



LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH



2023

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



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesainya penyusunan Buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) Tahun Anggaran 2023, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan pengelolaan sumber daya di lingkungan RSJPDHK.

LAKIP RSJPDHK Tahun Anggaran 2023 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 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 reuvisi atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 88 Tahun 2021 tentang pedoman evaluasi atas implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

LAKIP RSJPDHK tahun 2023 berisi gambaran perkembangan/capaian pelaksanaan program dan kegiatan dari Perencanaan Kinerja Tahun Anggaran 2023. Adanya perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sebagai penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Kesehatan Nasional yang kemudian dirumuskan sebagai Transformasi Bidang Kesehatan, harus diterjemahkan sampai ke tingkat UPT (RS Vertikal) yang memiliki peran vital dalam pelaksanaan program tersebut. Sebagai penyesuaian terhadap perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan serta dukungan terlaksananya program Transformasi Kesehatan, maka RSJPDHK melaksanakan penyusunan RSB 2020-2024 (Revisi ke-2).

Kami sampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan laporan ini. Kami berharap dengan adanya masukan dan umpan balik akan memberi manfaat dalam proses perbaikan kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita di masa mendatang.

Akhir kata semoga buku LAKIP RSJPDHK tahun 2023 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 2024
Direktur Utama



Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), M.A.R.S.
NIP 196601011996031001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

Jalan Let. Jend. S. Parman Kav. 87 Slipi Jakarta 11420

Telpon 021.5684085-093, 5681111, Faksimile 5684230

Surat Elektronik: info@pjhk.go.id, Web: <http://www.pjhk.go.id>



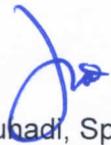
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LAKIP)
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
TAHUN 2023

JAKARTA, JANUARI 2024

Direktur Utama


Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), M.A.R.S.

Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan,


dr. Muhadi, Sp.PD-KKV

**Direktur Perencanaan dan Pengembangan
Strategi Pelayanan,**


Dr. drg. Maya Marinda Montain, M.Kes

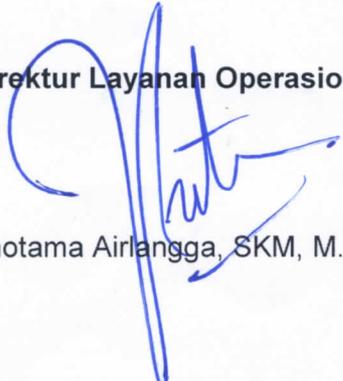
Direktur Keuangan dan BMN,


Tri Hartono Rianto, SE, M.Bus, Ak

Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian,


Dr. dr. Basuni Radi, Sp.JP(K).

Direktur Layanan Operasional,


Ghotama Airlangga, SKM, M.K.M

IKHTISAR EXECUTIVE

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) disusun dengan menyajikan hasil pengukuran pencapaian kinerja berdasarkan sasaran strategis dan program kegiatan.

Namun dengan adanya perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sebagai penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Kesehatan Nasional yang kemudian dirumuskan dalam Transformasi Bidang Kesehatan. Sebagai salah satu dari Unit Pelaksana Teknis (UPT) RS Vertikal RSJPDHK memiliki peran vital dalam pelaksanaan program Transformasi Kesehatan maka sebagai dukungannya RSJPDHK melaksanakan penyusunan revisi ke-2 terhadap Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJPDHK Tahun 2020-2024 (Revisi 2) dan mengusung visi: "Menjadi Pusat Kardiovaskuler Berkualitas Setara Asia" dengan misi: "Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian berkualitas serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia", serta menetapkan 5 (lima) tujuan, 17 (tujuh belas) sasaran strategis dan 32 (tiga puluh dua) sebagai indikator kinerja sesuai dengan Perjanjian Kinerja (PK) RSJPDHK tahun 2023.

RSJPDHK mempunyai tugas dan fungsinya sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Vertikal Kementerian Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Dalam rangka mewujudkan "Good Corporate Governance" maka RSJPDHK menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama tahun 2023 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA Rupiah Murni (RM), maupun dari DIPA BLU.

Laporan Akuntabilitas kinerja sebagai sarana penyampaian pertanggungjawaban kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita kepada Direktorat Jenderal Pelayanan 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 2023 tetapi juga memuat kendala atau kekurangan-kekurangan yang ada sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan RSB 2020-2024, pengukuran pencapaian kinerja rumah sakit secara keseluruhan telah tercapai sebesar 96,87 %, dari 32 (tiga puluh dua) indikator kinerja yang ditetapkan sebanyak 31 (tiga puluh satu) telah tercapai sedangkan 1 (satu) indikator tidak tercapai yaitu KPI 19 pertumbuhan jumlah pasien non JKN, Hal ini disebabkan adanya perubahan tarif RS sehingga terjadi penurunan pasien non JKN pada layanan rawat jalan umum, eksekutif, ODC dan MCU. Diharapkan pada tahun 2024 dapat mengusulkan perubahan target indikator dari pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN berdasarkan hasil evaluasi.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada tahun 2023 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan DIPA BLU. Total pagu anggaran pada tahun 2023 adalah sebesar Rp. 871.452.460.000. namun setelah tahun berjalan, melakukan Revisi DIPA sebesar Rp. 1.062.358.469 dengan realisasi tahun 2023 sebesar Rp1.024.207.907.790 (96,41%).

DAFTAR ISI

	Hal
KATA PENGANTAR	i
IKHTISAR EKSEKUTIF	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	1
C. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi RSJPDHK	2
D. Peran Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	6
E. Sistematika Penulisan	14
BAB II. PERENCANAAN KINERJA	
A. Rencana Strategis	17
B. Rencana Kerja Tahunan dan Pernyataan Kinerja	19
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Capaian Kinerja Organisasi	22
1. Tujuan : Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien	23
2. Tujuan : Mewujudkan pendidika, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas	87
3. Tujuan : Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampunan	97
4. Tujuan : Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan.....	110
5. Tujuan : Meningkatkan kemandirian BLU	131

DAFTAR ISI

	Hal
B. Capaian Indikator Kinerja Secara Keseluruhan	164
C. Sumber Daya dan Realisasi Anggaran	171
D. Sumber Daya Lainnya	174
E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana (SIMAK)	176
BAB IV. KESIMPULAN	177
LAMPIRAN	
1) Perjanjian Kinerja Tahun 2022	
2) Realisasi KPI Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022	
3) Penghargaan RSJPDHK	
4) Indikator Kinerja Tingkat Kesehatan BLU Tahun 2022	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1. 1	Transformasi Kesehatan Pilar 1, 2 dan 3..... 10
Tabel 2. 1	Perspektif dan Sasaran Strategis..... 18
Tabel 2. 2	Perjanjian Kinerja Tahun 2022 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita..... 19
Tabel 3. 1	KPI-1 Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan Tof dengan angka setara Asia..... 25
Tabel 3. 2	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan Tof dengan angka setara Asia..... 25
Tabel 3. 3	Efisiensi Sumber Daya Keberhasilan tindakan Bedah Jantung CABG dan Tof <i>Repair</i> setara Asia 27
Tabel 3. 4	KPI-2 Keberhasilan perawatan <i>Infark Miokard</i> akut dengan angka setara Asia..... 30
Tabel 3. 5	Proyeksi Capaian Target Keberhasilan perawatan <i>Infark Miokard</i> akut dengan angka setara Asia..... 31
Tabel 3. 6	Efisiensi Sumber Daya Keberhasilan Perawatan <i>Infark Miokard</i> akut... 32
Tabel 3. 7	KPI-3 Prosentase Pegawai/SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar..... 36
Tabel 3. 8	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah KPI-3 Prosentase Pegawai/SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar 36
Tabel 3. 9	Efisiensi Sumber Daya Prosentase Pegawai/SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar..... 37
Tabel 3. 10	KPI-4 Indeks Kepuasan Masyarakat 41
Tabel 3. 11	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Indeks Kepuasan Masyarakat..... 42

Tabel 3. 12	Efisiensi Sumber Daya Indeks Kepuasan Masyarakat.....	43
Tabel 3. 13	KPI-5 Tercapainya Indikator Nasional Mutu Sesuai target.....	46
Tabel 3. 14	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Tercapainya Indikator Nasional Mutu Sesuai target.....	46
Tabel 3. 15	Efisiensi Tercapainya Indikator Nasional Mutu Sesuai target.....	47
Tabel 3. 16	KPI -6 Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Kesehatan Pasien dengan target kejadian sentinel Nol.....	50
Tabel 3. 17	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Kesehatan Pasien dengan target kejadian sentinel Nol.....	50
Tabel 3. 18	Efisiensi Sumber Daya Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Kesehatan Pasien dengan target kejadian sentinel Nol.....	51
Tabel 3. 19	KPI-7 Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal.....	53
Tabel 3. 20	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal.....	54
Tabel 3. 21	Efisiensi Sumber Daya Presentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal.....	55
Tabel 3. 22	KPI-8 Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan.....	57
Tabel 3. 23	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan.....	58
Tabel 3. 24	Efisiensi Sumber Daya Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan.....	58
Tabel 3. 25	KPI-9 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf internasional....	61
Tabel 3. 26	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf internasional.....	61
Tabel 3. 27	Efisiensi Sumber Daya Layanan Unggulan bertaraf internasional.....	62
Tabel 3. 28	KPI-10 Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	65

Tabel 3. 29	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	65
Tabel 3. 30	Efisiensi Sumber Daya Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	66
Tabel 3. 31	KPI-11 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang.	70
Tabel 3. 32	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	70
Tabel 3. 33	Efisiensi Sumber Daya Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	71
Tabel 3. 34	KPI-12 Penundaan waktu operasi elektif.....	74
Tabel 3. 35	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Penundaan waktu operasi elektif.....	74
Tabel 3. 36	Efisiensi Sumber Daya Penundaan Waktu Operasi Elektif.....	75
Tabel 3. 37	KPI-13 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik.....	78
Tabel 3. 38	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik.....	79
Tabel 3. 39	Efisiensi Sumber Daya Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik.....	79
Tabel 3. 40	KPI-14 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap.....	81
Tabel 3. 41	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap.....	81
Tabel 3. 42	Efisiensi Sumber Daya Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap.....	82
Tabel 3. 43	KPI-15 Door To Ballon Time < 90 Menit Pada Kasus STEMI.....	85
Tabel 3. 44	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Door To Ballon Time < 90 Menit Pada Kasus STEMI.....	85
Tabel 3. 45	Efisiensi Sumber Daya Door to Ballon Time < 90 Menit pada kasus STEMI.....	86
Tabel 3. 46	KPI-16 Kepuasan Rumah Sakit Pengguna peserta didik pasca pelatihan.....	89

Tabel 3. 47	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Kepuasan Rumah Sakit Pengguna peserta didik pasca pelatihan.....	89
Tabel 3. 48	Efisiensi Sumber Daya Kepuasan Rumah Sakit Pengguna peserta didik pasca pelatihan.....	91
Tabel 3. 49	KPI-17 Jumlah Produk Inovasi Layanan.....	94
Tabel 3. 50	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Jumlah Produk Inovasi Layanan.....	95
Tabel 3. 51	Efisiensi Sumber Daya Jumlah Produk Inovasi Layanan.....	96
Tabel 3. 52	KPI-18 Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama.....	99
Tabel 3. 53	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah KPI-18 Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama.....	99
Tabel 3. 54	Efisiensi Sumber Daya Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama.....	100
Tabel 3. 55	KPI-19 Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN.....	103
Tabel 3. 56	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN.....	103
Tabel 3. 57	Efisiensi Sumber Daya Pertumbuhan Jumlah Kunjungan Pasien Non JKN.....	105
Tabel 3. 58	KPI-20 Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal.....	108
Tabel 3. 59	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal.....	108
Tabel 3. 60	Efisiensi Sumber Daya Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal.....	109
Tabel 3. 61	KPI-21 Prosentase Implementasi EMR.....	112
Tabel 3. 62	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Prosentase Implementasi EMR.....	113
Tabel 3. 63	Efisiensi Sumber Daya Prosentase Implementasi EMR.....	113
Tabel 3. 64	KPI-22 Digital Marturity Index (DMI).....	116

Tabel 3. 65	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Digital Marturity Index (DMI).....	116
Tabel 3. 66	Efisiensi Sumber Daya Digital Marturity Index (DMI).....	117
Tabel 3. 67	KPI-23 Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	119
Tabel 3. 68	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital.....	120
Tabel 3. 69	Efisiensi Sumber Daya Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital.....	120
Tabel 3. 70	KPI-24 Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	123
Tabel 3. 71	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	123
Tabel 3. 72	Efisiensi Sumber Daya persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	125
Tabel 3. 73	KPI-25 Skor GCG BLU.....	128
Tabel 3. 74	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Skor GCG BLU.....	129
Tabel 3. 75	Efisiensi Sumber Daya Skor GCG BLU.....	133
Tabel 3. 76	KPI-26 POBO (Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional	133
Tabel 3. 77	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah POBO	133
Tabel 3. 78	Efisiensi Sumber Daya POBO	134
Tabel 3. 79	KPI-27 Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU.....	137
Tabel 3. 80	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU.....	138
Tabel 3. 81	Efisiensi Sumber Daya Pertumbuhan Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	139
Tabel 3. 82	KPI-28 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah	

	tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.....	142
Tabel 3. 83	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.....	142
Tabel 3. 84	Efisiensi Sumber Daya Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.....	143
Tabel 3. 85	KPI-29 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	147
Tabel 3. 86	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	147
Tabel 3. 87	Efisiensi Sumber Daya Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU..	148
Tabel 3. 88	KPI-30 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni.....	152
Tabel 3. 89	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Realisasi Target Pendapatan Murni.....	153
Tabel 3. 90	Efisiensi Sumber Daya Persentase Realisasi Anggaran dari Sumber Rupiah Murni.....	154
Tabel 3. 91	KPI-31 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU.....	158
Tabel 3. 92	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU.....	158
Tabel 3. 93	Efisiensi Sumber Daya Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU.....	159
Tabel 3. 94	KPI-32 Persentase Nilai EBITDA margin.....	162
Tabel 3. 95	Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Nilai EBITDA margin.....	162
Tabel 3. 96	Efisiensi Sumber Daya Persentase Nilai EBITDA margin.....	164
Tabel 3. 97	Capaian Kinerja Tahun 2023 Secara Keseluruhan	165
Tabel 3. 98	Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK	172
Tabel 3. 99	Realisasi Anggaran RSJPDHK Tahun 2023.....	173

Tabel 3. 100	Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian	174
Tabel 3. 101	Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan	175
Tabel 3. 102	Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi	175
Tabel 3. 103	Laporan Posisi Barang Milik Negara di Neraca Posisi per tanggal 31 Desember 2023.....	176

DAFTAR GRAFIK

	Hal
Grafik 3. 1 Tren KPI-1 Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan TOF dengan Angka Setara Asia.....	26
Grafik 3. 2 Tren KPI-2 Keberhasilan Perawatan <i>Infark Miokard Akut</i> (IMA) dengan Angka Setara Asia.....	31
Grafik 3. 3 Capaian Prosentase Pegawai/SDM bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar.....	37
Grafik 3. 4 Indeks Kepuasan Masyarakat.....	42
Grafik 3. 5 Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal.....	54
Grafik 3. 6 Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	66
Grafik 3. 7 Waktu Pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	71
Grafik 3. 8 Penundaan waktu operasi elektif	74
Grafik 3. 9 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	78
Grafik 3. 10 Door to Ballon Time < 90 Menit pada kasus STEMI.....	86
Grafik 3. 11 Kepuasan Rumah Sakit Pengguna Peserta Diklat Pasca Pendidikan/ Pelatihan.....	91
Grafik 3. 12 Pertumbuhan Jumlah Kunjungan pasien Non JKN.....	104
Grafik 3. 13 Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.....	109
Grafik 3. 14 Digital Marturity Index (DMI)	117
Grafik 3. 15 Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal Sesuai Standar.....	124
Grafik 3. 16 Skor GCG BLU Tahun 2022-2023.....	129
Grafik 3. 17 Nilai POBO Tahun 2020-2023	134
Grafik 3. 18 Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Asset.....	138
Grafik 3. 19 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	143
Grafik 3. 20 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	147
Grafik 3. 21 Persentase Realisasi Target Pendapatan Murni.....	153

Grafik 3. 22	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU.....	159
Grafik 3. 23	Persentase Nilai EBITDA Margin	163

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1. 1 Struktur Organisasi RSJPDHK.....	4
Gambar 1. 2 Arah pengembangan Rumah Sakit	11
Gambar 1. 3 Fase Perkembangan Rumah Sakit 2020-2024	12

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.

RSJPDHK 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 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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 2023 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSJPDHK sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2023 sebagai tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 Revisi-2 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 2023 yang wajib dipertanggungjawabkan.

C. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

1. Tugas RSJPDHK

- a. Berdasarkan PERMENKES RI 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.
- b. Berdasarkan PERMENKES RI No.01.07/MENKES/680/2019 pada tanggal 18 Oktober 2019 ditetapkan sebagai RS Pendidikan Afiliasi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- c. Berdasarkan Permenkes RI No.26 Tahun 2022 pada tanggal 16 September 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI, RSJPDHK ditetapkan sebagai RS Khusus tipe I, memiliki tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.
- d. Berdasarkan SK-Direktur Utama BLU Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Nomor : HK.02.03/D.XIII/4627/2023 pada tanggal 7 Juni 2023 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja pada Masa Transisi di RSJPDHK

2. Fungsi RSJPDHK

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RS jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sesuai dengan Permenkes RI No. 26 Tahun 2022 menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana program dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan dibidang penyakit jantung dan pembuluh darah;
- c. Pengelolaan pelayanan non medis;
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jantung dan pembuluh darah;
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jantung dan pembuluh darah;
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan dan;
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

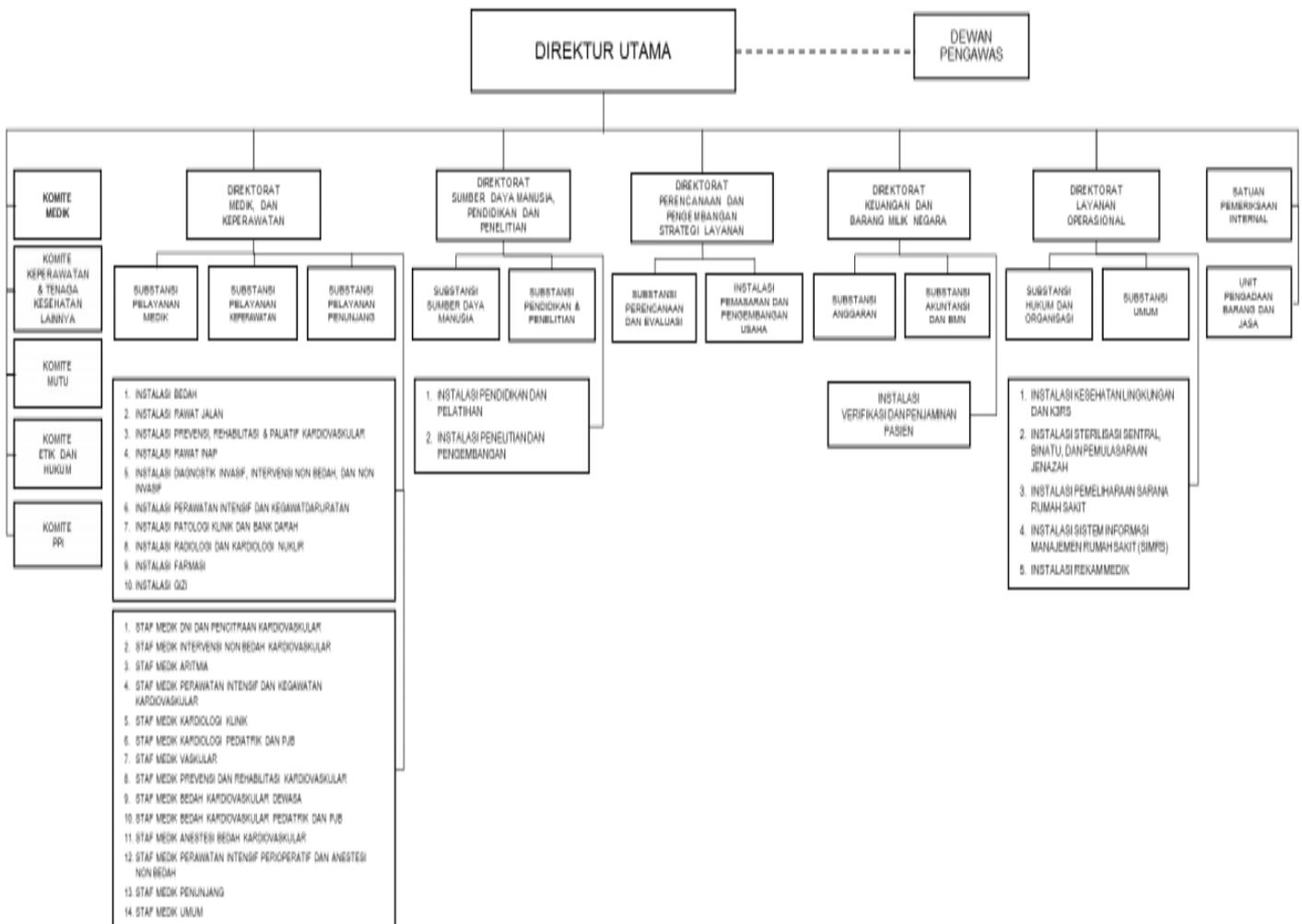
3. Struktur Organisasi RSJPDHK

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2022, tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan RI menetapkan RSJPDHK sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat Tipe I dengan adanya perubahan penataan organisasi oleh Kementerian Kesehatan RI agar tidak menghambat layanan kesehatan kardiovaskular maka RSJPDHK menetapkan melalui Surat Keputusan Direktur

Utama tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Pada Masa Transisi Nomor : HK.02.03/D.XIII/4627/2023, tanggal 7 Juni 2023, sebagai berikut.

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSJPDHK

STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KELOLA PADA MASA TRANSISI DI RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA



3.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSJPDHK

1. Jajaran Direksi Sebagai Pejabat Pengelola BLU

- a. Direktur Utama
Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), M.A.R.S, FACC,FESC
- b. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
dr. Muhadi, Sp.PD. KKV.,M.Epid
- c. Plt. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
Dr. dr. Basuni Radi, Sp.JP(K)
- d. Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara
Tri Hartono Rianto, SE.,M.Bus.,Ak
- e. Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan
Dr. drg. Maya Marinda Montain, M.Kes
- f. Direktur Layanan Operasional
Ghotama Airlangga, SKM, M.K.M

2. Jajaran Dewan Pengawas di RSJPDHK

Susunan Dewan Pengawas RSJPDHK sebagai berikut

- a. Ketua Dewan Pengawas
Kunta Wibawa Dasa Nugraha, SE, MA, Ph.D
- b. Anggota
drg.Oscar Primadi, DMD, MPH
- c. Anggota
Ludiro, S.E.,M.M,
- d. Anggota
Ronaldus Mujur, MBA
- e. Anggota
dr. Isa Rachmatarwata, M. MatlRh

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

Adanya perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sebagai penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Kesehatan Nasional yang kemudian dirumuskan sebagai Transformasi Bidang Kesehatan, harus diterjemahkan sampai ke tingkat UPT (RS Vertikal) untuk mendukung program tersebut maka RSJPDHK melaksanakan Revisi ke-2 atas RSB 2020-2024 diharapkan bahwa nilai kunci pelayanan, pendidikan dan penelitian dapat tetap berjalan sesuai harapan, melalui kerjasama yang sinergis dengan para pemangku kepentingan, khususnya Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI). Untuk mewujudkan program tersebut, RSJPDHK menetapkan Visi, Misi, Tata Nilai Budaya Kinerja, Arah dan Kebijakan sebagai berikut :

1. Visi, Misi dan Tata Nilai Budaya Kerja RSJPDHK

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 2020-2024 Revisi-2

Visi

Visi yang ditetapkan yakni : "Menjadi Pusat Kardiovaskular Berkualitas Setara Asia"

Misi

Untuk mewujudkan visinya, RSJPDHK menetapkan misi: "Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan serta penelitian dan pengembangan kardiovaskular berkualitas serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia"

Tata Nilai Budaya Kerja

Sebagai suatu identitas organisasi, RSJPDHK menetapkan 5 nilai budaya yaitu "I CARE".

1. **Integrity**, Kesesuaian komitmen dan tindakan akan menjadi tolok ukur penilaian dari jasa yang ditawarkan oleh RSJPDHK.
2. **Competence**, Sebagai rumah sakit rujukan terakhir kardiovaskular, RSJPDHK harus memiliki dan mengembangkan kompetensi di bidang kardiovaskular lewat pelayanan, pendidikan dan riset yang berkualitas tinggi.
3. **Accessibility**, RSJPDHK berupaya keras membuka pintu pelayanan selebar-lebarnya kepada seluruh pihak yang membutuhkan tanpa terkecuali.
4. **Realibility**, Sebagai rumah sakit dengan kompetensi utama di bidang kardiovaskular, RSJPDHK akan mengedepankan kualitas demi menjadi rumah sakit yang paling dipercaya oleh seluruh pihak.
5. **Excellence**, Selain kompetensi medis yang unggul, RSJPDHK berkomitmen memberikan pelayanan unggul yang berorientasi pada kebutuhan pasien.

Diharapkan nilai budaya diatas dapat sejalan dengan nilai nilai dasar **ASN** yaitu **BerAKHLAK**, yang memiliki makna Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif.

1. **Berorientasi Pelayanan**, Memahami dan memenuhi kebutuhan Masyarakat; Ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan; Melakukan perbaikan tiada henti.
2. **Akuntabel**, Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, serta disiplin dan berintegritas tinggi; Menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien; Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan.
3. **Kompeten**, Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah; Membantu orang lain belajar; Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik.

4. **Harmonis**, Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya; Suka menolong orang lain; Membangun lingkungan kerja yang kondusif.
5. **Loyal**, Memegang teguh ideologi Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; Setia kepada NKRI serta pemerintahan yang sah; Menjaga nama baik sesama ASN, pimpinan, instansi dan negara, serta menjaga rahasia jabatan dan negara.
6. **Adaptif**, Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan; Terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas; Bertindak proaktif.
7. **Kolaboratif**, Memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi; Terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah; Menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama.

2. Arah dan Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan

Arah Kebijakan Kesehatan Nasional diketahui akan membawa penyelenggaraan kesehatan nasional menuju pada cakupan kesehatan semesta dengan akses dan mutu layanan yang prima, dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar, serta mendorong adanya peningkatan upaya promotif dan preventif dengan memanfaatkan teknologi. Arah kebijakan Kementerian Kesehatan hingga 2024 merupakan penjabaran lebih lanjut dari arah kebijakan nasional tersebut dengan memperhatikan lingkungan kewenangan yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan.

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan kemudian dirumuskan dan/atau ditetapkan sejalan dengan Transformasi Kesehatan yang menjadi jiwa dari perubahan Renstra Kemenkes 2020-2024, yaitu dengan rumusan: "Menguatkan sistem kesehatan dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*), melalui penyediaan pelayanan kesehatan primer dan sekunder yang berkualitas, sistem ketahanan kesehatan

yang tangguh, SDM kesehatan yang kompeten, sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, serta penyelenggaraan kesehatan dengan tata kelola pemerintahan yang baik, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi”.

Dalam rangka menjalankan kebijakan di atas, maka strategi Kementerian Kesehatan hingga 2024 dirumuskan sebagai berikut:

1. Transformasi Layanan Primer, mencakup upaya promotif dan preventif yang komprehensif, perluasan jenis antigen, imunisasi, penguatan kapasitas dan perluasan skrining di layanan primer dan peningkatan akses, SDM, obat dan kualitas layanan serta penguatan layanan laboratorium untuk deteksi penyakit atau faktor risiko yang berdampak pada masyarakat;
2. Transformasi Layanan Rujukan, yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat;
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan dalam menghadapi Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah penyakit/kedaruratan kesehatan masyarakat, melalui kemandirian kefarmasian dan alat kesehatan, penguatan surveilans yang adekuat berbasis komunitas dan laboratorium, serta penguatan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan;
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan, untuk menjamin pembiayaan yang selalu tersedia dan transparan, efektif dan efisien, serta berkeadilan;
5. Transformasi SDM Kesehatan, dalam rangka menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas SDM kesehatan; dan
6. Transformasi Teknologi Kesehatan, yang mencakup: (1) integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan, (2) integrasi dan pengembangan

sistem aplikasi kesehatan, dan (3) pengembangan ekosistem (teknologi kesehatan (regulasi/ kebijakan yang mendukung, memberikan kemudahan/ fasilitasi, pendampingan, pembinaan serta pengawasan yang memudahkan atau mendukung bagi proses pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan) yang disertai peningkatan tatakelola dan kebijakan kesehatan.

RSJPDHK sebagai Rumah Sakit Vertikal mempunyai 3 tugas utama sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan di bawah Kementerian Kesehatan, meliputi :

Tabel 1.1 Transformasi Kesehatan Pilar 1, 2 dan 3

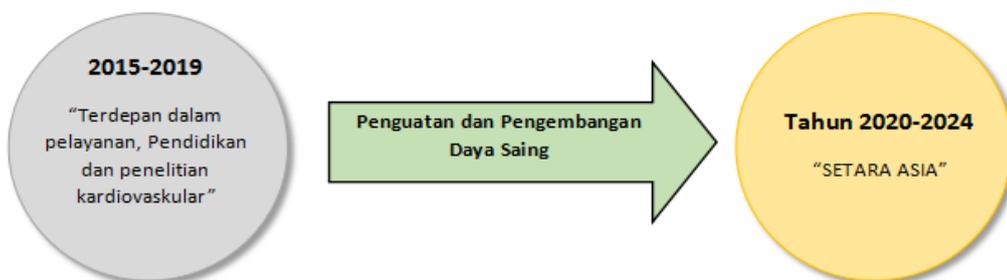
Pilar 1. Layanan Terbaik Level Asia	
Perbaikan Pengalaman Pasien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembangunan lahan parkir pada basement Gedung Utama (Main Building) ▪ Pembangunan Gedung Utama 20 lantai (<i>Multi-Years</i>)
Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Peningkatan Kompetensi Pegawai Sesuai Standar <ul style="list-style-type: none"> ✓ CHIP (Complex and High Risk Interventional Procedures) ✓ <i>Aorted Hybrid Procedures</i> ✓ Pendidikan profesi keuangan & akuntansi CA / CPMA ▪ Program Perbaikan Sistem Remunerasi dengan Peningkatan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang dengan Remunerasi Yang Berkeadilan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Internalisasi core values BerAkhlaq ✓ Implementasi penilaian kinerja dan penggunaan sistem aplikasi HRM
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementasi Pedoman Praktek Klinis (PPK) dan <i>Clinical Pathway</i> (CP) terpilih →Monev kepatuhan 12 CP ▪ Pengadaan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan
Peningkatan Tata Kelola RS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitalisasi Pelayanan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementasi sistem penjadwalan operasi online ✓ Sistem tracking pasien di ruang bedah dewasa ✓ Pemanfaatan AI dalam peningkatan tata kelola rumah sakit ✓ Monev Cost Control CP
Kerja sama Internasional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Sister Hospitals <ul style="list-style-type: none"> ✓ UCLA step 3, pengiriman fellow ✓ NTUH pelatihan heart transplan, pelatihan dokter Sp.JP anak, fellow ECMO ✓ Pertukaran Fellow dengan Tokushukai MG, Jepang ✓ Penerimaan Fellow negara ASEAN (Kamboja, Myanmar dan Laos) ✓ Kerjasama layanan WNA di Indonesia
Layanan Non JKN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Agent/Representative dengan sasaran Negara-negara ASEAN seperti : Myanmar, Kamboja, Laos. ▪ Memperkuat strategi branding dan marketing. ▪ Membuka unit Usaha Bisnis

Pilar 2. Pengampu Nasional dan Regional.	
Pengampu Nasional dan Regional Pelayanan Jantung dan Kardiovaskular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Advokasi K/L terkait regulasi, SDM, sarpras ▪ Advokasi dan Visitasi ke Pemda dan RS jejaring ▪ Pembukaan layanan baru DINB dan bedah jantung terbuka sesuai target prioritas ▪ Proctorship DINB dan bedah jantung ▪ Penguatan strategi pengampuan jejaring KV nasional dan regional.
Pilar 3. Pengembangan Riset	
Program Pengembangan Riset	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembentukan dan Pengembangan <i>Clinical Research Unit (CRU)</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Development of Polygenic Risk Score for AMI ✓ Bagian dari multicenter registry and clinical trials internasional ▪ Pembentukan Pengembangan <i>Biorepository</i> dan Fasilitas <i>Biobank</i> Kardiovaskular <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pelatihan SDM tahap 2 ✓ Koordinasi pelaksanaan sampling plasma, PBMC, dan jaringan sesuai dengan <i>registry-based</i> Biobank ✓ Administrasi tahap 2: Pembuatan SOP pengambilan sampel darah dan jaringan ✓ Ujicoba pembuatan program data biobank yang terafiliasi dengan EMR

3. Strategi Bisnis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

Dengan mempertimbangkan analisis SWOT, *re-focusing* Tujuan dan Sasaran Program untuk periode tahun 2020-2024, maka arah pengembangan **Rumah Sakit Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita** lima tahun ke depan adalah sebagai berikut:

Gambar 1. 2 Arah pengembangan Rumah Sakit

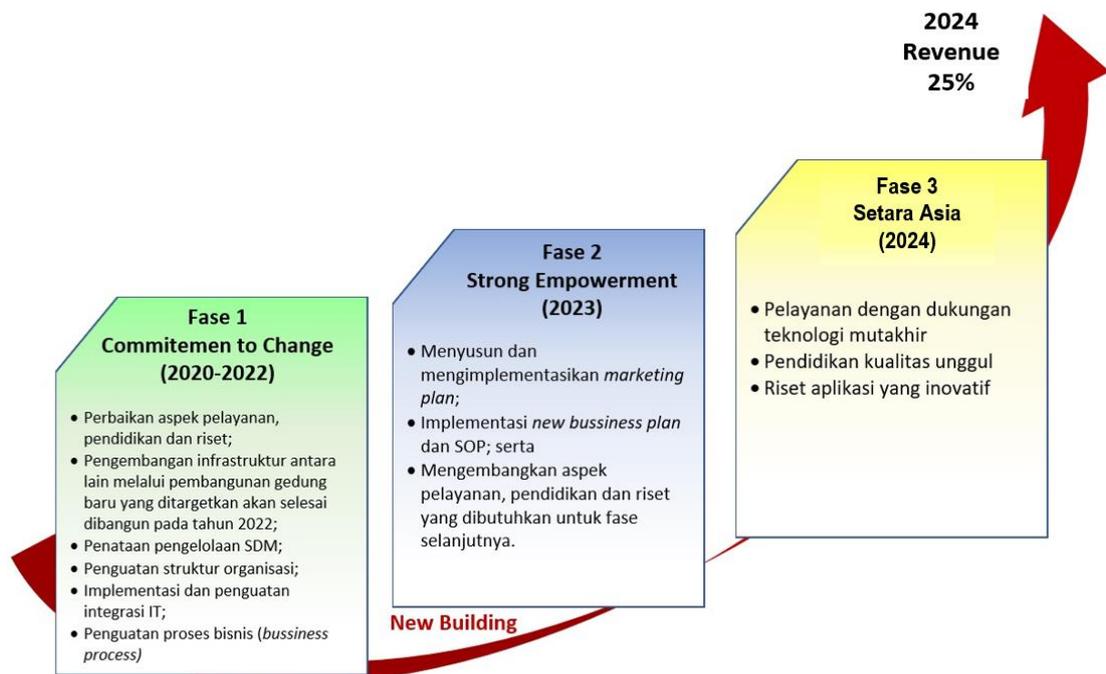


Saat ini, posisi RSJPDHK dinilai telah memenuhi tujuan yang dibuat pada periode sebelumnya, yakni terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan pendidikan kardiovaskular. Berdasarkan evaluasi data pelayanan RSJPDHK bisa dikategorikan sebagai rumah sakit yang sejajar dengan rumah sakit-rumah sakit

bonafide di Singapura dan Malaysia, atau masuk dalam 3 besar di ASEAN. Oleh karena itu, pada periode RSB 2020-2024 RSJPDHK diharapkan memiliki pengembangan sehingga pada akhir periode RSB dapat menjadi rumah sakit yang memiliki kualitas "Setara Asia". Untuk itu RSJPDHK harus melakukan penguatan dan pengembangan daya saing untuk menghadapi baik pesaing lokal maupun internasional.

Dalam pelayanan utama kardiovaskular, RSJPDHK sudah dapat mensejajarkan diri dengan rumah sakit-rumah sakit lain di Asia Tenggara, untuk selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan mutu pelayanan agar setara dengan rumah sakit yang maju di Asia seperti Jepang, Korea atau RRC sebagai *benchmarkingnya*.

RSJPDHK periode 2020-2024 akan menjalani tiga fase perkembangan, yaitu :



Fase I yakni "*Commitment to Change*" (tahun 2020-2022), harus melakukan :

- a. perbaikan aspek pelayanan, pendidikan dan riset;
- b. pengembangan infrastruktur antara lain melalui pembangunan gedung baru yang ditargetkan akan selesai dibangun pada tahun 2022;
- c. penataan pengelolaan SDM;
- d. penguatan struktur organisasi;
- e. implementasi dan penguatan integrasi IT;
- f. penguatan proses bisnis (*bussiness process*)

Fase II yaitu "*Strong Empowerment*" (tahun 2023), harus melakukan:

1. menyusun dan mengimplementasikan *marketing plan*;
2. implementasi *new bussiness plan* dan SOP; serta
3. mengembangkan aspek pelayanan, pendidikan dan riset yang dibutuhkan untuk fase selanjutnya.

Fase III yaitu fase final yaitu "*Setara Asia*"(tahun 2024), RSJPDHK harus memanfaatkan segala aspek yang telah dibangun pada fase-fase sebelumnya. RSJPDHK diharapkan akan memanfaatkan dukungan teknologi mutakhir untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Selain itu dari aspek pendidikan, RSJPDHK akan menjadi yang terunggul dalam kualitas pendidikan terutama dalam area kardiovaskular. RSJPDHK juga diharapkan telah memiliki riset inovatif yang unggul dalam kualitas dan aplikatif dalam pelayanan kardiovaskular.

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan merujuk pada peraturan Menteri Perberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah adalah sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

Pada bab ini menyajikan latar belakang penyusunan laporan kinerja dan penjelasan umum organisasi, dengan menekankan pada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

Bab II Perencanaan Kinerja

Pada bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2021.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini membahas mengenai pencapaian 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. Definisi operasional dan cara perhitungan pengukuran indikator kinerja.
2. Rencana aksi dan upaya untuk mencapai target yang ditetapkan pada indikator kinerja.
3. Analisis capaian kinerja dengan cara :
 - (i) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
 - (ii) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu pada indikator kinerja yang sama;

- (iii) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi.
 - (iv) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada).
4. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.
 5. Analisis keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan indikator kinerja.
 6. Analisis permasalahan atau kendala yang ada dalam pencapaian indikator kinerja.
 7. Analisis usulan pemecahan masalah atau upaya tindak lanjut dalam mengatasi masalah/kendala serta alternatif solusi yang telah dilakukan.
- B. Capaian Indikator Kinerja Keseluruhan
- Pada sub bab ini menyajikan pencapaian kinerja organisasi secara keseluruhan serta analisis efisiensi penggunaan sumber daya.
- C. Sumber Daya dan Realisasi Anggaran
- Pada sub bab ini menguraikan sumber anggaran dan realisasi anggaran yang digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.
- D. Sumber Daya Lainnya
- Pada sub bab ini membahas mengenai sumber daya lainnya selain yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya seperti sumber daya manusia dan sumber daya sarana dan prasarana.

Bab IV Penutup

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

Lampiran:

1. Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2023
2. Realisasi KPI Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2023
3. Penghargaan RSJPDHK Tahun 2023

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 Bisnis (RSB) 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. Perencanaan kinerja ini merupakan dasar RSJPDHK untuk melaksanakan program dan kegiatan sebagai suatu kinerja aktual. Pada pertengahan tahun 2021 Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJPDHK Tahun 2020-2024 melakukan redesain perencanaan sebagai langkah antisipasi terhadap adanya perubahan lingkungan. Pandemi juga mempengaruhi layanan RS dimana terjadi penurunan operasional layanan kardiovaskular, tapi disisi lain terjadi pengeluaran tambahan untuk program keselamatan pasien dan pegawai sehingga berpengaruh terhadap beban operasional rumah sakit. Redesain perencanaan ini menyebabkan perubahan dalam penetapan target pada beberapa *Key Performance Indicator* (KPI) yang memerlukan penyesuaian akibat pandemi serta adanya kebijakan baru dari Kementerian Kesehatan tentang implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE). Perubahan Rencana Strategis RSJDPHK tahun 2020-2024 (Revisi 1) tertuang dalam Surat Keputusan Direktur Utama RSJPDHK No.HK.02.03/XX.4/0292/2021. Pada tahun 2022 ini terjadi kembali perubahan pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sebagai penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Kesehatan Nasional yang kemudian dirumuskan sebagai Transformasi Bidang Kesehatan, sehingga harus diterjemahkan sampai ke tingkat UPT (RS Vertikal) yang memiliki peran vital dalam pelaksanaan program tersebut. Untuk mendukung

terlaksananya program Transformasi Kesehatan tersebut, maka RSJPDHK melakukan perubahan Rencana Strategis RSJPDHK tahun 2020-2024 (Revisi 2) dengan menetapkan 5 (lima) tujuan, 17 (tujuh belas) sasaran strategis dan 32 (tiga puluh dua) indikator kinerja sebagai ukuran keberhasilan untuk mencapai tujuan *key performance indicator*, secara rinci dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2. 1 Perspektif dan Sasaran Strategis

TUJUAN		SASARAN STRATEGIS	
1	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	1	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah
		2	Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan
		3	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
		4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik
		5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit
		6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal
2	Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas	7	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular
3	Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan	8	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring
		9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN
		10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal
4	Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan	11	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi
		12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
		13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
		14	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola
5	Meningkatkan kemandirian BLU	15	Terwujudnya Efektifitas Anggaran
		16	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU

TUJUAN		SASARAN STRATEGIS	
		17	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

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 RSJPDHK 2023 ini merupakan rencana kerja tahun kedua untuk pencapaian sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJPDHK 2020-2024. Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada TA 2023 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 2023.

Tabel 2. 2 Perjanjian Kinerja Tahun 2023 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023
1	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	95.4 %
		2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	92.5 %
2	Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan	3	Prosentase pegawai / SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	90 %
3	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	4	Indeks Kepuasan Masyarakat	80
		5	Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target	12 Laporan
		6	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	7	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5 %

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023
5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	8	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	2 Kali
6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	9	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80
		11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80 %
		12	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3 %
		13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80 %
		14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80 %
		15	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥ 80
7	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	87 %
		17	Jumlah produk inovasi layanan	1 produk
8	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	1 RS
9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	25 %
10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	20	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85 %
11	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	21	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100 %
		22	Index Maturitas Digital RS	Level 3
12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95 %
14	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	25	Skor GCG BLU	Skor 93
15	Terwujudnya Efektifitas Anggaran	26	POBO (Pendapatan Operasiona & Biaya Operasional) (%)	85 %
16	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	27	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	5 %

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023
17	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	28	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%
		29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		30	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		31	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		32	Persentase nilai EBITDA Margin	> 20%

Dalam pelaksanaan kegiatan tahun 2023, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mendapatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program pembinaan pelayanan kesehatan sebesar **Rp.871.452.460.000,** Namun setelah tahun berjalan, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita melakukan Revisi anggaran DIPA tahun 2023 sebesar **Rp. 1.062.358.469.000,-**

Program	Anggaran
1. Dukungan Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 983.003.178.000,-
2. Dukungan Manajemen	Rp. 79.355.291.000,-
	Rp.1.062.358.469.000,-

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Capaian kinerja merupakan hasil dari kegiatan manajemen melalui pengukuran kinerja dengan membandingkan realisasi hasil capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator program yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja.

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSJPDHK dalam kurun waktu Januari – Desember 2023.

Tahun 2023 merupakan tahun ke-empat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2020–2024 (Revisi 2), sebagai titik tolak untuk pencapaian target kinerja pada tahun-tahun berikutnya. 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 Rencana Strategis Bisnis RSJPDHK 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 2023 maka RSJPDHK telah bekerja untuk memenuhi target-target yang ditetapkan dan tercantum dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun 2023.

Sasaran strategis RSJPDHK pada perencanaan kinerja 2023 mengacu pada Rencana Strategis Bisnis RSJPDHK tahun 2020-2024 (Revisi 2). Uraian capaian kinerja dari 5 (lima) tujuan, 17 (tujuh belas sasaran) sasaran strategis dan 32 (tiga puluh dua) indikator kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPDHK Tahun 2023 dituangkan sebagai berikut :

1. Tujuan : Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien terdapat 6 (enam) sasaran strategis yaitu :

- 1.1. Sasaran strategis terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah

KPI 1 Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG Dan ToF Dengan Angka Setara Asia

Definisi Operasional :

Prosentase keberhasilan tindakan bedah jantung Coronary Arterial Bypass Graft (CABG) dan Tetralogy of Fallot (ToF) Repair murni tanpa kelainan tambahan seperti Absent Pulmonary Valve Repair, Unifokalisasi, Rastelli maupun dengan CAVSD yang pulang dalam keadaan hidup.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Seluruh pasien tindakan bedah jantung Coronary Arterial Bypass (CABG) dan Tetralogy of Fallot (ToF) Repair murni tanpa kelainan tambahan seperti Absent Pulmonary Valve Repair, Unifokalisasi, Rastelli maupun dengan CAVSD yang pulang dalam keadaan hidup dibagi seluruh pasien yang dilakukan tindakan CABG dan ToF periode yang sama dikali 100%

Rumus perhitungan :

$$\frac{\sum \text{pasien tindakan CABG dan ToF yang pulang dalam keadaan hidup}}{\text{Seluruh pasien yang dilakukan Tindakan CABG dan ToF periode yang sama}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Seleksi kasus
2. Menyelenggarakan Konferensi Bedah
3. Koordinasi dan komunikasi Tim terhadap kasus yang akan dilakukan tindakan operasi
4. Persiapan pasien perioperatif secara optimal
5. Monitoring dan Evaluasi Mortalitas

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Seleksi pasien yang akan dilakukan pembedahan sudah dibahas terlebih dahulu di dalam konferensi bedah
2. DPJP yang merawat pasien dengan kondisi complex case dan Multi Organ Failure (Severitas Level 3) mendiskusikan terlebih dahulu dengan Komite Medik

Pencapaian Kinerja

Realisasi keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia tahun 2023 sebesar 97,12% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95,40% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 101,80%. Jika kita bandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 maka dengan capaian sebesar 101,17% artinya dapat mencapai target.

Tabel 3. 1 KPI-1 Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
94,50	94,28	94,80	95,57	95,10	94,27	95,40	97,12	3,02	99,77	100,81	99,13	101,80

Tabel 3. 2 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
96		101,17

Analisis Capaian Kinerja

Indikator keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia realisasi tahun 2023 sebesar 97,12% jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2022 sebesar 94,27% terjadi peningkatan persentase keberhasilan tindakan bedah dewasa dan pediatrik sebesar 3,02%. *Benchmarking* beberapa pusat jantung negara Asia untuk keberhasilan tindakan CABG *repair* diantaranya:

1. Institute Jantung Negara, Malaysia (tahun 2020) -> 96,87%
2. National University Heart Center, Singapura (tahun 2022) -> 98%
3. India (tahun 2023) -> 94,4%

Sedangkan untuk *Benchmarking* beberapa pusat jantung negara Asia untuk

1. Institute Jantung Negara, Malaysia (tahun 2018-2020) -> 99,39%.
2. Maharat Nakhn Rachsima Hospital, Thailand (tahun 2009-2018) -> 84,06%.
3. Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran (tahun 2010-2020) -> 94,7%.
4. India (tahun 2023) -> 100%.

Tren keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia 4 (empat) tahun terakhir tahun 2020 sebesar 94,28%, tahun 2021 sebesar 95,57%, tahun 2022 sebesar 94,27% dan tahun 2023 sebesar 97,12% dapat dilihat pada grafik dibawah ini

Grafik 3.1 Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara Asia tahun 2020-2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.3 Efisiensi Sumber Daya Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara Asia

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia	95,4	97,12	101,80	47.166.025.658	45.054.281.363	96	6

Realisasi indikator keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF pada tahun 2023 mencapai 97,12%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 95,4% sehingga capaian indikator tersebut adalah 101,80%. Untuk mendukung keberhasilan tindakan tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 47.166.025.658 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 45.054.281.363 (96%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 6%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

1. Pemilihan pasien dan konferensi bedah dapat benar memilih pasien yang dilakukan pembedahan pada pasien dengan harapan kualitas hidup yang lebih baik.
2. Kriteria EURO SCORE untuk pasien yang akan dilakukan tindakan.
3. Seluruh pasien dengan kasus sulit, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan harus membicarakan terlebih dahulu dengan Komite Medik dalam Konferensi Kasus Sulit di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.
4. Koordinasi berkelanjutan dengan Komite PPI untuk strategi menurunkan angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
5. Utilisasi secara optimal ruang Tindakan dan ICU paska bedah yang telah tersedia di gedung Ventrikel
6. Optimalisasi pelatihan dan pendidikan secara berkala SDM baik staf medik maupun perawat untuk meningkatkan *learning curve*

KPI 2 Keberhasilan perawatan *Infark Miocard Akut*

Definisi Operasional :

Prosentase keberhasilan perawatan pasien dengan *Infark Miocard Akut* baik ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) maupun Non-ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI) pada usia lebih dari 18 tahun.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah pasien *Infark Miocard Akut* STEMI dan NSTEMI yang pulang dalam keadaan hidup dibagi jumlah pasien *Infark Miocard Akut* dikali 100%

Rumus perhitungan :

$$\frac{\sum \text{pasien } \textit{Infark Miokard} \textit{ Akut STEMI dan NSTEMI yang pulang dalam keadaan hidup}}{\sum \text{pasien } \textit{Infark Miokard} \textit{ Akut}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan evaluasi atas keputusan untuk tindakan Primary dan Early PCI (Door To Balloon Time)
2. Monitoring, evaluasi dan RTL hasil pengukuran Door To Balloon Time
3. Mempersiapkan ruang cath khusus kasus urgent dengan optimalisasi kamar cath di gedung Ventricle (jalur khusus)
4. Percepatan pemenuhan SDM di ruang cath lab Gedung Ventricle sesuai dengan master plan
5. Evaluasi overcrowding di IGD dan CVC

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melaksanakan analisis rutin terhadap setiap kasus PCI untuk mengidentifikasi titik-titik keberhasilan dan hambatan.
2. Implementasikan sistem monitoring real-time yang dapat memberikan data langsung tentang setiap tahap DTB.
3. Melakukan evaluasi rutin untuk memastikan kualitas dan efisiensi pelayanan.
4. Melakukan analisis mendalam terkait kebutuhan SDM di ruang cath lab berdasarkan volume kasus, jenis prosedur, dan spesialisasi yang diperlukan.
5. Melakukan analisis mendalam terhadap alur pasien di IGD dan CVC.

Pencapaian Kinerja

Realisasi tahun 2023 Keberhasilan perawatan *Infark Miokard* Akut (IMA) sebesar 95,38% telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 95,50% dengan tingkat capaian Keberhasilan perawatan *Infark Miokard* Akut (IMA) tahun 2023 sebesar 103,11% . Jika kita bandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 maka capaiannya sebesar 102,56% artinya dapat mencapai target.

Tabel 3. 4 KPI-2 Keberhasilan perawatan *Infark Miokard* Akut (IMA)

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target				
								(%)	2023 -				2022
91,8	92,09	92	95,52	92,3	93,61	92,50	95,38	1,89	100,32	103,83	101,42	103,11	

Tabel 3. 5 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA)

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
93		102,56

Analisis Capaian Kinerja

Pada Indikator Keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) realisasi tahun 2023 sebesar 95,38% namun jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2022 sebesar 93,61% terjadi peningkatan keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) sebesar 1,89%.Tren Keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) 4 (empat) tahun terakhir tahun 2020 sebesar 92,09% tahun 2021 sebesar 95,52%, tahun 2022 sebesar 93,61% sedang tahun 2023 sebesar 95,38% dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.2 Keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) tahun 2020-2023



Pada Indikator Keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) realisasi tahun 2023 sebesar 95,38% namun jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2022 sebesar 93,61% terjadi peningkatan keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* (IMA) sebesar 1,89%.

Efisiensi Sumber daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.6 Efisiensi Sumber Daya Keberhasilan Perawatan *Infark Miocard Akut*

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	92,5	95,38	103,11	47.166.025.658	45.054.281.363	96	8

Realisasi indikator Keberhasilan perawatan *Infark Miocard Akut* pada tahun 2023 mencapai 95,38%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 92,5% sehingga capaian indikator tersebut adalah 103,11%. Untuk mendukung keberhasilan perawatan *Infark Miocard Akut* tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 47.166.025.658 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 45.054.281.363 (96%). Hal ini mencerminkan adanya efisiensi sumber daya sebesar 8%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada Kendala

Upaya Tindak Lanjut

1. Melaksanakan konferensi kasus sulit secara rutin untuk mendiskusikan pasien dengan *complex case*.
2. Melakukan ronde pasien secara rutin di ICVCU untuk mendiskusikan perawatan pasien secara komprehensif.
3. Adanya penjadwalan unit *cathlab* untuk pelayanan intervensi non bedah melalui satu pintu untuk mempercepat alur pelayanan pasien.
4. Meningkatkan utilisasi ruang *cathlab* untuk menghindari *cathlab on running* dengan mempercepat proses rotasi pasien sehingga mengurangi risiko mortalitas pada pasien.
5. Adanya komitmen untuk meningkatkan jumlah pasien STEMI dan NSTEMI yang diberikan intervensi non bedah sehingga mengurangi risiko pasien jatuh pada kondisi *end stage cardiac disease*.

1.2. Sasaran strategis terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan

KPI 3. Prosentase pegawai/ SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar

Definisi Operasional

Persentase staf medik spesialis yang sudah mengikuti pelatihan lanjutan (*fellowship*) dan perawat yang mengikuti pelatihan khusus keperawatan kardiovaskular di Unit Bedah Dewasa, Bedah Anak dan INB, sesuai yang direncanakan.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah staf medik spesialis yang sudah pelatihan lanjutan (*fellowship*) dan perawat yang sudah pelatihan khusus unit (bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah) sesuai yang direncanakan dibagi jumlah total staf medik spesialis dan perawat di unit bedah dewas, bedah anak dan INB sesuai yang sudah direncanakan pelatihan kompetensi khusus dikali 100%.

Rumus perhitungan :

Σ staf medik spesialis yang sudah pelatihan lanjutan (*fellowship*) dan perawat yang sudah pelatihan khusus unit (bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah) sesuai yang direncanakan

_____ X 100%

Σ total staf medik spesialis dan perawat di unit bedah dewas, bedah anak dan INB sesuai yang sudah direncanakan pelatihan kompetensi khusus

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

(Realisasi periode tahun berjalan (saat ini) – Realisasi periode tahun sebelumnya)

_____ X 100

Realisasi periode tahun sebelumnya

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)

_____ X 100

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)

_____ X 100

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Memprioritaskan pelatihan pemenuhan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB
2. Melakukan monitoring dan evaluasi capaian pelatihan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB
3. Melakukan monitoring dan evaluasi capaian persentase pegawai yang telah mencapai 20 JPL setiap bulan

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Merancang program pelatihan khusus untuk pegawai/SDM di bidang bedah dewasa, bedah anak, dan intervensi non bedah sesuaikan pelatihan dengan kebutuhan kompetensi yang diperlukan untuk masing-masing jenis intervensi
2. Mengembangkan sistem evaluasi yang spesifik berdasarkan kompetensi yang diinginkan untuk unit bedah dewasa, bedah anak, dan intervensi non bedah (INB) serta Identifikasi kriteria evaluasi yang jelas dan terukur untuk setiap jenis intervensi.
3. Implementasikan sistem pencatatan yang efisien dan mudah diakses untuk mengumpulkan data mengenai jumlah JPL yang diikuti oleh setiap pegawai.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator prosentase pegawai/ SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi prosentase pegawai/ SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar tahun 2023 sebesar 92,30% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 90% dengan tingkat capaian tahun

2023 sebesar 102,56%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 90% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3. 7 KPI-3 Prosentase pegawai/ SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdhp Target			
-	-	-	-	-	-	90	92,30	-	-	-	-	102,56

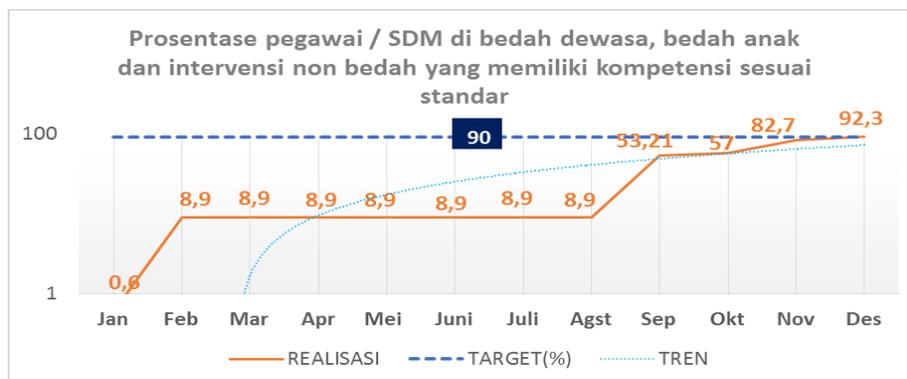
Tabel 3. 8 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Prosentase pegawai/SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar

Target Jangka Menengah	Naik Turun (%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
90		102,56

Analisis Capaian Kinerja

Pada indikator prosentase pegawai/ SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar dari target yang ditetapkan sebesar 90% tahun 2023 bahwa persentase staf medik spesialis yang sudah mengikuti pelatihan lanjutan (*fellowship*) dan perawat yang mengikuti pelatihan khusus keperawatan kardiovaskular di unit Bedah Dewasa, Bedah Anak dan INB pada bulan Februari sudah mengalami peningkatan sehingga pada akhir tahun sudah mencapai target, secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini

Grafik 3.3 Capaian Prosentase pegawai/ SDM dibedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.9 Efisiensi Sumber Daya Prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	90	92,3	102,56	38.265.482.111	36.093.610.791	94	8

Realisasi indikator prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar pada tahun 2023 mencapai 92,3%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 90% sehingga capaian indikator tersebut adalah 102,56%. Untuk mendukung Prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 38.265.482.111 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 36.093.610.791,- atau sebesar (94%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 8%. Upaya yang dilakukan dalam efisiensi sumber daya yaitu melaksanakan pelatihan secara daring maupun *blended* dan optimalisasi penggunaan LMS SIMPEL Diklat Rumah Sakit.

Permasalahan/Kendala

Di tahun 2023 dilaksanakan perpindahan pelayanan ke Gedung Ventricle sehingga mengakibatkan sulitnya pengaturan jadwal pelatihan sesuai rencana.

Upaya Tindak Lanjut

1. Akan kembali disusun perencanaan pelatihan bagi unit-unit tersebut berdasarkan kebutuhan pelatihan dalam rangka menjaga keselamatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan.
2. Perencanaan pelatihan bagi staf medik spesialis maupun perawat di 3 unit tersebut di tahun 2024 antara lain akan mempertimbangkan pengembangan pelayanan, adanya atau akan adanya alat medis baru (bila ada), serta pemenuhan pelatihan-pelatihan wajib bagi pegawai baru di unit tersebut.
3. Pelaksanaan pelatihan di atas akan ditargetkan untuk diselesaikan/dilaksanakan di TW 1 - TW 3 2024, khususnya pelatihan-pelatihan yang dilaksanakan secara *in house*.

1.3. Sasaran strategis meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

KPI 4. Indeks Kepuasan Masyarakat

Definisi Operasional

1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan
2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.
3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan
4. Survei kepuasan pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien
5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.
6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:
 - a. Persyaratan
 - b. Sistem, mekanisme dan prosedur
 - c. Waktu penyelesaian
 - d. Biaya/ tarif
 - e. Produk spesifikasi jenis pelayanan
 - f. Kompetensi pelaksana
 - g. Perilaku pelaksana
 - h. Penanganan pengaduan, saran dan masukan
 - i. Sarana dan prasarana
7. Indeks kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan
8. Survei kepuasan berupa angka.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Nilai persepsi seluruh responden dibagi unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25

Rumus perhitungan :

\sum Nilai persepsi seluruh responden

X 25

\sum unsur yang terisi dari seluruh responden

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

(Realisasi periode tahun berjalan (saat ini) – Realisasi periode tahun sebelumnya)

X 100

Realisasi periode tahun sebelumnya

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)

X 100

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)

X 100

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Optimalisasi pelayanan poliklinik online
2. Pengaturan antrian perjanjian dan pendaftaran poliklinik
3. Memprogramkan waktu tunggu pasien < 30 mnt

4. Program perbaikan pendaftaran dan verifikasi
5. Monitoring ketepatan visitasi dokter spesialis sebelum jam 10.00 WIB (Rawat Inap)
6. Kecepatan pemulangan pasien Rawat Inap (sbl jam 12)
7. Program perbaikan sarana penunjang pelayanan
8. Monitoring dan evaluasi program

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Memberikan layanan terbaik (kemudahan, kecepatan, ketepatan, dan kenyamanan)
2. Menentukan metrik kinerja dan indikator keberhasilan untuk setiap program perbaikan.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator indeks kepuasan masyarakat sesuai standar termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi indeks kepuasan masyarakat tahun 2023 sebesar 89,95% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 80% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 112,44% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 80% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3. 10 KPI-4 Indeks Kepuasan Masyarakat

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	80	89,95	-	-	-	-	112,44

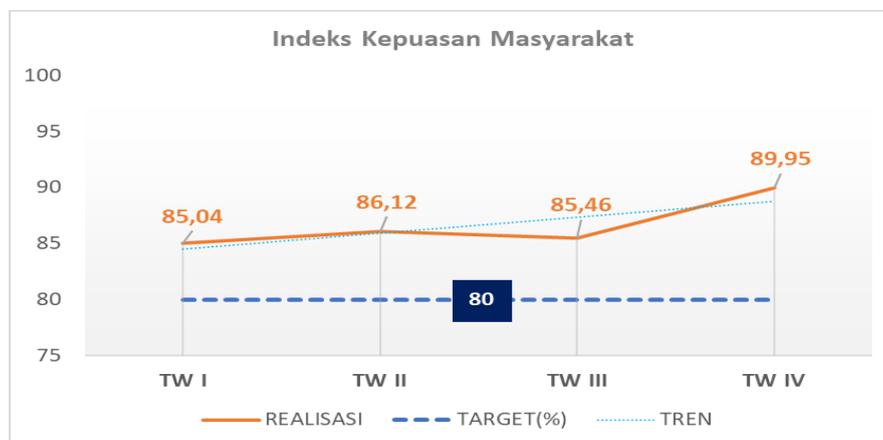
Tabel 3. 11 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Indeks Kepuasan Masyarakat

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
80		112,44

Analisis Capaian Kinerja

Realisasi persentase kepuasan Pelanggan atas pelayanan pada Triwulan 1 sebesar 85,04% ,Triwulan 2 sebesar 86,12%, Triwulan 3 sebesar 85,46% dan Triwulan 4 sebesar 89,95% dengan mutu pelayanan A (Sangat Baik). Survey pada Triwulan 4 ini dilakukan oleh pihak eksternal Lembaga pengabdian masyarakat FKM-UI (CAMPS).

Grafik 3.4 Indeks Kepuasan Masyarakat



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.12 Efisiensi Sumber Daya Indeks Kepuasan Masyarakat

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Indeks Kepuasan Masyarakat	80	89,95	112,44	31.926.357.407	30.417.985.593	95	17

Realisasi indikator indeks kepuasan masyarakat pada tahun 2023 mencapai 89,95 melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80 sehingga capaian indikator tersebut adalah 112,44%. Untuk mendukung keberhasilan indikator tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 31.926.357.407 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 30.417.985.593 (95%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 17%.

Permasalahan/Kendala

1. Poliklinik masih perlu meningkatkan layanannya terutama dokter datang lebih tepat waktu pada saat jam praktek layanan melampaui harapan Pelanggan
2. Adanya kenaikan tarif yang kurang kompetitif
3. Jadwal antrian operasi sangat lama

Upaya Tindak Lanjut

1. Koordinasi dengan unit kerja terkait untuk meningkatkan kecepatan dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan
2. Fasilitas sarana dan prasarana untuk terus ditingkatkan dan dibenahi sesuai harapan pelanggan

3. Melakukan sosialisasi pelayanan dokter di Poliklinik Umum untuk tepat waktu
4. Perlu dilakukan evaluasi tarif
5. Menyelenggarakan pelatihan *Service Excellent* untuk seluruh petugas RS

KPI 5. Tercapainya indikator Nasional Mutu sesuai target

Definisi Operasional

Jumlah pelaporan indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan dan dilaporkan setiap tanggal 10 bulan berikutnya

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah pelaporan 12 INM tiap bulan (Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember)

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

(Realisasi periode tahun berjalan (saat ini) – Realisasi periode tahun sebelumnya)

X 100

Realisasi periode tahun sebelumnya

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)

X 100

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan supervisi pengumpulan data indikator nasional mutu (INM)
2. Melakukan monitoring dan analisis terhadap indikator nasional mutu (INM)
3. Memfasilitasi rapat koordinasi dengan unit pelayanan terkait analisa indikator nasional mutu
4. Melaporkan indikator nasional mutu kepada pihak luar seperti Kementerian Kesehatan RI atas delegasi direktur utama

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menggunakan temuan dari supervisi sebagai dasar untuk perbaikan berkelanjutan dalam sistem pengumpulan data. Proses ini harus menjadi siklus yang terus-menerus untuk meningkatkan kualitas data secara berkelanjutan.
2. Menerapkan siklus perbaikan berkelanjutan berdasarkan hasil analisis. Proses ini mencakup perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi tindakan perbaikan.
3. Memastikan bahwa rapat koordinasi dan tindakan perbaikan menjadi bagian dari siklus perbaikan berkelanjutan. Proses ini harus berlanjut untuk memastikan peningkatan terus-menerus dalam kualitas pelayanan kesehatan.
4. Menyiapkan memberikan klarifikasi terkait laporan INM serta memberikan ruang untuk diskusi dan berikan tanggapan terhadap masukan dari pihak Kementerian Kesehatan.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator tercapainya indikator nasional mutu sesuai target termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi tercapainya indikator nasional mutu sesuai target tahun 2023 sebesar 12 (dua belas) laporan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 12 (dua belas) laporan dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 12 (dua belas) laporan sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3. 13 KPI-5 Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	12	12	-	-	-	-	100

Tabel 3. 14 Proyeksi Capaian target Jangka Menengah
Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target

Target Jangka Menengah	Naik Turun (%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
12		100

Analisis Capaian Kinerja

Kepatuhan akan ketepatan waktu pelaporan INM telah dilakukan dengan konsisten oleh KMKP (Komite Mutu dan Keselamatan Pasien). Setiap bulannya komite mutu melakukan submit capaian dan analisa 12 (dua belas) indikator nasional mutu di dalam website Kementerian Kesehatan RI (<https://mutufasyankes.kemkes.go.id/simar/>) sebelum tanggal 10 dibulan selanjutnya.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan: $\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$
--

Tabel 3.15 Tercapainya Indikator Nasional Mutu Sesuai Target

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Tercapainya indikator Nasional Mutu sesuai target	12	12	100,00	31.926.357.407	30.417.985.593	95%	5%

Realisasi indikator tercapainya indikator Nasional Mutu sesuai target pada tahun 2023 mencapai 12 (dua belas) laporan, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 12 (dua belas) laporan sehingga capaian indikator tersebut adalah 100%. Untuk mendukung keberhasilan indikator tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 31.926.357.407 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 30.417.985.593 (95%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber dayasebesar 5%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Tindak lanjut

Pertahankan laporan INM setiap bulannya untuk selalu dikirim tepat waktu

KPI 6. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan

Target Kejadian Sentinel Nol

Definisi Operasional

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah pelaporan 12 INM tiap bulan (Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember)

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

Realisasi periode tahun sebelumnya

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf
2. Memastikan sarana dan prasarana tersedia dan sesuai standar.
3. Memastikan kompetensi staf
4. Meningkatkan controlling pelaksanaan asuhan
5. Melakukan mitigasi risiko, terutama untuk kondisi potensial cedera signifikan.
6. Laporan insiden keselamatan pasien sesuai prosedur
7. Rekapitulasi dan pelaporan data insiden keselamatan pasien

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Memastikan bahwa seluruh staf memiliki budaya kesadaran melaporkan insiden kejadian sentinel.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol tahun 2023 sebesar 12 laporan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 12 laporan dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 12 laporan sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3. 16 KPI-6 Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	12	12	2023-2022	-	-	-	100,00

Tabel 3.17 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Target Jangka Menengah	Naik Turun (%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
12		100,00

Analisis Capaian Kinerja

Insiden keselamatan pasien (IKP) yang terjadi pada TW 4 tahun 2023 dan dilaporkan ke Kementerian Kesehatan, terdiri dari kejadian tidak diharapkan (KTD) berjumlah 7 kejadian. Dari 7 KTD tersebut dikelompokkan berdasarkan grading yaitu grading hijau berjumlah 5 kejadian dan grading kuning berjumlah 2 kejadian. Untuk kejadian sentinel yang terjadi di TW 4 tahun 2023 tidak ada (nol). IKP dilaporkan setiap bulan melalui website : <https://mutufasyankes.kemkes.go.id>

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.18 Efisiensi Sumber Daya Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target kejadian senstinel nol

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12	12	100,00	31.926.357.407	30.417.985.593	95	5

Realisasi indikator laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol pada tahun 2023 mencapai 12 laporan, mencapai target sesuai yang ditetapkan sebesar 12 laporan sehingga capaian indikator tersebut adalah 100%. Untuk mendukung keberhasilan indikator tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 31.926.357.407 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 30.417.985.593 (95%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 5%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak lanjut

Mengedukasi untuk budaya lapor insiden kejadian sentinel.

1.4. Sasaran strategis menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik

KPI 7. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Definisi Operasional

Selisih NDR tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelum x 100%

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\text{NDR tahun berjalan} - \text{NDR tahun sebelumnya}}{\text{NDR tahun sebelumnya}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

Realisasi periode tahun sebelumnya

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{=(1 + \text{Target (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)})}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{=(1 + \text{Target jangka menengah}) - \text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Monitoring keterlibatan DPJP dalam pelayanan pasien
2. Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Mengembangkan protokol medis efektif, meningkatkan sistem monitoring pasien, melakukan audit keamanan pasien secara berkala dan Implementasikan sistem pencatatan elektronik.
2. Monitor tingkat kepatuhan rumah sakit terhadap standar dan melakukan analisis mendalam terhadap setiap kasus kematian.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI. Realisasi Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal sebesar (-0,49) telah mencapai target yang ditetapkan sebesar <2,5 dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar <2,5 sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya diprediksi sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.19 KPI-7 Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Targ et	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	<2,5	(-0,49)	-	-	-	-	220

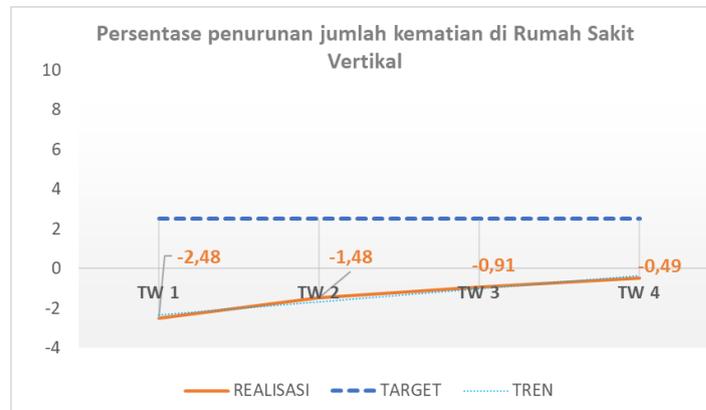
Tabel 3.20 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase penurunan Jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
<2,5		220

Analisis Capaian Kinerja

Capaian NDR Rumah Sakit jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebesar (-0,49) telah mencapai target yang ditentukan Kemenkes (<2.5%), dengan tingkat capaian sebesar 220%

Grafik 3.5 Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.21 Efisiensi Sumber Daya Presentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	<2,5	-0,49	220	89.845.398.649	85.749.049.440	95	124

Realisasi indikator persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal pada tahun 2023 mencapai (-0,49%), melebihi target yang telah ditetapkan sebesar dibawah 2.5% sehingga capaian indikator tersebut adalah 220%. Untuk mendukung keberhasilan indikator tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 89.845.398.649 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 85.749.049.440 (95%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 124%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

Optimalisasi clinical pathway

- 1.5. Sasaran strategi meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit

KPI 8. Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan

Definisi Operasional

Hasil Pelaksanaan audit medis yang dilaporkan setiap 6 bulan

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah laporan hasil audit setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan monitoring unit terkait kasus yang akan diaudit (STEMI)
2. Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Implementasikan tindakan perbaikan berkelanjutan untuk meningkatkan efektivitas penanganan kasus STEMI.
2. Menggunakan umpan balik untuk terus memperbaiki SOP sesuai dengan kebutuhan dan perubahan yang terjadi.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 (enam) bulan termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 (enam) bulan sebesar 2 (dua) laporan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 2 (dua) laporan dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 2 (dua) laporan sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3. 22 KPI-8 Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	100,00

Tabel 3. 23 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
2		100,00

Analisis Capaian Kinerja

Capaian Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 (enam) bulan Rumah Sakit jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebanyak 2 (dua) laporan yaitu berupa laporan hasil audit semester II tahun 2023 dan laporan hasil audit tahun 2023 meliputi : kriteria audit proses diagnosis, kriteria audit proses tatalaksana ,kriteria audit output klinis.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.24 Efisiensi Sumber Daya Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 kasus Layanan Prioritas di Masing-masing Rumah Sakit Setiap 6 Bulan

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2	2	100,00	58.834.382.595	57.455.542.622	98	2

Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 (enam) bulan pada tahun 2023 mencapai 2 (dua) laporan, mencapai target yang telah ditetapkan sebanyak 2 (dua) laporan sehingga capaian indikator tersebut adalah 100%. Untuk mendukung keberhasilan indikator tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 58.834.382.595 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 57.455.542.622 (98%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 2%.

Permasalahan/Kendala

Pengampu data belum menyampaikan data sesuai dengan jadwal yang ditentukan.

Upaya Tindak Lanjut

Mempertahankan pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 (Sembilan) kasus layanan prioritas untuk selalu dikirim tepat waktu

1.6. Sasaran strategis terselenggaranya pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal secara optimal

KPI 9. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Definisi Operasional

RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau institusi Kesehatan luar negeri terkait layanan unggulannya

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah layanan unggulan yang memiliki kerjasama dengan RS/ Institusi kesehatan LN. Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya}}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Peningkatan kompetensi dalam melaksanakan tindakan khusus
2. Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melaksanakan layanan intervensi non bedah menggunakan alat bantu hemodinamik IVAC 2L terhadap dua pasien yang mengalami penyakit jantung dengan risiko tinggi dan berpotensi mengalami syok kardiogenik.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional laporan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 1 (satu) layanan unggulan dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 1 (satu) layanan

unggulan sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023

Tabel 3.25 KPI-9 Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		2023-2022	Capaian Realisasi trhdp Target		
-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	100,00

Tabel 3.26 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
1		100,00

Analisis Capaian Kinerja

Capaian terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional RSJPDHK sebanyak 1(satu) layanan dari target yang ditentukan 1 (satu) layanan pada tahun 2023, yaitu layanan intervensi non bedah menggunakan alat bantu hemodinamik IVAC 2L yaitu merupakan kombinasi dari perangkat balon intra-aorta dan perangkat bantu ventrikel kiri yang bekerja bersama untuk memberikan dukungan hemodinamik pada pasien dengan kondisi kardiovaskular yang serius.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.27 Efisiensi Sumber Daya Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Terselenggaraannya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1	1	100,00	13.723.503.174	13.237.465.819	96	4

Realisasi indikator terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional pada tahun 2023 mencapai 1 (satu) layanan, mencapai target yang telah ditetapkan sebanyak 1 (satu) layanan sehingga capaian indikator tersebut adalah 100%. Untuk mendukung keberhasilan terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp. 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 13.237.465.819 (96%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 4%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada Kendala

Upaya Tindak lanjut

Monitoring dan evaluasi pengembangan program layanan unggulan bertaraf internasional di RSJPDHK secara berkala.

KPI 10. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Definisi Operasional

1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan.

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

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$$

Total unsur yang terisi dari seluruh responden

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

Realisasi periode tahun sebelumnya

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar.
2. Monev alur penanganan pengaduan
3. Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi komplain masyarakat.
4. Mengupayakan ketersediaan tempat parkir khusus pasien RSJPDHK (Valet parkir; Free Parkir; Area khusus)

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menetapkan jadwal pembersihan rutin untuk ruang tunggu dan toilet. Pastikan bahwa staf kebersihan menyediakan perhatian khusus pada area yang sering digunakan dan bahwa pembersihan dilakukan secara teratur sepanjang hari.
2. Menjadikan monitoring dan evaluasi sebagai bagian dari siklus perbaikan berkelanjutan. Setelah mengidentifikasi area perbaikan, merancang dan menerapkan langkah-langkah perbaikan untuk meningkatkan alur penanganan pengaduan.
3. Membuat analisa data dari media tambahan yang digunakan untuk mengukur efektivitasnya. Gunakan umpan balik masyarakat untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan dan aksesibilitas informasi.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 89,95% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100% yang artinya telah tercapai. Untuk target jangka

menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 1 (satu) laporan sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3. 28 KPI-10 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		(%)	2023-2022	Capaian Realisasi trhdp Target	
-	-	-	-	-	-	>80	89,95	-	-	-	-	112,44

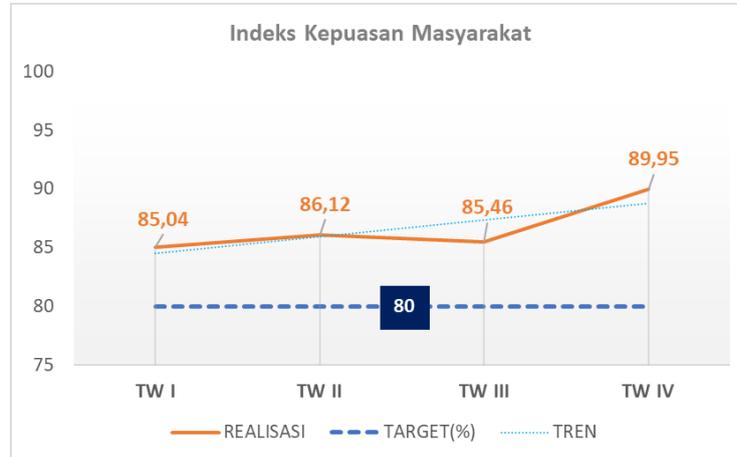
Tabel 3.29 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
>80		112,44

Analisis Capaian Kinerja

Pada Triwulan I realisasi tingkat kepuasan pasien sebesar 85,04%, Triwulan II 86,12, pada Triwulan III sebesar 85,46% sehingga hasil survei kepuasan Pelanggan TW IV sudah mencapai nilai 89,95% sesuai dengan mutu pelayanan A (Sangat Baik), secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.6 Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan Triwulan I s/d Triwulan IV Tahun 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.30 Efisiensi Sumber Daya Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	80	89,95	112,44	13.723.503.174	13.237.465.819	96	16

Realisasi indikator tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan pada tahun 2023 sebesar 89,95, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80 sehingga capaian indikator tersebut adalah 112,44%. Untuk mendukung keberhasilan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 13.237.465.819 (96%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 16%.

Permasalahan/Kendala

1. Poliklinik masih perlu meningkatkan layanannya terutama dokter datang lebih tepat waktu pada saat jam praktek layanan melampaui harapan Pelanggan
2. Fasilitas VIP tidak sesuai dengan tarif
3. Kenaikan tarif yang mahal memberatkan pasien
4. Jadwal antrian operasi sangat lama

Upaya Tindak Lanjut

1. Koordinasi dengan unit kerja terkait untuk meningkatkan kecepatan dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan
2. Fasilitas sarana dan prasarana untuk terus ditingkatkan dan dibenahi sesuai harapan pelanggan
3. Koordinasi dengan Bidang Medik agar pelayanan dokter di Poliklinik Umum tepat waktu
4. Perlu dilakukan evaluasi tarif
5. Diberikan pelatihan Service Excellent untuk seluruh petugas RS

KPI 11. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Definisi Operasional

1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien *Check In* di RS sampai dengan menerima obat.
2. *Check In* adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.
3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 Menit.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang} \leq 120 \text{ menit}}{\sum \text{pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Otomasi sistem pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan
2. Implementasi Sistem Aplikasi pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan implementasi
3. Peningkatan koordinasi antar lini terkait dalam pengelolaan data

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menjadikan otomasi sebagai bagian dari komitmen terhadap perbaikan terus-menerus serta melakukan evaluasi rutin dan perbarui sistem sesuai dengan perubahan kebutuhan dan teknologi terbaru.
2. Menerapkan sistem monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan untuk memantau kinerja sistem secara rutin. Identifikasi potensi perbaikan dan lakukan evaluasi periodik untuk memastikan sistem tetap relevan.
3. Melakukan evaluasi rutin terhadap proses koordinasi dan manajemen data. Mintalah umpan balik dari lini terkait dan perbarui strategi jika diperlukan.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang telah mencapai

Tabel 3. 31 KPI-11 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	>80	80,61	-	-	-	-	100,76

 Tabel 3. 32 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
>80		100,76

Analisis Capaian Kinerja

Pada bulan Januari waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebesar 57,03%, namun pada bulan Maret sudah mengalami peningkatan sebesar 66,71% dan pada akhir tahun 2023 sebesar 80,61%, tercapai sesuai target yang ditetapkan Kemenkes yaitu >80%

Grafik 3.7 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Januari s/d Desember Tahun 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.33 Efisiensi Sumber Daya Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	80	80,61	100,76	13.723.503.174	13.237.465.819	96	4

Realisasi indikator waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada tahun 2023 sebesar 80,61%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80% sehingga capaian indikator tersebut adalah 100,76%. Untuk mendukung keberhasilan waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp. 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 13.237.465.819 (96%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 4%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

1. Mempertahankan kepatuhan Staf Medik dalam pemenuhan ketepatan waktu pelayanan
2. Optimalisasi pelayanan farmasi

KPI 12. Penundaan waktu operasi elektif

Definisi Operasional

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

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{pasien yang jadwal operasinya tertunda} \geq 1 \text{ Jam}}{\sum \text{pasien operasi elektif}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Monitoring dan Evaluasi penyebab penundaan operasi elektif
2. Penambahan fasilitas ruang intensif (pasca operasi)
3. Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Implementasikan sistem informasi yang memungkinkan pelacakan waktu penundaan operasi dan mencatat informasi terkait. Sistem ini dapat membantu dalam pengumpulan data yang lebih akurat dan analisis yang efisien.
2. Menyesuaikan jumlah tempat tidur di ruang intensif dengan kebutuhan yang diantisipasi. Perencanaan kapasitas yang baik dapat memastikan ketersediaan tempat tidur saat diperlukan.
3. Menetapkan indikator kinerja yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitas penapisan kriteria pasien. Monitor dan evaluasi secara berkala untuk memastikan pencapaian tujuan.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 penundaan waktu operasi elektif termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Penundaan waktu operasi elektif tahun 2023 sebesar 0,23% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar <3% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 192,33 %. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar <3% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.34 KPI-12 Penundaan waktu operasi elektif

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		2023-2022	Capaian Realisasi trhdp Target		
-	-	-	-	-	-	<3	0,23	-	-	-	-	192,33

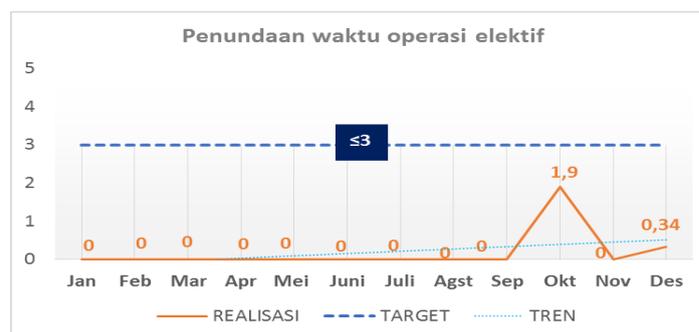
Tabel 3.35 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Penundaan waktu operasi elektif

Target Jangka Menengah	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024	
<3	192,33

Analisis Capaian Kinerja

Penundaan operasi elektif pada bulan Oktober sebesar 1,9% sedangkan pada bulan Desember sebesar 0,34% sudah tercapai di bawah <3% hal ini disebabkan persiapan pasien dan koordinasi dengan tim dengan baik, secara rinci dapat dilihat grafik dibawah ini.

Grafik 3.8 Penundaan waktu operasi elektif



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan: $\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$

Tabel 3.36 Efisiensi Sumber Daya Penundaan Waktu Operasi Elektif

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Penundaan waktu operasi elektif	<3	0,23	192	13.723.503.174	13.237.465.819	96	96

Realisasi indikator penundaan waktu operasi elektif pada tahun 2023 sebesar 0,23, melampaui target yang telah ditetapkan sebesar kurang dari 3% sehingga capaian indikator tersebut adalah 192%. Untuk mendukung keberhasilan Penundaan waktu operasi elektif tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 13.237.465.819 (96%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 96%.

Permasalahan / kendala:

Tidak ada kendala

Tindak lanjut:

Mempertahankan capaian, bekerja sesuai SOP

KPI 13. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Definisi Operasional

1. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan
2. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai jadwal}}{\sum \text{tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Percepatan penyelesaian program otomasi pengukuran waktu pelayanan
2. Peningkatan pengawasan pengelolaan data secara manual
3. Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Pilih teknologi otomasi yang tepat untuk kebutuhan pengukuran waktu pelayanan. Pastikan bahwa teknologi yang dipilih dapat diintegrasikan dengan sistem yang sudah ada dan dapat diterapkan secara efisien.
2. memvalidasi data yang dimasukkan secara manual untuk mencegah kesalahan pada tingkat awal. Terapkan aturan validasi untuk memastikan bahwa data yang dimasukkan sesuai dengan format dan kriteria yang ditetapkan.
3. Evaluasi efektivitas tindakan perbaikan secara berkala. Lakukan pembaruan pada proses dan sistem jika diperlukan untuk meningkatkan kinerja secara berkelanjutan.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik tahun 2023 sebesar 81% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 80% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 101,25 %. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 80% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.37 KPI-13 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	>80	81,00	-	-	-	-	101,25

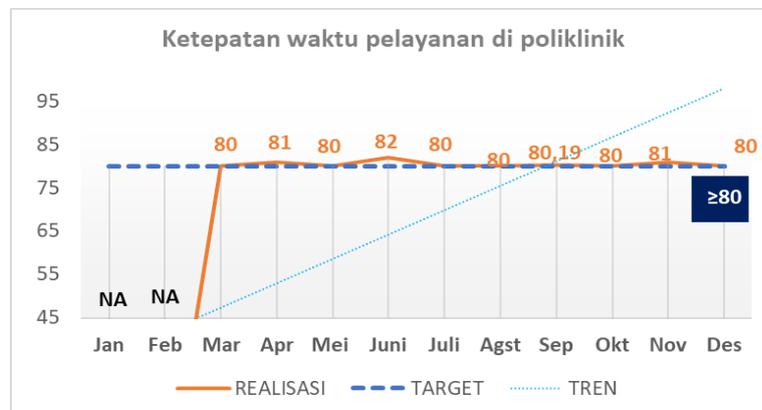
Tabel 3.38 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
>80		101,25

Analisis Capaian Kinerja

Capaian indikator Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik pada Triwulan 1 sebesar 80% tidak tercapai hal ini disebabkan ada beberapa dokter ada kegiatan rumah sakit sehingga pelayanan tidak tepat waktu, namun pada Triwulan 2 sampai dengan Triwulan 4 sebesar 81 % telah mencapai target 80%, secara rinci dapat terlihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.9 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
Januari s/d Desember Tahun 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.39 Efisiensi Sumber Daya Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	80	81	101,25	13.723.503.174	13.237.465.819	96,46	4,79

Realisasi ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik pada tahun 2023 mencapai 81%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80% sehingga capaian indikator tersebut adalah 101,25%. Untuk mendukung ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 13.237.465.819 (96,46%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 4,79%.

Permasalahan/Kendala

Adanya rapat berbarengan dengan pelayanan, visitasi atau ada tugas dari RS sehingga pelayanan masih ada bbrp dokter tidak tepat waktu

Upaya Tindak Lanjut

Disarankan untuk dokter-dokter agar tepat waktu dalam memberi pelayanan dan tidak bersamaan antara praktek poli dengan rapat atau tindakan, agar menjadi pertimbangan Bidang Medik

KPI 14. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

Definisi Operasional

1. Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya

2. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{pasien yang visite dokter pada hari kerja pukul 06.00-12.00}}{\sum \text{pasien rawat inap}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Re-edukasi kepada DPJP terkait kepatuhan melakukan tapping
2. Identifikasi permasalahan penyebab *downtime* saat melakukan tapping.
3. Perbaiki SOP (terkait kecepatan dan ketepatan penginputan untuk menghindari delay)

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Melakukan penilaian kebutuhan pendidikan untuk memahami tingkat pemahaman DPJP terkait tapping serta identifikasi area-area di mana perbaikan atau pembaruan diperlukan.

1. Menerapkan sistem pemantauan secara real-time untuk melacak kinerja sistem selama

tapping. Ini dapat membantu mengidentifikasi secara langsung ketika terjadi *downtime* dan memberikan informasi yang diperlukan untuk analisis segera.

2. Lakukan pembaruan SOP secara berkala sesuai dengan perubahan kebijakan, regulasi, atau perubahan kebutuhan organisasi. Pastikan bahwa SOP tetap relevan dan efektif.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap tahun 2023 sebesar 94,10% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 80% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 117,63%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 80% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.40 KPI-14 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		(%)	Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		2023-2022	Capaian Realisasi trhdhp Target			
-	-	-	-	-	-	>80	94,10		-	-	-	-	117,63

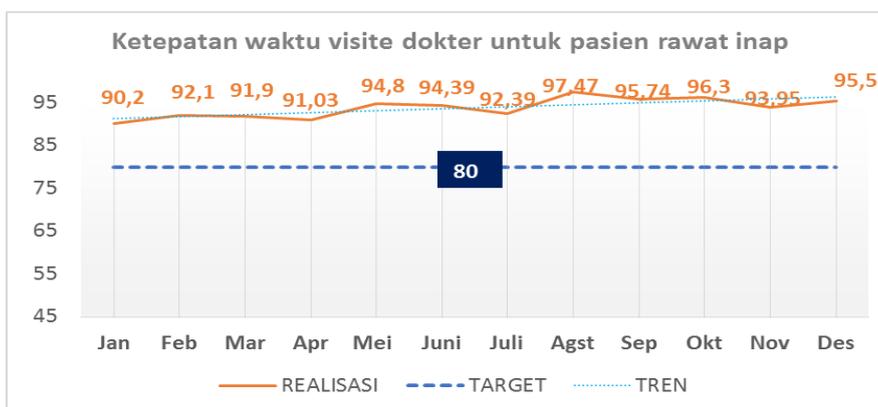
Tabel 3.41 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
>80		117,63

Analisis Capaian Kinerja

Pada capaian bulan Januari capaian ketepatan waktu visite dokter sebesar 90,20% , mulai ada peningkatan dari bulan Februari sampai bulan Desember sebesar 95,50, secara keseluruhan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 80%, secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini

Grafik 3. 9 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
Januari s/d Desember Tahun 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.42 Efisiensi Sumber Daya Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	80	94,1	117,63	13.723.503.174	13.237.465.819	96,46	21,17

Realisasi ketepatan waktu pelayanan visite dokter untuk pasien rawat inap pada tahun 2023 mencapai 94,1%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80% sehingga capaian indikator tersebut adalah 117,63%. Untuk mendukung ketepatan waktu visite dokter tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp. 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 13.237.465.819 (96,46%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 21,17%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

Tidak ada upaya tindak lanjut

KPI 15. Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada Kasus STEMI

Definisi Operasional

Terapi reperfusi PCI primer, *Door to Balloon Time/door to device* adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga *device* melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 90 Menit.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Balloon Time} \leq 90 \text{ Menit}}{\sum \text{pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer sesuai indikasi}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:
(Realisasi periode tahun berjalan (saat ini) – Realisasi periode tahun sebelumnya)

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya}}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)
_____ X 100

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)
_____ X 100

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi
2. Upaya peningkatan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT
3. Peningkatan utilisasi ruangan cath lab untuk menghindari cathlab on *running*.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan pemantauan dan evaluasi berkelanjutan terhadap waktu respons dan pelaksanaan tindakan Cath serta tinjau kembali proses secara berkala dan identifikasi area-area yang dapat ditingkatkan.
2. Melibatkan dalam penelitian dan inovasi untuk meningkatkan metode diagnosis dan penanganan PPCI serta memantau perkembangan teknologi medis yang dapat mempercepat proses penerimaan.
3. Menerapkan pendekatan multidisiplin untuk perencanaan kasus. Melibatkan berbagai ahli termasuk ahli kardiologi, ahli bedah, perawat, dan teknisi dalam perencanaan dapat memastikan bahwa semua aspek dipertimbangkan dengan baik.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada Kasus STEMI termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada Kasus STEMI tahun 2023 sebesar 92,30% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 80% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 115,40%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 80% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

 Tabel 3.43 KPI-15 . Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada Kasus STEMI

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	>80	92,03	-	-	-	-	115,40

 Tabel 3.44 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada Kasus STEMI

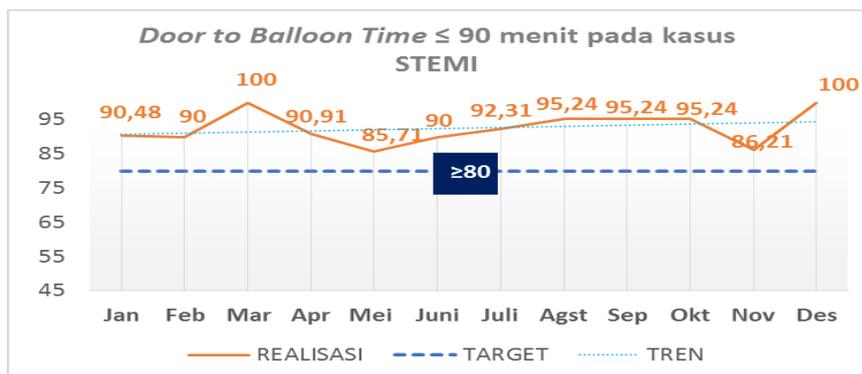
Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
>80		115,40

Analisis Capaian Kinerja

Pada bulan Mei terjadi penurunan *Door to Ballon time* < 90 menit pada kasus STEMI sebesar 85,71% disebabkan adanya evolusi EKG menjadi STEMI sehingga penegakan diagnosa menjadi mundur serta adanya kesulitan kanulasi wire (spasme) sehingga pindah ke arteri femoralis dan delay keputusan tindakan dari keluarga karena pasien datang sendiri, sedangkan pada bulan November 86,21 % juga terjadi penurunan hal ini

disebabkan adanya stabilisasi klinis pasien rehidrasi cairan evaluasi analisa gas darah dan kesulitan dalam tindakan lesi di koroner anterior (LAD) sulit ditembus, namun masih mencapai target yang ditentukan ($\geq 80\%$), secara keseluruhan capaian keberhasilan *Door to Balloon Time* ≤ 90 menit pada kasus STEMI tahun 2023 sebesar 92,03% sehingga telah mencapai target.

Grafik 3.10 Door to Balloon Time < 90 menit pada kasus STEMI



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.45 Efisiensi Sumber Daya Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada kasus STEMI

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Door to Balloon Time ≤ 90 Menit pada kasus STEMI	80	92,03	115,40	13.723.503.174	13.237.465.819	96,46	18,58

Realisasi Door to Balloon Time \leq 90 Menit pada kasus STEMI pada tahun 2023 mencapai 92,03%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80% sehingga capaian indikator tersebut adalah 115,40%. Untuk mendukung Door to Balloon Time \leq 90 Menit pada kasus STEMI tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.723.503.174 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 13.237.465.819 (96,46%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 19%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

Tidak ada upaya tindak lanjut

2. Tujuan : Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas

Untuk mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas RSJPDHK sasaran strategis yaitu :

2.7 Sasaran strategis terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular.

KPI 16. Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan

Definisi Operasional

Prosentase pernyataan puas dan sangat puas dari pengguna lulusan diklat

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{pengguna/pengirim peserta diklat yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\sum \text{seluruh pengguna/pengirim peserta diklat yang membalas/mengisi survey}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Pengumpulan data atasan langsung peserta didik melalui pengisian link pendataan untuk koordinasi penilaian peserta didik pasca pelatihan
2. Pengiriman surat ke instansi peserta didik untuk penilaian pasca evaluasi
3. Menyusun laporan pencapaian target
4. Melakukan validasi terhadap target yang belum tercapai dengan pengecekan hasil penilaian peserta selama pelatihan di laporan pelatihan dan wawancara ke atasan langsung peserta

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Implementasikan sistem evaluasi kinerja yang memungkinkan peserta didik untuk secara terus-menerus memonitor serta menyediakan mekanisme umpan balik yang langsung dan rekomendasi perbaikan.

Pencapaian Kinerja

Realisasi tahun Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan sebesar 95,65% telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 87% dengan tingkat capaian Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan tahun 2023 sebesar 111,09%. Jika kita bandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 masih sama dengan tahun 2023, maka capaiannya masih 111,09%

Tabel 3.46 KPI-16 Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	83	-	95,92	87	96,65	0,76	-	97,65	112,85	111,09

Tabel 3.47 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan

Target Jangka Menengah	Naik Turun (%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
87		111,09

Analisis Capaian Kinerja

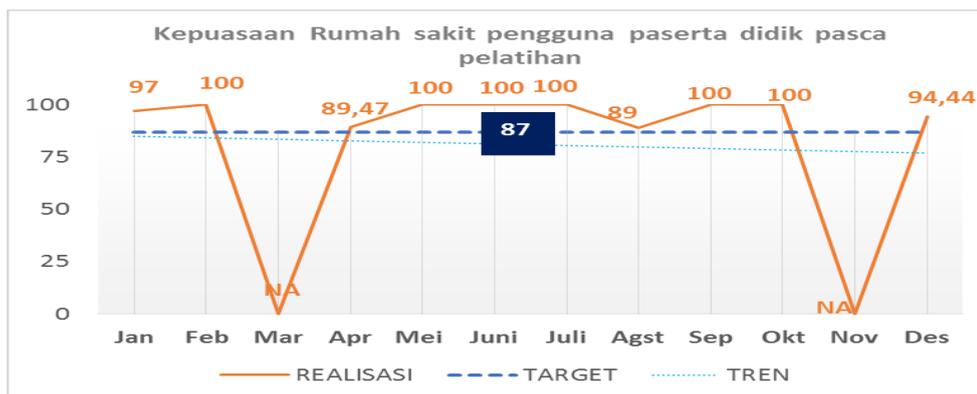
Pada Triwulan IV tahun 2023, terdapat 3 kegiatan survei pasca pelatihan untuk kegiatan diklat yang telah selesai 6 bulan setelahnya serta telah selesai pengumpulan datanya sehingga dapat dilakukan analisa. Berikut rekapitulasi survei yang dilakukan :

Survei didistribusikan kepada 27 instansi peserta diklat untuk sebanyak 75 peserta. Namun data yang berhasil mendapatkan respon sebanyak 51 orang (68%). Dari sejumlah data yang kembali ke RSJPDHK dilakukan perhitungan kepuasan RS Pengguna Peserta Didik pasca pelatihan dengan realisasi sebagai berikut : - Pada Oktober 2023 terdapat 1 data hasil survei evaluasi pasca pelatihan yaitu PKKvTD I tahun 2023 dengan tingkat kepuasan sebesar 100%. - Pada Desember 2023 terdapat 1 data hasil survei evaluasi pasca pelatihan yaitu PKKvTD II tahun 2023 dengan tingkat kepuasan sebesar 100%. - Pada Desember 2023 terdapat 1 data hasil survei evaluasi pasca pelatihan yaitu PKKvTD III tahun 2023 dengan tingkat kepuasan sebesar 100%. - Realisasi TW IV tahun 2023 dengan rerata sebesar 96% yaitu sebanyak 49 orang menyatakan puas terhadap hasil mengikuti kegiatan diklat di RSJPDHK dari 51 respon data. Sehingga pencapaian rerata Januari s/d Desember 2023 sebesar 97% dan telah mencapai nilai standar.

No.	Nama Pelatihan	Periode	Jumlah			Periode Pelaporan
			Instansi Pengguna	Peserta	Respon	
1..	Pelatihan Keperawatan Kardiovaskular Tingkat (PKKvTD) Bagi Perawat di Pelayanan Kesehatan Angkatan I 2023	11 Januari s.d 3 April 2023	1 (internal)	25	15	Oktober 2023
2.	Pelatihan Keperawatan Kardiovaskular Tingkat Dasar (PKKvTD) Bagi Perawat di Pelayanan Kesehatan II 2023	15 Februari s.d 19 Mei 2023	14	25	13	Desember 2023
3.	Pelatihan Keperawatan Karidovaskular Tingkat (PKKvTD) Bagi Perawat di Pelayanan Kesehatan Angkatan III 2023	20 Maret s.d 22 Juni 2023	12	25	23	Desember 2023
Total			27	75	51	

Tren keberhasilan kepuasan rumah sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan tahun terakhir tahun 2020 sebesar 85% tahun 2021 sebesar 95,92% dan tahun 2023 sebesar 96,65%, tren pada tahun 2023 dapat dilihat pada grafik dibawah ini

Grafik 3.11 Kepuasan Rumah Sakit Pengguna Peserta Didik Pasca Pelatihan



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.48 Efisiensi Sumber Daya Kepuasan Rumah Sakit Pengguna Peserta Diklat Pasca Pelatihan

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta diklat pasca pelatihan	87	96,65	111,09	29.273.792.797	28.668.471.460	97,93	13,16

Realisasi kepuasan rumah Sakit pengguna peserta diklat pasca pelatihan pada tahun 2023 mencapai 96,65%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 87% sehingga capaian indikator tersebut adalah 111,09%. Untuk mendukung kepuasan rumah sakit pengguna peserta diklat pasca pelatihan tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 29.273.792.797 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 28.668.471.460 (97,93%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 13,16% dikarenakan dilakukan penggunaan pembelajaran secara mandiri melalui aplikasi *Learning Management System* (LMS) pada kegiatan pelatihan sehingga memudahkan akses oleh peserta dan memonitor data penilaian yang sudah masuk serta menggunakan tiap kegiatan melalui WA Group pelatihan yang dibentuk. Penggunaan sumber daya seperti waktu, tenaga pengajar, dan fasilitas pelatihan yang dioptimalkan dengan baik sehingga dapat berdampak positif pada pengalaman peserta dan memberikan nilai tambah pada keberhasilan pelatihan.

Permasalahan /Kendala

Kendala yang dihadapi pada evaluasi pasca pelatihan yaitu kesulitan dalam pengembalian data dimana peserta diklat yang telah dikirimkan belum dapat kembali 100%, namun untuk tingkat kepuasan sudah tercapai sesuai standar

Upaya Tindak Lanjut

Memonitor dan *follow up* data survei yang dikirimkan ke instansi terkait

KPI 17. Jumlah produk inovasi layanan

Definisi Operasional :

Inovasi adalah hasil penelitian atau pemikiran metode kerja baru yang dapat diaplikasikan dalam manajemen pelayanan dengan penetapan direksi atau menjadi standar pelayanan.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah hasil penelitian atau pemikiran metode kerja baru yang dapat diaplikasikan dalam manajemen pelayanan dengan penetapan direksi atau menjadi standar pelayanan

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya}}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan sosialisasi serta motivasi staf RSJPDHK untuk mengajukan inovasi layanan baik berbasis riset maupun non riset melalui acara research talk.
2. Melakukan kajian serta penilaian terhadap semua usulan inovasi yang masuk sepanjang tahun 2023.
3. Melakukan penetapan inovasi layanan melalui ketetapan Direksi atau standar pelayanan.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melibatkan narasumber yang memiliki pengalaman dalam pengembangan inovasi layanan.
2. Implementasi dan lakukan pemantauan dan evaluasi secara terus-menerus terhadap pelaksanaan.
3. Tetapkan mekanisme monitoring dan evaluasi untuk memastikan bahwa kebijakan inovasi berjalan sesuai rencana.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 Jumlah produk inovasi layanan termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi jumlah produk inovasi layanan tahun 2023 sebesar 1(satu) produk inovasi telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 1 (satu) produk dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 1 (satu) produk sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya samadengan tahun 2023.

Tabel 3. 49 KPI-17 Jumlah produk inovasi layanan

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
1	2	1	1	1	1	1	1	-	200	100	100	100

Tabel 3.50 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah

Jumlah produk inovasi layanan

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
1		100

Analisis Capaian Kinerja

Seleksi inovasi layanan telah selesai dilaksanakan pada hari Rabu, 13 September 2023 di ruang MSC lantai 2 dan ruang rapat lantai 3 gedung Litbang. Berdasarkan hasil seleksi, terdapat 4 (empat) inovasi sebagai "The Best of Innovation", dengan rincian: 2 (dua) inovasi dibidang manajemen dan 2 (dua) inovasi dibidang pelayanan. Terpilih 1 (satu) inovasi dari 4 (empat) inovasi yang masukkedalam kategori "The Best of Innovation" untuk diajukan sebagai inovasi layanan tahun 2023 di RSJPDHK dan ditetapkan melalui SK inovasi layanan tahun 2023 tanggal 11 Oktober 2023. Pengumuman pemenang inovasi dan launching inovasi layanan tahun 2023 dilaksanakan pada hari Rabu, 29 November 2023 pada saat acara puncak HUT RSJPDHK.sehingga untuk target tahun 2023 sudah tercapai, yaitu 1 (satu) inovasi layanan yang telah terbit SK nya pada bulan Oktober 2023. Inovasi layanan yang terpilih adalah inovasi layanan dibidang manajemen dengan judul "Sistem Informasi Manajemen Diklat Kardiovaskular (SIMDIKv)" dengan pengusul inovasi atas nama Tina Rahmawati, SP, MM dan tim. Inovasi tersebut merupakan salah satu dari 4 (empat) usulan inovasi yang termasuk dalam kategori "The Best of Innovation" sesuai dengan keputusan dewan juri saat pelaksanaan kegiatan seleksi inovasi layanan pada bulan September 2023.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.51 Efisiensi Sumber Daya Jumlah produk inovasi layanan

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Jumlah Produk Inovasi Layanan	1	1	100	29.273.792.797	28.668.471.460	97,93	2,07

Realisasi jumlah produk inovasi layanan pada tahun 2023 adalah 1 layanan, mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 1 (satu) layanan sehingga capaian indikator tersebut adalah 100%. Untuk mendukung indikator tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 29.273.792.797 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 28.668.471.460 (97,93%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 2,07%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

Persiapan perencanaan pelaksanaan seleksi inovasi layanan Tahun 2024

3. Tujuan : Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan

Untuk meningkatkan akses Masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan terdapat 3 (tiga) sasaran strategis yaitu :

3.8 Sasaran Strategis terwujudnya peningkatan akseibilitas RS Jejaring

KPI 18. Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama

Definisi Operasional :

Rumah sakit vertical melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah hasil penelitian atau pemikiran metode kerja baru yang dapat diaplikasikan dalam manajemen pelayanan dengan penetapan direksi atau menjadi standar pelayanan

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Penandatanganan MOU
2. Pelatihan
3. Proctorship DI-INB
4. Proctorship Bedah Jantung
5. Visitasi

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Mendorong RS jejaring untuk mengembangkan layanan kardiovaskular secara komprehensif sesuai dengan standar pelayanan strata utama.
2. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap progress pengembangan layanan kardiovaskular dan memberikan *feedback* serta rekomendasi dalam pemenuhan persyaratan RS jejaring untuk menjadi strata utama.
3. Membantu RS jejaring untuk melaksanakan pendidikan, pelatihan dan *fellowship* untuk memenuhi kualifikasi SDM yang sesuai standar strata utama.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama tahun 2023 sebesar 3 (tiga) rumah sakit telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 1 (satu) rumahsakit dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 300%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 1(satu) rumah sakit sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.52 KPI-18 Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdhp Target			
-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	300

Tabel 3.53 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
1		300

Analisis Capaian Kinerja

Capaian Jumlah RSUD/RSV yang Dibina Menjadi Strata Utama Tahun 2023 sebanyak 3 (tiga) rumah sakit yaitu RSUD Kanujoso, RSUD Dorys Silvanus, RSUD Tangerang telah mencapaitarget yang ditentukan 1 (satu) rumah sakit.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.54 Efisiensi Sumber Daya Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	1	3	300	64.391.974.139	63.452.403.230	98,54	201

Realisasi Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama pada tahun 2023 mencapai 1 (satu) RS, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 3 (tiga) RS sehingga capaian indikator tersebut adalah 300%. Untuk mendukung Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 64.391.974.139 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 63.452.403.230 (98,54%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 201%. Adanya kerjasama yang kuat antara pihak yang memberi binaan dengan RSUD/RSV yang dipilih serta dukungan dan komitmen dari RS terpilih sehingga dapat berkontribusi pada pencapaian strata utama.

Permasalahan/Kendala

1. RS jejaring yang belum memenuhi persyaratan standar pelayanan kardiovaskular sesuai standar strata utama, yaitu kemampuan pelayanan non intervensi, kateterisasi jantung dan bedah terbuka serta ketersediaan dokter spesialis dan subspecialis yang dipersyaratkan.
2. Adanya keterbatasan dari staf RSJPDHK untuk melakukan pengampunan ke rumah sakit binaan karena adanya kewajiban pelayanan di RSJPDHK dan pembatasan penjadwalan visitasi serta *proctorship* yang hanya dapat dilakukan di luar hari kerja (Sabtu dan Minggu).

Upaya Tindak Lanjut

1. Mengkaji kembali ketersediaan staf RSJPDHK yang akan melakukan kegiatan proctorship karena adanya peningkatan kebutuhan akan pengampuan kardiovaskular di rumah sakit binaan di Indonesia.
2. Melakukan harmonisasi penjadwalan *proctorship* yang akan dilakukan staf RSJPDHK dengan kewajiban pelayanan di hari kerja.
3. Tetap mendorong RS jejaring untuk meningkatkan kualitas layanan kardiovaskular agar sesuai dengan standar pelayanan strata utama.

3.9 Sasaran Strategis tercapainya peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN

KPI 19. Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN

Definisi Operasional :

Pertumbuhan pasien Non JKN meliputi pasien dengan jaminan Pribadi, Asuransi, maupun perusahaan dibandingkan antara tahun sebelumnya dengan tahun periode berjalan di rawat inap, rawat jalan dan MCU.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\Sigma \text{ kunjungan Pasien Non JKN tahun berjalan} - \text{dikurangi} \Sigma \text{ kunjungan pasien Non JKN tahun sebelumnya}}{\Sigma \text{ kunjungan pasien Non JKN tahun sebelumnya}} \times 100$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi terkait strategi promosi di era digitalisasi
2. Meningkatkan promosi melalui platform digital

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan ulasan reguler terhadap strategi promosi digital dan sesuaikan dengan perubahan tren pasar, perilaku konsumen, atau perkembangan teknologi baru.
2. Manfaatkan platform media sosial yang paling relevan untuk audien serta membuat dan jadwalkan posting yang konsisten, gunakan gambar dan video yang menarik, dan berinteraksi dengan pengikut.

Pencapaian Kinerja

Pada Tahun 2023 pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi pertumbuhan kunjungan pasien non JKN tahun 2023 sebesar 1% tidak mencapai target yang ditetapkan sebesar 25% dengan tingkat capaian tahun 2023 hanya sebesar 4%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 25 % sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.55 KPI-19 Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		2023-2022	Capaian Realisasi trhdp Target		
-	-	-	-	-	-	25	1	-	-	-	-	4,00

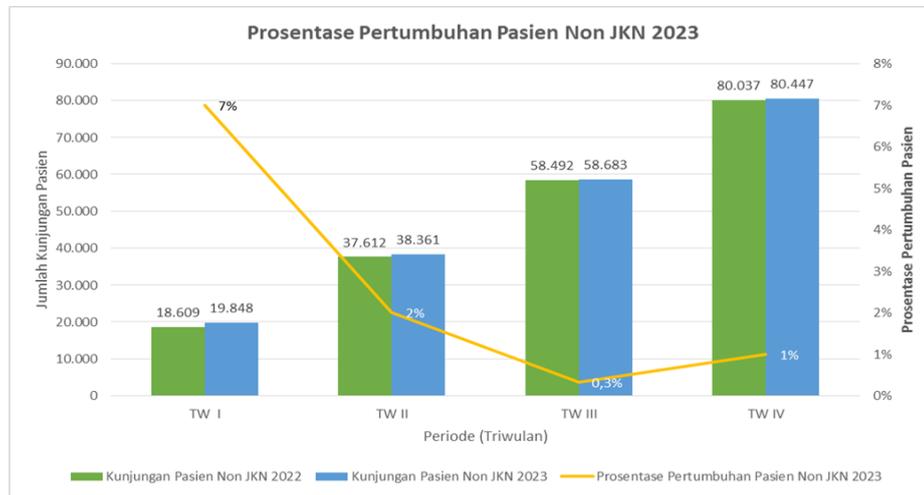
 Tabel 3.56 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
25		4,00

Analisis Capaian Kinerja

Penurunan pasien non JKN terjadi pada layanan rawat jalan umum, eksekutif, ODC dan MCU, hal ini disebabkan adanya perubahan tarif RS. Untuk baseline pencapaian RS pada pertumbuhan pasien non JKN adalah 3-5 %. Sementara untuk target pendapatan non JKN melebihi realisasi dari 25 %.

Grafik 3.12 Pertumbuhan Jumlah Kunjungan Pasien Non JKN



1. Rencana untuk meningkatkan pasien non JKN melalui pembukaan layanan private pada gedung ventrikel belum bisa terlaksana penuh, hal ini disebabkan karena adanya rencana pengembangan gedung pelayanan 1 dengan *mendemolish* gedung tersebut, sehingga pelayanan yang ada pada gedung tersebut di migrasikan ke gedung ventrikel.
2. Belum semua ruang private pada gedung ventrikel dapat dioperasikan karena belum tersedia alat kesehatannya.
3. Baseline pencapaian RS untuk pertumbuhan pasien non JKN adalah 3-5 % sehingga target 25% dipandang terlalu tinggi

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.57 Efisiensi Sumber Daya Pertumbuhan Jumlah Kunjungan Pasien Non JKN

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	25	1	4,00	93.387.016.665	89.084.942.703	95,39	(-91,39)

Realisasi Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN pada tahun 2023 mencapai 1%, tidak mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 25% dengan capaian indikator tersebut adalah 4,00%. Untuk mendukung Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 93.387.016.665 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 89.084.942.703 (95,39%). Capaian ini mengalami peningkatan walaupun tidak mencapai target sehingga di tahun depan perlu ada inisiatif strategis untuk meningkatkan jumlah kunjungan pasien non JKN serta evaluasi target.

Permasalahan/Kendala

1. Penurunan pasien non JKN pada Bulan Agustus 2023 terjadi baik di layanan rawat jalan umum, eksekutif, ODC dan MCU, hal ini dapat terjadi karena adanya perubahan tarif.
2. Pada Bulan September 2023, penurunan semakin besar dibandingkan Bulan Agustus 2023. Penurunan pasien Non JKN terjadi di rawat jalan umum (paling besar) dan rawat inap. Hal ini terjadi karena adanya kebijakan baru per 1 September 2023, di rawat jalan umum sudah tidak menerima pasien Non JKN (kecuali pasien yang sudah membuat perjanjian untuk konsultasi di poliklinik umum) sehingga terjadi penurunan yang cukup signifikan.

3. Capaian kunjungan pasien non JKN pada TW III tahun 2023 masih belum mengalami pertumbuhan.

Upaya Tindak Lanjut

1. Mengoptimalkan kuota Tindakan/hari khusus untuk pasien non JKN
2. Optimalisasi promosi ke perusahaan dan asuransi
3. Membuka pelayanan poliklinik eksekutif dengan perjanjian khusus (untuk dokter yang diminta pasien)

3.10 Sasaran strategis terlaksananya system rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

KPI 20. Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Definisi Operasional :

Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki respon *time* < 1 jam.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\Sigma \text{ data yang masuk ke SISRUTE dan direspon } < 1 \text{ jam}}{\Sigma \text{ total data yang masuk ke SISRUTE}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:
(Realisasi periode tahun berjalan (saat ini) – Realisasi periode tahun sebelumnya)

$$\frac{\quad}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan SIRS untuk proses perbaikan ketika sistem mengalami down
2. Optimalisasi Grup WA Sistem Bantu Rujuk DKI
3. Melakukan pembagian tugas pada staf perawat SPGDT dan perawat IGD untuk mengoperasikan aplikasi SISRUTE
4. Mengusulkan pembelajaran / resosialisasi mengenai SISRUTE bagi dokter /perawat baru

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Resosialisasi tentang indikator mutu unit terhadap petugas SPGDT Edukasi terhadap petugas baru tentang SISRUTE Menginformasikan di grup WA bantu rujuk DKI jika terjadi *downtime*. serta membuat WA grup bantu rujuk yang dibuat dari Kemkes

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal tahun 2023 sebesar 97,28 % telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 85% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 114,45%.

Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 85% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.58 KPI-20 Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	94,04	-	82,88	85	97,28	17,37	-	156,73	118,40	114,45

Tabel 3.59 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

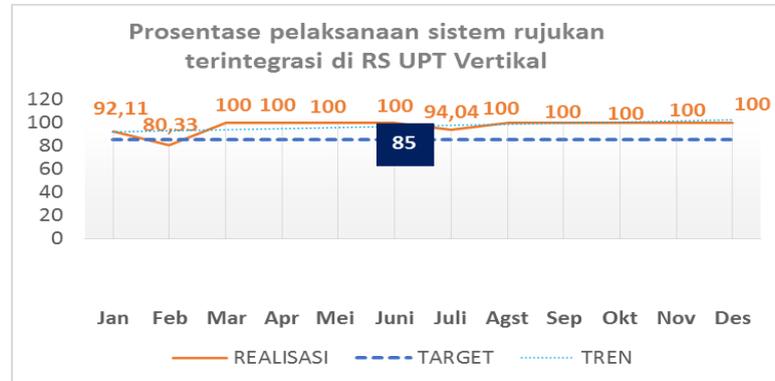
Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
85		114,45

Analisis Capaian Kinerja

Pada bulan Januari prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS Vertikal sebesar 92,11% sedangkan terjadi penurunan di bulan Februari sebesar 80,33%, namun mulai meningkat di bulan Maret sampai bulan Desember sebesar 100% , dengan standar capaian target SISRUITE response time kurang dari 1 jam, secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Grifik 3.13 Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Januari s/d Desember Tahun 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.60 Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85	97,28	114,45	25.361.315.789	24.588.490.619	96,95	17,49

Realisasi Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal pada tahun 2023 mencapai 97,28%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 85% sehingga capaian indikator tersebut adalah 114,45%. Untuk mendukung prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 25.361.315.789 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 24.588.490.619 (96,95%). Hal ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 17,49%.

Permasalahan/Kendala

Sering terjadi Downtime pada server SISRUTE

Upaya Tindak Lanjut

Pemantauan berjalannya SISRUTE secara berkesinambungan, Mengutamakan aplikasi SISRUTE dan meminimalkan penggunaan WA

4. Tujuan : Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan

Untuk meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan terdapat 4 (empat) sasaran strategis yaitu :

4.11 Sasaran strategis terlaksananya pemuktahiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi dan komunikasi

KPI 21. Prosentase Implementasi EMR

Definisi Operasional :

Medical Record adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Electronic Medical Record adalah Medical Record yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital pada seluruh unit kerja layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\Sigma \text{ unit kerja layanan yang mengimplementasikan EMR}}{\Sigma \text{ unit kerja layanan yang wajib mengimplementasikan EMR}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mengembangkan order pemeriksaan laboratorium terintegrasi
2. Mengevaluasi integrasi CPPT di radiologi
3. Berkoordinasi dengan pelayanan untuk downtime EMR
4. Mengadakan kerjasama dengan vendor untuk mengintegrasikan bed monitor dan flowsheet ruang intensif

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Mengembangkan dan tingkatkan fitur aplikasi EMR untuk memenuhi kebutuhan klinis dan administratif yang berkembang.
2. Memastikan alur kerja terintegrasi untuk meningkatkan efisiensi dan koordinasi antar departemen.
3. Memastikan data yang aman dan efisien untuk mendukung interoperabilitas antar layanan kesehatan.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 Prosentase Implementasi EMR termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Prosentase Implementasi EMR tahun 2023 sebesar 100% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 100% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 147%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 100% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sebesar 100% yaitu telah tercapai.

Tabel 3.61 KPI-21 Prosentase Implementasi EMR

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	100	100	-	-	-	-	100

Tabel 3.62 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Prosentase Implementasi EMR

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
100		100

Analisis Capaian Kinerja

Pada analisis RME (Risk Management Effectiveness) merupakan indikator positif bahwa sistem manajemen risiko di organisasi Anda berfungsi dengan baik dan telah mencapai tingkat efektivitas yang diinginkan sebesar 100%.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.63 prosentase implementasi EMR

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Prosentase Implementasi EMR	100	100	100	13.390.424.561	13.526.462.298	101,02	(-1,02)

Realisasi prosentase implementasi EMR pada tahun 2023 sebesar 100%, mencapai target yang telah ditetapkan 100% sehingga capaian indikator tersebut adalah 100%. Untuk mendukung prosentase implementasi EMR tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.390.424.561 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 13.526.462.298 (101,02%). Walaupun capaian implementasi EMR 100% namun ternyata anggaran yang diserap lebih dari 100% (101,02%).

Permasalahan/Kendala

Tanda tangan elektronik untuk Informed Consent

Upaya Tindak Lanjut

1. Pengembangan data Analitik
2. Integrasi semua hasil pemeriksaan dengan BPJS untuk proses klaim

KPI 22. Digital Maturity Index (DMI)

Definisi Operasional :

Merupakan alat ukur untuk menilai level kematangan implementasi digitalisasi pada institusi yang meliputi komponen pengukuran yang mencakup :

1. Sistem Informasi dan Infrastruktur
2. Standar dan Interoperabilitas
3. Manajemen Sumber Data Sistem Informasi
4. Data Analitik
5. Kompetensi, Keterampilan dan Penggunaan
6. Keamanan, Privasi dan Kerahasiaan Data
7. Rekam Medik Elektronik

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Level kematangan yang dapat dicapai pada setiap komponen penilaian DMI

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya}}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melaksanakan pengukuran level kematangan sesuai standar index maturitas (Kemenkes).
2. Melakukan perbaikan berdasarkan hasil asesmen.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan penilaian awal terhadap tingkat kematangan saat ini. Ini membantu dalam mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, dan area-area yang memerlukan perbaikan.
2. Menetapkan prioritas untuk perbaikan berdasarkan urgensi dan dampaknya terhadap tujuan organisasi atau sistem.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 Digital Maturity Index (DMI) termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Digital Maturity Index (DMI) tahun 2023 sebesar level 4,41 telah mencapai target yang ditetapkan sebesar Level 3 dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 147%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar Level 4 sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sebesar 110,25% yaitu telah tercapai.

Tabel 3.64 KPI-22 Digital Maturity Index (DMI)

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	3	4,41	-	-	-	-	147,00

Tabel 3.65 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah

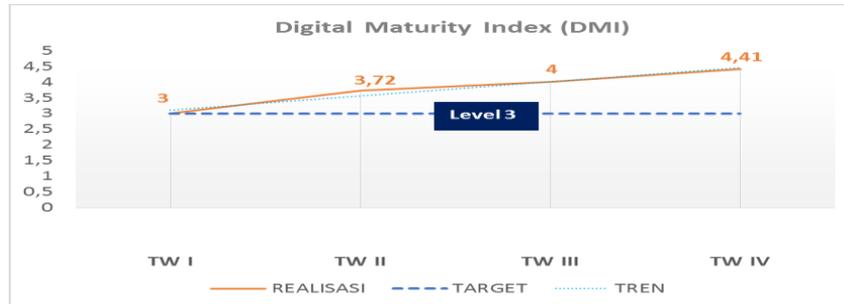
Digital Maturity Index (DMI)

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
4		110,25

Analisis Capaian Kinerja

Capaian level maturitas DMI pada TW 4 adalah pada level 4,41 sehingga pencapaiannya melebihi target yang telah ditetapkan.

Grafik 3.14 Digital Maturity Index (DMI) Triwulan I s/d Triwulan IV



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.66 Digital Maturity Index (DMI)

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Digital Maturity Index (DMI)	3	4,41	147	13.390.424.561	13.526.462.298	101,02	46

Realisasi prosentase Digital Maturity Index (DMI) pada tahun 2023 mencapai 4,41%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 3% sehingga capaian indikator tersebut adalah 147%. Untuk mendukung Digital Maturity Index (DMI) tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.390.424.561 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 13.526.462.298 (101,02%). Hal ini mencerminkan efisiensi sumber daya sebesar 46%.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala.

Upaya Tindak Lanjut

Meningkatkan capaian level pada masa yang akan datang menjadi lebih baik lagi.

4.12. Sasaran strategis mningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium

KPI 23. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital

Definisi Operasional :

Tersedianya sistem informasi surveilans internal yang dapat diintegrasikan

Cara Perhitungan

a. Realisasi

Jumlah sistem informasi surveilans yang dapat diintegrasikan

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

(Realisasi periode tahun berjalan (saat ini) – Realisasi periode tahun sebelumnya)

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya}}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan koordinasi dengan pengampu
2. Melakukan evaluasi penggunaan sistem informasi surveilans internal
3. Melakukan pelaporan

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Identifikasi pengampu yang terlibat dalam penggunaan sistem informasi surveilans internal. Rencanakan pertemuan rutin atau sesuai kebutuhan untuk berkoordinasi, berbagi informasi, dan membahas isu-isu yang mungkin timbul.

Pencapaian Kinerja

Realisasi terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital tahun 2023 sebesar 2 sistem telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 1 sistem dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 200%. Jika kita bandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 maka dengan capaian sebesar 200% artinya dapat mencapai target.

Tabel 3.67 KPI-23 Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital.

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdhp Target			
-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	200

Tabel 3.68 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital.

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
1		200

Analisis Capaian Kinerja

Sistem Surveilans yang berhasil diimplementasikan ada 2 sistem yaitu sistem NAR dan sistem SITB, dengan demikian target telah tercapai.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.69 Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1	2	200	24.307.946.706	24.198.891.301	99,55	100,45

Realisasi terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital pada tahun 2023 mencapai 2%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 1% sehingga capaian indikator tersebut adalah 200%. Untuk mendukung Realisasi terselenggaranya integrasi

sistem informasi surveilans berbasis digital tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp 24.307.946.706 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 24.198.891.301 (99,45%). Hal ini mencerminkan efisiensi sumber daya sebesar 100,45%. Terus mengoptimalkan sistem yang dapat memberikan dampak positif pada efisiensi dan efektivitas.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala.

Upaya Tindak Lanjut

Mempertahankan capaian.

4.13 Sasaran strategis meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan

KPI 24. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Definisi Operasional :

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum (\text{Persentase 1} + \text{Persentase 2})}{2} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

Target periode tahun berjalan (saat ini)

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Target jangka menengah

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mengusulkan SPA yang telah direncanakan.
2. Monitoring Realisasi usulan SPA yang telah direncanakan.
3. Inventarisasi SPA.
4. Pengecekan kondisi seluruh Sarana, Prasarana Alat Kesehatan yang ada.
5. Pemeliharaan SPA.
6. Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK.
7. Melaksanakan kalibrasi tepat waktu.
8. Melakukan monev secara berkala setiap 3 bulan.
9. Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Mempersiapkan kelengkapan dokumen usulan pengadaan, seperti spesifikasi, kajian kebutuhan, dan lainnya bekerjasama dengan satker pengusul
2. Mempercepat keluarnya dokumen perencanaan usulan kartu kendali pengadaan dengan target usulan di TW 2 sudah keluar semua
3. Melakukan koordinasi dengan Anggaran dan IPBJ dalam percepatan realisasi pengadaan secara berkala

4. Meningkatkan koordinasi dengan BMN dan IPSRS secara berkala untuk memonitor inventarisasi dan kalibrasi SPA

Pencapaian Kinerja

Realisasi persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar tahun 2023 sebesar 99,68% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 104,83%. Jika kita bandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 maka dengan capaian sebesar 104,93% artinya dapat mencapai target.

Tabel 3.70 KPI-24 Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	95	99,68	-	-	-	-	104,93

Tabel 3.71 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah

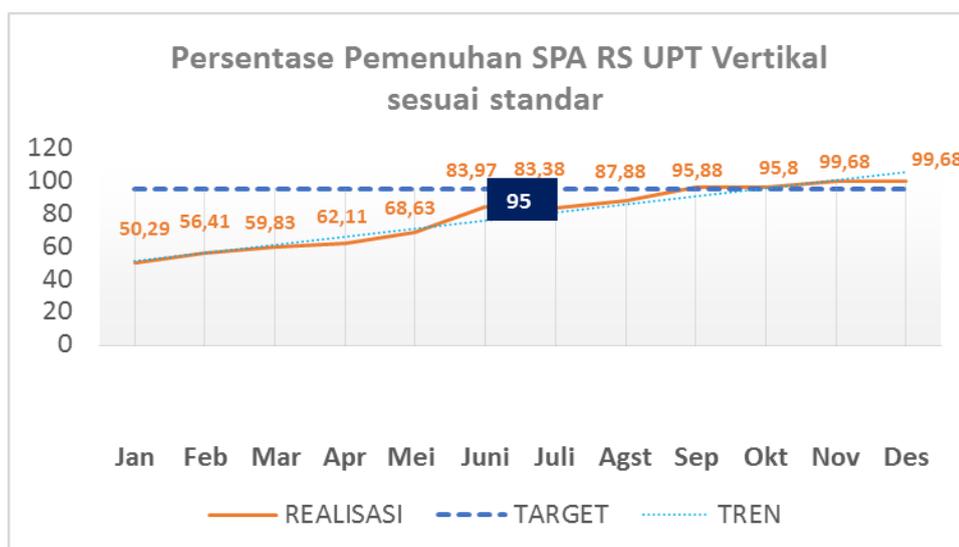
Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
95		104,93

Analisis Capaian Kinerja

Pada tahun 2023 realisasi capaian kesesuaian SPA sebesar 99,36% dan kalibrasi alat sebesar 100%, sehingga capaian indikator persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar mencapai 99,68%, secara rinci tergambar dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember mengalami peningkatan, terlihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.15 Persentase pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.72 persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95	99,68	104,93	40.076.513.169	38.188.393.861	95,29	9,64

Realisasi persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar pada tahun 2023 mencapai 99,68%, melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 95 % sehingga capaian indikator tersebut adalah 104,93%. Untuk mendukung persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar tersebut dialokasikan anggaran sebesar Rp. 40.076.513.169 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 38.188.393.861 (95,29%). Hal ini mencerminkan efisiensi sumber daya sebesar 9,64% telah mengoptimalkan penggunaan personel, peralatan, dan infrastruktur. serta strategi pengelolaan sumber daya yang efisien sehingga mencapai hasil yang maksimal dengan biaya yang minimal.

Permasalahan/Kendala

Capaian KPI ini terkait dengan berbagai pihak, baik pihak internal maupun eksternal. Sehingga dalam pencapaiannya diperlukan dukungan dari semua pihak.

Upaya Tindak Lanjut

Tetap terus melakukan monitoring pencapaian kinerja dan koordinasi dengan pihak terkait dengan konsisten agar KPI dapat tercapai sesuai target

4.14. Sasaran Strategis terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata Kelola

KPI 25. Skor GCG BLU

Definisi Operasional :

Nilai persentase dari *Good Corporate Governance*.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{Parameter GCG yang terpenuhi}}{\sum \text{Parameter GCG}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Perencanaan
2. Implementasi
3. Monitoring Evaluasi

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Perencanaan GCG BLU:
 - Rancang dokumen perencanaan yang mencakup komitmen organisasi terhadap penerapan GCG.
 - Lakukan audit awal untuk mengevaluasi sejauh mana praktik-praktik GCG telah diterapkan dalam organisasi.
 - Identifikasi area yang perlu ditingkatkan atau diperbaiki.
 - Perumusan Rencana Tindakan:
 - Tetapkan tujuan spesifik, target waktu, dan tanggung jawab untuk setiap langkah.
2. Implementasi GCG BLU:
 - Pastikan komitmen dan dukungan penuh dari pimpinan organisasi terhadap implementasi GCG.
 - Bangun sistem pengendalian intern yang kuat untuk memastikan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip GCG.
 - Lakukan pemantauan secara rutin untuk mengidentifikasi dan mengatasi potensi risiko.
3. Evaluasi GCG BLU:
 - Evaluasi tingkat kepatuhan terhadap kode etik, transparansi, akuntabilitas, dan tanggung jawab.
 - Libatkan pemangku kepentingan, termasuk karyawan, dalam proses evaluasi GCG.
 - Berkomunikasi secara terbuka dan transparan mengenai hasil evaluasi dan langkah-langkah perbaikan.
4. Adanya kerjasama KSO sewa lahan

Pencapaian Kinerja

Realisasi Skor GCG BLU tahun 2023 sebesar 93,75% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 93% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 100,81%. Jika dianalisa dari tren peningkatan realisasi Skor GCG dengan tahun ini dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 sebesar 94% maka diproyeksikan tidak mencapai target dengan capaian sebesar 99,73%.

Tabel 3.73 KPI-25 Skor GCG BLU

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
95	96,45	95	96,12	95	93,28	93	93,75	0,50	101,53	101,18	98,19	100,81

Tabel 3.74 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah

Skor GCG BLU

Target Jangka Menengah	Capaian Realisasi terhadap Target (%)
Tahun 2024	
94	99,73

Analisis Capaian Kinerja

Capaian skor GCG tahun 2020 cukup tinggi sebesar 96,45%, tahun 2021 mengalami penurunan sebesar 90%, namun tahun 2022 kembali mengalami peningkatan sebesar 93,28%, skor GCG tahun 2023 sebesar 93,75%.

Grafik 3.16 Skor GCG BLU tahun 2020- 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.75 Efisiensi Sumber Daya Skor GCG BLU

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Skor GCG BLU	93	93,75	100,81	60.645.473.900	58.559.173.326	97,00%	4%

Pada tahun 2023, capaian indikator Skor Tata Kelola Perusahaan (GCG) Badan Layanan Umum (BLU) mencapai tingkat yang sangat memuaskan sebesar 93,75%, melampaui target yang telah ditetapkan pada angka 93%, dan menghasilkan capaian indikator sebesar 100,81%. Upaya untuk mencapai kesuksesan ini diperkuat dengan alokasi anggaran sebesar Rp 60.645.473.900, yang berhasil diserap sebesar Rp 58.559.173.326 (97%). Tingkat efisiensi sumber daya sebesar 4% yang terwujud mencerminkan komitmen dalam pengelolaan sumber daya yang optimal, serta membuktikan pencapaian tingkat tata kelola perusahaan yang luar biasa pada tahun tersebut.

Permasalahan/Kendala

1. Unsur Kebijakan GCG dimana belum terdapat pedoman Good Corporate Governance yang ditetapkan.
2. Unsur Komitmen dimana pedoman Good Corporate Governance belum tersedia dan dikomunikasikan kepada seluruh jajaran Rumah Sakit.
3. Unsur SPI dimana beberapa personil SPI belum seluruhnya mengikuti pelatihan internal audit dalam rangka untuk meningkatkan kompetensi yang dibutuhkan untuk melaksanakan audit karena itu diharapkan dapat mengikuti pelatihan profesional berkelanjutan.

Upaya Tindak Lanjut

Direktur Utama Rumah Sakit Jantung dan pembuluh Darah Harapan Kita agar menginstruksikan kepada Direktur Keuangan dan BMN untuk menyusun pedoman *Good Corporate Governance* RSJPDHK dan mensosialisasikannya kepada seluruh karyawan RSJPDHK dan Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian untuk memprioritaskan pelatihan Internal Audit untuk Satuan Pemeriksaan Intern (SPI).

5. Tujuan : Meningkatkan kemandirian BLU

Untuk meningkatkan kemandirian BLU terdapat 3 (tiga) sasaran strategis yaitu :

5.15 Sasaran strategis terwujudnya efektifitas anggaran

KPI 26. POBO (Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional)

Definisi Operasional :

Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).

Beban Operasional merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan dan amortisasi.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\text{Pendapatan PNBP}}{\text{Beban Operasional}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Implementasi Perdir Pengadaan Barang dan Jasa
2. Efisiensi biaya pelayanan
3. Efisiensi biaya non pelayanan
4. Penyusunan SOP Verifikasi penyelesaian klaim pending

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Menetapkan revisi Tarif Layanan Umum oleh SK Dirut per 26 Juni 2023.
2. Adanya kerjasama KSO sewa lahan

Pencapaian Kinerja

Realisasi POBO tahun 2023 sebesar 113% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 85% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 132,94%. Jika dianalisa dari tren peningkatan POBO sampai dengan tahun ini dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2024 maka diproyeksikan dapat 137,78% artinya telah mencapai target.

Tabel 3.76 KPI-26 POBO (Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional)

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
80	84,43	80	100,60	80	98,06	85	113	26,45	105,54	125,75	122,58	132,94

Tabel 3.77 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah

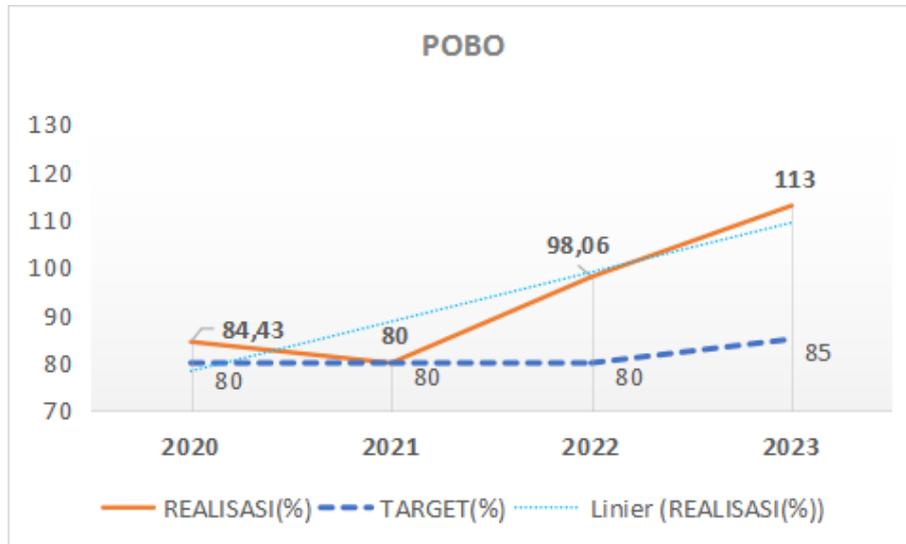
POBO (Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional)

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
90		137,78

Analisis Capaian Kinerja

Tahun 2020 Nilai capaian POBO sebesar 84,43%, tahun 2021 sebesar 100,60 namun tahun 2022 kembali meningkat sebesar 98,06% dan akhir tahun 2023 mengalami peningkatan sebesar 113% namun saat ini perhitungan masih Unaudited dengan target yang ditetapkan yaitu sebesar 85%. Capaian POBO RSJPDHK sebesar 113% dikarenakan adanya upaya dalam hal peningkatan pendapatan dan pengendalian biaya, secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.17 Nilai POBO tahun 2020 – 2023



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.78 Efisiensi Sumber Daya POBO (Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional)

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
POBO (Pendapatan Operasional & Biaya Operasional)	85	113	132,94	96.074.522.221	92.670.552.401	96	36

Pada tahun 2023, capaian indikator POBO mencapai sebesar 113%, melampaui target yang telah ditetapkan pada angka 85%. Capaian indikator tersebut secara khusus mencapai sebesar 132,94%. Untuk memberikan dukungan yang optimal terhadap hasil positif ini, dana sebesar Rp 96.074.522.221 dialokasikan, dengan penyerapan anggaran yang efisien mencapai Rp 92.670.552.401, atau sekitar 96%. Peningkatan ini menggambarkan terjadinya efisiensi sumber daya yang signifikan sebesar 36%, mencerminkan komitmen dalam mengelola Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional dengan efektif serta mencapai peningkatan yang substansial pada aspek keuangan dan operasional.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

1. Terus mengupayakan pengendalian biaya dengan melakukan efisiensi biaya baik di pelayanan maupun di non pelayanan.
2. Terus berinovasi dalam hal meningkatkan pendapatan rumah sakit

5.16. Sasaran strategis terlaksananya pemanfaatan BLU

KPI 27. Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU

Definisi Operasional :

Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset, baik aset pada BLU maupun pihak lain. Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset adalah sebagaimana yang dimaksudkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan BLU (pasal 127 sd 168) Pendapatan dari hasil pengelolaan aset tersebut adalah pendapatan PNB BLU yang telah disahkan selama periode waktu perhitungan realisasi capaian.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{(Y)-(Y-1)}{(Y-1)} \times 100\%$$

Keterangan :

(Y) = Pendapatan dari hasil pengelolaan aset periode yang bersangkutan

(Y-1) = Pendapatan dari hasil pengelolaan aset periode yang sama tahun
Sebelumnya

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap seluruh aset BLU yang ada di RS
2. Melakukan review tarif kerjasama secara berkala
3. Melakukan penetapan dan pemberlakuan tarif yang update
4. Melakukan koordinasi dengan unit terkait atas pelaporan hasil pengelolaan aset

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Percepatan kerjasama dengan dengan perusahaan yang akan menyewa tenan
2. Upaya efisiensi biaya seluruh unit di Rumah Sakit

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator pertumbuhan realisasi pendapatan dari aset sesuai standar termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Persentase pertumbuhan realisasi pendapatan dari aset tahun 2023 sebesar 80% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 5% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 1600% Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 5% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.79 KPI-27 Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	5	80,00	-	-	-	-	1600

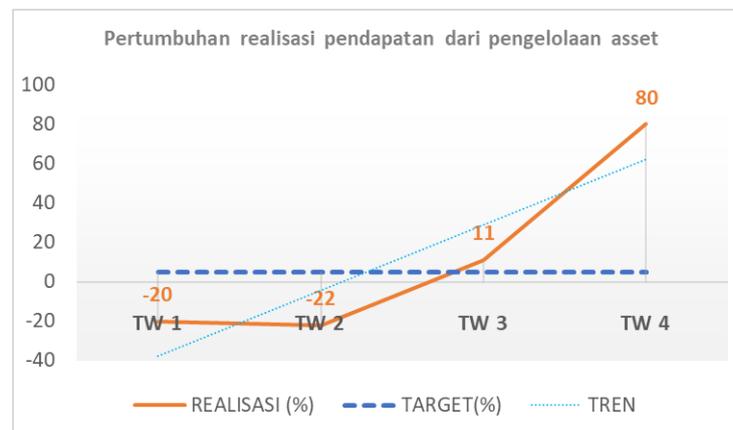
Tabel 3.80 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
10		800

Analisis Capaian Kinerja

Capaian Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset per akhir tahun sebesar 80% dari target yang ditetapkan yaitu sebesar 5%. Capaian pada semester I mengalami nilai negatif dikarenakan tidak dilanjutkannya kerjasama KSO terkait MSCT sehingga mengalami penurunan yang signifikan terhadap pendapatan dari optimalisasi aset RS. Akan hal tersebut dilakukan upaya dalam hal percepatan PKS dari tenan sehingga per bulan Juli mulai adanya PKS-PKS baru sehingga nilai pendapatan dari optimalisasi aset berangsur meningkat.

Grafik 3.18 Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari pengelolaan asset



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.81 Efisiensi Sumber Daya pertumbuhan pendapatan dari pengelolaan aset BLU

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	5	80	1600	27.971.904.361	27.408.045.376	98	1502

Realisasi indikator pertumbuhan pendapatan dari pengelolaan aset Badan Layanan Umum (BLU) pada tahun 2023 mencapai 80%, jauh melampaui target yang ditetapkan sebesar 5%, sehingga capaian indikator tersebut mencapai 1.600%. Upaya dalam mencapai pencapaian ini melibatkan strategi peningkatan efisiensi dan pengelolaan yang cermat. Untuk mendukung kesuksesan tindakan tersebut, dilakukan alokasi anggaran sebesar Rp 27.971.904.361, dengan penyerapan anggaran mencapai Rp 27.408.045.376 (98%). Selain itu, langkah-langkah efisiensi sumber daya sebesar 1.502% juga diwujudkan, menunjukkan komitmen dalam optimalisasi penggunaan sumber daya untuk meningkatkan hasil pengelolaan aset BLU.

Permasalahan/Kendala

Tidak ada kendala

Upaya Tindak Lanjut

1. Terus mengupayakan pengendalian biaya dengan melakukan efisiensi biaya baik di pelayanan maupun di non pelayanan.
2. Terus berinovasi dalam hal meningkatkan pendapatan rumah sakit

5.17. Sasaran strategis meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

KPI 28. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Definisi Operasional :

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\sum \text{kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti}}{\sum \text{kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Peningkatan koordinasi dalam upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaa
2. Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut
3. Pelaporan berkala terkait proses penyelesaian.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Melakukan rapat rutin untuk pembagian tanggung jawab dan membuat laporan rutin mencakup perkembangan dan hambatan.
2. Berikan pelatihan kepada tim penanganan rekomendasi BPK
3. Tingkatkan komunikasi antar unit terkait dan melakukan audit internal secara periodik.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan

pencapaian realisasinya. Realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2023 sebesar 95,00% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 107,70% Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 92,50% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.82 KPI-28 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	92,50	95,00	-	-	-	-	102,70

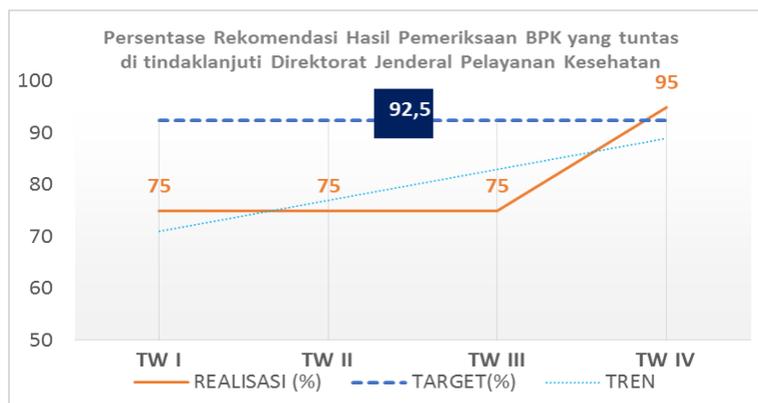
Tabel 3.83 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Target Jangka Menengah	Naik Turun (%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
92,50		102,70

Analisis Capaian Kinerja

Tindak lanjut hasil pemeriksaan ekstern sudah tercapai di atas target yaitu 95%.

Grafik 3.19 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.84 Efisiensi Sumber Daya persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase hasil pemeriksaan BPK yang tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5	95	102,70	13.054.904.444	12.427.495.488	95	8

Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang telah selesai ditindaklanjuti oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 mencapai 95%, melampaui target yang telah ditetapkan sebesar 92,5%, sehingga capaian indikator tersebut mencapai 102,70%. Untuk mendukung keberhasilan tindakan ini, dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.054.904.444, dengan penyerapan anggaran mencapai Rp 12.427.495.488 (95%). Peningkatan ini mencerminkan terjadi efisiensi sumber daya sebesar 8%, menunjukkan manajemen yang efektif dalam alokasi anggaran dan penggunaan sumber daya pada tahun tersebut.

Permasalahan/Kendala

Kurangnya Komitmen dari Auditee dalam menindaklanjuti rekomendasi hasil Pemeriksaan/Audit/Evaluasi/Reviu Intern baik dari SPI dan Itjen Kemenkes.

Upaya Tindak Lanjut

Dilakukan pemantauan Tindak lanjut audit secara periodik

1. Menggunakan metode desk pemantauan TLHP per unit kerja
2. Pelaksanaan desk pemantauan TLHP per triwulan.

KPI 29. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Definisi Operasional :

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

Cara Perhitungan

a. Realisasi

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

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Monitoring & Evaluasi produktivitas pelayanan
2. Optimalisasi pelayanan
3. Penyediaan SPA untuk menunjang beroperasinya penambahan layanan bedah pada Gedung baru (*ventrical building*)
4. Operasional OK Dewasa dan Pediatrik pada Gedung baru (*ventrical building*)

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

Program kegiatan yang disebutkan memiliki fokus pada peningkatan produktivitas dan optimalisasi layanan kesehatan, serta penyesuaian infrastruktur untuk mendukung penambahan layanan bedah. Berdasarkan program kegiatan tersebut, beberapa upaya strategis yang dilakukan untuk mencapai target bisa meliputi:

1. Pengembangan Sistem Monitoring & Evaluasi: Membangun atau meningkatkan sistem monitoring dan evaluasi untuk mengukur produktivitas pelayanan. Ini mungkin melibatkan penggunaan teknologi, pembentukan tim khusus, atau pengembangan metrik yang lebih baik untuk menilai kinerja layanan.
2. Penyempurnaan Proses Pelayanan: Melalui optimalisasi pelayanan, proses pelayanan kesehatan bisa diperbaiki. Ini dapat mencakup perbaikan dalam manajemen waktu, penggunaan sumber daya, pelatihan staf, atau penggunaan teknologi dalam administrasi layanan.
3. Pembangunan Infrastruktur untuk Layanan Bedah: Penyediaan SPA (Sarana Prasarana dan Alat) untuk mendukung operasional layanan bedah pada gedung baru (ventricle building) sangat penting. Ini mungkin melibatkan pembangunan ruang operasi, pengadaan peralatan medis khusus, serta pelatihan bagi staf terkait.
4. Pengoperasian Layanan OK Dewasa dan Pediatrik: Fokus pada operasionalisasi layanan OK (Operating Room) untuk pasien dewasa dan pediatrik di gedung baru menunjukkan upaya untuk memastikan layanan bedah yang komprehensif dan terintegrasi.

Pencapaian Kinerja

Realisasi Persentase realisasi target pendapatan BLU tahun 2023 sebesar 129,15% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 135,95% Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 95% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.85 KPI-29 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	95	129,15	-	-	-	-	135,95

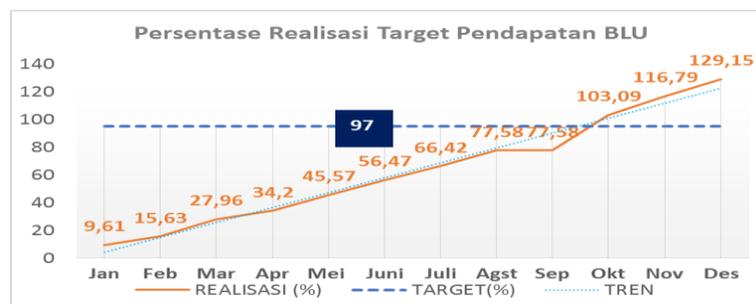
Tabel 3.86 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Realisasi Realisasi Target Pendapatan BLU

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
95		135,95

Analisis Capaian Kinerja

Pada bulan Maret capaian realisasi mencapai 27,96%, bulan Juni capaian realisasi mencapai 56,47%, bulan September capaian realisasi mencapai 77,58%. Sedangkan bulan Desember capaian realisasi 129,15%, sudah mencapai melebihi target yang ditetapkan sebesar 95%, secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.20 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU



Kesimpulan Analisis:

1. Terdapat perbaikan yang konsisten dari triwulan ke triwulan sepanjang tahun.
2. Terdapat perubahan strategis atau tindakan perbaikan setelah Triwulan I yang membantu meningkatkan kinerja.
3. Faktor-faktor yang menyebabkan kinerja di Triwulan I tidak tercapai sepenuhnya mungkin telah diatasi dengan tindakan yang efektif pada periode selanjutnya.
4. Capaian yang jauh melampaui target pada Triwulan IV menunjukkan bahwa langkah-langkah perbaikan yang diambil telah sangat berhasil.

Secara keseluruhan terdapat evolusi positif dalam kinerja dari awal tahun hingga akhir tahun, menunjukkan respons yang baik terhadap tantangan dan kemampuan untuk mengadaptasi strategi agar mencapai target.

Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.87 Efisiensi Sumber Daya Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase realisasi target pendapatan BLU	95	129,15	135,95	13.054.904.444	12.427.495.488	95	40,75

Pencapaian persentase realisasi target pendapatan Badan Layanan Umum (BLU) mencapai luar biasa sebesar 129,15%, melebihi jauh target yang telah ditetapkan sebesar 95%, sehingga capaian indikator mencapai puncaknya sebesar 135,95%. Dalam mendukung keberhasilan ini, dana sebesar Rp 13.054.904.444 dialokasikan, dengan penyerapan anggaran mencapai Rp 12.427.495.488 (95%). Peningkatan ini mencerminkan efisiensi sumber daya dalam manajemen alokasi anggaran dan peningkatan efisiensi penggunaan sumber daya pada tahun 2023.

Permasalahan/Kendala

Dari hasil analisa yang disajikan terdapat beberapa hambatan pada awal tahun yang mungkin telah mempengaruhi capaian realisasi pada Triwulan I yang hanya mencapai 27,96% dari target. Namun demikian, respon yang kuat terlihat dari Triwulan II hingga IV, menunjukkan bahwa hambatan-hambatan tersebut kemungkinan telah diatasi atau diatasi dengan tindakan yang efektif. Ini menandakan kemampuan untuk menanggapi hambatan dan melakukan perbaikan yang memungkinkan pencapaian target yang lebih tinggi pada periode berikutnya.

Upaya Tindak Lanjut

Memonitor pendapatan secara berkala (bulanan).

KPI 30. Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni

Definisi Operasional :

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah Murni}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari rupiah Murni}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Monitoring implementasi RUP secara berkala
2. Monitoring ketersediaan dana
3. Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran
4. Monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Monitoring Implementasi RUP Secara Berkala:
 - Pengembangan Sistem Pelaporan: Membangun sistem pelaporan yang efektif untuk memantau dan mengevaluasi kemajuan implementasi Rencana Umum Pemerintah (RUP). Ini dapat mencakup pembentukan indikator kinerja kunci (Key Performance Indicators/KPIs) dan sistem pelaporan berkala.

- Tim Monitoring Khusus: Menetapkan tim atau unit khusus yang bertanggung jawab untuk melakukan pemantauan secara teratur terhadap implementasi RUP. Tim ini akan melacak progres, mengidentifikasi hambatan, dan merekomendasikan perbaikan.
2. Monitoring Ketersediaan Dana:
 - Pengelolaan Anggaran yang Efisien: Mengembangkan sistem monitoring yang memungkinkan pemantauan real-time terhadap ketersediaan dana dan alokasi anggaran. Ini dapat melibatkan penggunaan perangkat lunak atau sistem manajemen keuangan yang terintegrasi.
 - Proses Audit dan Verifikasi: Melakukan audit secara berkala untuk memastikan penggunaan dana sesuai dengan rencana dan mengidentifikasi area-area di mana anggaran dapat dioptimalkan.
 3. Percepatan Pengesahan, Penerimaan, dan Pengeluaran:
 - Optimalisasi Proses Administratif: Mempercepat proses persetujuan, penerimaan, dan pengeluaran melalui peningkatan efisiensi administratif. Mungkin dengan menyederhanakan proses, menerapkan otomatisasi, atau mengurangi hambatan birokrasi.
 - Pelatihan dan Penguatan Kapasitas: Memberikan pelatihan kepada staf terkait untuk memastikan pemahaman yang baik tentang proses-proses yang diperlukan untuk mempercepat pengesahan, penerimaan, dan pengeluaran dana.
 4. Monitoring Evaluasi Realisasi Anggaran:
 - Komitmen dari Penanggung Jawab Program: Melibatkan para penanggung jawab program dalam proses monitoring dan evaluasi anggaran. Ini bisa dilakukan melalui rapat-rapat berkala, pelaporan berkala, dan peninjauan

bersama untuk mengevaluasi realisasi anggaran dan membuat perbaikan jika diperlukan.

- Penggunaan Data dan Analisis: Memanfaatkan data dan analisis untuk mengidentifikasi tren, pola, atau area-area di mana realisasi anggaran tidak sesuai dengan ekspektasi, sehingga memungkinkan perbaikan yang tepat waktu.

Pencapaian Kinerja

Indikator Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni sesuai standar termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni tahun 2023 sebesar 98,60% tidak mencapai target yang ditetapkan sebesar 97% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 101,65% yaitu kurang dari 100%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 97% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.88 KPI-30 Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		Capaian Realisasi trhdp Target			
-	-	-	-	-	-	97	98,60	-	-	-	-	101,65

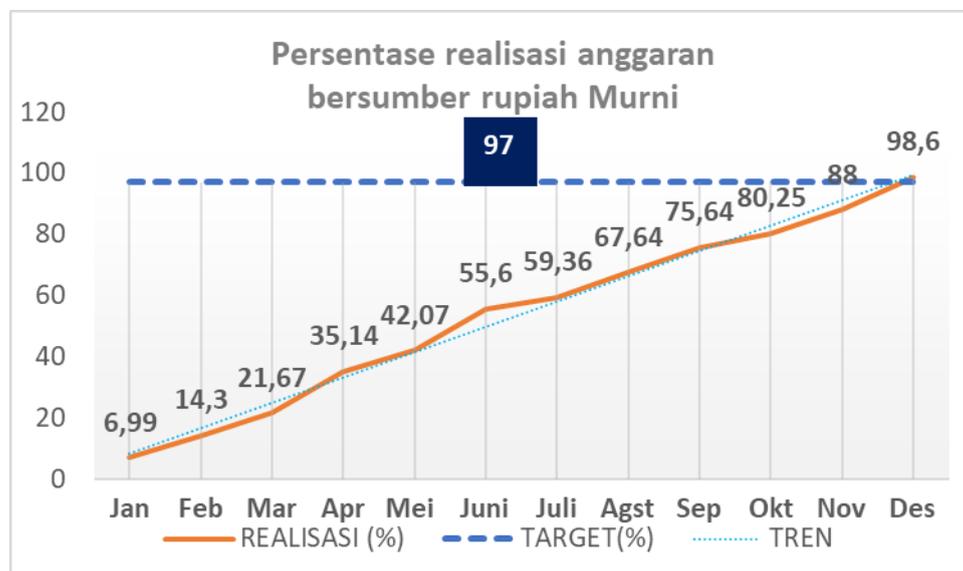
Tabel 3.89 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah murni

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
93		101,65

Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian terhadap target mengalami peningkatan dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember. Pada bulan Maret realisasi mencapai 21,67%, bulan Juni realisasi mencapai 55,60%, bulan September realisasi mencapai 75,64% bulan Desember realisasi mencapai 98,60%, sudah mencapai melebihi target yang ditetapkan sebesar 97%, secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.21 Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.90 Efisiensi Sumber Daya persentase realisasi anggaran dari sumber rupiah Murni

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	97	98,6	101,65	13.054.904.444	12.427.495.488	95	6

Pencapaian persentase realisasi anggaran dari sumber rupiah murni mencapai 98,6%, melampaui target yang telah ditetapkan sebesar 97%, sehingga capaian indikator tersebut mencapai 101,65%. Dalam rangka mendukung pencapaian indikator tersebut, dialokasikan anggaran sebesar Rp 13.054.904.444 dengan penyerapan anggaran mencapai Rp. 12.427.495.488 (95%). Penyisipan dana ini mencerminkan terjadinya efisiensi sumber daya sebesar 6%, menciptakan manajemen alokasi anggaran yang lebih optimal dan meningkatkan produktivitas sumber daya

Permasalahan/Kendala

Penyerapan anggaran pada TW I sd TW III tidak berjalan dengan optimal dikarenakan masih terdapat beberapa perubahan perencanaan belanja dan proses pengadaan yang memakan cukup waktu sehingga realisasi pembayaran baru dapat dilakukan secara optimal di TW IV.

Upaya Tindak Lanjut

Melakukan monitoring realisasi anggaran RM secara berkala (bulanan).

KPI 31. Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Definisi Operasional :

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Monitoring implementasi RUP secara berkala
2. Monitoring ketersediaan dana
3. Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran
4. Monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Monitoring Implementasi RUP Secara Berkala:
 - Pengembangan Sistem Pelaporan: Membangun sistem pelaporan yang efektif untuk memantau dan mengevaluasi kemajuan implementasi Rencana Umum Pemerintah (RUP). Ini dapat mencakup pembentukan indikator kinerja kunci (Key Performance Indicators/KPIs) dan sistem pelaporan berkala.
 - Tim Monitoring Khusus: Menetapkan tim atau unit khusus yang bertanggung jawab untuk melakukan pemantauan secara teratur terhadap implementasi RUP. Tim ini akan melacak progres, mengidentifikasi hambatan, dan merekomendasikan perbaikan.
2. Monitoring Ketersediaan Dana:
 - Pengelolaan Anggaran yang Efisien: Mengembangkan sistem monitoring yang memungkinkan pemantauan real-time terhadap ketersediaan dana dan alokasi anggaran. Ini dapat melibatkan penggunaan perangkat lunak atau sistem manajemen keuangan yang terintegrasi.
 - Proses Audit dan Verifikasi: Melakukan audit secara berkala untuk memastikan penggunaan dana sesuai dengan rencana dan mengidentifikasi area-area di mana anggaran dapat dioptimalkan.

3. Percepatan Pengesahan, Penerimaan, dan Pengeluaran:

- Optimalisasi Proses Administratif: Mempercepat proses persetujuan, penerimaan, dan pengeluaran melalui peningkatan efisiensi administratif.

Mungkin dengan menyederhanakan proses, menerapkan otomatisasi, atau mengurangi hambatan birokrasi.

- Pelatihan dan Penguatan Kapasitas: Memberikan pelatihan kepada staf terkait untuk memastikan pemahaman yang baik tentang proses-proses yang diperlukan untuk mempercepat pengesahan, penerimaan, dan pengeluaran dana.

4. Monitoring Evaluasi Realisasi Anggaran:

- Komitmen dari Penanggung Jawab Program: Melibatkan para penanggung jawab program dalam proses monitoring dan evaluasi anggaran. Ini bisa dilakukan melalui rapat-rapat berkala, pelaporan berkala, dan peninjauan bersama untuk mengevaluasi realisasi anggaran dan membuat perbaikan jika diperlukan.
- Penggunaan Data dan Analisis: Memanfaatkan data dan analisis untuk mengidentifikasi tren, pola, atau area-area di mana realisasi anggaran tidak sesuai dengan ekspektasi, sehingga memungkinkan perbaikan yang tepat waktu.

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU sesuai standar termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Persentase Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU tahun 2023 sebesar 96,20% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 101,26,%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar 95% sama

dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.91 KPI-31 Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		2023-2022	Capaian Realisasi trhdp Target		
-	-	-	-	-	-	95	96,20	-	-	-	-	101,26

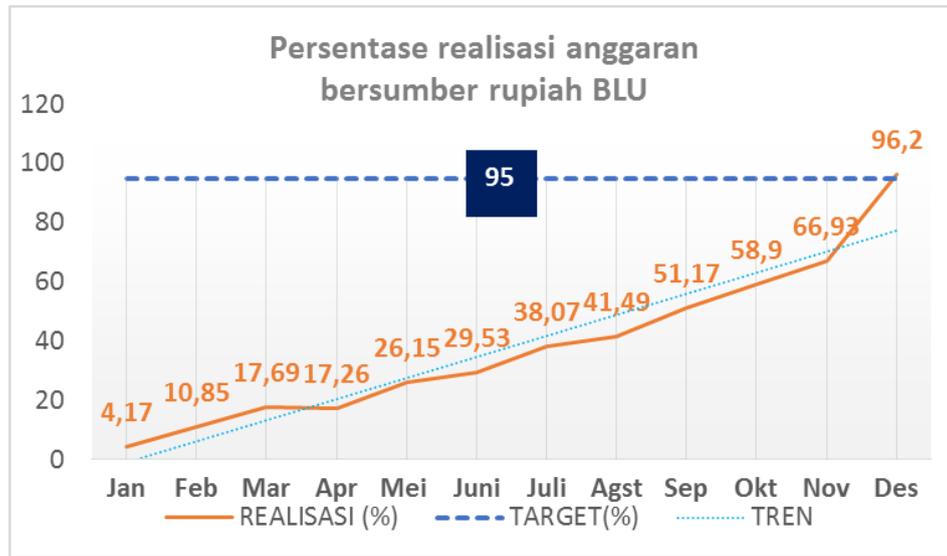
Tabel 3.92 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah Persentase Realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
95		101,26

Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian terhadap target mengalami peningkatan dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember. Pada bulan Maret realisasi mencapai 17,69%, bulan Juni realisasi mencapai 29,53%, bulan September realisasi mencapai 51,17% sedangkan bulan Desember realisasi mencapai 96,20% sudah mencapai melebihi target yang ditetapkan sebesar 95%, secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 3.22 Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator} / \text{Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.93 Efisiensi Sumber Daya persentase realisasi anggaran dari sumber rupiah BLU

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	95	96,2	101,26	13.054.904.444	12.427.495.488	95	6

Percapai persentase realisasi anggaran dari sumber rupiah Badan Layanan Umum (BLU) mencapai 96,2%, melampaui target yang telah ditetapkan sebesar 95%, sehingga capaian indikator mencapai 101,26%. Dalam upaya mendukung indikator ini, dana sebesar Rp. 13.054.904.444 dialokasikan, dengan penyerapan anggaran mencapai Rp 12.427.495.488 (95%). Kelebihan ini mencerminkan efisiensi sumber daya sebesar 6%.

Permasalahan/Kendala

Penyerapan anggaran pada TW I sd TW III tidak berjalan dengan optimal dikarenakan masih terdapat beberapa perubahan perencanaan belanja dan proses pengadaan yang memakan cukup waktu sehingga realisasi pembayaran baru dapat dilakukan secara optimal di TW IV.

Upaya Tindak Lanjut

Melakukan monitoring proses pengadaan sesuai RPD.

KPI 32. Persentase nilai EBITDA Margin

Definisi Operasional :

EBITDA Margin adalah perbandingan antara surplus atau defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi dari usaha atau pelayanan rumah dengan pendapatan usaha. Pendapatan usaha yaitu dari usaha/upaya layanan operasional.

Cara Perhitungan

a. Realisasi

$$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan}} \times 100\%$$

b. Kenaikan/Penurunan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{(\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)} - \text{Realisasi periode tahun sebelumnya})}{\text{Realisasi periode tahun sebelumnya}} \times 100$$

c. Capaian Tahun Berjalan

Rumus Perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target periode tahun berjalan (saat ini)}} \times 100$$

d. Perbandingan realisasi tahun berjalan dengan target jangka menengah

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Realisasi periode tahun berjalan (saat ini)}}{\text{Target jangka menengah}} \times 100$$

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Validitas data
2. Reviu Data
3. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan

Upaya Strategis yang dilaksanakan untuk mencapai target

1. Ditetapkannya revisi Tarif Layanan Umum oleh SK Dirut per 26 Juni 2023.
2. Adanya kerjasama KSO sewa lahan
3. Dilakukannya efisiensi biaya

Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2023 indikator Persentase nilai EBITDA Margin sesuai standar termasuk salah satu indikator yang menyesuaikan program transformasi kesehatan mengacu pada

perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI sehingga pada tahun ini baru diperhitungkan pencapaian realisasinya. Realisasi Persentase nilai EBITDA Margin tahun 2023 sebesar 23% mencapai target yang ditetapkan sebesar >20% dengan tingkat capaian tahun 2023 sebesar 115%. Untuk target jangka menengah tahun 2024 ditetapkan sebesar >20% sama dengan target tahun 2023 sehingga untuk tingkat capaiannya sama dengan tahun 2023.

Tabel 3.94 KPI-32 Persentase nilai EBITDA Margin

Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Naik Turun (%)	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023
Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real		(%)	Capaian Realisasi trhdp Target		
-	-	-	-	-	-	>20	23	-	-	-	-	115,00

 Tabel 3. 95 Proyeksi Capaian Target Jangka Menengah
Persentase nilai EBITDA Margin

Target Jangka Menengah	(%)	Capaian Realisasi terhadap Target
Tahun 2024		Tahun 2024
>20		115,00

Analisis Capaian Kinerja

Pencapaian EBITDA margin hingga akhir tahun 2023 telah mencapai target 20%. EBITDA margin yang berhasil dicapai adalah sebesar 23%. capaian tersebut terjadi karena telah dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

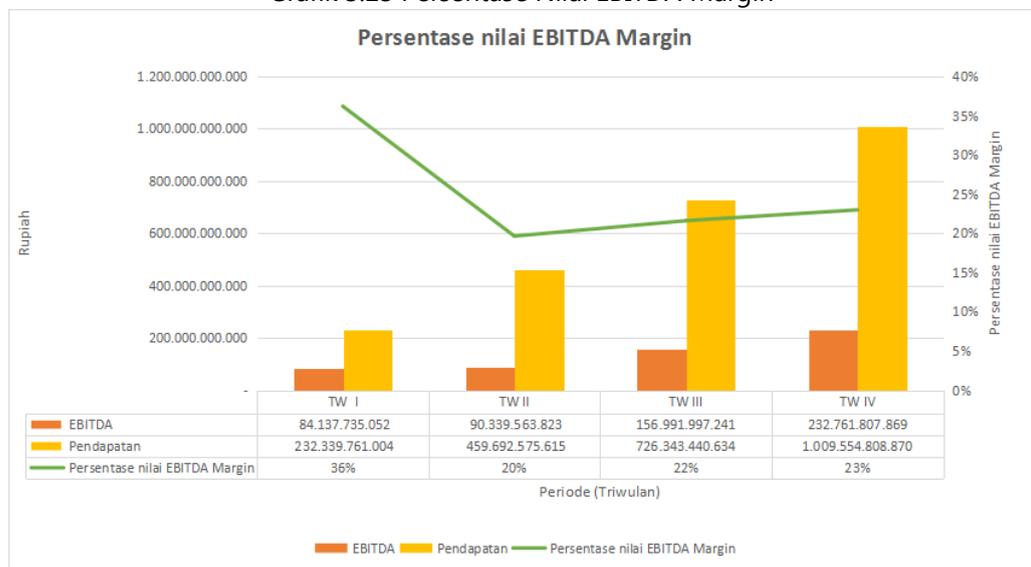
1. Pendapatan layanan medik dan resiprokal telah berhasil ditingkatkan, dari yang semula sebesar Rp 813.531.049.475 di tahun 2022 meningkat menjadi Rp1.009.554.808.870 di tahun 2023, atau telah terjadi peningkatan sebesar 24%.
2. Biaya-biaya operasional telah berhasil dilakukan efisiensi dari semula sejumlah

Rp817.281.785.826 di tahun 2022 menjadi Rp 926.942.126.634 di tahun 2023 sehingga peningkatannya sebesar hanya 14%, jauh di bawah peningkatan pendapatan.

3. Secara keseluruhan ebitda margin di tahun 2023 berhasil ditingkatkan sebesar 11% dari tahun sebelumnya yaitu yang semula ebitda margin sebesar 12% tahun 2022 meningkat menjadi sebesar 23% di tahun 2023.

Secara rinci dapat dilihat pada grafik dibawah ini

Grafik 3.23 Persentase Nilai EBITDA Margin



Efisiensi Sumber Daya

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Alokasi anggaran} \times (\text{Realisasi Indikator/Target Indikator}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Alokasi Anggaran}} \times 100$$

Tabel 3.96 Efisiensi Sumber Daya Persentase nilai EBITDA Margin

KPI	Target Indikator	Realisasi Indikator	Capaian Indikator (%)	Alokasi Anggaran (Rp)	Realisasi Anggaran (Rp)	Penyerapan Anggaran (%)	Efisiensi Sumber Daya (%)
Persentase nilai EBITDA Margin	20	23	115	13.054.904.444	12.427.495.488	95	20

Realisasi persentase nilai EBITDA Margin sebesar 23%, telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 20%, menghasilkan capaian indikator sebesar 115%. Capaian ini belum berdasarkan hasil revidi laporan keuangan un-audited).

Permasalahan/Kendala

Pencapaian EBITDA margin tidak bisa dilakukan secara langsung dalam 1 tahun. Diperlukan peningkatan secara bertahap. Di tahun pertama peningkatan telah berhasil direalisasikan sebesar 5% dan akan dilanjutkan peningkatannya di tahun tahun berikutnya.

Upaya Tindak Lanjut

1. Terus berkoordinasi dengan seluruh unit di rumah sakit dalam hal inovasi pengembangan
2. inovasi layanan yang dapat menambah pendapatan rumah sakit.
3. Terus berupaya menindaklanjuti usulan ke P2JK terkait penyesuaian tarif BPJS
4. Terus diupayakan efisiensi dalam belanja.di tahun selanjutnya.

B. Capaian Indikator Kinerja Secara Keseluruhan

Capaian Kinerja RSJPD Harapan Kita pada tahun 2023, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.97 Capaian Kinerja tahun 2023 secara keseluruhan

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
1.	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1.	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia	%	95,40	97,12	Tercapai
		2.	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut (%)	%	92,50	95,38	Tercapai
2.	Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan	3.	Prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	%	90	92,30	Tercapai
3.	Meningkatnya mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	4.	Indeks Kepuasan Masyarakat	%	80	89,95	Tercapai
		5.	Tercapainya indikator Nasional Mutu sesuai target	laporan	12	12	Tercapai

Tabel 3.97 Capaian Kinerja tahun 2023 secara keseluruhan

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
		6.	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	12	12	Tercapai
4.	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	7.	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	%	2,5	-0,49	Tercapai
5.	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	8	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	kali	2	2,00	Tercapai
6.	Terselenggaranya pelayanan center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	9	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	layanan	1	1,00	Tercapai
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan		80	89,95	Tercapai

Tabel 3.97 Capaian Kinerja tahun 2023 secara keseluruhan

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
		11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	80	80,61	Tercapai
		12	Penundaan waktu operasi elektif	%	3	0,23	Tercapai
		13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	80	81,00	Tercapai
		14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	%	80	94,10	Tercapai
		15	Door to Balloon Time \leq 90 Menit pada kasus STEMI	%	80	92,03	Tercapai
7.	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan	16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta diklat pasca pelatihan	%	87	96,65	Tercapai

Tabel 3.97 Capaian Kinerja tahun 2023 secara keseluruhan

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
	pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	17	Jumlah produk inovasi layanan	Produk	1	1	Tercapai
8.	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	Jumlah RS	1	3	Tercapai
9.	Tercapaiannya peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	%	25	1	Tidak Tercapai
10.	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	20	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	85	97,28	Tercapai
11.	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	21	Prosentase Implementasi EMR	%	100	100,00	Tercapai
		22	Digital Maturity Index (DMI)	Level	3	4,41	Tercapai

Tabel 3.97 Capaian Kinerja tahun 2023 secara keseluruhan

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
12.	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	sistem	1	2	Tercapai
13.	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	%	95	99,68	Tercapai
14.	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	25	Skor GCG BLU	%	93	93,75	Tercapai
15.	Terwujudnya Elektifitas anggaran	26	POBO (Pendapatan Operasional & Biaya Operasional)	%	85	113,00	Tercapai
16.	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	27	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU (%)	%	5	80,00	Tercapai

Tabel 3.97 Capaian Kinerja tahun 2023 secara keseluruhan

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
17.	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	28	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	92,5	95,00	Tercapai
		29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	129,15	Tercapai
		30	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97	98,60	Tercapai
		31	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95	96,20	Tercapai
		32	Persentase nilai EBITDA Margin	%	20	23	Tercapai

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 32 (tiga puluh dua) indikator kinerja yang ditetapkan berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPDHK tahun 2023, terdapat 31 (tiga puluh satu) telah tercapai

sedangkan 1 (satu) indikator tidak tercapai yaitu KPI 19. Realisasi pencapaian Indikator Kinerja Utama (KPI) RSB RSJPDHK tahun 2023 sebesar 97%.

C. Sumber Daya dan Realisasi Anggaran

Revisi DIPA TA 2023

Dalam pelaksanaan kegiatannya pada tahun 2023, RSJPDHK didukung oleh dua sumber anggaran yaitu anggaran BLU dan APBN. Pada DIPA awal (Pagu Definitif) RSJPDHK sebesar Rp. 871.452.460.000 yang ditetapkan pada tanggal 30 November 2022 terhadap APBN Rp. 76.387.460.000 dan BLU Rp. 795.065.000.000. Pada tahun 2023 ini dalam pelaksanaan kegiatan, Dikarenakan beberapa hal terdapat perubahan Pagu Anggaran sehingga memerlukan revisi DIPA yang terdiri dari Revisi 1 : Pencantuman Saldo Awal Kas BLU Rp. 267.815.761.464, Revisi 2 : Buka Blokir dan Penambahan anggaran pengampunan jejaring layanan kesehatan kardiovaskular Rp. 4.162.500.000. Revisi 3 Ijin penggunaan saldo kas sebesar Rp 112.527.166.000 dipergunakan untuk penambahan modal alat medis sebesar Rp 12.712.335.000, Belanja Obat dan BMHP Rp 79.478.978.000, Belanja Jasa Wes, Cucian dan persediaan linen serta Pengelolaan darah PMI sebesar Rp 20.335.853.000. Revisi 4 Ijin penggunaan saldo kas (BLU) Sebesar Rp 71.043.076.000 tdd Penambahan belanja persediaan obat dan BMHP sebesar Rp 30.450.000.000, Belanja modal alat teknik sebesar Rp 1.760.900.000 dan belanja jasa (Honor PKWT dan outsourcing) Rp 38.832.176.000. Revisi 5 Penambahan anggaran RM untuk kegiatan HKN Transfer Of Knowledge Live Demo Indonesian Cardiovascular Show 2023 sebesar Rp 204.436.000, Revisi 6 Penambahan anggaran RM Gaji Pegawai (PNS & PPPK) sebesar Rp 2.967.831.000, Revisi 7 Pergeseran antar KRO/RO, Refokusing anggaran belanja operasional ke belanja modal, Revisi 8 Pemutakhiran data ke Kanwil DJPB untuk revisi POK, total realisasi pendapatan, secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3. 98 Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK

No	Jenis Belanja	Tahun Anggaran 2023							
		Rev. 1 10 Maret 2023 DS: 5046-1500-1061- 1730	Rev. 2 14 Juli 2023 DS : 7074-5052-1099- 4151	Rev. 3 26 Juli 2023 DS: 9210-0366-0623- 6900	Rev. 4 20 September 2023 DS: 3663-9500-1900- 0695	Rev. 5 06 November 2023 DS: 8008-8543-0036- 3720	Rev. 6 11 November 2023 DS: 1800-5906-1701- 4540	Rev. 7 30 November 2023 DS : 1143-4200-8666- 5042	Rev. 8 27 Desember 2023 DS : 1143-4200-8666- 5042
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN								
A	PNBP/BLU	795.065.000.000	795.065.000.000	907.592.166.000	978.635.242.000	978.635.242.000	978.635.242.000	978.635.242.000	978.635.242.000
1	Belanja Barang	699.027.677.000	699.027.677.000	798.922.788.000	868.204.964.000	868.204.964.000	868.204.964.000	857.895.507.000	857.895.507.000
	a. Belanja Pegawai	288.505.500.000	288.505.500.000	288.505.500.000	288.505.500.000	288.505.500.000	288.505.500.000	292.855.500.000	292.855.500.000
	b. Belanja Barang	20.114.642.000	20.114.642.000	29.714.192.000	29.794.472.000	29.794.472.000	29.794.472.000	26.098.173.000	26.098.173.000
	c. Belanja Langganan daya dan Jasa	92.546.573.000	92.546.573.000	101.990.259.000	114.398.783.000	114.398.783.000	114.398.783.000	98.437.916.000	98.437.916.000
	d. Belanja Pemeliharaan	34.819.278.000	33.019.278.000	33.619.278.000	33.691.878.000	33.691.878.000	33.691.878.000	27.073.865.000	27.073.865.000
	e. Belanja Perjalanan	2.019.900.000	2.019.900.000	2.047.200.000	2.050.000.000	2.050.000.000	2.050.000.000	2.050.000.000	2.050.000.000
	f. Belanja BLU lainnya	30.750.550.000	30.750.550.000	30.750.550.000	57.093.922.000	57.093.922.000	57.093.922.000	49.745.053.000	49.745.053.000
	g. Belanja Persediaan	225.168.534.000	231.968.534.000	312.170.409.000	342.620.409.000	342.620.409.000	342.620.409.000	361.585.000.000	361.585.000.000
	h. Belanja Barang dan Jasa BLU II	5.102.700.000	102.700.000	75.400.000	-	-	-	-	-
	i. Belanja peralatan dan mesin- Ekstrakomtabel BLU	-	-	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
2	Belanja Modal	96.037.323.000	96.037.323.000	108.669.378.000	110.430.278.000	110.430.278.000	110.430.278.000	120.739.735.000	120.739.735.000
	a. Belanja Modal Gedung dan Layanan	22.336.687.000	22.336.687.000	22.336.687.000	22.336.687.000	22.336.687.000	22.336.687.000	10.013.874.000	10.013.874.000
	b. Belanja Modal Alat Medik	55.774.836.000	55.774.836.000	68.487.171.000	68.487.171.000	68.487.171.000	68.487.171.000	91.119.441.000	91.119.441.000
	c. Belanja Modal Alat non Medik	16.925.800.000	16.925.800.000	17.845.520.000	19.606.420.000	19.606.420.000	19.606.420.000	19.606.420.000	19.606.420.000
	d. Belanja Kendaraan Bermotor	1.000.000.000	1.000.000.000	-	-	-	-	-	-
B	Rupiah Murni (RM)	-	4.162.500.000	4.162.500.000	4.162.500.000	4.367.936.000	4.367.936.000	4.367.936.000	4.367.936.000
1	Belanja Barang	-	-	-	-	118.836.000	118.836.000	118.836.000	118.836.000
	a. Belanja Bahan	-	-	-	-	61.300.000	61.300.000	61.300.000	61.300.000
	b. Belanja Honor Output Kegiatan	-	-	-	-	9.550.000	9.550.000	9.550.000	9.550.000
	c. Belanja barang Non Operasional Lainnya	-	-	-	-	47.986.000	47.986.000	47.986.000	47.986.000
2	Belanja Jasa	-	-	-	-	86.600.000	86.600.000	86.600.000	86.600.000
	a. Belanja Sewa	-	-	-	-	59.000.000	59.000.000	59.000.000	59.000.000
	b. Belanja Jasa Profesi	-	-	-	-	27.600.000	27.600.000	27.600.000	27.600.000
3	Belanja Perjalanan Dinas	-	4.162.500.000	4.162.500.000	4.162.500.000	4.162.500.000	4.162.500.000	4.162.500.000	4.162.500.000
	a. Belanja perjalanan dinas biasa	-	3.839.820.000	3.839.820.000	3.839.820.000	3.839.820.000	3.839.820.000	3.839.820.000	3.839.820.000
	b. Belanja Perjalanan Dinas Paket Mehine Dalam Kota	-	322.680.000	322.680.000	322.680.000	322.680.000	322.680.000	322.680.000	322.680.000
II	Program Dukungan Manajemen								
A.	Rupiah Murni (RM)	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	79.355.291.000	79.355.291.000	79.355.291.000
	Belanja Operasional	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	79.355.291.000	79.355.291.000	79.355.291.000
1	Jumlah Belanja Pegawai (001)	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	76.387.460.000	79.355.291.000	79.355.291.000	79.355.291.000
2	Belanja Barang Ops. Kantor (002)	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	871.452.460.000	875.614.960.000	988.142.126.000	1.059.185.202.000	1.059.390.638.000	1.062.358.469.000	1.062.358.469.000	1.062.358.469.000

Realisasi Anggaran

Pagu anggaran RSJPDHK tahun 2023 ditetapkan sebesar Rp. 878.788.227.000 dengan realisasi penerimaan Rupiah Murni dan BLU sebesar Rp. 1.109.533.768.816 penerimaan APBN dan BLU atau dengan tingkat capaian serapan 126,26%. Pada tahun 2023 ini, Sumber anggaran RSJPDHK terdiri dari dua jenis yaitu : Anggaran APBN/Rupiah Murni dan Anggaran BLU, secara rinci dapat dilihat tabel berikut ini.

Tabel 3. 99 Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2023

NO	URAIAN	TARGET DAN PAGU TAHUN 2023	Realisasi	
			Jan sd Des	%
1	2	3	4	5 (4/3)
A	PENERIMAAN APBN + BLU	878.788.227.000	1.109.533.768.816	126,26%
I	DIPA APBN	83.723.227.000	82.742.993.814	98,83%
II	DIPA BLU	795.065.000.000	1.026.790.775.002	129,15%
	a. Pendapatan Jasa Layanan Kesehatan	770.715.000.000	991.447.138.967	128,64%
	b. Pendapatan Hibah	200.000.000	400.000.000	200,00%
	c. Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga	11.850.000.000	14.680.305.321	123,88%
	d. Pendapatan Jasa Layanan - Resiprokal	4.000.000.000	6.644.083.934	166,10%
	e. Pendapatan Jasa Pelayanan Perbankan	8.000.000.000	12.844.857.458	160,56%
	f. Komisi potongan sebagai akibat dari pengadaan barang / jasa oleh BLU	300.000.000	774.389.322	258,13%
B	BELANJA APBN + BLU	1.062.358.469.000	1.024.181.132.290	96,41%
I	APBN	83.723.227.000	82.742.993.814	98,83%
	a. Belanja Pegawai	79.355.291.000	78.448.579.495	98,86%
	b. Belanja Barang	4.367.936.000	4.294.414.319	98,32%
II	BLU	978.635.242.000	941.438.138.476	96,20%
	a Belanja Barang	857.895.507.000	837.318.436.260	97,60%
	a. Belanja Pegawai	292.855.500.000	292.580.226.944	99,91%
	b. Belanja Barang	26.098.173.000	26.002.873.280	99,63%
	c. Belanja Langganan daya dan Jasa	97.667.916.000	85.107.068.018	87,14%
	d. Belanja Pemeliharaan	27.843.865.000	27.722.190.931	99,56%
	e. Belanja Perjalanan	2.050.000.000	1.912.272.608	93,28%
	f. Belanja BLU lainnya	49.745.053.000	48.769.576.469	98,04%
	g. Belanja Persediaan	361.585.000.000	355.208.649.010	98,24%
	h. Belanja Barang dan Jasa BLU II	-	-	0,00%
	i. Belanja peralatan dan mesin- Ekstrakomtabel BLU	50.000.000	15.579.000	31,16%
	b Belanja Modal	120.739.735.000	104.119.702.216	86,23%
	a. Belanja Modal Gedung dan Layanan	10.013.874.000	4.423.819.641	44,18%
	b. Belanja Modal Alat Medik	91.119.441.000	85.866.607.617	94,24%
	c. Belanja Modal Alat non Medik	17.486.420.000	13.829.274.958	79,09%
	d. Belanja Fisik Lainnya	2.120.000.000	-	0,00%

Realisasi Belanja APBN sebesar Rp. 82.742.993.814,- atau sebesar 98,83% untuk penggunaan : Belanja pegawai dan Belanja Barang. Realisasi Belanja BLU sebesar Rp. 941.438.138.476,- atau sebesar 96,20% terserap untuk penggunaan : Belanja Barang dan Belanja Modal.

Analisa Penyerapan Anggaran

Penyerapan anggaran tahun 2023 secara keseluruhan sebesar 96,41% disebabkan karena adanya efisiensi kebutuhan anggaran sesuai dengan kebutuhan prioritas, sehingga serapan belanja dibawah pagu anggaran yang ditetapkan. Dampak dari hal tersebut unit kerja rumah sakit harus melakukan penghematan biaya dan memanfaatkan kebutuhan operasional sesuai dengan prioritas kebutuhan serta menunda pengadaan kebutuhan hal yang kurang prioritas agar tidak terjadi defisit dan tidak terjadi adanya hutang ke penyedia barang/jasa. Realisasi anggaran yang disampaikan pada LAKIP 2023 belum menyampaikan informasi berdasarkan program/sasaran maupun indikator, karena model penganggaran di RSJPDHK disusun berdasarkan pada kode mata anggaran, seperti mata anggaran belanja pegawai, belanja barang, belanja jasa, belanja modal, belanja operasional 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.

D. Sumber Daya Lainnya

Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM RSJPDHK per 31 Desember 2023 adalah : 2.118 orang

a. Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

Tabel 3. 100 Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

A. Status Kepegawaian	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUS	SEP	OKT	NOV	DES
	1977	1987	1983	1989	2182	2177	2169	2164	2158	2153	2130	2118
PNS	1039	1036	1179	1178	1176	1170	1165	1160	1155	1151	1144	1136
CPNS	153	153	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Non PNS	0	0	0	0	83	83	83	86	86	86	86	91

b. Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

Tabel 3. 101 Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

B. Status Ketenagaan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUS	SEP	OKT	NOV	DES
	1977	1987	1983	1989	2182	2177	2169	2164	2158	2153	2130	2118
Direksi (Pejabat Eselon)	4	4	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6
Manajerial (Pejabat Eselon)	29	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Manajerial (Pejabat Non Eselon)	144	144	144	144	145	144	143	143	142	142	142	142
Non Manajerial (Staf Pelaksana)	1800	1811	1807	1813	2003	1999	1992	1987	1982	1977	14	1942

c. Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

Tabel 3. 102 Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

C. Kelompok Profesi	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUS	SEP	OKT	NOV	DES
	1977	1987	1983	1989	2182	2177	2169	2164	2158	2153	2130	2118
SMF	137	131	131	133	133	134	132	131	130	130	130	130
Perawat	860	860	857	855	999	996	995	994	993	990	976	969
Umum	611	615	614	622	629	627	626	623	618	616	608	605
Penunjang	369	381	381	379	421	420	416	416	417	417	416	414

E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana (SIMAK)

Laporan perkembangan Barang Milik Negara (BMN) RSJPDHK per 31 Desember 2023

Tabel 3. 103 Laporan Posisi Barang Milik Negara (BMN) di Neraca
Posisi Per Tanggal 31 Desember 2023

URAIAN	SALDO PER 1 JANUARI 2023		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2023		KONDISI
	KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI	
			KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI			
PERSEDIAAN									
Barang Konsumsi		6.124.780.264						4.679.075.830	
Suku Cadang		1.367.074.221						1.306.809.845	
Bahan Baku		741.714.784						37.546.441	
Persediaan Lainnya		39.406.207.136						29.927.689.363	
Total Persediaan		47.639.776.405						35.951.121.479	
INTRAKOMPTABEL									
Tanah	22.389	1.247.143.263.000	0	-	0	-	22.389	1.247.143.263.000	Baik
Peralatan Mesin	25.996	999.571.848.804	2.043	277.760.683.583	227	16.433.107.821	27.812	1.260.899.424.566	Baik
Gedung dan Bangunan	10	1.021.856.672.698	0	0	0	71.915.864.600	10	949.940.808.098	Baik
Irigasi	1	1.299.308.000	0	-	0	-	1	1.299.308.000	Baik
Jaringan	14	432.000.000	0	-	0	-	14	432.000.000	Baik
Aset Tetap Lainnya	1.035	425.619.283	0	-	0	-	1.035	425.619.283	Baik
Aset Tetap Yang Tidak Digunakan Oleh Pemerintah	321	54.270.736.904	209	8.977.101.321	417	2.667.117.521	113	60.580.720.704	Rusak Berat
Total Intrakomptabel	49.766	3.324.999.448.689	2.252	286.737.784.904	644	91.016.089.942	51.374	3.520.721.143.651	
ASET TIDAK BERWUJUD									
Hak Cipta	2	276.100.000	0	-	0	0	2	276.100.000	Baik
Paten	2	22.500.000	0	-	0	-	2	22.500.000	Baik
Software	142	29.076.048.008	0	0	0	-	142	29.076.048.008	Baik
Lisensi	1	45.917.308	0	-	0	-	1	45.917.308	Baik
Total Aset Tidak Berwujud	147	29.420.565.316	0	0	0	-	147	29.420.565.316	
KONSTRUKSI DALAM PENGERJAAN									
Gedung dan Bangunan Dalam Pengerjaan		0		4.423.819.641		2.939.820.883		1.483.998.758	
Peralatan dan mesin dalam Pengerjaan		-		0		0		0	
Total Konstruksi Dalam Pengerjaan		0		4.423.819.641		2.939.820.883		1.483.998.758	
EKSTRAKOMPTABEL									
Peralatan Mesin	1.015	310.000.353	18	15.579.000	0	-	1033	325.579.353	Baik
Gedung dan Bangunan	1	7.892.500	0	-	0	-	1	7.892.500	Baik
Aset Tetap Yang Tidak Digunakan Oleh Pemerintah	11	2.114.000	0	-	11	211.4000	0	0	Baik
Total Ekstrakomptabel	1.027	320.006.853	18	15.579.000	11	2.114.000	1.034	333.471.853	
TOTAL		3.402.379.797.263		291.177.183.545		178.822.963.888		3.587.910.301.057	

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 2023 mengacu kepada tugas dan fungsi organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan dalam Rencana Strategis Bisnis.

Pencapaian Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2023 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 2020-2024 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 sasaran kinerja dan indikatornya, adapun permasalahan-permasalahan yang dihadapi antara lain diakibatkan keterlambatan dalam proses pencairan dan pertanggungjawaban 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 pada tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan pengukuran pencapaian kinerja rumah sakit dari 32 (tiga puluh dua) indikator kinerja yang ditetapkan telah tercapai sebanyak 30 (tiga puluh) indikator sedangkan 1 (satu) indikator tidak tercapai yaitu KPI 19 Pertumbuhan jumlah pasien non JKN namun secara keseluruhan indikator dapat dipresentasikan capaiannya sebesar 96,87%. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya RSJPDHK didukung oleh Anggaran DIPA APBN/RM dan DIPA PNBPN/BLU, sebesar Rp. 1.062.358.469.000 dengan realisasi Rp. 1.024.207.907.790 (96,41%) rincian sebagai berikut :

1. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA APBN/RM dengan pagu anggaran sejumlah Rp. 83.723.227.000 penyerapan terealisasi 98,83% sebesar Rp. 82,742.993,814
2. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA PNBK/BLU dengan pagu anggaran sejumlah Rp. 978.635.242.000 penyerapan terealisasi 96,20% sebesar Rp. 941.438.138.476

Secara umum upaya pencapaian sasaran strategis RSJPDHK tahun 2023 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 RSJPDHK.
2. Peningkatan kompetensi pemberi layanan. 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.
5. Implementasi berkelanjutan program transformasi di bidang kesehatan dimana RSJPDHK sebagai Rumah Sakit Vertikal dengan 3 tugas/pilar utama sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan di bawah Kementerian Kesehatan yaitu : 1) Layanan terbaik level Asia meliputi: program

peningkatan pengalaman pasien, program peningkatan kualitas pemberi pelayanan, program peningkatan mutu klinis, program peningkatan tata kelola RS; 2) Pengampu Nasional melalui program pengampuan jejaring kardiovaskular Nasional; 3) Pengembangan Riset meliputi Pengembangan Clinical Research Unit dan Pengembangan Biorepository dan Fasilitas Biobank Kardiovaskular (BGSI).

Demikian uraian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2023 yang disusun sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita

Direksi

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

LAMPIRAN

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K)., M.A.R.S.

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Jantung dan pembuluh Darah Harapan Kita

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM., MARS.

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

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

Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K)., MARS.
NIP 196601019966031001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1. Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia (%)	95,40 %
		2. Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut (%)	92,50 %
2.	Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan	3. Prosentase pegawai / SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	90 %
3.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	4. Indeks Kepuasan Masyarakat	80
		5. Tercapainya indikator Nasional Mutu sesuai target	12 laporan
		6. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan
4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	7. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	2,5 %
5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	8. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	9. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
		10. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80
		11. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80 %
		12. Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3 %
		13. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80 %
		14. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	≥ 80 %
		15. Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥ 80 %

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	16. Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	87 %
		17. Jumlah produk inovasi layanan	1 produk
8.	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	18. Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	1 RS
9.	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	19. Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	25 %
10.	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	20. Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85 %
11.	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	21. Prosentase Implementasi EMR	100 %
		22. Digital Maturity Index (DMI)	Level 3
12.	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	23. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem
13.	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95 %
14.	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	25. Skor GCG BLU	93
15.	Terwujudnya Efektifitas Anggaran	26. POBO (Pendapatan Operasiona & Biaya Operasional)	85 %
16.	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	27. Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU (%)	5 %

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	28. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5 %
		29. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95 %
		30. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97 %
		31. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95 %
		32. Persentase nilai EBITDA Margin	>20 %

Program

1. Dukungan Pelayanan Kesehatan dan JKN
2. Dukungan Manajemen

Anggaran

Rp. 795.065.000.000,-
Rp. 76.387.460.000,-

TOTAL

Rp. 871.452.460.000,-

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama



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



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

REALISASI PERJANJIAN KINERJA (PK) TAHUN 2023

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
1.	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1.	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF dengan angka setara Asia	%	95,40	97,12	Tercapai
		2.	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut (%)	%	92,50	95,38	Tercapai
2.	Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan	3.	Prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervnsi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	%	90	92,30	Tercapai
3.	Meningkatnya mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	4.	Indeks Kepuasan Masyarakat	%	80	89,95	Tercapai
		5.	Tercapainya indikator Nasional Mutu sesuai target	laporan	12	12	Tercapai
		6.	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	laporan	12	12	Tercapai
4.	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	7.	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	%	2,5	-0,49	Tercapai
5.	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	8	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	kali	2	2,00	Tercapai
6.	Terselenggaranya pelayanan center of	9	Terselenggaraannya Layanan Unggulan bertaraf	layanan	1	1,00	Tercapai

REALISASI PERJANJIAN KINERJA (PK) TAHUN 2023

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
	Excellence di RS Vertikal secara optimal		Internasional				
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan		80	89,95	Tercapai
		11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	80	80,61	Tercapai
		12	Penundaan waktu operasi elektif	%	3	0,23	Tercapai
		13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	80	81,00	Tercapai
		14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	%	80	94,10	Tercapai
		15	Door to Balloon Time \leq 90 Menit pada kasus STEMI	%	80	92,03	Tercapai
7.	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta diklat pasca pelatihan	%	87	96,65	Tercapai
		17	Jumlah produk inovasi layanan	Produk	1	1	Tercapai
8.	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	Jumlah RS	1	3	Tercapai
9.	Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan pasien	19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	%	25	1	Tidak Tercapai

REALISASI PERJANJIAN KINERJA (PK) TAHUN 2023

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
	non JKN						
10.	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	20	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	85	97,28	Tercapai
11.	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan tekonologi informasi & komunikasi	21	Prosentase Implementasi EMR	%	100	100,00	Tercapai
		22	Digital Maturity Index (DMI)	Level	3	4,41	Tercapai
12.	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	sistem	1	2	Tercapai
13.	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	%	95	99,68	Tercapai
14.	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	25	Skor GCG BLU	%	93	93,75	Tercapai
15.	Terwujudnya Elektifitas anggaran	26	POBO (Pendapatan Operasional & Biaya Operasional)	%	85	113	Tercapai
16.	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	27	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU (%)	%	5	80,00	Tercapai
17.	Meningkatnya koordinasi	28	Persentase Rekomendari Hasil Pemeriksaan BPK yang	%	92,5	95,00	Tercapai

REALISASI PERJANJIAN KINERJA (PK) TAHUN 2023

NO.	SASARAN KEGIATAN		INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	REALISASI 2023	CAPAIAN
	pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan		telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan				
		29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	129,15	Tercapai
		30	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97	98,60	Tercapai
		31	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95	96,20	Tercapai
		32	Persentase nilai EBITDA Margin	%	20	23	Tercapai

Jakarta, Januari 2024
Direktur Utama,



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

PENGHARGAAN RSJPDHK TAHUN 2023

No	Nama Penghargaan	Dokumentasi
1.	Excellence In Design For Greater Efficiencies (21 Maret 2023)	
2.	Healthcare Asia Awards (30 Maret 2023)	
3.	Kontributor Terbaik di website Ditjen Yankes (7 Agustus 2023)	
4.	Call Center dengan layanan baik (13 November 2023)	<p style="text-align: center;">Penghargaan Call Center Terbaik Tahun 2023</p> <p>RS LEVEL 1 - Predikat Baik RS. Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung RS LEVEL 2 - Predikat Sangat Baik RSUP Dr. Sardjito RS LEVEL 2 - Predikat Baik RS Anak dan Bunda Harapan Kita RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita RSJ Prof. Dr. Soerojo Hospital NON RS LEVEL 1 - Predikat Sangat Baik Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit Surabaya KKP Kelas II Jambi NON RS LEVEL 1 - Predikat Baik KKP Kelas II Palembang KKP Kelas II Tarung Baru Kumpulan Balai Balai Pelatihan Kesehatan (BBPK) Jakarta Balai Kesehatan Keperawatan (BKK) Semarang Balai Kesehatan Keperawatan (BKK) Cakras</p> 
5.	Kepatuhan perilaku interaksi publik sangat baik (13 November 2023)	<p style="text-align: center;">Penghargaan Kepatuhan Layanan Publik Tahun 2023</p> <p>Kriteria Sangat Baik</p> <p>RS. Jwa Prof. Dr. Soerig RS Papua Dr. St. A. Subandono Bandung RSUP Prof. Dr. G. O. Ng. O. Ngurah Dharmaji Poliklinik Kesehatan (Poliklinik) Kementerian Kesehatan Instalasi Kesehatan Perawatan (IKP) Kembangan RSUP Dr. Kardi Saragihung Poliklinik Kesehatan (Poliklinik) Kesehatan Sukarmanjaya Balai Besar Kesehatan Farmasi Masyarakat (BBKF) Banjarmasin Balai Perencanaan dan Pengembangan Kebijakan Kesehatan (BPJKK) Kementerian Kesehatan RI</p> 

PENGHARGAAN RSJPDHK TAHUN 2023

No	Nama Penghargaan	Dokumentasi
6.	Penghargaan Baznaz (6 Desember 2023)	 <p>The image shows a green-themed certificate from BAZNAS (Badan Amal Zakat Nasional) for the year 2023. It congratulates RSJPD Harapan Kita for receiving three awards in the categories of Best Collection (UPZ Pengumpulan Terbaik), Best Disbursement (UPZ Penyaluran Terbaik), and Best Report (UPZ Pelaporan Terbaik). The certificate includes the BAZNAS logo, the text 'Alhamdulillah', and three framed award certificates. Social media handles for @rohis.pjnhk are listed at the bottom.</p>
7.	Lomba HaKorDia (Hari Antikorupsi Sedunia) (19 Desember 2023)	 <p>The image shows a woman in a grey batik jacket presenting a framed certificate to a man in a colorful batik shirt. They are standing in front of a banner that reads 'RUMAH SAKIT VERTIKAL TUNGGU D... AN KITA'.</p>
8.	Best Fostering Hospital (20 Januari 2024)	 <p>The image shows a group of six people on a stage during an event titled 'Refleksi dan Konsolidasi'. A man in the center is holding a framed certificate. The background features the logo of the Indonesian Ministry of Health (Kemenkes).</p>
9	Fasilitas Pendukung Terbaik sebagai Peringkat III (20 Januari 2024)	 <p>The image shows an official award certificate from the Indonesian Ministry of Health (Menteri Kesehatan Republik Indonesia). It is addressed to 'RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita' as the 'Best Supporting Facility' (Fasilitas Pendukung Terbaik) at the 'Peringkat III' level. The certificate is dated January 20, 2024, and signed by Budi G. Sadikin.</p>

PENGHARGAAN RSJPDHK TAHUN 2023

No	Nama Penghargaan	Dokumentasi
10.	Layanan Eksekutif Terbaik sebagai Peringkat I (20 Januari 2024)	
	Pengukuran Standar Klinis Terbaik sebagai Peringkat II (20 Januari 2024)	
12.	Tingkat Maturitas BLU Terbaik sebagai Peringkat I (20 Januari 2024)	



RS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

Jalan Letjen. S.Parman Kav.87 Slipi, Jakarta Barat 114210

Telp. 021 5684086 - 5681111, Faks 5684230

Email : website@pjhk.go.id

[http: //www.pjhk.go.id](http://www.pjhk.go.id)