar 3.2	Grafik tren nilai kepuasan pasien 3 tahun terakhir	20
Gambar 3.3	Grafik hasil survey kepuasan pasien tahun 2017	22
Gambar 3.4	Grafik perbandingan hasil survey tahun 2016:2017	22
Gambar 3.5	Buku Panduan Praktek Klinis	27
Gambar 3.6	Grafik penyelesaian komplain pelanggan	35
Gambar 3.7	Grafik bulanan prosentase angka rujuk balik	41
Gambar 3.8	Grafik bulanan capaian Door to Balloon Time	43
Gambar 3.9	Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2017	49
Gambar 3.10	Komposisi prosentase penilaian karyawan tahun 2017	52
Gambar 3.11	Prosentase Penyerapan Anggaran APBN tahun 2017	64
Gambar 3.12	Prosentase Penyerapan Anggaran BLU tahun 2017	64



BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) merupakan rumah sakit khusus yang menjadi Pusat Rujukan Nasional untuk pelayanan penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular) yang berada dibawah Kementerian Kesehatan RI.

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagai Unit Pelaksana Teknis dibawah Kementerian Kesehatan RI, perlu menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dalam upaya mewujudkan Good Clinical Governance dan Good Corporate Governance sesuai 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, penyusunan mengacu pada PERMENPAN RI Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas laporan kinerja instansi pemerintahan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPD Harapan Kita Tahun 2017 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSJPDHK sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2017 sebagai tahun ketiga pelaksanaan Rencana Strategis (2015-2019) RSJPD Harapan Kita.



Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPD Harapan Kita merupakan rangkuman dari suatu proses di mana setiap Unit Kerja per Direktorat melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam pencapaian kinerja selama melaksanakan kegiatan tahun anggaran 2017 yang wajib dipertanggung jawabkan.

C. TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

1. Tugas Pokok

Berdasarkan Permenkes RI No.2357/Menkes/Per/XI/2011, RSJPD Harapan Kita mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan melalui peningkatan kesehatan dan pencegahan serta upaya rujukan.

Berdasarkan SK Men-Kes No.HK.01.07/MENKES/602/2017 Tanggal 13 November 2017 RSJPDHK ditetapkan sebagai Pusat Jantung Nasional yang mempunyai tugas : (a) Memberikan pelayanan kardiovaskuler tersier khusus; (b)Melakukan pengampunan jejaring rujukan kardiovaskuler; dan (c) Rujukan nasional di bidang kardiovaskuler.

Berdasarkan SK Men-Kes No.333/MenKes/SK/V/2011, pada Tanggal 7 Mei 2011 RSJPDHK ditetapkan sebagai RS khusus kelas A.

2. Fungsi RSJPDHK

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RS jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita menyelenggarakan fungsi :

- a. Upaya pencegahan terjadinya penyakit jantung dan pembuluh darah;
- b. Upaya pelayanan dan penyembuhan bagi pasien penyakit jantung dan pembuluh darah
- c. Upaya rehabilitasi terhadap pasien penyakit jantung dan pembuluh darah;
- d. Upaya menjalankan pelayanan berjenjang melalui rujukan yang efektif
- e. Pengelolaan dan pembinaan sumber daya manusia
- f. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan dalam bidang ilmu penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular).
- g. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan dalam bidang ilmu penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular).

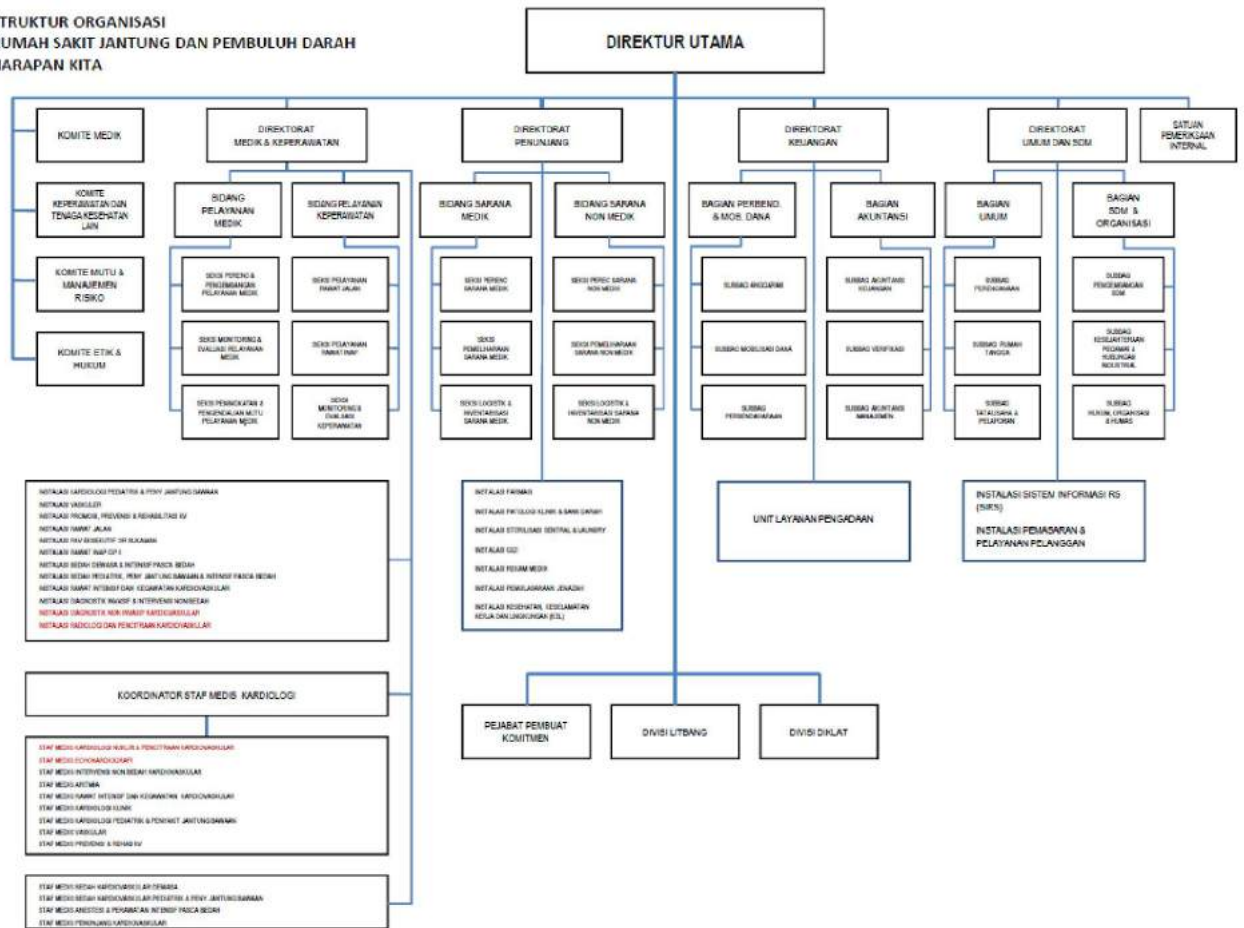


h. Pelaksanaan urusan administrasi umum dan keuangan.

3. Struktur Organisasi RSJPDHK

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 2357/Menkes/Per/XI/2011 tanggal 22 November 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Adapun struktur organisasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah sebagai berikut :

STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA





D. PERAN STRATEGIS RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

1. Visi, Misi dan Nilai Budaya

Sebagai suatu organisasi yang bergerak di bidang pelayanan penyakit jantung dan pembuluh darah, maka RSJPDHK telah menetapkan visi dan misinya yang tertuang dalam Rencana Strategi Bisnis tahun 2015-2019.

Visi

Visi yang ditetapkan yakni : "Leader in Cardiovascular Care, Education, and Research"

Misi

1. Melaksanakan pelayanan kardiovaskular yang berkualitas.
2. Menciptakan wahana pendidikan/pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik atau peserta pelatihan.
3. Meningkatkan riset dan mengembangkan teknologi kardiovaskular.
4. Mengampu pertumbuhan rujukan wilayah (lintas propinsi).
5. Berkontribusi dalam pencapaian indikator kesehatan jantung nasional

Nilai Budaya

1. Profesional, Bekerja keras guna memberikan hasil kerja terbaik dengan meningkatkan kompetensi diri secara terus menerus.
2. Jaminan kualitas, Menciptakan produk/layanan yang berkualitas tinggi, dengan senantiasa menjaga mutu sarana/ prasarana dan SDM (input), proses, penyajian dan luaran (output)
3. iNovatif, Berfikir maju mengikuti perkembangan IPTEK kardio-vaskular dan melaksanakan pembelajaran terus menerus.
4. Harmoni, Kerjasama erat dan selaras antara para karyawan maupun pimpinan, atas dasar saling menghargai dan membutuhkan dalam menjalankan misi rumah sakit.
5. Komitmen, Tekad untuk senantiasa memenuhi kepuasan stakeholder (pasien, peserta didik, mitra, pemerintah, dan masyarakat)



2. Arah Strategis

Arah ke mana sebuah institusi publik hendak diwujudkan di masa depan akan sangat tergantung pada dinamika tuntutan stakeholders kunci terhadap keberadaan institusi publik tersebut. Kondisi ini juga berlaku bagi RSJPD Harapan Kita dalam mewujudkan visi dan misi. Kemampuan mengidentifikasi harapan dan kekhawatiran stakeholders kunci sebagai bagian dari tuntutan utama stakeholders kunci merupakan salah satu tahap kritis awal dalam menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSJPD Harapan Kita di tahun-tahun mendatang. Selain itu, informasi tentang patok duga (benchmark) juga ikut menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSJPD Harapan Kita dalam menjalankan misi layanan, pendidikan, dan penelitiannya di masa mendatang.

3. Tantangan Strategis

Memperhatikan dinamika tuntutan stakeholders kunci dan informasi dari benchmark, maka tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSJPD Harapan Kita untuk periode tahun 2015 – 2019 sebagai berikut :

- a. Ketidakjelasan regulasi dan belum optimalnya dukungan dari Kemenkes kepada RSJPD Harapan Kita sebagai Pusat Rujukan Nasional dan PJN.
- b. Globalisasi dan persaingan bebas.
- c. Kualitas dan kuantitas SDM yang terbatas.
- d. Biaya impor (pajak) pengadaan alkes tinggi sehingga tarif tindakan tinggi.
- e. Tarif INA CBGs terbatas dan ketidaksiapan sistem rujukan berjenjang.
- f. Penambahan penyakit KV dalam MDGs.
- g. Integrasi IT.
- h. Proses bisnis belum terintegrasi.
- i. Integrasi dengan vendor.
- j. Keandalan sarana dan prasarana.



E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issued) yang sedang dihadapi organisasi.

Bab II Perencanaan Kinerja

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja tahun yang bersangkutan.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis Organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut:

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
4. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan /penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja).



B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

Bab IV Penutup

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

Lampiran:

- 1) Perjanjian Kinerja
- 2) Lain-lain yang dianggap perlu

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS

Dalam tata kelola sistem yang modern, organisasi publik selayaknya dirancang atas dasar misi dan tujuannya, karena organisasi merupakan suatu tatanan untuk mencapai tujuan. Dalam kaitan tersebut, setiap organisasi publik perlu menyusun prioritas pengelolaan dan pengembangannya agar segenap komponen organisasi publik dan para mitra kerjanya bergerak searah dan sinergis menuju tujuan keseluruhan organisasi publik. Rencana strategis (renstra) merupakan salah satu perangkat strategis bagi manajemen puncak dari suatu organisasi publik yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi dari berbagai unit kerja dan mitra kerjanya untuk bersama bersinergis guna mencapai tujuan dari keseluruhan organisasi publik.

Dalam Rencana Strategi RSJPD Harapan Klaten ditetapkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama (KPI) dari beberapa perspektif, secara rinci dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

Perspektif	Sasaran Strategis		KPI	
SH	1	Terwujudnya kepuasan stakeholders.	1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).
			2	Tingkat kepuasan karyawan.
			3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).
			4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.
	2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.
			6	Persentase kasus sulit yang berhasil.
	3	Terwujudnya peran strategis PJN.	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.
			8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.
BPI	4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam RS pendidikan.	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.
			10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester).
			11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.
			12	Persentase komplain yang ditangani dengan baik.
			13	Akreditasi Nasional / Internasional



		14	Jumlah peserta fellowship dari LN.
	5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15 Jumlah publikasi internasional.
	6	Terwujudnya layanan unggulan PJN.	16 Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.
			17 Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.
	7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	18 Persentase rujukan yang tepat.
			19 Persentase pasien rujuk balik.
			20 Jumlah PJT binaan mandiri.
	8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	21 Persentase kasus dengan door to balloon time < 90 mnt
			22 Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.
	9	Terwujudnya sarana dan fasilitas (sarfas) yang bermutu dan aman dengan sistem manajemen yang baik.	23 Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Master Plan bangunan tahun 2016-2019.
	10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	24 Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.
LEARNING & GROWTH	11	Terwujudnya integrasi HIS.	25 Tingkat maturitas IT korporasi.
	12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.	26 Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).
			27 Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)
	13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	28 Skor GCG Corporate.
14	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif.	29 Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	
FIN	15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	30 Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.
	16	Terwujudnya pertumbuhan revenue.	31 Tingkat pertumbuhan revenue.
	17	Terwujudnya efisiensi anggaran.	32 Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.



Untuk mencapai tujuannya, Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita menuangkan KPI dalam bentuk matriks yang memuat target per tahun selama periode Renstra tahun 2015 - 2019.

Tabel 2.2 Matriks KPI Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita (2015-2019)

NO.	KPI	TARGET				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	87	84	85	85	85
2	Tingkat kepuasan karyawan.	75%	80%	80%	85%	85%
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	90%	80%	81%	82%	83%
4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85%	85%	85%	87%	87%
5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	98%	90%	90%	90%	90%
6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	90%	92%	93%	94%	95%
7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.	1	1	1	1	1
8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1	1	1	1	1
9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.	1	1	1	1	1
10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester).	65%	65%	67,50%	70%	72,50%
11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	80%	85%	88%	90%	90%
12	Persentase komplimen yang ditangani dengan baik.	85%	90%	95%	95%	95%
13	Akreditasi Nasional / Internasional	Ter-akreditasi	Akreditasi	-	Akreditasi	-
14	Jumlah peserta fellowship dari LN.	1	1	1	1	1
15	Jumlah publikasi internasional.	7	8	9	10	11
16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	2 (vascular & valvular)	1 pediatrik	1	0	1



17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	20%	10%	10%	10%	10%
18	Persentase rujukan yang tepat	35%	65%	65%	65%	65%
19	Persentase pasien rujuk balik.	25%	25%	27%	29%	30%
20	Jumlah PJT binaan mandiri.	Belum ada	1	1	1	1
21	Persentase kasus dengan door to balloon time < 90 mnt.	70%	80%	90%	95%	98%
22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100%	100%	100%	100%	100%
23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2016-2019 .	80%	85%	90%	90%	95%
24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	Belum ada	1	1	1	1
25	Tingkat maturitas IT korporasi.	2.5	2	2.3	2.5	2.7
26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	90%	90%	95%	95%	95%
27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	5	5	5	5	5
28	Skor GCG Corporate.	75%	80%	85%	90%	95%
29	Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	70%	70%	72%	75%	75%
30	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.	2	2	2	2	2
31	Tingkat pertumbuhan revenue.	7%	7%	3%	4%	5%
32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	88%	90%	90%	90%	90%

**B. RENCANA KERJA TAHUNAN dan PERNYATAAN KINERJA**

Perencanaan kinerja tahunan merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan proses penetapan target indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita 2017 ini merupakan rencana kerja tahun ketiga untuk pencapaian sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJPDHK 2015-2019

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada TA 2017 dalam penetapan kinerjanya memuat indikator kinerja utama dalam Rencana Strategis RSJPDHK dan beberapa Indikator Kinerja yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Rencana kerja selanjutnya dituangkan sebagai Pernyataan Perjanjian Kinerja RSJPD Harapan Kita tahun 2017.

Tabel 2.3. Perjanjian Kinerja Tahun 2017 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2017	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	85	
		2	Tingkat kepuasan karyawan.	80	%
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	81	%
		4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85	%
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	90	%
		6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	93	%



3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.	1	
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1	
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.	1	
		10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester).	67,50	%
		11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	88	%
		12	Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	95	%
		13	Jumlah peserta fellowship dari LN.	1	
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	14	Jumlah publikasi internasional.	9	
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	15	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	1	
		16	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	10	%
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	17	Persentase rujukan yang tepat	65	%
		18	Persentase pasien rujuk balik.	27	%
		19	Jumlah PJT binaan mandiri.	1	
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	20	Persentase kasus dengan door to balloon time < 90 mnt.	90	%
		21	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100	%
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	22	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2016-2019 .	90	%



10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	23	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1	
11	Terwujudnya integrasi HIS	24	Tingkat maturitas IT korporasi.	2,3	
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	25	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	95	%
		26	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	5	
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	27	Skor GCG Corporate.	85	
14	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif	28	Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	72	
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	29	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.	2	
16	Terwujudnya pertumbuhan revenue	30	Tingkat pertumbuhan revenue.	3	%
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	31	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	90	%

Dalam pelaksanaan kegiatannya di tahun 2017, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mendapatkan dukungan anggaran sebesar Rp. 1.033.213.383.000.-.

Kegiatan	Anggaran
1. Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan	Rp. 900.467.480.000,-
2. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas lainnya Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 132.745.903.000,-
	<hr/>
	Rp. 1.033.213.383.000,-



BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Capaian kinerja merupakan hasil dari kegiatan manajemen melalui pengukuran kinerja dengan membandingkan realisasi/hasil dan target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja.

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam kurun waktu Januari – Desember 2017.

Tahun 2017 merupakan tahun ketiga pelaksanaan dari Rencana Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2015–2019. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RSB (Rencana Strategik Bisnis) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dan Penetapan Kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran pada tahun 2017 maka Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah bekerja untuk memenuhi target-target yang ditetapkan dan tercantum dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun 2017.

Sasaran strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada perencanaan kinerja 2017 mengacu pada Rencana Strategis RSJPDHK tahun 2015-2019 dan Pedoman Indikator Kinerja BLU Kementerian Kesehatan RI yang kemudian dituangkan dalam sebuah perjanjian kinerja tahun 2017.

Uraian capaian kinerja dari sasaran strategis dan indikator kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPD Harapan Kita Tahun 2017 dituangkan sebagai berikut :



1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder

Sasaran strategis ini memuat beberapa indikator kinerja seperti pada tabel berikut :

Tabel 3.1. Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)		85	82,95	85,50	86,65		
2	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	70	78	75		x
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	81	91,4	72,19	83,67		
4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	85	77,98	80,46	82,03		x

a. KPI 1. Tingkat Kesehatan RS (PPK BLU)

Indikator ini merupakan gambaran keberhasilan rumah sakit sebagai badan layanan umum untuk mengukur tingkat kesehatannya, Pengukuran kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang layanan kesehatan meliputi 3 (tiga) area yaitu : Area Klinis, Area Manajerial dan Area Keuangan.

Capaian

- Pada tahun 2017 terealisasi nilai sebesar 86,65, angka tersebut telah mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 85.
- Terjadi kenaikan juga dibandingkan tahun sebelumnya, dimana angka kesehatan BLU bernilai 85,50 atau meningkat 1,5%. Dalam standar nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan, hasil capaian termasuk dalam kategori SEHAT dengan nilai AA atau pada rentang nilai 80-N-95

Tabel 3.2. Nilai Indikator Kinerja BLU

	KINERJA RSJPDHK	NILAI 2017	BOBOT
1	AREA KLINIS	33,00	35
2	AREA MANAJEMEN	33,30	35
3	AREA KEUANGAN	20,35	30
	TOTAL	86,65	100
	KATEGORI	AA	



Malalui penerapan elemen budaya organisasi di RSJPD Harapan Kita yaitu Jaminan Mutu serta Komitmen untuk terus bekerja sesuai standar akreditasi, maka hal ini berdampak pada meningkatnya capaian nilai-nilai indikator kinerja khususnya untuk indikator yang menggambarkan suatu kualitas.

- Jika dibandingkan dengan target akhir periode RSB (tahun 2019) dimana ditetapkan target yang sama sebesar 85, maka capaian yang didapat pada tahun 2017 dapat tercapai.

Kendala :

Pengumpulan data sering terlambat atau tidak tepat waktu

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Peningkatan koordinasi dan sosialisasi

b. KPI 2. Tingkat Kepuasan Karyawan

Mengacu pada RSB RSPJPD Harapan Kita, maka berdasarkan persfektifnya karyawan merupakan aset dan stakeholder inti rumah sakit.

Kepuasan karyawan adalah tingkat penerimaan karyawan terhadap kondisi yang berhubungan dengan iklim & lingkungan kerja, beban kerja, kepemimpinan, karir, dan kesejahteraan.

Capaian/Kondisi yang dicapai

Tingkat kepuasan karyawan RSJPDHK tahun 2017 terealisasi sebesar 75%, angka tersebut belum mencapai target dari yang ditetapkan di tahun 2017 sebesar 80% dan mengalami penurunan dari hasil pengukuran tahun sebelumnya sebesar 78%. Penyebab utama dari tidak tercapainya target dan penurunan penurunan dari tahun sebelumnya adalah karena adanya perubahan kebijakan terkait pemberian kompensasi kepada karyawan.

Mengacu pada RSB RSJPD Harapan Kita, pada tahun 2019 atau periode akhir RSB telah ditetapkan target sebesar 85%, jika dibandingkan dengan target tersebut maka capaian yang didapat pada tahun 2017 dan tahun-tahun sebelumnya belum memenuhi target, hal ini memerlukan upaya dari manajemen untuk dapat meningkatkan angka kepuasan karyawan tersebut.



Metode pengukuran atau penelitian yang digunakan adalah deskriptif survey dengan menggunakan teknik analisis kuantitatif.

Unit analisis berupa individual khususnya karyawan sebanyak 30% (525 orang karyawan) dari total karyawan RSJPDHK sebanyak 1750 orang, namun untuk menutup adanya kuesioner yang tidak lengkap maka jumlah sampel kemudian ditambahkan menjadi 600 orang.

Metode penarikan sampel dilakukan secara acak dengan menggunakan simple random sampling (sampling acak sederhana), Prosedur pengumpulan data diadakan dengan mengadakan wawancara, kuesioner dan melakukan riset kepustakaan.

Faktor yang diteliti yaitu dalam mengukur angka/nilai kepuasan karyawan yaitu: Jenis Pekerjaan, Rasa Aman, Lingkungan Kerja, Pengembangan Karir, Supervisi, Hubungan dengan Pihak Manajemen, Pendidikan dan Pelatihan, Kompensasi dan Manfaat

Kendala :

Level kepuasan terendah ada pada dimensi hubungan dengan pihak manajemen dan kompensasi dan manfaat

Rekomendasi :

Dari hasil survey menyimpulkan bahwa pihak manajemen harus memberikan perhatian terhadap "dimensi hubungan dengan pihak manajemen" dan "kompensasi dan manfaat", agar angka kepuasan karyawan dapat ditingkatkan. Intervensi yang dapat dilakukan diantaranya:

1. Memberikan sosialisasi terkait remunerasi disertai dengan demo menghitung remunerasi, sehingga staf merasakan bahwa sistem remunerasi yang berlaku adalah transparan dan akuntabel
2. Mengkaji berbagai usulan terkait kesejahteraan staf dengan menghitung berbagai skema remunerasi

c. KPI 3. Tingkat Kepuasan Peserta Didik (S1 dan Sp1 FKUI)

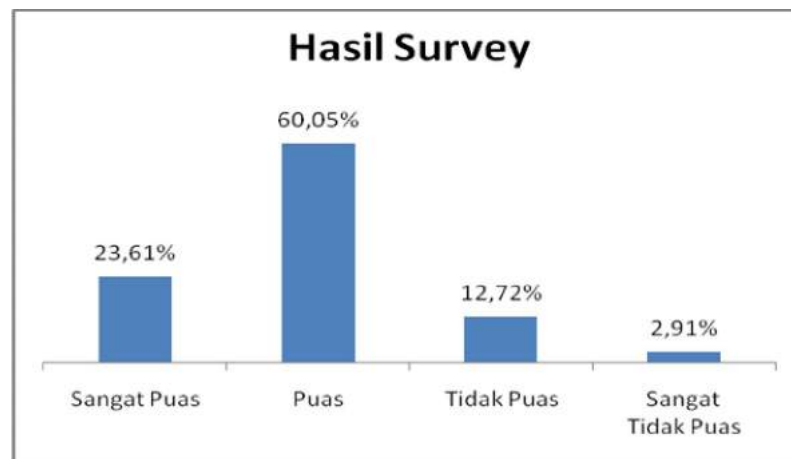
Sebagai Rumah Sakit Pendidikan maka indikator ini diperlukan untuk mengukur tingkat kepuasan peserta didik.

Tingkat Kepuasan diukur berdasarkan faktor : paparan kasus, dukungan sarana prasarana pendidikan, kepuasan terhadap staf pengajar dan lain-lain.

Capaian :

Pada tahun 2017 ini Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI telah menyelenggarakan survey terkait dengan kepuasan stakeholder.

Gambar 3.1. Hasil Survey Kepuasan Peserta Didik tahun 2017



Angka kepuasan peserta didik yang terealisasi pada tahun 2017 sebesar 83,67%. Survey melibatkan 100 responden dengan item pertanyaan sebanyak 200 pertanyaan, responden yang menjawab survey dengan jawaban yang sangat puas adalah 23,61% dan jawaban puas sebanyak 60,06%.

Analisa

Angka kepuasan yang dicapai pada tahun 2017 telah mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 81%, dan meningkat 11,48% dibandingkan periode sebelumnya .

Angka kepuasan yang didapat pada tahun 2017 juga telah melebihi target yang ditetapkan pada periode akhir RSB (2019) sebesar 83%, kondisi ini diharapkan dapat dicapai secara konsisten sampai pelaksanaan akhir periode tersebut.

Upaya Perbaikan / Rekomendasi :

Dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan kepuasan peserta didik, maka direkomendasikan/disarankan :

1. Perbaikan ruang kelas mahasiswa S1 FKUI di Gedung Diklat lantai 5
2. Membuat revisi / penyempurnaan Buku Kurikulum Pendidikan Dokter Spesialis-1 Ilmu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah FKUI
3. Membuat revisi / penyempurnaan Buku Log Book Peserta Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Ilmu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah FKUI
4. Membuat revisi / penyempurnaan Buku Rancangan Pengajaran (BRP)

d. KPI 4. Prosentase (%) pasien yang puas dan sangat puas

Capaian :

Pada tahun 2017 tercapai prosentase pasien yang menyatakan puas dan sangat puas sebesar 82,03 %, angka belum mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 85%, namun mengalami peningkatan dibandingkan dengan hasil survey tahun 2016 yang hanya mencapai 80,46 %.

Bila dibandingkan dengan target akhir RSB (2019) sebesar 87% maka angka kepuasan pasien pada tahun 2017 pun belum memenuhi target, namun secara tren angka kepuasan pasien selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan seperti terlihat pada tabel dibawah. Tren yang meningkat diharapkan terus terjadi pada tahun-tahun selanjutnya hingga target akhir periode RSB (2019) dapat tercapai, guna mencapai target tersebut maka diperlukan komitmen dari semua lini maupun aspek dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien.

Gambar 3.2. Tren Nilai Hasil Survey Kepuasan Pasien 3 tahun terakhir





Pelaksanaan Survey

Survey dilaksanakan pada unit-unit pelayanan di rawat jalan dan rawat inap dengan melibatkan jumlah responden seperti tabel berikut

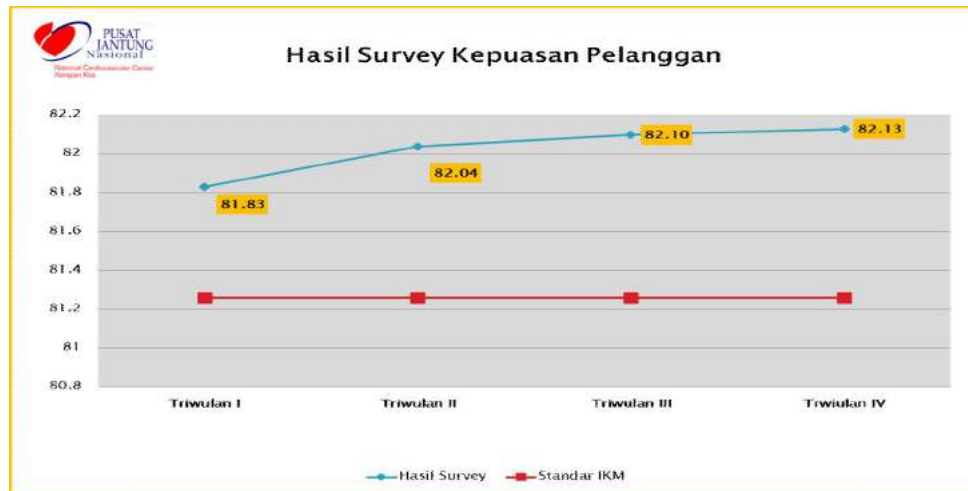
Tabel 3.3. Jumlah Responden Survey

NO	PERIODE	JUMLAH RESPONDEN
1	Triwulan I	1967
2	Triwulan II	1817
3	Triwulan III	2124
4	Triwulan IV	2271

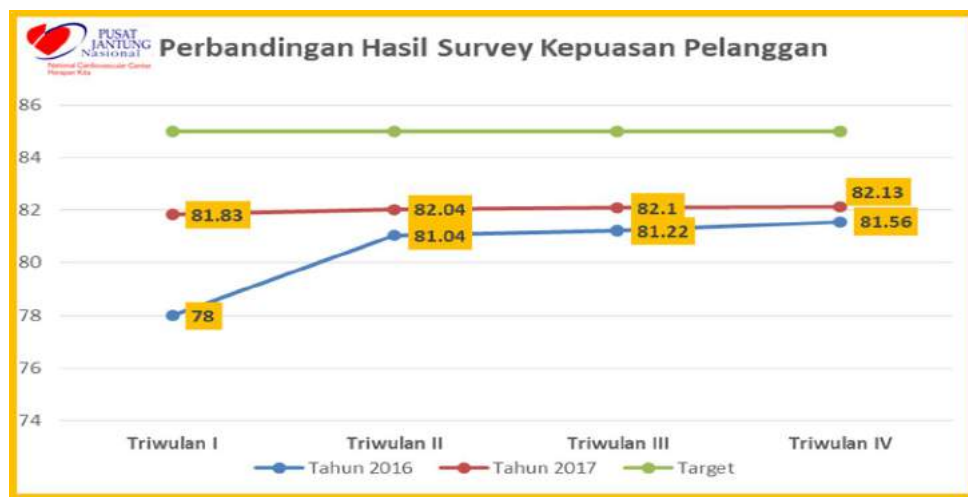
Tabel 3.4. Unit-unit Responden Survey

NO	UNIT PELAYANAN
1	Poliklinik Umum
2	Poliklinik Eksekutif
3	Rawat Inap Paviliun Sukaman
4	GP II L VII (rawat anak)
5	GP II LVI
6	GP II LV + IV (Kelas I)
7	GP II L IV (Kelas II)
8	GP II L III (Kelas III)
9	Intermediate Medikal
10	Intermediate Bedah
11	UGD
12	One Day Care
13	Rehabilitasi
14	Laboratorium
15	Farmasi
16	Layanan WES

Gambar 3.3 Hasil Survey Kepuasan Pelanggan per Triwulan tahun 2017



Gambar 3.4 Perbandingan Hasil Survey Kepuasan Pelanggan per Triwulan tahun 2017 dibanding tahun sebelumnya



Kendala :

1. Baru 3 (tiga) unit layanan yang dapat mencapai angka 83, yaitu: RI Pav. Sukaman, GP2 Lt.3, GP2 Lt.5
2. Masih ada 2 (dua) unit layanan yang hasilnya per TW selalu < 81,26 yaitu: Poli Umum dan IGD.



Analisa Masalah

Beberapa jawaban hasil survey sebagian besar menyatakan bahwa layanan yang diberikan sudah baik namun ada beberapa hal yang sebagian kecil dinyatakan oleh pelanggan, diantaranya terkait hal-hal berikut:

1. Pengurusan jaminan untuk pengobatan / perawatan, seperti: BPJS, Asuransi, Perusahaan.
2. Kenyamanan di lingkungan unit layanan.
3. Kejelasan dan kepastian petugas yang melayani.
4. Keadilan untuk mendapatkan pelayanan.
5. Kesopanan & keramahan petugas.
6. Kenyamanan di lingkungan unit layanan.
7. Keamanan pelayanan.
8. Ketepatan pelaksanaan terhadap jadwal waktu pelayanan.
9. Kecepatan pelayanan yang diberikan.
10. Keadilan untuk mendapatkan pelayanan.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Dengan meningkatnya hasil survey kepuasan pelanggan tahun 2017 membuktikan bahwa ada upaya dan kesadaran dari semua unit untuk dapat memberikan layanan yang prima sesuai kebutuhan pelanggan namun belum optimal.

Sebagai rekomendasi untuk mencapai hasil yang lebih baik dan optimal di tahun 2018, juga tahun 2019 sebagai periode akhir dari RSB RSJPD Harapan Kita, maka perlu berbagi upaya perbaikan, antara lain :

- a. Pengawasan yang serius terhadap kinerja staf di lapangan khususnya para frontliner disemua unit layanan.
- b. Perlu dilakukan retraining bagi pegawai yang performancenya kurang.
- c. Perlu diadakan in house training service excellent bagi semua petugas frontliner disemua tatanan.
- d. Ketepatan terhadap pelaksanaan pelayanan membutuhkan komitmen mulai dari top manajemen dan seluruh pegawai
- e. Penerapan sistem layanan berbasis IT harus dapat dilaksanakan oleh semua petugas yang terlibat dengan penuh kesadaran dan tanggungjawab.



2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

Tabel 3.5. Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	90	98,63	92,3	97,5		
6	% kasus sulit yang berhasil	%	93	98,14	93	92,4		x

a. KPI 5. Prosentase (%) keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan

Indikator dipilih untuk mengukur kemandirian PJT dengan tingkat keberhasilan yang tinggi setelah mendapat pembinaan dari RSJPD Harapan Kita.

Formula pengukuran melalui perbandingan Jumlah pasien operasi jantung mandiri yang pulang sehat dibagi jumlah seluruh pasien yang dioperasi secara mandiri.

Capaian

Tabel 3.6 Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan

NO	Nama PJT Binaan	Tahun 2016		Tahun 2017	
		Jumlah Tindakan	Mortalitas	Jumlah Tindakan	Mortalitas
1.	DR. Zainoel Abidin - Banda Aceh	24	3	25	1
2.	RSUD A Wahab Sjahranie - Samarinda	41	2	15	0
TOTAL		73	65	40	1
(% Keberhasilan Operasi Jantung		92,31%		97,5%	

Capaian realisasi berdasarkan data diatas didapatkan persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan yaitu RS DR. Zainoel Abidin – Banda Aceh dan RSUD Wahab Sjahranie – Samarinda pada tahun 2017 yaitu 97,5%. Angka tersebut melampaui target yang ditetapkan sebesar 90%, dan meningkat dari 2016 dimana angka keberhasilan tindakan operasi secara mandiri yang dilakukan oleh tim bedah setempat adalah 92,31%.

Jika dibandingkan dengan target akhir periode RSB (2019) maka capaian telah memenuhi target, capaian ini diharapkan dapat secara konstan dipertahankan.



b. KPI 6. Prosentase (%) kasus sulit yang berhasil

RSJPDHK sebagai pusat rujukan nasional, harus mampu dan berhasil menangani kasus-kasus sulit.

Kasus sulit dalam hal ini adalah kasus koroner yang menjalani tindakan operasi CABG dengan EF kurang dari 40%.

Capaian

Tahun 2017 ditetapkan target sebesar 93% untuk indikator prosentase kasus sulit yang berhasil.

Target tidak dapat terpenuhi dengan pencapaian realisasi sebesar 92,4%. Tidak tercapainya target dikarenakan adanya peningkatan jumlah pasien yang meninggal pada bulan Januari (22,7%; 5 pasien), Maret (8,7%; 2 pasien), April (7,1%; 1 pasien) dan bulan Agustus (23,1%; 3 pasien).

Capaian tahun 2017 juga belum sesuai dengan target yang ditetapkan pada akhir periode Renstra (RSB) tahun 2019 sebesar 95%, dalam upayanya untuk mencapai target pada akhir periode tersebut maka diperlukan tindak lanjut / rekomendasi seperti tertuang pada ulasan dibawah.

Kendala

1. Kasus yang dikerjakan adalah kasus rujukan yang sudah mengalami gangguan multi organ failure, dimana pasien mengalami syok kardiogenik, pasien dengan penyakit tambahan stroke perdarahan, sepsis, gangguan irama jantung, gangguan fungsi jantung yang parah sehingga menyebabkan death on table (DOT) saat tindakan dilakukan.
2. Pasien yang telah dilakukan tindakan intervensi atau penggunaan alat bantuan hidup sebelumnya baik percutaneous Coronary Intervention (PCI), Intra Aortic Balloon Pump (IABP), hemodialisa hingga Continous Renal Replacement Therapy (CRRT) dan Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO).

Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Analisa Masalah

Direktorat Medik dan Keperawatan bekerjasama dengan TWS Koroner yang terdiri dari dokter kardiologi, dokter bedah, dokter anestesi dan intensivis melakukan tindak lanjut untuk mengurangi angka kematian dengan menggunakan EURO SCORE II dimana nilai EURO SCORE < 8 dapat



dilakukan tindakan dan jika nilai EURO SCORE > 8 tidak dapat dilakukan tindakan.

Jika EURO Score > 8 pasien dalam perawatan, maka untuk melakukan tindakan perlu persetujuan dari Direksi dengan menggunakan protokol terapi.

3. Terwujudnya peran strategis PJN

Tabel. 3.7. Indikator Kinerja Sasaran Terwujudnya peran strategis PJN

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
7	Jumlah rekomendasi /kajian nasional yang dihasilkan		1	3	1	1	-	
8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif		1	1	1	1	-	

a. KPI 7. Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan

Sesuai visinya "leader in cardiovascular care, education and research" maka RSJPDHK sebagai PJN diharapkan dapat menghasilkan rekomendasi/kajian yang bersifat nasional. Rekomendasi/kajian nasional yang dimaksud adalah dalam hal pelayanan, pendidikan, dan penelitian di bidang kardiologi yang menjadi dasar bagi pemerintah dalam menentukan NSPK.

Capaian

Sesuai SK Menkes Nomor HK.01.07/MENKES/602/2017 tentang penetapan RSJPD Harapan Kita sebagai Pusat Jantung Nasional, yang dalam butir keputusannya menyatakan bahwa RSJPDHK memiliki tugas :

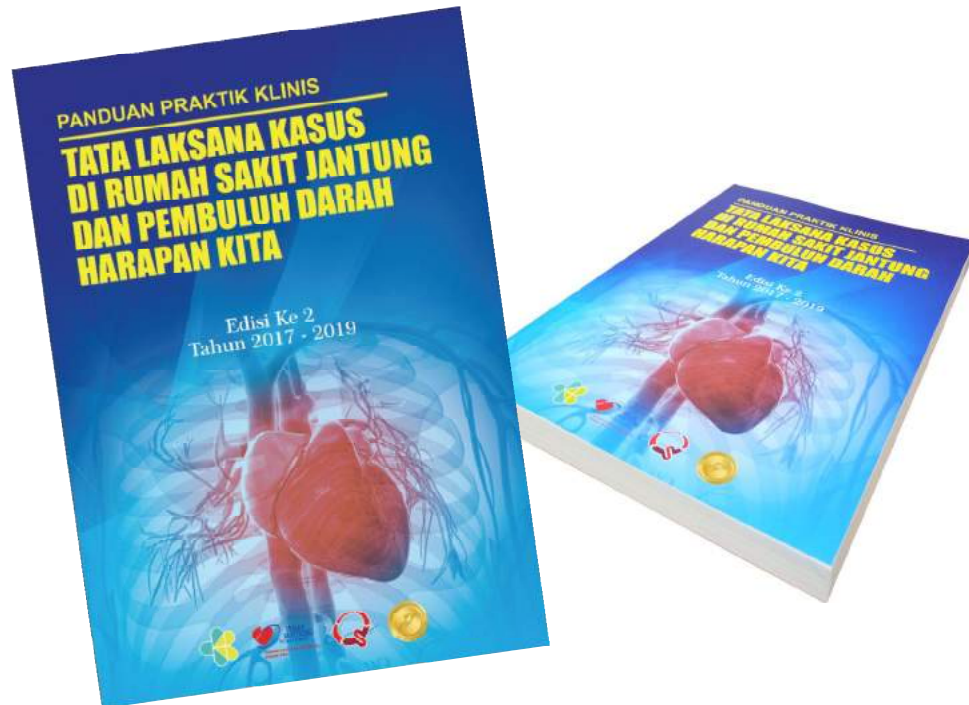
1. Memberikan pelayanan kardiovaskuler tersier khusus;
2. Melakukan pengampunan jejaring rujukan kardiovaskuler; dan
3. Rujukan nasional di bidang kardiovaskuler.

Sebagai rumah sakit rujukan nasional di bidang kardiovaskular, maka RSJPD Harapan Kita menyusun buku PPK (Panduan Praktik Klinis) edisi 2 (2017-2019) pada tahun 2017 yang disusun berdasarkan berbagai kajian, referensi dan kepustakaan mutakhir sebagai landasan dalam penanganan penyakit kardiovaskular di Indonesia. Buku PPK ini diharapkan dapat diterapkan dan diaplikasikan secara nasional khususnya oleh rumah sakit-rumah sakit jejaring. Dan berdasarkan SK Direktur Utama nomor



OT.02.02/XX.1/0255/2017 tanggal 22 Juni 2017 maka Buku PPK (Panduan Praktek Klinis) ini diberlakukan.

Gambar 3.5. Buku Panduan Praktek Klinis



- b. KPI 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif Peran RSJPDHK sebagai Pusat Jantung Nasional tidak hanya kuratif, tapi juga dalam preventif & promotif untuk menurunkan angka kematian KV.

Capaian

Tahun 2017 terealisasi 1 kegiatan implementasi program preventif/promotif sesuai dengan target yang ditetapkan pada tahun 2017.

Pada akhir periode RSB (2019) ditetapkan target 1 implementasi program preventif dan promotif, dari capaian yang didapat selama 3 tahun terakhir serta program rumah sakit yang tidak hanya mengedepankan kuratif tapi juga hal preventif dan promotif maka target tersebut dapat dicapai.



4. Terwujudnya layanan, pendidikan & penelitian yang ekselen dalam AHS

Tabel. 3.8. Indikator kinerja dalam mewujudkan layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan		1	1	1	0		x
10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester)	%	67,50	62,5	26,98	32,54		x
11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	88	91,28	96	99		
12	% complain yang ditangani dengan baik	%	95	94,42	92,80	97,8		
13	Jumlah peserta fellowship dari LN		1	1	1	1	-	

a. KPI 9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan

Indikator dipilih untuk menunjukkan manfaat penelitian bagi pengembangan pelayanan kardiovaskular.

Translational Research merupakan pemanfaatan pengetahuan basic science untuk menghasilkan obat-obat, alat dan pilihan terapi baru untuk pasien. Translational Research merupakan aspek penting dalam penelitian terutama dalam membantu menemukan terobosan ilmiah dalam bidang kedokteran dan memanfaatkannya semaksimal mungkin untuk kesehatan pasien khususnya dan masyarakat umum secara langsung

Capaian :

Tahun 2017 tidak ada penelitian translasional yang diaplikasikan, sehingga 1 target yang ditetapkan pada tahun 2017 tidak dapat tercapai.

Sesuai dokumen RSB, pada akhir periode RSB (2019) juga ditetapkan 1 target penelitian translasional yang diaplikasikan, target diharapkan dapat tercapai pada tahun tersebut.

Kajian/Analisa :

Penyebab tidak dapat tercapainya target yang ditetapkan karena penelitian yang dilaksanakan (stem cell) masih dalam proses pengembangan sehingga tidak dapat selesai pada periode tahun 2017.

Untuk dapat melaksanakan dan mengevaluasi penelitian jenis ini diperlukan strategi, infrastruktur dan waktu yang tidak sedikit.



Kendala :

Beberapa tahapan pada penelitian ini memerlukan waktu yang lama

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Merubah Key Performance Indikator tentang Penelitian dan Pengembangan dari Jumlah riset translational yang diaplikasikan menjadi Jumlah riset yang diaplikasikan ke klinis.

- b. KPI 10. Prosentase (%) PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester)

Indikator dipilih untuk menggambarkan mutu sistem pendidikan dan hasil pendidikan, melalui formula : persentase PPDS yang lulus dalam waktu 9 semester dibandingkan angkatannya.

Capaian

Pencapaian tahun 2017 adalah hasil penjumlahan dari pencapaian pada semester I dan II tahun akademik 2017, yang mana PPDS tersebut telah dinyatakan lulus, sebagai berikut :

Tabel 3.9. Jumlah PPDS yang menjalani proses pendidikan tepat waktu TA Semester Genap 2016/2017 dan Semester Ganjil 2017/2018

Periode Lulusan	Jumlah Penerimaan	Ekklusi	Inklusi	Jml Lulusan Tepat Waktu	Prosentase
(A)	(B)	(C)	(B-C)	(D)	(D / (B-C) * 100%)
Semester I	11	2	9	2	22,22%
Semester II	9	2	7	3	42,86%
Pencapaian Lulusan Tepat Waktu Thn 2017 : (Prosentase Smt I + Prosentase Smt II) / 2					32,54%

Lulusan Tepat Waktu adalah Peserta PPDS Ilmu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah FKUI yang berhasil menyelesaikan pendidikannya dalam kurun waktu selama 9 Semester dibandingkan dengan jumlah angkatannya.

Inklusi adalah PPDS-1 IP Jantung dan Pembuluh Darah FKUI yang menyelesaikan pendidikan tepat waktu yaitu 9 semester. Sedangkan



Eksklusi adalah PPDS-1 IP Jantung dan Pembuluh Darah FKUI yang tidak berhasil menyelesaikan pendidikan tepat waktu 9 semester dikarenakan PPDS tersebut menjalani: cuti sakit, cuti akademik, tugas keluar, cuti hamil sehingga mengganggu kelancaran proses pendidikan yang bersangkutan.

a) Lulusan Semester I tahun 2017

Pada periode semester I tahun 2017, jumlah lulusan tepat waktu berjumlah 2 orang. Jumlah angkatan / penerimaan sebelas (11) orang, Eksklusi sebanyak 2 orang, dan Inklusi (Penerimaan – Eksklusi) sebanyak 9 orang. Sehingga % lulusan tepat waktu pada periode ini adalah: $2 / 9 * 100\% = 22,22\%$.

b) Lulusan Semester II tahun 2017

Pada periode semester II tahun 2017, jumlah lulusan tepat waktu berjumlah 3 orang. Jumlah angkatan / penerimaan 9 orang, Eksklusi sebanyak dua 2, dan Inklusi (Penerimaan – Eksklusi) sebanyak 7 orang. Sehingga % lulusan tepat waktu pada periode ini adalah: $3 / 7 * 100\% = 42,86\%$.

c) Pencapaian Lulusan Tepat Waktu tahun 2017

Capaian lulusan tepat waktu pada tahun 2017 adalah % lulusan tepat waktu semester I + % lulusan tepat waktu semester II / 2, yaitu: $(22,22\% + 42,86\%) / 2 = 32,54\%$

d) Formula Penghitungan

1. PPDS Lulus Tepat Waktu Semester I Tahun 2017 :

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{Peserta Lulus Tepat Waktu}}{\text{PPDS Pada Angkatannya}} \times 100 \% \\ &= (2 / 9 * 100\% = 22,22\% \end{aligned}$$

2. PPDS Lulus Tepat Waktu Semester II Tahun 2017:

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{Peserta Lulus Tepat Waktu}}{\text{PPDS Pada Angkatannya}} \times 100 \% \\ &= (3 / 7 * 100\% = 42,86\% \end{aligned}$$

3. Perolehan PPDS Tepat Waktu Tahun 2017:

$$\begin{aligned} &= \text{Realisasi Semester I} + \text{Realisasi Semester II} / 2 \\ &= ((22,22\% + 42,86\%) / 2) = 32,54\% \end{aligned}$$



Kajian / Analisa

Indikator kinerja % PPDS Kardiologi yang Lulus Tepat Waktu (9 Semester) pada tahun 2017 sebesar 32,54% dari target sebesar 67,50% atau mengalami kenaikan sebesar 5,56% dibandingkan pada periode tahun 2016 yaitu sebesar 26,98%%, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa target indikator tersebut tidak tercapai walaupun mengalami kenaikan. Angka kelulusan tahun 2017 juga belum mencapai target jika dibandingkan dengan target pada tahun terakhir periode RSB (2019), dimana pada tahun tersebut ditetapkan target sebesar 72,50%.

Hambatan

Beberapa PPDS terlambat menyelesaikan proses pendidikan tepat waktu, dikarenakan yang bersangkutan mengalami hambatan-hambatan, diantaranya:

1. Menjalani cuti akademik
2. Menjalani cuti hamil (PPDS perempuan)
3. Tertundanya tesis akhir (Penelitian)
4. Mengulang stase modul

Upaya Tindak Lanjut / Usulan Perbaikan

Bentuk upaya / tindak lanjut yang dilakukan agar PPDS dapat lulus tepat waktu, Sebagai berikut:

1. Memperluas lahan pendidikan untuk modul (RSAL Mintoarjo dan RS. Polri Kramat Jati)
2. Membuat aturan untuk PPDS dalam rangka mempercepat penelitian, yaitu dengan mewajibkan agar PPDS mengajukan proposal penelitian sejak tahap 1
3. Membuat aturan bahwa selama masa pendidikan PPDS tidak diperkenankan untuk hamil
4. Memperbaiki mutu pendidikan (Revisi : BRP, Log Book, dan Buku Kurikulum Pendidikan)



Rekomendasi

1. Memberlakukan peraturan PPDS yang diperkuat dengan SK Ketua Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI/RSJPDHK.
2. Sosialisasi dan Distribusi buku Log Book, BRP, dan Kurikulum Pendidikan kepada PPDS

- c. KPI 11. Prosentase (%) capaian indikator medik kardiovaskular
- Sasaran strategis yang ingin dicapai pada indikator ini adalah Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam RS pendidikan. Pemilihan indikator merupakan indikasi bahwa pelayanan yang diberikan harus memenuhi capaian indikator yang ditentukan yang menyangkut kualitas pelayanan dan patient safety.

Persentase Indikator Medik Kardiovaskular yang dilaporkan yaitu:

1. Door to balloon time kurang dari 90 menit
2. Angka mortalitas Acute Myocardial Infarction (AMI)
3. Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan Length of Stay (LoS) < 7 hari
4. Angka survival pasien bedah jantung
5. Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi
6. - Identifikasi sebelum mendapatkan obat/terapi
- Identifikasi sebelum tindakan diagnostik/terapeutik
- Identifikasi sebelum pengambilan darah/specimen
- Identifikasi sebelum pemberian transfusi darah
- Identifikasi sebelum pemberian diet khusus
7. - Implementasi prosedur TbaK di rawat inap
- Kepatuhan melaporkan hasil kritis
- Kepatuhan melakukan handover antar shift perawat
- Kepatuhan melakukan handover dokter
8. - Verifikasi pemberian obat high alert
- Verifikasi pemberian elektrolit pekat
9. Penerapan Surgical Safety
10. Kepatuhan Cuci Tangan
11. Identifikasi Risiko Jatuh



Capaian / Kondisi saat ini

Tahun 2017 terealisasi prosentase capaian indikator medik kardiovaskular sebesar 99%, hasil pengukuran mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 88% seperti yang tertera pada tabel dibawah. Hasil capaian juga telah melampaui target dari yang ditetapkan pada akhir periode RSB (2019), diharapkan kondisi yang dicapai saat ini dapat dipertahankan secara konstan sampai tahun tersebut.

Tabel 3.10. Capaian Indikator Medik tahun 2017

Persentase capaian indikator medik kardiovaskular		Target	Realisasi	Capaian
1	Door to balloon time kurang dari 90 menit	< 90menit	59 menit	100%
2	Angka mortalitas Acute Myocardial Infarction (AMI)	8,30%	8,75%	94,5%
3	Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan Length of Stay (LoS) \leq 7 hari	65%	82,6%	100%
4	Angka Survival Pasien Bedah Jantung	95%	95%	100%
5	Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi	75% - 85%	82%	100%
6	- Kepatuhan melakukan identifikasi pasien sebelum mendapat obat/terapi	100%	99.1%	99.1%
	- Kepatuhan melakukan identifikasi pasien sebelum tindakan diagnostik/ terapeutik	100%	99.4%	99.4%
	- Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum pemberian transfusi	100%	99.2%	99.2%
	- Kepatuhan melakukan identifikasi pasien sebelum pengambilan darah/spesimen	100%	99.3%	99.3%
	- Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum pemberian diet khusus	100%	86.5%	86.5%
7	- Implementasi prosedur TbaK di rawat inap	100%	81.1%	81.1%
	- Kepatuhan melaporkan hasil kritis	100%	99.8%	99.8%
	- Kepatuhan melakukan handover antar shift perawat	100%	97.8%	97.8%
	- Kepatuhan melakukan handover dokter	100%	84.9%	84.9%
8	- Kepatuhan melakukan verifikasi dalam pemberian obat high alert pasien rawat inap	100%	98.5%	98.5%
	- Kepatuhan melakukan verifikasi dalam pemberian elektrolit pekat pasien rawat inap	100%	99.7%	99.7%
9	Penerapan surgical safety	100%	99.4%	99.4%
10	Kepatuhan kebersihan tangan	90%	90.1%	90.1%
11	Identifikasi Resiko Jatuh (Patient Falls)	< 4 ‰	0.21‰	100%
Rata-rata capaian				99%



d. KPI 12. Prosentase (%) komplain yang ditangani dengan baik

Komplain adalah keluhan yang disampaikan oleh stakeholder (dalam hal ini adalah pasien) secara tertulis dan disampaikan kepada RS. Penanganan komplain dilakukan oleh Instalasi Pemasaran & Pelayanan Pelanggan, dengan mengelompokkan komplain berdasarkan tingkat masalahnya (merah-kuning-hijau). Komplain yang ditangani dengan baik adalah komplain yang dapat ditindaklanjuti dalam batas waktu sesuai dengan tingkat masalahnya.

Capaian

Pada tahun 2017 tercapai prosentase komplain yang ditangani dengan baik sebesar 97,80%, angka mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2017 sebesar 95%.

Angka capaian juga sudah melebihi target dari yang ditetapkan pada tahun 2019 atau periode akhir RSB sebesar 95%.

Pengukuran dilaksanakan setiap bulan dengan formula : Jumlah komplain pasien yang ditangani dengan baik dibagi jumlah keseluruhan komplain pasien dikali 100%. Data tahunan merupakan hasil rekapitulasi pengukuran bulanan, secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah :

Tabel. 3.11. Data penanganan komplain tahun 2017

Periode	Komplain						Tindak Lanjut		% Penyelesaian Komplain
	Lgsg	Kotak Saran	Telepon	Email	Contact Center	Total	Selesai	Tidak	
Januari	21	7	1	0	1	30	30	0	100 %
Februari	10	2	0	0	0	12	11	1	92 %
Maret	21	6	1	1	1	30	27	3	90 %
April	20	8	0	0	0	28	26	2	93 %
Mei	23	12	0	0	5	40	40	0	100 %
Juni	10	8	0	0	1	19	19	0	100 %
Juli	24	9	12	0	8	53	52	1	98,1 %
Agustus	8	8	0	0	10	26	25	1	96,2 %
September	11	31	0	0	1	43	43	0	100 %
Oktober	20	9	4	0	7	40	40	0	100 %
November	29	8	2	0	6	45	45	0	100 %
Desember	8	1	0	0	3	12	12	0	100 %
Total 2017	205	109	20	1	45	378	370	8	97,8 %

Gambar 3.6 Grafik Penyelesaian Komplain Pelanggan



pelaksanaan penanganan/respon komplain saat ini belum mengalami kendala, namun berbagai pengembangan dan perbaikan akan tetap dilakukan

Hambatan yang terjadi selama penanganan yang menyebabkan tidak terselesaikannya komplain adalah :

- Kurangnya respon dari unit bersangkutan untuk dapat segera menyelesaikan komplain yang ada
- Perbaikan sarana dan fasilitas yang melibatkan unit lain masih dikerjakan sangat lambat
- Kurangnya koordinasi antar unit untuk mengatasi dan menyelesaikan komplain yang ada

Upaya tindak lanjut / Rekomendasi:

Untuk dapat menyelesaikan komplain-komplain yang masuk ke RS, diperlukan strategi agar dapat meminimalisir jumlah komplain yang tidak terselesaikan. Beberapa hal yang dapat dilakukan adalah :

- Diperlukan respon yang cepat dari setiap unit untuk dapat segera menyelesaikan komplain yang ada
- Diperlukan kerja sama dan komitmen kembali seluruh satuan kerja untuk dapat memberikan layanan agar dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan
- Penyediaan dan perbaikan sarana dan fasilitas RS menjadi perhatian khusus untuk memberikan kenyamanan bagi pelanggan, seperti perbaikan AC, penyediaan kursi tunggu yang lebih banyak, perbaikan saluran TV.



e. KPI 13. Jumlah peserta fellowship dari LN

Sasaran yang ingin dicapai pada indikator ini adalah terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS.

Fellowship adalah staf medis mitra yang dikirim oleh mitra kerjasama (mis. sister hospital) untuk membantu meningkatkan kompetensi staf medis RSJPD Harapan Kita dalam pelayanan dan riset.

Capaian :

Tahun 2017 terdapat seorang peserta fellowship yang berasal dari Department of Cardiovascular Medicine Nay Pyi Taw Myanmar yaitu : dr Kyaw Swar. Berfokus pada Penguatan Kompetensi di Bidang Jantung dan Pembuluh Darah.

Penempatan fellowship tersebut diatas yaitu di ruang Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah.

Dengan komitmen yang tinggi untuk terus memajukan RSJPD Harapan Kita, melalui kerjasama bersama mitra (sister hospital), maka target akhir periode RSB (2019) untuk jumlah peserta fellowship sebanyak 1 orang dapat terpacai.

5. Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.

Tabel. 3.12. Indikator Publikasi International

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
14	Jumlah Publikasi internasional		9	8	12	10		

KPI 14. Jumlah publikasi internasional

Capaian :

- Karya ilmiah (scientific paper) merupakan publikasi tertulis dan diterbitkan, menjelaskan hasil dari research yang telah dilakukan oleh ilmuwan dengan memenuhi kaidah dan etika akademik. Tahun 2017 terealisasi 10 hasil penelitian staf RS Jantung Harapan Kita yang dipublikasikan dalam jurnal bertaraf international dan dalam beberapa proses publikasi. Capaian tersebut memenuhi target yang ditetapkan pada



tahun 2017 sebanyak 9, meski menurun dari tahun sebelumnya sebanyak 12.

- Jika dibandingkan dengan target akhir periode Rentra (RSB) tahun 2019, jumlah publikasi tahun 2017 belum sesuai target yang ditetapkan yaitu sebanyak 11 publikasi, namun dari hasil capaian yang selalu memenuhi target selama periode 2015-2017 maka manajemen akan mengupayakan agar target tersebut dapat tercapai.

Kendala :

Permasalahannya rendahnya jumlah publikasi penelitian antara lain adalah dokter yang meneliti sangat sedikit, penelitian yang membutuhkan waktu, kemampuan menulis peneliti yang masih kurang serta motivasi menulis yang masih kurang.

Upaya Tindak Lanjut :

Pada akhir tahun 2017, untuk meningkatkan jumlah dan kualitas publikasi ilmiah, Divisi Penelitian dan Pengembangan RSJPDHK mengajukan kerjasama dengan medical writing professional (transmedical). Serta mengajukan insentif bagi peneliti yang karya ilmiahnya dipublikasikan dalam jurnal berskala internasional untuk meningkatkan motivasi peneliti.



6. Terwujudnya layanan unggulan PJN

Tabel. 3.13. Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
15	jumlah jenis layanan unggulan yang baru	jumlah	1	2	1	1	-	
16	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	10	81,48	19	36		

a. KPI 15. Jumlah jenis layanan unggulan yang baru

Layanan unggulan merupakan keharusan sebagai sumber revenue dan hasil inovasi sebagai PJN.

Layanan unggulan adalah layanan KV yang didukung oleh SDM yang handal (jumlah dan kualitas), sarana & prasarana terbaik, teknologi terkini, dan kompetitor masih terbatas. Unggulan yang baru yang dimaksud tidak harus berupa inovasi baru, tapi yang ditetapkan oleh Direksi sebagai unggulan RS berdasarkan SDM, teknologi dan sarana dan menjadi prioritas pengembangan di masa yang akan datang

Capaian :

Tahun 2017 terealisasi 1 jumlah jenis layanan unggulan baru yaitu Leadless Pacemaker, sehingga target yang ditetapkan pada tahun 2017 dapat tercapai. Leadless pacemaker merupakan penanaman alat pacu jantung permanen (APJP) tanpa prosedur operasi yang belum lama ditemukan sebagai sebuah terobosan baru ilmu kedokteran dalam pengobatan pasien yang mengalami gangguan sistem konduksi jantung.

Pada periode akhir Renstra (RSB) tahun 2019 telah ditetapkan 1 jenis layanan unggulan baru, hal ini diharapkan dapat terealisasi seperti halnya tahun-tahun sebelumnya.



- b. KPI 16. Persentase (%) peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.

Indikator ini bermaksud untuk menggambarkan bahwa suatu layanan unggulan harus terindikasi dari peningkatan jumlah pasien.

Capaian :

Berdasarkan data pada tahun 2017 tercapai peningkatan jumlah tindakan / pasien sebesar 36%, capaian ini sudah sesuai target yang ditetapkan sebesar 10%. Target yang sama telah ditetapkan pada tahun 2019 sebagai periode akhir Renstra (RSB). Dalam upayanya untuk terus mengembangkan pelayanan, maka target pada akhir periode tersebut dapat tercapai.

7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

Tabel. 3.14. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
17	% rujukan yang tepat	%	65	20,3	70	83		
18	% pasien rujuk balik	%	27	28	30	30	-	
19	Jumlah PJT binaan mandiri		1	4	1	1	-	

- a. KPI 17. Persentase (%) rujukan yang tepat

Sebagai pusat rujukan nasional, RSJPDHK harus membina pusat layanan lain agar bisa mandiri dan bisa merujuk kasus yang tepat/severitas II/III di luar kemampuannya.

Rujukan yang tepat adalah Pasien yang masuk melalui SPGDT yang direncanakan tindakan memerlukan alat bantu hidup dasar atau memerlukan perawatan di ruang insentive cardiovascular care unit / intermediate ward.

Capaian :

Tahun 2017 terealisasi angka Prosentase (%) rujukan kasus yang tepat sebesar 83 %, capaian sudah melebihi dari target yang ditetapkan pada tahun 2017 sebesar 65 %, angka capaian juga sudah melebihi untuk target yang ditetapkan pada tahun 2019 atau periode akhir Renstra (RSB) sebesar 65%.



b. KPI 18. Persentase % pasien rujuk balik

RSJPDHK sebagai pusat rujukan harus dapat membina dan hanya melayani kasus sulit, sisanya harus dirujuk balik.

Rujuk balik: kasus yang dibuatkan lembar rujuk balik/jawaban rujukan dari RSJPDHK ke faskes pengirim.

Capaian :

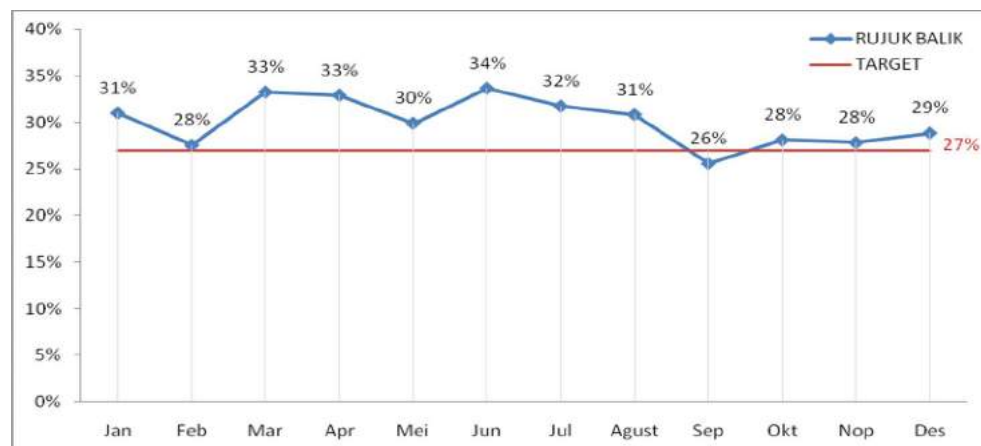
Tabel 3.15. Tabel angka indikator Prosentase (%) rujuk balik tahun 2017

No	Bulan	Jumlah Pasien	RUJUK BALIK	Persentasi	TARGET 2017
1	Januari	6576	2040	31%	27%
2	Februari	6099	1682	28%	
3	Maret	6929	2305	33%	
4	April	5989	1972	33%	
5	Mei	6280	1879	30%	
6	Juni	4405	1483	34%	
7	Juli	6321	2007	32%	
8	Agustus	6656	2053	31%	
9	September	6052	1550	26%	
10	Oktober	6800	1913	28%	
11	November	6673	1858	28%	
12	Desember	5697	1645	29%	
CAPAIAN 2017		74477	22387	30%	

Berdasarkan tabel diatas pasien rujuk balik pada tahun 2017 terealisasi sebesar 30%. Hal ini sudah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2017 sebesar 27%, begitupun bila dibandingkan dengan target akhir RSB (2019) dimana pada periode tersebut telah ditetapkan target sebesar 30%, hal ini sesuai dengan komitmen RSJPD Harapan Kita sebagai rumah sakit yang mendukung program pemerintah (JKN).



Gambar 3.7. Grafik bulanan Prosentase (%) angka rujuk balik pasien tahun 2017



Kendala

- Terdapat beberapa kendala pada PPK I, dimana persediaan obat, kenyamanan berobat dan learning curve dokter yang tidak sama dengan RSJPDHK.

Upaya Tindak Lanjut

- Tetap mengupayakan sosialisasi dan mendorong pasien kronik stabil untuk dirujuk balik
- Memasukan indikator rujuk balik dalam penilaian IKI tahun 2018 yang diukur tiap bulannya

c. KPI 19. Jumlah PJT binaan mandiri

Sebagai pusat jantung nasional harus membina pelayanan jantung secara berjenjang dan membuat PJT binaan menjadi mandiri.

PJT binaan mandiri adalah PJT yang pernah mengalami binaan dan sudah mampu melakukan operasi jantung, intervensi non bedah tanpa supervisi.

Capaian :

Tahun 2017, terdapat 1 PJT yang dianggap telah yang mandiri. Yaitu RSUD A. Wahab Syahrani, Samarinda.

Di akhir periode Renstra (2019) ditetapkan target 1 PJT Binaan mandiri, dengan komitmen RSJPD Harapan Kita sebagai pengampu bagi rumah sakit jejaring maka pihak manajemen akan mengupayakan agar target tersebut dapat terealisasi.



8. Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis

Tabel. 3.16. Indikator sasaran kinerja terjaminnya mutu dan integritas proses bisnis

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
20	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	90	72,73	84,88	91,31		
21	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100	100	100	-	

KPI 20. % kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt

Door to balloon time: waktu antara pengkajian di UGD hingga dilatasi balon pada tindakan primary PTCA.

Capaian :

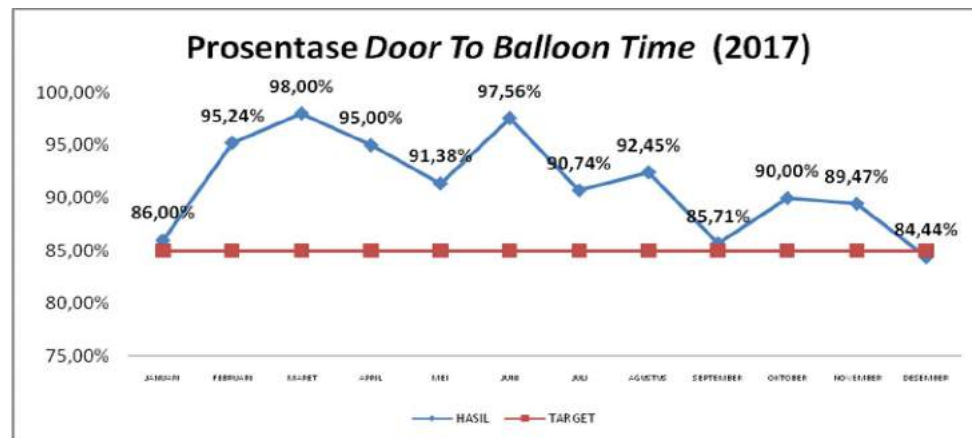
Tabel 3.17. Angka indikator Prosentase (%) angka door to balloon time tahun 2017

Bulan	Jumlah DTBT < 90 Mnt	Jumlah Tindakan masuk inklusi	(%)	Target
Januari	43	50	86,00%	90%
Februari	40	42	95,24%	
Maret	49	50	98,00%	
April	57	60	95,00%	
Mei	53	58	91,38%	
Juni	40	41	97,56%	
Juli	49	54	90,74%	
Agustus	49	53	92,45%	
September	48	56	85,71%	
Oktober	36	40	90,00%	
Nopember	34	38	89,47%	
Desember	38	45	84,44%	
Tahun 2017	536	587	91,31%	

Berdasarkan tabel diatas, pada tahun 2017 didapatkan capaian persentase DTBT kurang dari 90 menit sebesar 91,31%,Angka tersebut sudah mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 90%.

Untuk perbandingan dengan tahun 2019 sebagai periode akhir dari Renstra (RSB), maka capaian pada tahun 2017 belum memenuhi target. Diharapkan dengan upaya untuk terus berkomitmen dalam memberikan pelayanan yang ekselen maka target akhir tersebut dapat tercapai.

Gambar 3.8. Grafik bulanan capaian Door to Balloon Time



Dari grafik diatas hampir pada setiap bulannya target DTBT 90% dapat tercapai.

KPI 21. Prosentase (%) hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi

Indikator dipilih sebagai sarana monitoring dan evaluasi peningkatan mutu. Definisi indikator ini adalah hasil audit yang ditindaklanjuti dengan RCA dan diimplementasikan hasil perbaikannya (ada evidence)

Capaian :

Tahun 2017 hasil audit mutu yang ditindaklanjuti terealisasi 100%, sesuai target yang ditetapkan 100%.

Hasil Audit Mutu yang ditindaklanjuti adalah “Ketersediaan Rekam Medis Pasien Perjanjian di Poli Rawat Jalan” melalui beberapa tahapan (step).

Sebagai rumah sakit yang telah terakreditasi baik secara nasional maupun internasional, serta berkomitmen untuk terus memberikan jaminan kualitas sesuai dengan budaya organisasinya maka capaian 100% ini akan terus dipertahankan hingga target sampai akhir periode RSB (2019) dapat tercapai.



Skema tindak lanjut hasil Audit Mutu yang dilaksanakan pada tahun 2017 :

PLAN

Timeline: April 2017

Rencana

- a. Mempercepat proses realisasi ketersediaan tenaga sesuai dengan ABK.
- b. Secara paralel untuk mengajukan proses legalisasi regulasi.
- c. Secara paralel untuk berkoordinasi dengan pihak terkait untuk membangun dan mengaplikasikan sistem penggunaan RM untuk KB melalui EMR.

Harapan

- a. Dalam enam bulan sudah ada tenaga yang dibutuhkan berdasarkan ABK sesuai dengan kualifikasinya.
- b. Dalam tiga bulan sudah ada regulasi yang mengatur standar waktu tiap tahapan dalam proses penyediaan RM Rawat Jalan.
- c. Dalam 3 bulan sudah ada sistem penggunaan RM untuk KB melalui EMR.

Tindakan :

Tindakan a

1. Rapat dengan PJ Pengolahan Berkas RM dan leadernya.
2. Penyusunan regulasi.
3. Pengajuan ditetapkannya regulasi.
4. Sosialisasi.

Tindakan b

1. Sosialisasi tata cara permintaan KB menggunakan EMR kepada SM dan PPDS
2. Rapat koordinasi dengan pihak terkait untuk membuat regulasi yang mengatur permintaan RM untuk KB
3. Pengajuan ditetapkannya regulasi tersebut
4. Sosialisasi mengenai regulasi

DO

Timeline: April – Juni 2017

Pengamatan

- a. RM yang kembali ke Instalasi RM harus dilakukan assembling, coding, dan quality assurance di hari yang sama.



- b. RM diletakan di rak file padahari yang sama
- c. RM tersediapadasaatdibutuhkanpasien/ tidakadaketerlambatan

STUDY

Timeline: April – Juni 2017

Kajian

- a. Telah disusun SOP Pelayanan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan yang berisi tentang Alur Penyediaan Rekam Medik di Rawat Jalan sampai kembali ke Rekam Medik (ada proses assembling, coding, dan quality assurance di hari yang sama). SOP ini telah diberlakukan namun proses assembling, coding, dan quality assurance di hari yang sama belum dapat dilaksanakan dengan maksimal karena kekurangan jumlah tenaga.
- b. Tidak semua file RM dapat diletakkan di rak file pada hari yang sama, karena proses sebelumnya, yaitu proses assembling, coding, dan quality assurance di hari yang sama juga tidak dapat dilakukan dengan maksimal karena kekurangan jumlah tenaga.
- c. Kekurangan jumlah tenaga menjadi akar masalah pada kasus belum tercapainya target Ketersediaan Pasien Perjanjian Rekam Medis di Poli Rawat Jalan, sehingga telah dibuat ABK dan dikoordinasikan dengan Bagian SDM dan Organisasi untuk dimasukkan kedalam program rekrutmen Rumah Sakit pada bulan Oktober 2017.

ACT

Timeline: Juli 2017

Kesimpulan

- a. Ketersediaan rekam medik di Poli Rawat Jalan naik yaitu dari 92.5% (tersedia 22.199 file dari 23.996 pasien perjanjian; gap sebesar 1.797) di Triwulan I tahun 2017 menjadi 94.0% (tersedia 18.251 file dari 19.423 pasien perjanjian; gap sebesar 1.172) di Triwulan II tahun 2017.
- b. Penambahan tenaga yang dibutuhkan sesuai dengan ABK yang telah disusun masih dalam proses untuk mengikuti program rekrutmen Rumah Sakit., namun program tersebut baru dapat dilaksanakan pada bulan Oktober 2017.



9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas

Tabel 3.18. Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
22	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK	%	90	84,6	86	91	5%	

KPI 22. Prosentase (%) kesesuaian sarfas dengan standar MFK

Keandalan sarfas dapat menjamin kelancaran pelayanan RS dan menjamin keamanan / patient safety, sehingga perlu pengawasan terhadap prasarana/sarana yang memenuhi persyaratan MFK (overall equipment effectiveness) sesuai best practise yang mencakup ketersediaan, kinerja, dan kualitas.

Capaian :

Tingkat kesesuaian Sarana Prasarana RSJPD Harapan Kita pada tahun 2017 adalah 91%, capaian sudah memenuhi target yang ditetapkan pada tahun 2017 sebesar 90%. Nilai kesesuaian pada tahun 2017 juga meningkat dari tahun sebelumnya dimana pada tahun 2015 tercapai nilai sebesar 86%.

Kesesuaian sarana dan prasarana diharapkan terus meningkat, sehingga target akhir yang ditetapkan sebesar 95% dapat terpenuhi.

Tabel 3.19. Tingkat kesesuaian sarana prasarana tahun 2017

UNIT / KETERANGAN	TW1	TW2	TW3	TW4	OEE
Cathlab	93%	69%	94%	94%	88%
OK Dewasa	98%	107%	107%	124%	109%
OK Anak	89%	76%	68%	60%	73%
Echocardiography	88%	77%	91%	94%	88%
Radiologi	91%	120%	126%	104%	110%
MRI	62%	60%	82%	98%	76%
Gamma Camera	82%	80%	92%	104%	90%
Sistem Kelistrikan	95%	95%	94%	95%	95%
Sistem Tata Udara	90%	90%	90%	90%	90%
TOTAL OEE	88%	86%	94%	96%	91%



Analisa/Kajian :

Faktor yang dinilai adalah tingkat kehandalan sarana dan prasarana dengan menghitung OEE (Overall Equipment Effectiveness) yang mencakup Ketersediaan, Kinerja dan Kualitas dari fasilitas sarana medik yang terdapat pada ruang Cathlab, Bedah Jantung Dewasa, Bedah Jantung Anak, Echocardiography, Radilologi, MRI, Kardiologi Nuklir. Sedangkan fasilitas sarana non medik yang dinilai tingkat kehandalannya adalah sistem kelistrikan dan tata udara.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Program pemeliharaan peralatan medik seperti kegiatan inspeksi, preventif maintenace, dan kalibrasi dapat ditingkatkan agar kerusakan alat dapat diketahui sedini mungkin sehingga downtime peralatan medik dapat ditekan.

10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan

Tabel 3.20. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
23	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV (Panduan Pretek Klinis Kardiovaskular)	jumlah	1	-	1	1	-	

KPI 23. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

Sasaran strategis yang ingin dicapai pada indikator ini adalah Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan. RSPDHK sebagai pusat jantung nasional harus dapat membina pusat jantung lainnya menjadi rujukan nasional yang mampu memberikan pelayanan sesuai standar PPK Kardiovaskular.

Capaian

Tahun 2017 terealisasi 1 PJT binaan yang telah menjalankan PPK KV, sesuai target yang ditetapkan di tahun 2017, yaitu RSUD Zainoel Abidin, Aceh.



Target akhir yang ingin dicapai dari indikator ini yaitu tetap terealisasinya 1 PJT Binaan yang menjalankan PPK KV pada tahun 2019, mengacu bahwa RSJPD Harapan Kita sebagai Pusat Jantung Nasional sebagai pembina pusat jantung lainnya, maka diharapkan target akhir tersebut dapat tercapai.

11. Terwujudnya integrasi HIS

Tabel 3.21. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya integrasi HIS

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
24	Tingkat maturitas IT korporasi	%	2,3	1,52	1,8	2,02		x

KPI 24. Tingkat maturitas IT korporasi

HIS atau Hospital Information System dapat diukur dari tingkat maturitasnya, Pengukuran tingkat maturitas merupakan metode pengukuran tingkat kematangan proses pengelolaan TI korporasi mengacu kepada standar proses framework CoBIT (skala 0-5).

Terdapat pendekatan six maturity attribute pada COBIT 4.1 dari ISACA1 sebagai referensi best practice tingkat kematangan tata kelola dan manajemen TI yaitu:

1. Perencanaan, Kebijakan dan Prosedur;
2. Tanggung Jawab dan Akuntabilitas;
3. Penentuan Sasaran dan Pencapaian;
4. Kemampuan dan Keahlian;
5. Kepedulian dan Komunikasi;
6. Perangkat dan Otomasi.

Pendekatan six maturity ini cukup memadai untuk mengimplementasikan tata kelola dan manajemen TI yang baik karena memberikan konfirmasi bahwa tata kelola bukan hanya sekedar menyusun perencanaan, kebijakan dan prosedur saja, melainkan:

1. PROCESS yang meliputi perencanaan, kebijakan, prosedur, juklak/juknis juga perlu adanya penetapan sasaran beserta pengukuran pencapaian,

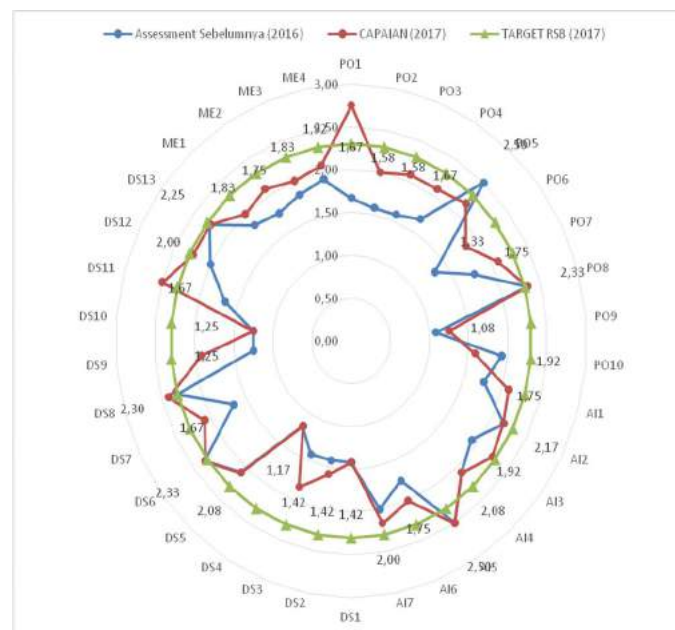
2. PEOPLE seperti struktur organisasi dan SDM dengan kuantitas dan kualitas kemampuan dan keahlian yang memadai, bertanggung jawab dan memiliki akuntabilitas yang baik, juga memiliki kepedulian dan komunikasi yang tersistematis,
3. TECHNOLOGY melalui keberadaan perangkat bantu dan otomasi tools sistem informasi dan infrastruktur yang dapat mengolah data tata kelola dan manajemen menjadi informasi yang memadai.

Capaian :

Hasil pengukuran tingkat maturitas IT pada tahun 2017 terealisasi nilai sebesar 2,02, nilai belum mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2017 sebesar 2,3.

Hasil pengukuran juga belum mencapai target dari yang ditetapkan pada periode akhir Renstra (RSB) tahun 2019 sebesar 2,7, namun dalam upaya untuk mencapai target tersebut maka diberikan beberapa rekomendasi sebagai upaya tindak lanjut.

Gambar 3.9. Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2016





Tabel 3.22. Komponen penilaian Maturitas IT tahun 2017

Proses	COBIT 4.1 Processes	Assessment Sebelumnya (2016)	CAPAIAN (2017)	TARGET RSB (2017)
PO1	Define a strategic IT plan	1,67	2,75	2,30
PO2	Define the information architecture	1,58	2,00	2,30
PO3	Determine technological direction	1,58	2,08	2,30
PO4	Define the IT processes, organisation and relationships	1,67	2,08	2,30
PO5	Manage the IT investment	2,50	2,17	2,30
PO6	Communicate management aims and direction	1,33	1,83	2,30
PO7	Manage IT Human resources	1,75	2,08	2,30
PO8	Manage quality	2,33	2,33	2,30
PO9	Assess and manage IT risks	1,08	1,25	2,30
PO10	Manage projects	1,92	1,58	2,30
AI1	Identify automated solutions	1,75	2,08	2,30
AI2	Acquire and maintain application software	2,17	2,17	2,30
AI3	Acquire and maintain technology infrastructure	1,92	2,25	2,30
AI4	Enable operation and use	2,08	2,08	2,30
AI5	Procure IT resources	2,50	2,50	2,30
AI6	Manage changes	1,75	2,00	2,30
AI7	Install and accredit solutions and changes	2,00	2,17	2,30
DS1	Define and manage service levels	1,42	1,42	2,30
DS2	Manage third-party services	1,42	1,58	2,30
DS3	Manage performance and capacity	1,42	1,83	2,30
DS4	Ensure continuous service	1,17	1,17	2,30
DS5	Ensure systems security	2,08	2,08	2,30
DS6	Identify and allocate costs	2,33	2,33	2,30
DS7	Educate and train users	1,67	2,08	2,30
DS8	Manage service desk and incidents	2,30	2,42	2,30
DS9	Manage the configuration	1,25	1,92	2,30
DS10	Manage problems	1,25	1,25	2,30
DS11	Manage data	1,67	2,50	2,30
DS12	Manage the physical environment	2,00	2,25	2,30
DS13	Manage operations	2,25	2,25	2,30
ME1	Monitor and evaluate IT performance	1,83	2,00	2,30
ME2	Monitor and evaluate internal control	1,75	2,08	2,30
ME3	Ensure compliance with external requirements	1,83	2,00	2,30
ME4	Provide IT governance	1,92	2,08	2,30
		1,80	2,02	



Kajian :

Cobit merupakan standar international dalam bidang tata kelola dan audit IT, baik Manajemen, Instalasi SIRS dan Auditor Internal harus memahami standarisasi tersebut. Pendekatan harus dilakukan secara komprehensif dari semua aspek yang dinilai (34 aspek) dari standar Cobit

Hambatan/Analisa Masalah :

1. Masih banyak aspek-aspek tata kelola yang belum bisa ditangani secara maksimal karena keterbatasan kompetensi dan tenaga yang memahami Cobit
2. Masih ada unit yang belum terfasilitasi oleh aplikasi karena proses pengembangan yang bertahap menyesuaikan skala prioritas dan keterbatasan sumber daya yang ada.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

1. Meningkatkan pemahaman dan kompetensi SDM SIRS terkait tatakelola teknologi informasi sesuai standar yang dipersyaratkan
2. Memperbaiki layanan dan dokumentasi sesuai dengan standar yang dipersyaratkan

12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

Tabel 3.23. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
25	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	95	95,2	95,2	95,2	-	
26	jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	%	5	5	5	5	-	

a. KPI 25. % staf yang kinerja unggul (B dan BS)

Kualitas kinerja karyawan sangat mempengaruhi kinerja RS secara keseluruhan. Maka sesuai sasarannya untuk mewujudkan staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul perlu pemantauan, indikator dipilih untuk menghitung prosentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).

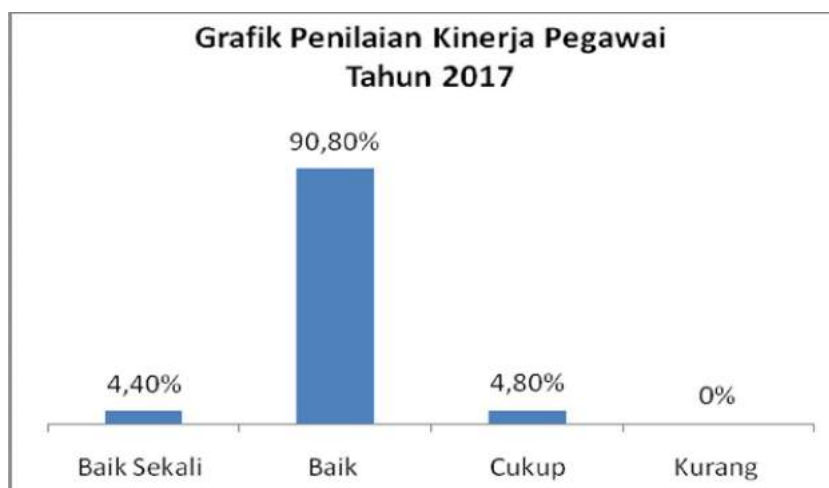
Capaian :

1. Pada tahun 2017 tercapai prosentase Karyawan / Staf yang memiliki kinerja unggul (Nilai B dan BS) sebesar 95,2%, angka mencapai target yang ditetapkan sebesar 95%, secara rinci dapat dilihat pada table dibawah. Capaian juga telah sesuai dengan target akhir Renstra (RSB) tahun 2019 dimana ditetapkan target yang sama sebesar 95%, nilai capaian diharapkan dapat secara konstan dipertahankan atau ditingkatkan.

Tabel 3.24. Capaian nilai dan prosentase karyawan tahun 2017

Kriteria Penilaian	Rata-rata 2017 (dalam jumlah)	Rata-rata 2017 (dalam %)
Baik Sekali	70	4,4%
Baik	1429	90,8%
Cukup	75	4,8%
Kurang	1	0%

Gambar 3.10. Prosentase hasil penilaian karyawan tahun 2017





Tabel 3.25. Capaian prosentase karyawan tahun 2016:2017

Kriteria Penilaian	2016	2017
Baik Sekali	6,50 %	4,40 %
Baik	88,70 %	90,80 %
Cukup	4,60 %	4,80 %
Kurang	0,20 %	0 %

Kendala :

Belum semua penilaian kinerja staf bersifat kuantitatif.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Memperbaiki sistem penilaian kinerja khususnya penilaian yang bersifat kualitatif menjadi kuantitatif sehingga lebih memudahkan dalam pengukuran.

b. KPI 26. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN

Salah satu indikator yang dapat diukur dalam sasaran strategis untuk terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian adalah melalui Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN mengingat pentingnya peningkatan kompetensi untuk peningkatan kualitas pelayanan baik administrasi maupun pelayanan medik.

Capaian

Tahun 2017 terealisasi 5 orang staf SMF yang mengikuti pelatihan di LN (luar negeri), dari realisasi ini maka target yang ditetapkan pada tahun 2017 dapat terpenuhi,

Capaian yang secara konstan terpenuhi dari tahun-tahun sebelumnya diharapkan dapat terus dipertahankan hingga akhir periode RSB (2019), dimana pada tahun tersebut ditetapkan target yang sama sebanyak 5 orang staf SMF yang mengikuti pelatihan di luar negeri.

Tabel 3.26. Daftar staf SMF yang mengikuti pelatihan di Luar Negeri

NO	NAMA SMF	PROGRAM	DURASI PELATIHAN
1.	dr. Ellen	Pelatihan CT Cardiac dan MRI Cardiac, University Hospital Frankfurt, Jerman	1 Feb – 31 Juli



2.	Jeany Tirsa Maspaitella	Enovenous Laser / Ablation Theraphy dan 21th European Vascular Course, Tielt, Belgia	1 – 31 Maret
3.	Dr. Suci Indriani, Sp.JP	Enovenous Laser / Ablation Theraphy dan 21th European Vascular Course, Tielt, Belgia	1 – 31 Maret
4.	Dr. Yovi Kurniawati, SpJP	Fellow Teknik Intervensi Non Bedah, Taiwan	1 Jan – 31 Mei
5.	Dr. Liza Fitria, SpA	Fellowship PICU, The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia	1 Agustus – 31 Des

Kendala

-

Upaya Tindak Lanjut :

Melanjutkan program training dan meningkatkan pendekatan ke institusi-institusi pelatihan medis di LN (luar negeri).

13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

Tabel 3.27. Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
27	Skor GCG Corporate	%	85	76,79	95,44	87,70		

KPI 27. Skor GCG Corporate

GCG (Good Corporate Governance) merupakan system / prinsip yang mendasari suatu proses dan mekanisme pengelolaan organisasi rumah sakit sesuai peraturan, Pengukuran skor GCG dipilih sebagai indikator untuk mengukur keberhasilan penerapan GCG di RSJPD Harapan Kita.

Pengukuran dilaksanakan melalui metoda kuantitatif, meliputi :

1. Penerapan, diukur/dibuktikan dengan keterangan Sudah/Belum.
2. Bukti Dokumen, diukur/dibuktikan dengan keterangan Ada/Tidak.
3. Produk, diukur/dibuktikan dengan keterangan Ada/Tidak.



Capaian

Implementasi GCG (Good Corporate Governance) sebagaimana diamanahkan oleh UU-RS No.44/Tahun 2009 mewajibkan setiap Rumah Sakit untuk melaksanakannya.. Penilaian penerapan menggunakan Kriteria Penilaian Penerapan GCG (Good Corporate Governance) Rumah Sakit yang berlaku.

Nilai penerapan GCG (Good Corporate Governance) di RSJPD Harapan Kita tahun 2017 terealisasi sebesar 87,70. Nilai mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 85%, namun menurun dari tahun 2016, dimana capaian pada tahun 2016 sebesar 95,44.

Hasil penilaian penerapan GCG pada tahun 2017 belum sesuai bila dibandingkan dengan target akhir pada periode Renstra (RSB) tahun 2019 sebesar 95%. Komitmen yang kuat dari semua lini dan unsur untuk menjadikan RSJPD Harapan Kita sebagai Good Corporate Governance diharapkan dapat meningkatkan skor pengukuran pada akhir periode tersebut.

Hasil pemetaan/penilaian penerapan GCG (Good Corporate Governance) diukur secara kuantitas berdasarkan keberadaan dokumen kebijakan, SOP, laporan-laporan manajemen dan professional judgement. Secara rinci hasil pengukuran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.28. Hasil pengukuran Score GCG RSJPDHK tahun 2017

No	Aspek Penilaian	Jumlah Parameter	Skor Maksimal	Capaian	Persentase Capaian
I	Hak dan Tanggung Jawab Pemilik	24	24	23,33	97,21
II	Kebijakan GCG	10	10	8,75	87,50
III	Penerapan GCG :				
	1. Dewan Pengawas	37	37	31,00	83,78
	2. Direksi	40	40	36,40	91,00
	3. Komite Medik	10	10	9,50	95,00
	4. Satuan Pemeriksaan Intern	10	10	9,32	93,30
	5. Sekretaris Corporate (Kabag. Umum)	6	6	4,00	66,67
IV	Pengungkapan Informasi (disclosure)	5	5	4,00	80,00
V	Komitmen	10	10	7,00	70,00
	Jumlah	152	152	133,30	87,70
	Nilai dikonversikan ke jumlah 100%				87,70

Berdasarkan hasil penilaian, secara keseluruhan penerapan GCG sudah sesuai dengan konsep penerapan GCG pada umumnya. Pemenuhan penilaian penerapan disebabkan karena adanya perbaikan dokumentasi, kebijakan dan perangkat manajemen, khususnya yang berkaitan dengan terpenuhinya persyaratan standar Akreditasi Nasional (KARS) maupun Akreditasi Internasional (JCI) serta terpenuhinya ketentuan yang berlaku dalam akuntabilitas BLU-RSJD Harapan Kita.

Rekomendasi / Upaya Perbaikan

§ Meskipun secara umum penerapan GCG di RSJD Harapan Kita sudah sesuai dengan konsep penerapan GCG pada umumnya, namun masih ada yang perlu diperbaiki terkait dengan kebijakan Badan Layanan Umum sebagai Instansi Pemerintah yang dikelola secara korporasi, dimana penilaian terhadap Sekretaris Korporat tidak dapat diterapkan pada organisasi Badan Layanan Umum RSJPDHK sebagaimana SOTK RSJPDHK yang berlaku saat ini

14. Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif

Tabel 3.29. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
28	Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)	%	72	67	78	75		

KPI 28. Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)

RSJPDHK memberikan pelayanan, pendidikan, dan riset di bidang kardiovaskular melibatkan multi disiplin sehingga dibutuhkan team work yang efektif, yang dibangun melalui budaya kerja yang tinggi.

Capaian

Pada tahun 2017 angka Indeks Budaya Kinerja terukur sebesar 75%, Angka telah memenuhi target dari yang ditetapkan sebesar 72%, namun menurun dari tahun 2016 dimana tercapai hasil pengukuran sebesar 78%. Angka juga telah memenuhi target 75% yang ditetapkan pada tahun 2019 sebagai akhir dari periode Renstra (RSB) 2014-2019.

Hasil pengukuran merupakan rata-rata dari beberapa elemen yang diukur yaitu: Profesional, jaminan kualitas, inovatif, harmoni dan kerja sama.

Rekomendasi

Memberikan perhatian bagi dimensi Profesional untuk budaya kerja/organisasi yang nilainya masih rendah, diantaranya pada pernyataan:

1. Manajer di RS ini mempraktekan apa yang mereka perintahkan
2. Informasi tersampaikan secara luas di RS ini.

Strategi : Memberikan muatan budaya kerja pada setiap pelatihan dan sosialisasi.

15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar

Tabel 3.30. Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
29	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar		2	2	2	0	x	

KPI 29. Jumlah KSO yang di atas 1 milyar

Capaian

Tahun 2017 tidak terdapat perjanjian kerjasama (KSO) dengan pihak luar dalam pengelolaan pelayanan yang nilai kerjasamanya diatas 1 milyar.

Target yang sama sejumlah 2 KSO juga ditetapkan pada tahun 2019 sebagai periode akhir Renstra (RSB), guna mencapai target tersebut maka terdapat rekomendasi yang tertuang pada ulasan dibawah.

Kendala

Adanya proses pengembangan RS (master plan), sehingga menyebabkan keterbatasan ruang untuk pengoperasian alat-alat yang dihasilkan/ digunakan dalam bentuk kerjasama (KSO).

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

Melakukan usulan perubahan definisi operasional dan target untuk KPI Jumlah KSO diatas 1 Milyar yang semula “jumlah KSO baru yang terealisasi dalam 1 tahun, dengan target 2 KSO baru dalam 1 tahun” menjadi jumlah Pendapatan KSO diatas 1 Milyar dalam 1 tahun, dengan target 100% (untuk pencapaian 1 Milyar rupiah dalam 1 tahun)”

16. Terwujudnya pertumbuhan revenue

Tabel 3.31. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya pertumbuhan revenue

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
30	Tingkat pertumbuhan revenue	%	3	9	3	3,75		

KPI 30. Tingkat pertumbuhan revenue

Indikator dipilih untuk menunjukkan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kewajibannya. Berdasarkan definisinya pertumbuhan revenue yang dimaksud adalah kenaikan pendapatan dari manfaat ekonomi yang timbul berdasarkan aktivitas BLU rumah sakit selama 1 (satu) periode.

Capaian

Pertumbuhan revenue dari tahun 2016 ke tahun 2017 tercapai sebesar 3,75%, angka tersebut mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 3 % di tahun 2017. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 3.32.

Angka pertumbuhan revenue diharapkan dapat meningkat pada tahun-tahun selanjutnya, karena pada tahun 2019 sebagai akhir periode Renstra (RSB) 2014-2019 telah ditetapkan target sebesar 5% yang tentunya dengan kondisi capaian saat ini (2017) belum terpenuhi.

Tabel 3.32. Pertumbuhan revenue 2016-2017

NO.	U R A I A N	TA 2016 (Rp)	TA 2017 (Rp)	NAIK / TURUN (%)
1	Pendapatan Jasa Layanan Kesehatan	710.638.706.512	741.098.231.191	4,29
2	Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha	7.856.027.835	4.826.021.277	- 38,57
3	Pendapatan Jasa layanan Perbankan BLU	22.959.609.491	21.998.715.326	- 4,19
4	Pendapatan denda keterlambatan penyelesaian pekerjaan pemerintahan	289.040.146	575.092.567	98,97
5	Pendapatan pemindahtanganan BMN	122.700.000	108.999.999	- 11,17
6	Penerimaan kembali belanja pegawai tahun anggaran yang lalu	-	79.042.800	0,00
7	Penerimaan kembali Belanja Barang tahun anggaran yang lalu	-	991.578.739	0,00
	Total Penerimaan	741.866.083.984	767.922.967.794	3,75



17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis

Tabel 3.33. Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2017	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2017
				2015	2016	2017		
31	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	90	91,55	81,91	82,60		x

KPI 31. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional

Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama, 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, barang dll, Sumber dananya berasal dari penerimaan APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU,

Rasio ini mengukur kemampuan pendapatan PNBPN dalam menutup biaya operasional, semakin tinggi nilai rasio ini maka semakin baik kemampuan perusahaan dalam menjalankan bisnisnya,

Capaian :

Perhitungan POBO berdasarkan laporan keuangan unaudited tahun 2017 adalah 82,60%, angka tersebut belum mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 90% pada tahun 2017.

Hasil Perhitungan POBO tahun 2017

$$\begin{aligned} \text{POBO} &= \frac{\text{Pendapatan BLU}}{\text{By Operasional-By Penyusutan}} \times 100\% \\ &= \frac{665.257.262.268}{805.377.237.871} \times 100\% \\ &= 82,60\% \end{aligned}$$



Capaian juga belum sesuai dengan target yang ditetapkan pada akhir periode Renstra (RSB) tahun 2019, dimana ditetapkan target yang sama sebesar 90% untuk akhir periode tersebut. Namun angka POBO yang dihasilkan pada tahun 2017 telah melebihi dari angka /skor rasio maksimal yang ditetapkan secara nasional dalam Perdirjen Perbendaharaan nomor 36 tahun 2016 sebagai elemen indikator pengukur tingkat kesehatan BLU, dimana skor maksimal dapat dihasilkan jika mendapat nilai/rasio >65%.

Kajian :

Tidak tercapainya target pada indikator ini disebabkan terdapatnya layanan pada tahun 2017 yang masih menunggu hasil verifikasi dari BPJS (umpan balik).

Kendala :

1. RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita belum melaksanakan VEDIKA (Verifikasi Digital Klaim) yang diharapkan sangat membantu RS dalam proses klaim tagihan.
2. Alur / proses dari mulai pemberkasan sampai dengan verifikasi klaim belum optimal (belum didukung sistem informasi sepenuhnya).
3. Masih terdapatnya ketidaksepakatan pengkodean komorbid dan komplikasi (diagnosis skunder).
4. Input tagihan obat (farmasi) masih belum tersistematis (manual).
5. Belum optimalnya proses pembayaran dari BPJS terhadap RS (dilakukan secara bertahap).

Upaya Perbaikan / Rekomendasi :

Berupaya mempercepat proses klaim, salah satunya melalui pelaksanaan aplikasi V-Claim yang akan dilaksanakan pada tahun 2018.

Berkoordinasi dengan tim sistem informasi rumah sakit dalam pelaksanaan aplikasi V-Klaim.



Capaian Kinerja Secara Keseluruhan

Capaian Kinerja RSJPD Harapan Kita pada tahun 2017, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.34. Capaian Kinerja tahun 2017 secara keseluruhan

NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2017	REALISASI TAHUN 2017
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	Nilai	85	86,65
		2	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	75,00
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	81	83,67
		4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	85	82,03
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	90	97,50
		6	% kasus sulit yang berhasil	%	93	92,40
3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan	Jumlah	1	1
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif	Jumlah	1	1
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan	Jumlah	1	0
		10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester)	%	67,5	32,54
		11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	88	99
		12	% komplek yang ditangani dengan baik	%	95	97,8
		13	Jumlah peserta fellowship dari LN	Jumlah	1	1
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	14	Jumlah publikasi internasional	Jumlah	9	10
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	15	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru	Jumlah	1	1
		16	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	10	36



7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	17	% rujukan yang tepat	%	65	83
		18	% pasien rujuk balik	%	27	30,00
		19	Jumlah PJT binaan mandiri	Jumlah	1	1
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	20	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	90	91,26
		21	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	22	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK	%	90	91,00
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	23	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV setara PJK	Jumlah	1	1
11	Terwujudnya integrasi HIS	24	Tingkat maturitas IT korporasi	Jumlah	2,3	2,02
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	25	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	95	95,20
		26	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (min. 3 bulan)	Jumlah	5	5
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	27	Skor GCG Corporate	Jumlah	85	87,70
14	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif	28	Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)	%	72	75,00
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	29	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar	Jumlah	2	0
16	Terwujudnya pertumbuhan revenue	30	Tingkat pertumbuhan revenue	%	3	3,75
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	31	Tercapainya persentase rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	90	82,60

Berdasarkan tabel diatas, dari 31 indikator kinerja yang diterapkan di RSJPD Harapan Kita pada tahun 2017, maka sebanyak 23 indikator dapat mencapai/ melampaui target yang ditetapkan, sementara 8 indikator belum mencapai target. Dari data tersebut bila diprosentasekan maka capaiannya sebesar 74%.

**B. Realisasi Anggaran**

Pagu Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2017 sebesar Rp.1.033.213.383.000,- terealisasi sebesar Rp. 919.535.840.132,- atau dengan tingkat capaian serapan 89%. Anggaran RSJPDHK terdiri dari dua sumber yaitu : Anggaran APBN dan Anggaran BLU.

Tabel 3.35. Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2017

No.	Uraian	Pagu RBA 2017	Realisasi 2017	% Real
	PAGU BELANJA BLU RSJPDHK (DIPA APBN + BLU)	1.033.213.383.000,00	919.535.840.132,09	89,0%
A	Belanja Negara (Dipa APBN)	132.745.903.000,00	127.781.081.969,00	96,3%
1	Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	85.945.663.000,00	82.158.747.935,00	95,5%
2	Belanja Barang (Dipa APBN)	42.726.326.000,00	42.075.736.212,00	98,5%
3	Belanja Modal (Dipa APBN)	4.073.914.000,00	3.607.385.845,00	88,5%
B	Belanja Barang BLU (Bel. Opers + Modal)	900.467.480.000,00	791.693.970.140,09	87,9%
1	Belanja Gaji dan Tunjangan	323.736.552.000,00	312.041.361.117,46	96,4%
2	Belanja Barang	343.844.828.000,00	323.130.024.187,00	94,0%
3	Belanja Operasional Perkantoran	12.764.911.000,00	7.788.704.378,63	61,0%
4	Belanja Jasa	45.922.688.000,00	31.064.953.692,00	67,6%
5	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	2.800.000.000,00	1.400.170.716,00	50,0%
6	Belanja Pemeliharaan	44.035.956.000,00	28.381.785.267,00	64,5%
7	Belanja Perjalanan	3.500.000.000,00	1.652.186.032,00	47,2%
8	Belanja Modal BLU	123.857.545.000,00	86.234.784.750,00	69,6%

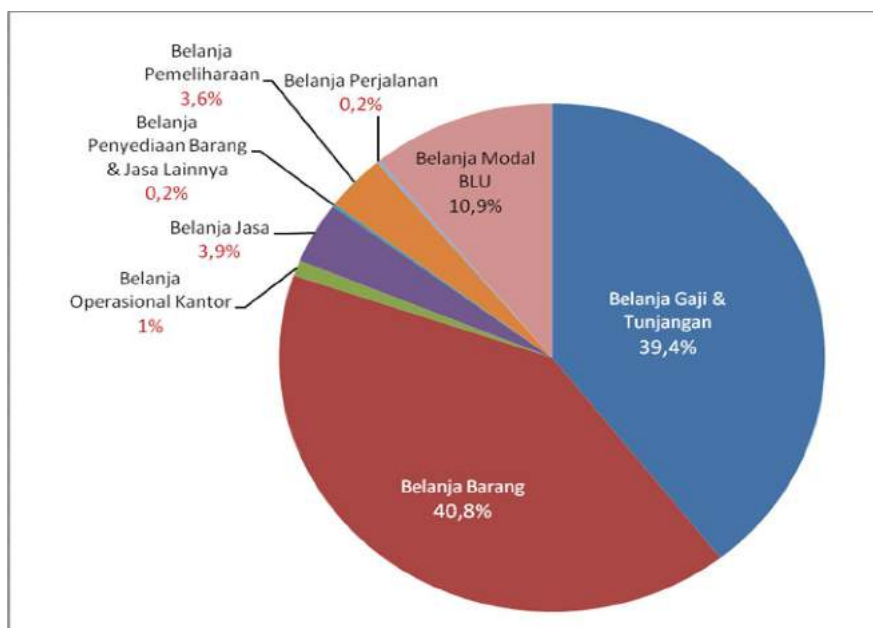
Realisasi APBN sebesar Rp.127.781.081.969,- terserap untuk penggunaan : Belanja pegawai, belanja barang/bahan dan belanja modal dengan komposisi seperti gambar berikut :

Gambar 3.11. Prosentase Penyerapan Anggaran APBN tahun 2017



Realisasi BLU sebesar Rp.791.693.970.140,- terserap untuk penggunaan : Belanja pegawai, belanja barang/bahan, belanja jasa, belanja pemeliharaan, belanja perjalanan dinas, belanja modal dan belanja lainnya. Secara komposisi pemanfaatan anggaran BLU RSJPDHK tahun 2017 dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 3.12. Prosentase Penyerapan Anggaran BLU tahun 2017





Analisa Penyerapan Anggaran

Realisasi anggaran yang disampaikan pada LAKIP 2017 belum menyampaikan informasi berdasarkan program / sasaran maupun indikator, karena model penganggaran di RSJPD Harapan Kita disusun berdasarkan pada kode mata anggaran, seperti mata anggaran belanja modal, belanja barang, belanja pegawai, belanja operasional, jasa dan lain-lain.

Pada pelaksanaannya, setiap komponen mata anggaran berkontribusi / terserap untuk masing-masing program, sasaran maupun indikator yang ditetapkan, sehingga menjadi kendala tersendiri ketika penyampaian informasi realisasi anggaran harus disusun berdasarkan pada program, sasaran maupun indikatornya.

Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Sepanjang tahun 2017, telah dilaksanakan berbagai upaya efisiensi dengan tetap mempertahankan kinerja, baik mutu maupun keselamatan pasien.

Adapun kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai upaya efisiensi adalah sebagai berikut :

- Penulisan resep dengan menggunakan resep elektronik. Hal ini memberikan dampak terhadap: Kelengkapan/telaah resep lebih optimal, mengurangi medication error, hemat kertas, hemat tenaga dan waktu.
- Pengurangan jumlah kertas yang digunakan dengan menggunakan e-MR (Elektronic Medical Record). Upaya pengembangan system dilaksanakan melalui kerjasama dengan Bidang Pelayanan Medik dan Instalasi SIRS serta sosialisasi terhadap Staf Medik Fungsional dan Peserta Program Dokter Spesialis (PPDS).
- Penggunaan aplikasi system asset manajemen (SAMRS) yang dinilai dapat menghemat satu tenaga administrasi dan penggunaan kertas (work order).
- Mematikan satu lift pasien dan satu lift pengunjung pada saat libur dan setelah jam berkunjung, mengganti lampu Tube Lamp (TL) menjadi Light Emitting Diode (LED) secara bertahap, himbauan untuk mencabut peralatan listrik dari sumber listrik (mematikan computer, dispenser dan lampu jika tidak digunakan, pemasangan stiker hemat energy).
- Pengelolaan kegiatan proses dekontaminasi yang meliputi pembersihan, pengemasan dan sterilisasi alat kesehatan single-use yang dilakukan re-use.



Alat yang di re-use rata-rata perbulan 1450 item dengan kisaran harga satu alat Rp. 200.000.- sampai Rp.30.000.000.-.

- Efisiensi penggunaan darah pasien operasi. Dampak: Mengurangi sisa darah yang dibuang, darah yang sudah dipesan namun tidak digunakan, maka akan digunakan untuk pasien sesuai SOP. Harga satu kantung darah sebesar Rp.485.000.-
- Pemeriksaan kesehatan terhadap Petugas Paparan Radiasi (PPR) sebanyak 145 orang dengan biaya per orangnya sebesar Rp.395.000,- sehingga total biaya yang dikeluarkan adalah Rp.57.275.000,-. Sedangkan jika diperiksa oleh pihak ketiga maka dibutuhkan biaya keseluruhan sebesar Rp 507.500.000.- dengan tariff per orangnya sebesar Rp.3.500.000.-. Dari data tersebut diatas maka terdapat efisiensi/penghematan sebesar Rp.450.225.000.-



BAB IV KESIMPULAN

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan selama tahun 2017 mengacu kepada Tugas Pokok & Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan dalam Rencana Strategis.

Pencapaian Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2017 dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program Pembinaan Upaya Kesehatan sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian/Subbagian.

Secara umum kinerja pelaksanaan kegiatan yang mendukung program-program yang ada telah mencapai atau mendekati pencapaian sesuai target yang direncanakan, terindikasi dari ukuran sesaran kinerja dan indikatornya, adapun permasalahan-permasalahan yang dihadapi antara lain diakibatkan keterlambatan dalam proses pencairan dan pertanggung jawaban keuangan sehingga upaya optimalisasi penyerapan anggaran terkendala oleh alokasi waktu dan sumber daya manusia yang ada, kebijakan atau SOP yang perlu dipertegas terkait

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya didukung oleh Anggaran DIPA APBN dan DIPA BLU, sebesar Rp.1.033.213.383.000,- dengan rincian sebagai berikut :

1. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA APBN dengan pagu anggaran sejumlah Rp 132.745.903.000,-, penyerapan terealisasi 96,3% sebesar Rp. 127.781.081.969,-.
2. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA BLU dengan pagu anggaran sejumlah Rp 900.467.480.000,-, penyerapan terealisasi 87,9% sebesar Rp. 791.693.970.140,-.



Secara umum upaya pencapaian sasaran strategis RSJPD Harapan Kita tahun 2016 tidak mengalami hambatan yang berarti, namun demikian untuk menjaga kinerja dan bahkan peningkatan kinerja di masa mendatang perlu kiranya beberapa saran sebagai berikut :

1. Peningkatan Koordinasi perlu ditingkatkan baik di tingkat pimpinan maupun antara pimpinan dengan pelaksana program dan kegiatan. Hal ini penting untuk menjaga kualitas dari hasil program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh RSJPD Harapan Kita.
2. Peningkatan Kompetensi Pelaksana. Pelaksana program dan kegiatan adalah tulang punggung dari keberhasilan pencapaian sasaran kinerja pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan, penelitian, pendidikan maupun pelatihan.
3. Penciptaan Iklim yang Lebih Kondusif. Iklim kerja merupakan salah satu faktor dominan penentu kinerja organisasi. Dalam kaitan ini pimpinan perlu menciptakan iklim dan budaya kerja yang sehat dalam lingkungan kerja.
4. Perlu dibuat atau penyempurnaan kebijakan-kebijakan/SOP yang berkaitan dengan indikator kinerja.

Demikian uraian Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2017 yang disusun sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita

Direksi

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017

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

Nama : Dr. dr. Hananto Andriantoro, SpJP(K), MARS, FICA
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita
selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), 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 dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 6 Januari 2017



dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
NIP 196108201988121001



Dr. dr. Hananto Andriantoro, SpJP(K), MARS, FICA
NIP 195711041986101001

PERJANJIAN KINERJA

Unit Organisasi : Rumah Sakit Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita

Tahun : 2017

No. (1)	Sasaran Kegiatan (2)	Indikator Kinerja (3)	Target (4)
1.	Terwujudnya kepuasan stakeholders.	1. Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU) 2. Tingkat kepuasan karyawan. 3. Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI). 4. Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85 80% 81% 85%
2.	Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.	5. Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan. 6. Persentase kasus sulit yang berhasil.	90% 93%
3.	Terwujudnya peran strategis PJN.	7. Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan. 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1 1
4.	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekseen dalam RS pendidikan.	9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan. 10. Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester). 11. Persentase capaian indikator medik kardiovaskular. 12. Persentase komplean yang ditangani dengan baik. 13. Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari luar negeri.	1 67,50% 88% 95% 1
5.	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	14. Jumlah publikasi internasional.	9
6.	Terwujudnya layanan unggulan PJN.	15. Jumlah jenis layanan unggulan yang baru. 16. Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	1 10%
7.	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	17. Persentase rujukan yang tepat. 18. Persentase pasien rujuk balik. 19. Jumlah PJT binaan mandiri.	65% 27% 1
8.	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	20. Persentase kasus dengan <i>door to balloon time</i> < 90 mnt. 21. Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	90% 100%
9.	Terwujudnya sarana dan fasilitas (sarfas) yang bermutu dan aman dengan sistem manajemen yang baik.	22. Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Master Plan</i> bangunan tahun 2016-2019.	90%
10.	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	23. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1
11.	Terwujudnya integrasi HIS.	24. Tingkat maturitas IT korporasi.	2.3
12.	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	25. Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS). 26. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di luar negeri (mendapat sertifikat kompeten).	95% 5
13.	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	27. Skor GCG Corporate.	85%

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif.	28. Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).	72%
15.	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	29. Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.	2
16.	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i> .	30. Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	3%
17.	Terwujudnya efisiensi anggaran.	31. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	90%

Kegiatan

- Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan. Rp. 883.425.777.000,-



dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
NIP 196108201988121001

Jakarta, 6 Januari 2017



Dr. dr. Hananto Andriantoro, SpJP(K), MARS, FICA
NIP 195711041986101001



**INDIKATOR TINGKAT KESEHATAN BLU
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
TAHUN 2017**

INDIKATOR TINGKAT KESEHATAN BLU TAHUN 2017

AREA KLINIS

NO	KATEGORI INDIKATOR	INDIKATOR	Skor / Nilai Maksimal RS Dik	HP (Hasil Perhitungan)	NILAI
1	Kepatuhan Standar terhadap pelayanan	Kepatuhan terhadap clinical pathway	3	Ada 5 CP dievaluasi	3
2		Presentase Kejadian pasien jatuh	2	0,06%	2
3		Penerapan keselamatan operasi	2	99,35%	1,5
4		Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	2	98,03%	2
5	Pengendalian Infeksi di RS	Dekubitus	3	0,25	3
6		Infeksi saluran Kencing (ISK)	2	0,06	2
7		Infeksi Daerah Operasi (IDO)	2	1,08	2
8		Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	2	0,86	2
9	Capaian Indikator Medik	Nett Death Rate (NDR)	3	33,72	2
10		Kematian pasien di IGD	2	0,7%	2
11		Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)	2	85,26%	2
12		Waktu Laporan Hasil Test Kritis Radiologi	2	98,69%	2
13		Waktu Laporan Hasil Test Kritis Laboratorium	2	99,90%	2
14		Angka Mortalitas Pasien Infark Miocard Acut	2	8,75%	1,5
15		Angka Mortalitas Pasien Bedah Pintas Koroner Elektif	2	2,25%	2
16		Konseling Bahaya Merokok pada pasien Infark Miocard	2	85,26%	2
Total Nilai :					33

Jakarta, Januari 2017
Direktur Utama



Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K)., MARS., FACC., FESC.
NIP. 196601011996031001

INDIKATOR TINGKAT KESEHATAN BLU TAHUN 2017

AREA MANAJERIAL

NO	KATEGORI INDIKATOR	INDIKATOR	Skor / Nilai Maksimal RS Dik	HP (Hasil Perhitungan)	NILAI
17	Utilisasi	AvLos (hari)	2	5,87	2,00
18	Kepuasan Pelanggan	Kepuasan Pelanggan (KP)	2	82,03	1,50
19		Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	2	97,67	2,00
20	Ketepatan Waktu Pelayanan	Rerata Door To Balloon Time	3	59:55	3,00
21		Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	2	0:37:43	2,00
22		Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	2	20:28:00	2,00
23		Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	2	1:22:12	2,00
24		Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	2	1:23:19	2,00
25		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	2	0:10:33	2,00
26		Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 24 Jam (PRM)	3	99,60%	3,00
27	SDM	% Staf Di Area Kritis yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun	3	97,05%	3,00
28	Sarana Prasarana	% Tingkat Keandalan Sarpras	2	91%	2,00
29		Tingkat Penilaian Proper	2	kategori biru	2,00
30	IT	Level IT Terintegrasi	2	siluet 2	0,80
31	Pendidikan (*Khusus RS Pendidikan)	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	2	10	2,00
32		Rasio Dosen dengan mahasiswa kedokteran	2	1:2,4	2,00
Total Nilai :					33,30

Jakarta, Januari 2017
Direktur Utama



Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), MARS., FACC., FESC.
NIP. 196601011996031001

INDIKATOR TINGKAT KESEHATAN BLU TAHUN 2017

AREA KEUANGAN

NO	KATEGORI INDIKATOR	INDIKATOR	Skor / Nilai Maksimal RS Dik	HP (Hasil Perhitungan)	NILAI
33	Rasio Keuangan	Rasio Kas	2	663,56%	0,25
34		Rasio Lancar	2,5	836,01%	2,5
35		Periode Penagihan Piutang	2	29,07	2
36		Perputaran Aset Tetap	2	59,21%	2
37		Imbalan Atas Aset Tetap	2	-0,01%	0
38		Imbalan Ekuitas	2	-0,01%	0
39		Perputaran Persediaan	2	23,93	2
40		Rasio Pendapatan PNBK terhadap Biaya Operasional	2,5	82,60%	2,5
41		Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	0,10%	0
42		Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	jadwal = "ya" kelengkapan = "ya"
43	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan		2	-	0,1
44	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU		2	disampaikan sesuai jadwal dan saldo kas sesuai	2
45	Tarif Layanan		1	telah ditetapkan	1
46	Sistem Akuntansi		1	ak.keuangan "ya", ak.biaya "ya", ak.aset tetap "ya"	1
47	Persetujuan Rekening		0,5	ya	0,5
48	SOP Pengelolaan Kas		0,5	ya	0,5
49	SOP Pengelolaan Piutang		0,5	ya	0,5
50	SOP Pengelolaan Utang		0,5	ya	0,5
51	SOP Pengadaan Barang dan Jasa		0,5	ya	0,5
52	SOP Pengelolaan Barang Inventaris		0,5	ya	0,5
Total Nilai :					20,35

Jakarta, Januari 2017
Direktur Utama



Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), MARS., FACC., FESC.
NIP. 196601011996031001

INDIKATOR TINGKAT KESEHATAN BLU TAHUN 2017

RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

NILAI TOTAL

	KINERJA RSJPDHK	NILAI	BOBOT / NILAI MAKSIMAL
1	AREA KLINIS	33,00	35
2	AREA MANAJEMEN	33,30	35
3	AREA KEUANGAN	20,35	30
	TOTAL NILAI	86,65	100
	KATEGORI	AA	

KETERANGAN

SEHAT	INTERVAL NILAI
A	65 S/D 80
AA	80 S/D 95
AAA	> 95

Jakarta, Januari 2017
Direktur Utama



Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), MARS., FACC., FESC.
NIP. 196601011996031001

KATA PENGANTAR

IKHTISAR EKSEKUTUIF

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

BAB I

PENDAHULUAN

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

BAB IV KESIMPULAN

LAMPIRAN