



LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH



2019

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



Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesainya penyusunan Buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita RSJPDHK Tahun Anggaran 2019, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan pengelolaan sumber daya di lingkungan RSJPDHK.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP RSJPDHK Tahun Anggaran 2019 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 Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

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

Akhir kata semoga buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) RSJPDHK Harapan Kita tahun 2019 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 2020
Direktur Utama

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Iwan Dakota', is positioned below the printed name and title.

Dr. dr. Iwan Dakota, SpJP(K), MARS.
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@pnhk.go.id , Web: <http://www.pnhk.go.id>



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)
TAHUN 2019

JAKARTA, JANUARI 2020

Direktur Utama

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

Direktur Medik dan Keperawatan,

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

Direktur Penunjang,

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

Direktur Keuangan,

Liliek Marhaendro Susilo, Ak., MM., CA
NIP 196604161986031001

Direktur Umum & SDM,

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



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>



MENYETUJUI
ATAS

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)
TAHUN 2019

JAKARTA, JANUARI 2020

DEWAN PENGAWAS

dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K)., MARS.
Ketua

Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U(K).
Anggota

Drs. Agus Muhammad, M. Acc., M.Sc.
Anggota

dr. Slamet, M.H.P
Anggota

Dra. Humaniati
Anggota

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSJPDHK Tahun 2019, disusun dengan menyajikan hasil pengukuran kinerja pencapaian sasaran yang diarahkan dalam mencapai tujuan, visi dan misinya.

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

RSJPDHK dalam menjalankan operasionalnya sebagai BLU berdasar kepada Surat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2357/MENKES/PER/XI/2011, tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJPDHK.

Dalam rangka mewujudkan *"good corporate governance"* maka RSJPDHK menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama tahun 2019 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA Rupiah murni, maupun dari DIPA BLU.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPDHK tahun 2019 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di tahun 2019 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2015-2019.

Laporan Akuntabilitas kinerja sebagai sarana penyampaian pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita kepada Direktorat Jenderal 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 2019 tetapi juga memuat kendala atau kekurangan-kekurangan yang ada sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada tahun 2019 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan DIPA BLU. Total pagu anggaran pada tahun 2019 adalah sebesar Rp. 1.141.414.742.000,00 yang terdiri dari Anggaran APBN sebesar Rp. 116.970.756.000,00 dan Anggaran BLU sebesar Rp. 1.024.443.956.000,00.

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 dan Fungsi RSJPDHK.....	2
D. Peran Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	4
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II. PERENCANAAN KINERJA	
A. Rencana Strategis.....	9
B. Rencana Kerja Tahunan dan Pernyataan Kinerja.....	11
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	15
1. Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholder</i>	16
2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.....	22
3. Terwujudnya peran strategis Pusat Jantung Nasional.....	26
4. Terwujudnya layanan, pendidikan & penelitian yang ekselen dalam <i>Academic Health System</i> (AHS).....	28
5. Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.....	39
6. Terwujudnya layanan unggulan Pusat Jantung Nasional	40
7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	42
8. Terwujudnya mutu dan integrasi proses bisnis.....	47

9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	51
10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan Kardiovakular diberbagai strata pelayanan	54
11. Terwujudnya integrasi <i>Hospital Information System</i>	56
12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.....	60
13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.....	62
14. Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif.....	64
15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar.....	65
16. Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	66
17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis.....	67
B. Capaian Kinerja Secara Keseluruhan.....	70
C. Sumber Daya Anggaran	72
D. Sumber Daya Manusia	75
E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	75
BAB IV. KESIMPULAN	78

LAMPIRAN :

1) Form Perjanjian Kinerja

2) Form Indikator Kinerja Tingkat Kesehatan BLU

DAFTAR TABEL

			Hal
1	Tabel 2.1	Indikator Kinerja Utama / <i>Key Performance Indicator</i> (KPI)	9
2	Tabel 2.2	Perjanjian Kinerja Tahun 2019 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	12
3	Tabel 3.1	Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder	16
4	Tabel 3.2	Nilai Indikator Kinerja BLU	17
5	Tabel 3.3	Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional ...	22
6	Tabel 3.4	Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di Pelayanan Jantung Terpadu (PJT).....	23
7	Tabel 3.5	Capaian Mortalitas dan keberhasilan operasi jantung secara mandiri Di PJT	23
8	Tabel 3.6	Presentase kasus sulit yang berhasil	25
9	Tabel 3.7	Indikator kinerja sasaran terwujudnya peran strategis PJN.....	26
10	Tabel 3.8	Indikator kinerja dalam mewujudkan layanan, pendidikan dan penelitian yang ekstem dalam AHS.....	28
11	Tabel 3.9	Jumlah Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang menjalani proses pendidikan tepat waktu	29
12	Tabel 3.10	Capaian Indikator Medik kardiovaskular.....	32
13	Tabel 3.11	Indikator Publikasi Internasional	39
14	Tabel 3.12	Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN.....	40
15	Tabel 3.13	Capaian Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN	40
16	Tabel 3.14	Tindakan ASO, ADO,AMVo, TEVAR dan EVAR.....	41
17	Tabel 3.15	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	42
18	Tabel 3.16	Capaian Persentase rujukan yang tepat.....	43
19	Tabel 3.17	Capaian Persentase (%) rujuk balik.....	45
20	Tabel 3.18	Indikator sasaran kinerja terjaminnya mutu dan intergritas proses bisnis	46
21	Tabel 3.19	Angka Indikator Persentase (%) angka <i>door to balloon time</i>	48

22	Tabel 3.20	Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas	51
23	Tabel 3.21	Capaian Persentase kesesuaian sarfas dengan standar Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK)	52
24	Tabel 3.22	Jumlah PJT yang sudah menjalankan Panduan Praktek Klinis Kardiovaskular (PPK KV).....	54
25	Tabel 3.23	Indikator kinerja sasaran mutu terjuwudnya integrasi HIS.....	56
26	Tabel 3.24	Komponen penilaian Maturitas IT	59
27	Tabel 3.25	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.....	60
28	Tabel 3.26	Capaian persentase karyawan tahun 2018:2019.....	61
29	Tabel 3.27	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.....	62
30	Tabel 3.28	Hasil Pengukuran Score RSJPDHK.....	63
31	Tabel 3.29	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif.....	64
32	Tabel 3.30	Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar	65
33	Tabel 3.31	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	66
34	Tabel 3.32	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis.....	67
35	Tabel 3.33	Capaian kinerja Tahun 2019 secara keseluruhan.....	70
36	Tabel 3.34	Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK	73
37	Tabel 3.35	Realisasi Anggaran RSJPDHK Tahun 2019	74
38	Tabel 3.36	Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian	75
39	Tabel 3.37	Jumlah SDM berdasarkan status ketenagaan	75
40	Tabel 3.38	Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi.....	76
41	Tabel 3.39	Jumlah SDM berdasarkan kelompok pendidikan	76
42	Tabel 3.40	Laporan Barang Milik Negara (BMN) Tahun 2019.....	77

DAFTAR GRAFIK

		Hal
1	Grafik 3.1 Tren Pasien Puas dan Sangat Puas.....	21
2	Grafik 3.2 Penanganan Komplain Pelanggan.....	37
4	Grafik 3.3 Bulanan capain % pasien rujuk balik.....	46
5	Grafik 3.4 Bulanan capaian <i>Door to Balloon Time</i>	48
6	Grafik 3.6 Persentase hasil penilaian karyawan.....	61
7	Grafik 3.7 Persentase Penyerapan Anggaran RSJPDHK.....	74

DAFTAR GAMBAR

	Hal
1 Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit & Pembuluh Darah Harapan Kita	4
2 Gambar 3.1 Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2019	58

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 PERMENKES RI No.2416/MENKES/PER/XII/ 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

Sebagai landasan, penyusunan mengacu pada PERMENPAN RI Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas laporan kinerja instansi pemerintahan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

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

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPD Harapan Kita merupakan rangkuman dari suatu proses di mana setiap Unit Kerja per Direktorat melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam pencapaian kinerja selama melaksanakan kegiatan tahun anggaran 2019 yang wajib dipertanggung jawabkan.

C. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

1. Tugas

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

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

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

2. Fungsi RSJPDHK

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

- a. Upaya pencegahan terjadinya penyakit jantung dan pembuluh darah.
- b. Upaya pelayanan dan penyembuhan bagi pasien penyakit jantung dan pembuluh darah.
- c. Upaya rehabilitasi terhadap pasien penyakit jantung dan pembuluh darah.
- d. Upaya menjalankan pelayanan berjenjang melalui rujukan yang efektif.

- e. Pemetaan jejaring pengampuan nasional terhadap kapasitas/kemampuan rumah sakit rujukan nasional, rumah sakit rujukan provinsi, dan rumah sakit rujukan regional yang dapat memberikan pelayanan kardiovaskular.
- f. Pengelolaan dan pembinaan sumber daya manusia.
- g. Penyelenggaraan upaya kesehatan melalui pelayanan, pendidikan dan penelitian terhadap penyakit jantung dan pembuluh darah yang dilaksanakan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan.
- h. Penguatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian kesehatan dalam bidang kardiovaskular pada rumah sakit rujukan provinsi secara aktif.
- i. Pelaksanaan urusan administrasi umum dan keuangan.

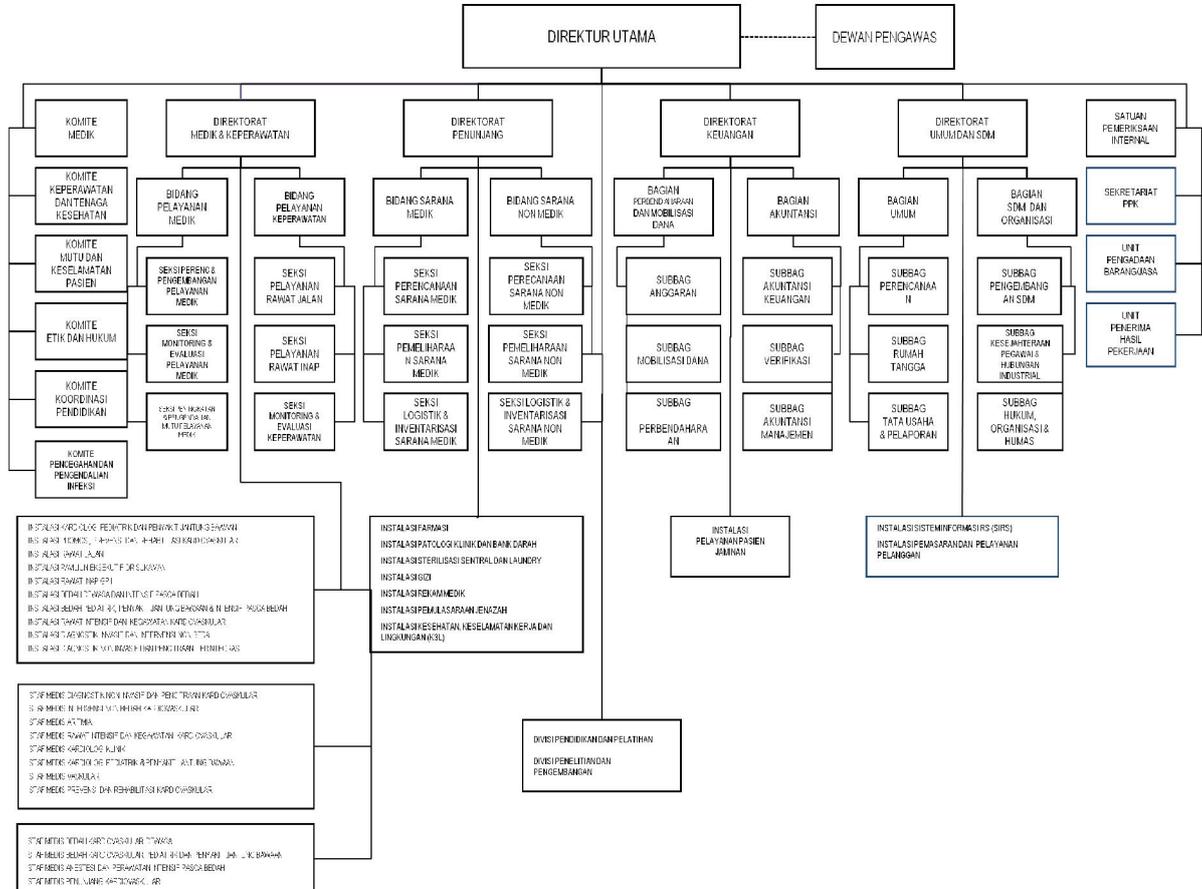
3. Struktur Organisasi RSJPDHK

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

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSJPDHK

STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA BADAN LAYANAN UMUM
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
NOMOR : HK.02.03/XX.4/ 0305 /2019
TANGGAL : 02 JANUARI 2019



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

1. Visi, Misi dan Nilai Budaya

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

Visi

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

Misi

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

Nilai Budaya

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

2. Arah Strategis

Arah ke mana sebuah institusi publik hendak diwujudkan di masa depan akan sangat tergantung pada dinamika tuntutan *stakeholders* kunci terhadap keberadaan institusi publik tersebut. Kondisi ini juga berlaku bagi RSJPDHK dalam mewujudkan visi dan misi. Kemampuan mengidentifikasi harapan dan kekhawatiran *stakeholders* kunci sebagai bagian dari tuntutan utama *stakeholders* kunci merupakan salah satu tahap kritis awal dalam menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSJPDHK di tahun-tahun mendatang.

Selain itu, informasi tentang patok duga (*benchmark*) juga ikut menentukan arah dan prioritas strategis pengelolaan RSJPD Harapan Kita dalam menjalankan misi layanan, pendidikan, dan penelitiannya di masa mendatang.

3. Tantangan Strategis

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

- a. Ketidakjelasan regulasi dan belum optimalnya dukungan dari Kemenkes kepada RSJPDHK sebagai Pusat Rujukan Nasional dan PJN yang menerima rujukan nasional kasus-kasus penyakit kardiovaskular yang kompleks.
- b. Globalisasi dan persaingan bebas, khususnya di era masyarakat ekonomi Asean.
- c. Kualitas dan kuantitas SDM yang terbatas.
- d. Pajak impor obat dan alat kesehatan yang menambah beban biaya pelayanan.
- e. Tarif INA CBGs yang belum optimal, sehingga berdampak kerugian bagi RSJPDHK.
- f. Ketidaksiapan layanan kardiovaskular di tingkat sekunder dan primer, sehingga tidak mendukung sistem rujuk balik
- g. *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang menuntut perhatian pemerintah untuk meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, khususnya penyakit kardiovaskular
- h. Integrasi informasi teknologi dalam manajemen RSJPDHK
- i. Proses bisnis belum terintegrasi, termasuk integrasi dengan vendor
- j. Kemajuan ilmu dan teknologi yang menuntut ketersediaan sarana dan prasarana.

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

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

Bab II Perencanaan Kinerja

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

Bab III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

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

7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja).

B. Realisasi Anggaran

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

Bab IV Penutup

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

Lampiran:

1. Perjanjian Kinerja
2. Indikator BLU

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS

Dalam tata kelola sistem yang modern, organisasi publik selayaknya dirancang atas dasar misi dan tujuannya, karena organisasi merupakan suatu tatanan untuk mencapai tujuan. Dalam kaitan tersebut, setiap organisasi publik perlu menyusun prioritas pengelolaan dan pengembangannya agar segenap komponen organisasi publik dan para mitra kerjanya bergerak searah dan sinergis menuju tujuan keseluruhan organisasi publik. Rencana strategis (renstra) merupakan salah satu perangkat strategis bagi manajemen puncak dari suatu organisasi publik yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi dari berbagai unit kerja dan mitra kerjanya untuk bersama bersinergis guna mencapai tujuan dari keseluruhan organisasi publik. Pada Tahun 2019 Rencana Strategis Bisnis RSJPDHK telah menetapkan dari 4 perspektif ,17 sasaran dan 30 KPI , secara rinci dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

Perspektif	Sasaran Strategis		<i>KPI</i>	
SH	1	Terwujudnya kepuasan <i>stakeholders</i> .	1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).
			2	Tingkat kepuasan karyawan.
			3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).
			4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.
	2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.
			6	Persentase kasus sulit yang berhasil.
	3	Terwujudnya peran strategis PJN.	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.
			8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.

Perspektif	Sasaran Strategis		KPI	
BPI	4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam RS pendidikan.	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.
			10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester).
			11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.
			12	Persentase komplain yang ditangani dengan baik.
			13	Akreditasi Nasional / Internasional
			14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.
	5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional.
	6	Terwujudnya layanan unggulan PJJN.	16	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.
	7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	17	Persentase rujukan yang tepat.
			18	Persentase pasien rujuk balik.
	8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	19	Persentase kasus dengan <i>door to balloon time</i> < 90 mnt
			20	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.
	9	Terwujudnya sarana dan fasilitas (sarfas) yang bermutu dan aman dengan sistem manajemen yang baik.	21	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Master Plan</i> bangunan tahun 2016-2019.
	10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	22	Jumlah PJJN yang sudah menjalankan PPK KV.

Perspektif	Sasaran Strategis		KPI	
LEARNING & GROWTH	11	Terwujudnya integrasi <i>HIS</i> .	23	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.
	12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.	24	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).
			25	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)
	13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	26	Skor <i>GCG Corporate</i> .
	14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif.	27	Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).
FIN	15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	28	Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.
	16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i> .	29	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .
	17	Terwujudnya efisiensi anggaran.	30	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.

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 2019 ini merupakan rencana kerja tahun keempat untuk pencapaian sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJPDHK 2015-2019 Revisi Ke-2.

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada TA 2019 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 2019.

Tabel 2.2. Perjanjian Kinerja Tahun 2019 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2019	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	85	
		2	Tingkat kepuasan karyawan.	85	%
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	83	%
		4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	87	%
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	90	%
		6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	95	%
3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.	1	
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1	
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.	1	
10		Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester).	72,50	%	
11		Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	90	%	
12		Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	95	%	
13		Akreditasi Nasional/Internasional	Akredita si		

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2019	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
		14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	1	
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional.	11	
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	5	%
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	17	Persentase rujukan yang tepat	60	%
		18	Persentase pasien rujuk balik.	30	%
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	19	Persentase kasus dengan <i>door to balloon</i> time < 90 mnt.	95	%
		20	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100	%
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	21	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Masterplan</i> bangunan tahun 2016-2019 .	95	%
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	22	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1	
11	Terwujudnya integrasi HIS	23	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.	2,7	
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	24	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	95	%
		25	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	5	
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	26	Skor <i>GCG Corporate</i> .	95	

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2019	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	27	Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).	75	
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	28	Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.	100	%
16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	29	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	3	%
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	30	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	75	%

Dalam pelaksanaan kegiatan tahun 2019, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mendapatkan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan sebesar **Rp.891.524.880.000,00**.

Namun setelah tahun berjalan, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita melakukan Revisi anggaran DIPA sebesar **Rp. 1.141.414.742.000,00**.

Kegiatan	Anggaran
1. Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan	Rp. 1.024.443.986.000,00
2. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas lainnya Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 116.970.756.000,00
	Rp. 1.141.414.742.000,00

BAB III.AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSJPDHK dalam kurun waktu Januari – Desember 2019.

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

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

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran pada tahun 2019 maka Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah bekerja untuk memenuhi target-target yang ditetapkan dan tercantum dalam perencanaan perjanjian kinerja tahun 2019.

Sasaran strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada perencanaan kinerja 2019 mengacu pada Rencana Strategis RSJPDHK tahun

2015-2019 Revisi Ke-2 dan Pedoman Indikator Kinerja BLU Kementerian Kesehatan RI yang kemudian dituangkan dalam sebuah perjanjian kinerja tahun 2019.

Uraian capaian kinerja dari sasaran strategis dan indikator kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPDHK Tahun 2019 dituangkan sebagai berikut :

1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder

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

Tabel 3.1. Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	Nilai	85	82,95	86,75	82,42	83,42	84,65	1,47	Tidak Tercapai
2	Tingkat kepuasan karyawan	%	85	70	78	75	83	83,86	1,04	Tidak Tercapai
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	83	91,40	72,19	83,67	96	86,34	(10,06)	Tercapai
4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	87	77,98	80,46	82,03	92,00	92,88	0,96	Tercapai

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

Indikator ini merupakan gambaran keberhasilan rumah sakit sebagai badan layanan umum untuk mengukur tingkat kesehatannya, Pengukuran kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang layanan kesehatan meliputi 3 (tiga) Aspek yaitu : Aspek Layanan, Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat dan Aspek Keuangan.

Capaian

Pada Tahun 2019 Tingkat kesehatan RS (PPK BLU) sebesar 84,65 belum mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 85. Meskipun demikian mengacu pada pedoman penilaian kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan yang ditetapkan Kementerian Keuangan, hasil capaian

kinerja 84,65 termasuk dalam kategori SEHAT dengan nilai AA atau pada rentang nilai 80-N-95.

Analisa Capaian Kinerja

Pencapaian Tahun 2019 tingkat kesehatan BLU dengan nilai 84,65 mengalami peningkatan 1,47% dibandingkan capaian tahun sebelumnya yaitu sebesar 83,42, dengan rincian pada tabel 3.2 dibawah ini.

Tabel 3.2. Nilai Indikator Kinerja BLU

KINERJA RSJPDHK	BOBOT	NILAI 2018	NILAI 2019
Aspek Keuangan	30	22,25	25,85
Aspek Layanan	35	29,25	26,25
Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat	35	31,92	32,55
TOTAL	100	83,42	84,65
KATEGORI		AA	AA

Kendala

Pada Tahun 2019 Tingkat Kesehatan RS (PPK BLU) tidak mencapai target senilai 84,65 dari yang ditetapkan sebesar 85% , Aspek Layanan terlihat mengalami penurunan senilai tiga, yang disebabkan beberapa hal diantaranya:

1. Rendahnya presentase Dokdiknis yang mendapat TOT sebesar 38% (standar 75%). Pada Periode Januari-Desember 2019, jumlah staf pengajar yang berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) Kementerian Kesehatan Indonesia dan telah mempunyai jabatan sebagai Dokter Pendidik Klinis (Dokdiknis) sebanyak 21 orang, sedangkan jumlah Dokdiknis yang mendapatkan TOT sebanyak 8 orang.
2. Capaian BOR kurang dari 50% berada di unit GP 2 Lt 3 (kelas 3), Paviliun Sukaman dan IW Bedah. Pada unit GP 2 Lt 3 (kelas 3) disebabkan perubahan kebijakan tentang iuran BPJS, sedangkan di

unit Paviliun Sukaman disebabkan adanya paska migrasi kapasitas tempat tidur dari 22 menjadi 8 dan di unit IW Bedah disebabkan menurunnya kasus bedah. Sedangkan untuk capaian BOR lebih dari 80% berada di unit ICU Anak, ICVCU dan IW Medikal yang dipengaruhi oleh banyaknya kasus severitas kelas 2, kelas 3 dan kasus kompleks yang masuk dari IGD.

3. Menurunnya pertumbuhan rata-rata operasi tahun berjalan pada operasi dewasa disebabkan adanya kendala pada tata udara di ruang bedah disebabkan ketidakstabilan suhu dan kelembaban, sehingga terjadi penundaan tindakan bedah. Hal ini dapat mempengaruhi alur pasien ke ruangan ICU Dewasa, IW Bedah dan Rehabilitasi sehingga pasien di ruangan tersebut mengalami penurunan Fase II.
4. Menurunnya jumlah pasien di Poliklinik Eksekutif dan Pasien Rawat Inap berdampak pula pada menurunnya rata-rata pemeriksaan Laboratorium.

Upaya Tindak Lanjut :

1. Lebih memperbanyak jumlah pelatihan *Training of Trainer* (TOT) karena merupakan salah satu kompetensi yang wajib dimiliki staf Pengajar/Dosen dalam menunjang aktivitasnya dalam mentransformasikan mengembangkan, dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.
2. Lebih mengoptimalkan ruangan *Transit room* sehingga alur di unit perawatan lebih lancar.
3. Mengoptimalkan perbaikan pada sistem tata udara di Ruang OK Dewasa.
4. Menjadikan ruang rawat inap kelas 1 dan 2 sebagai ruang transit (sementara) pasien ruang perawatan kelas 3.

b. KPI 2.Tingkat Kepuasan Karyawan

Mengacu pada RSB RSJPDHK, maka berdasarkan perspektifnya karyawan merupakan aset dan *stakeholder* inti rumah sakit. Kepuasan karyawan adalah tingkat penerimaan karyawan terhadap kondisi yang berhubungan dengan iklim & lingkungan kerja, beban kerja, kepemimpinan, karir, dan kesejahteraan.

Capaian

Tingkat kepuasan karyawan RSJPDHK tahun 2019 terealisasi sebesar 83,86% dibawah target yang telah ditetapkan sebesar 85%. Survey dilakukan oleh pihak ketiga yaitu Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, UGM kepada 1812 karyawan RSJPDHK dengan sampel diambil secara *purposif* random sampling. Penghitungan jumlah sampel menggunakan rumus Slovin dengan beberapa kriteria inklusi adalah 402 responden.

Analisa Capaian Kinerja

Hasil survey menggunakan *two-factor-theory* dari Herzberg diperoleh hasil rata-rata tingkat kepuasan kerja karyawan secara keseluruhan mencapai 83,86% mengalami peningkatan 1,04 % dibandingkan hasil pengukuran tahun sebelumnya sebesar 83%.

Kendala

Dari hasil survey diketahui adanya hal yang perlu diperhatikan terkait dengan beban kerja yang dinilai terlalu tinggi dan tidak adil, sistem promosi/kenaikan pangkat yang dinilai kurang baik, sistem perhitungan remunerasi berdasarkan kinerja yang tidak transparan serta faktor eksternal lainnya.

Upaya Tindak Lanjut

Meningkatkan faktor-faktor motivasi atau faktor intrinsik seperti pendelegasian wewenang penghargaan atas capaian promosi dan pengembangan diri melalui perbaikan dalam sistem kompensasi dan remunerasi berdasarkan kinerja serta memperbaiki penanganan keluhan dan saran.

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

Sebagai Rumah Sakit Pendidikan maka indikator ini diperlukan untuk mengukur tingkat kepuasan peserta didik. Tingkat Kepuasan diukur berdasarkan faktor : paparan kasus, dukungan sarana prasarana pendidikan, kepuasan terhadap staf pengajar dan lain-lain.

Capaian

Capaian Tingkat Kepuasan Peserta Didik (S1 dan Sp1 FKUI) mencapai 86,34% yang artinya merasa puas dan sangat puas selama menjalani pendidikan di RSJPDHK.

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2019 sebesar 86,34% mengalami penurunan sebesar 10,06% dari tahun 2018 sebesar 96% namun masih melampaui target 2019 yang telah ditetapkan yaitu sebesar 83%.

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

Untuk mengetahui mutu dan kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit maka dapat digambarkan dengan dilakukannya survey pasien puas dan sangat puas, sehingga menjadi upaya perbaikan pelayanan yang lebih baik.

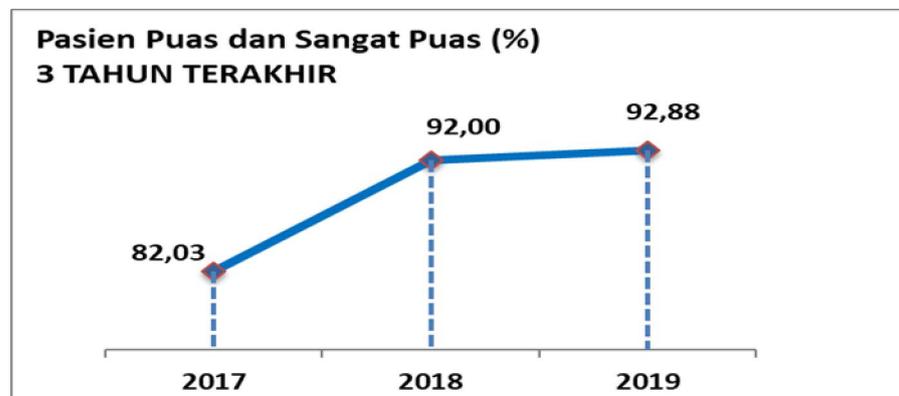
Capaian

Pada tahun 2019 persentase pasien yang menyatakan puas dan sangat puas sebesar 92,88 %, telah melampaui target dari yang ditetapkan sebesar 87%.

Analisa Capaian Kinerja

persentase pasien yang menyatakan puas dan sangat puas tahun 2019 sebesar 92,88%, mengalami peningkatan dibandingkan dengan hasil survey tahun 2018 yang hanya mencapai 92%. Secara tren angka kepuasan pasien selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan seperti terlihat pada grafik dibawah.

Grafik 3.1 Tren Pasien Puas dan Sangat Puas



Tren yang meningkat diharapkan terus terjadi pada tahun-tahun selanjutnya hingga target akhir periode RSB (2019) dapat tercapai, guna mencapai target tersebut maka diperlukan komitmen dari semua lini maupun aspek dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien.

2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

Tabel 3.3. Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naikturun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	90	98,63	92,30	97,50	97,10	90,60	(6,69)	Tercapai
6	% kasus sulit yang berhasil	%	95	98,14	93	92,40	94,00	90,68	(3,53)	Tidak Tercapai

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

Indikator dipilih untuk mengukur kemandirian Pelayanan Jantung Terpadu (PJT) dengan tingkat keberhasilan yang tinggi setelah mendapat pembinaan dari RSJPD Harapan Kita.

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

Capaian

Capaian persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan pada tahun 2019 adalah sebesar 90,60%, atau telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 90%.

Analisa Capaian Kinerja

Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT binaan pada tahun 2018 sebesar 97,10% mengalami penurunan sebesar 6,69% di tahun 2019 yaitu menjadi sebesar 90,60%.

Tabel 3.4 Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT

NO	Uraian	Tahun 2018		Tahun 2019	
		Jumlah Tindakan	Mortalitas	Jumlah Tindakan	Mortalitas
	TOTAL OPERASI JANTUNG	69	2	117	11
	(%) KEBERHASILAN	97,1%		90,6%	

PJT Binaan RSJPDHK diantaranya adalah RS DR. Zainoel Abidin – Banda Aceh dan RSUD Wahab Sjahrani – Samarinda. Tingkat capaian presentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan pada tahun 2019 mencapai target, yaitu 90,6%, dimana target pada tahun 2019 adalah 90%.

Tabel 3.5 Capaian Mortalitas dan Keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT

NO	Nama PJT Binaan	% Mortalitas	% Keberhasilan	Keterangan
1.	DR. Zainoel Abidin - Banda Aceh	0%	100%	Tahun ke-5
2.	RSUD A Wahab Sjahrani - Samarinda	9,6%	90,4%	Tahun ke-3
	TOTAL	9,4%	90,6%	

Angka mortalitas di RSUD DR. Zainoel Abidin – Banda Aceh sebesar 0% dari dua tindakan selama 1 tahun dan merupakan salah satu PJT binaan RSJPDHK tahun ke-5. Sedangkan angka mortalitas pasien di RSUD A Wahab Sjahrani – Samarinda 9,6% dari total tindakan mandiri yang dikerjakan tanpa supervise sebanyak 115 pasien. RSUD A Wahab Sjahrani – Samarinda merupakan PJT Binaan Mandiri tahun ke-3.

RSJPDHK memiliki program khusus untuk PJT Binaan, dimana RS Binaan dapat melakukan tindakan sesuai dengan buku supervisi yang telah di sahkan oleh Direktur Utama RSJPDHK sebagai pedoman pelaksanaan dan evaluasi pelayanan tindakan bedah jantung (dewasa dan pediatrik) maupun tindakan Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah di PJT Binaan sesuai tahun pembinaannya. Berdasarkan buku panduan tersebut PJT Binaan yang

dapat melaksanakan tindakan yang lebih berat (severitas levelnya) akan dilakukan monitoring dan evaluasi serta penilaian kelayakan PJT Binaan untuk dapat melakukan tindakan pada severity level yang lebih berat sesuai tahapannya.

Kendala

Terdapat beberapa kendala yang didapatkan di PJT Binaan berdasarkan laporan yang diterima, diantaranya:

1. Sistem penjadwalan RS Zainoel Abidin Aceh, tindakan bedah jantung tidak berjalan sebagaimana mestinya.
2. Adanya pengunduran diri dari penanggung jawab PJT di RS Zainoel Abidin, Banda Aceh
3. RS AW Sjahranie saat ini memasuki PJT Binaan Mandiri tahun ke-3 dimana akan melakukan tindakan dengan kasus yang lebih kompleks. Dikarenakan RSUD AW Sjahranie masih memiliki keterbatasan SDM, maka saat ini RSUD AW Sjahranie masih melakukan tindakan yang sederhana.

Upaya Tindak Lanjut

1. Melakukan evaluasi dan pendekatan kepada direksi dan tim manajemen Pusat Jantung Terpadu RS Zainoel Abidin Aceh agar pelayanan bedah jantung dan kardiovaskular dapat berjalan sebagai mestinya.
2. Pendampingan tindakan yang lebih *continue* di RS AW Sjahranie dan Zainoel Abidin sehingga tindakan mandiri yang lebih kompleks sudah dapat dikerjakan di PJT Binaan sesuai lokasinya masing – masing.
3. Monitoring dan evaluasi berkelanjutan mengenai kriteria tindakan mandiri yang dapat dikerjakan di PJT Binaan untuk menurunkan angka mortalitas dan peningkatan angka hidup pasien pasca bedah jantung.

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

RSJPDHK sebagai pusat rujukan nasional, harus mampu dan berhasil menangani kasus-kasus sulit. Kasus sulit dalam hal ini adalah kasus koroner yang menjalani tindakan operasi CABG dengan Ejection Fraction (EF) kurang dari 40%.

Capaian

Tahun 2019 Persentase (%) kasus sulit yang berhasil sebesar 90,68% dibawah target yang ditetapkan sebesar 95% .

Analisa Capaian Kinerja

Kasus sulit yang berhasil pada tahun 2018 mencapai 94,00% mengalami penurunan sebesar 3,53% di tahun 2019 menjadi sebesar 90,68%.

Tabel 3.6 Persentase Kasus Sulit yang Berhasil

No	Bulan	Jumlah Tindakan CABG	Ejection Frection		Mortalitas CABG Inklusi	Mortalitas (%)	Kasus sulit Yang Berhasil (%)
			> 40%	<40%			
1	Januari	44	40	4	0	0%	100%
2	Februari	55	52	3	0	0%	100%
3	Maret	71	60	11	3	27%	73%
4	April	59	51	8	1	13%	88%
5	Mei	52	46	6	2	33%	67%
6	Juni	36	30	6	1	17%	83%
7	Juli	84	65	19	1	5%	95%
8	Agustus	76	64	12	2	17%	83%
9	September	63	48	15	0	0%	100%
10	Oktober	67	60	7	0	0%	100%
11	November	64	50	14	0	0%	100%
12	Desember	67	54	13	1	8%	92%
2019		738	620	118	11	9%	90.68%

Presentase kasus sulit yang berhasil yang dilaporkan adalah keberhasilan operasi jantung (*in-hospital survival*) operasi CABG pasien dengan *ejection fraction* < 40%, karena sesuai dengan pembagian kasus sulit yang tertera pada *clinical pathway* dengan batas EF 40%. Saat ini didapatkan hasil

capaian realisasi tahun 2019 adalah 90,68% (tidak mencapai target) dimana target yang ditetapkan adalah 95%.

Kendala

Kasus sulit yang dimaksud dibatasi pada kasus koroner yang menjalani tindakan operasi CABG dengan EF kurang dari 40%. Terdapat beberapa kendala yang dialami, diantaranya adalah:

1. Tindakan operasi *bypass* sudah dapat dilakukan di Rumah Sakit lainnya.
2. Kasus yang dikerjakan adalah kasus rujukan yang sudah mengalami gangguan organ lainnya (*multiple organ failure*).

Upaya Tindak Lanjut

Mengurangi angka kematian dengan menggunakan EURO SCORE II dimana nilai EURO SCORE < 8 dapat dilakukan tindakan dan jika nilai EURO SCORE > 8 tidak dapat dilakukan tindakan. Jika EURO Score > 8 pasien dalam perawatan, maka untuk melakukan tindakan perlu persetujuan dari Direksi dan kepala kelompok staf medik terkait dengan menggunakan protokol terapi. Untuk seluruh pasien dengan kasus sulit, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan harus membicarakan terlebih dahulu dengan Komite Medik dalam Konferensi Kasus Sulit di RSJPDHK.

3. Terwujudnya peran strategis PJN

Tabel. 3.7 Indikator Kinerja Sasaran Terwujudnya peran strategis PJN

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
7	Jumlah rekomendasi /kajian nasional yang dihasilkan	Jumlah	1	3	1	1	1	1	-	Tercapai
8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif	Jumlah	1	1	1	1	1	1	-	Tercapai

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

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

Capaian

Kajian nasional / rekomendasi yang dilakukan Tahun 2019 adalah aktif dalam Komite Kardiovaskular Panduan Nasional, *Special Access Scheme (SAS)* dan *Sildenafil*.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2018 jumlah rekomendasi /kajian nasional yang dihasilkan sebanyak 1 rekomendasi /kajian tentang pemilihan stent koroner dengan sistem skoring dan pada tahun 2019 berjumlah 1 rekomendasi/kajian yaitu Komite Kardiovaskular Panduan Nasional, *Special Access Scheme (SAS)* dan *Sildenafil*.

b. KPI 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif

Peran RSJPDHK sebagai Pusat Jantung Nasional tidak hanya kuratif, tapi juga dalam preventif & promotif untuk menurunkan angka kematian KV.

Capaian

Tahun 2019 terealisasi satu kegiatan implementasi program preventif/promotif sesuai dengan target yang ditetapkan pada tahun 2019. Pada akhir periode RSB (2019) ditetapkan target satu implementasi program preventif dan promotif, dari capaian yang didapat selama tiga tahun terakhir serta program rumah sakit yang tidak hanya

mengedepankan kuratif tapi juga hal preventif dan promotif maka target tersebut dapat dicapai.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2018 terealisasi satu kegiatan implementasi program preventif/promotif dan tahun 2019 telah terealisasi satu kegiatan implementasi program preventif/promotif yaitu Program Penyuluhan hari Jantung Sedunia bersama PERKI ke Natuna.

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

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

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan	Jumlah	1	1	1	0	1	1	0	Tercapai
10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester)	%	72,50	62,50	26,98	32,54	75	76	1,33	Tercapai
11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	90	91,28	96	99	99	92,88	(6,18)	Tercapai
12	% komplain yang ditangani dengan baik	%	95	94,92	92,80	97,8	99,10	86,09	(13,13)	Tidak Tercapai
13	Akreditasi Nasional/Internasional	-	Akreditasi	-	-	-	Akreditasi	Akreditasi		Tercapai
14	Jumlah peserta fellowship dari LN	Jumlah	1	1	1	1	2	3	50	Tercapai

a. KPI 9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan

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

Capaian :

Target yang ditetapkan pada tahun 2019 sebanyak 1 riset yang diaplikasikan dan pada tahun ini terdapat 1 riset telah diaplikasikan dengan judul *"Early Exercise Program for Patient with Heart Failure after Hospital Discharge"*

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

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

Capaian

Pencapaian tahun 2019 sebesar 76% telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 72,50%

Analisa Capaian Kinerja

Pencapaian tahun 2019 adalah hasil penjumlahan dari pencapaian pada semester I dan II tahun akademik 2019, yang mana PPDS tersebut telah dinyatakan lulus, sebagai berikut :

Tabel 3.9 Jumlah PPDS yang menjalani proses pendidikan tepat waktu

Periode Lulusan	Jumlah Penerimaan	Ekslusi	Inklusi	Jml Lulusan Tepat Waktu	Persentase
(A)	(B)	(C)	(B-C)	(D)	(D / (B-C) * 100%)
Semester I	10	2	8	5	63%
Semester II	10	1	9	8	89,00%
Pencapaian Lulusan Tepat Waktu Thn 2019 : (Persentase Smt I + Persentase Smt II) / 2					76,00%

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

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

Pencapaian Lulusan Tepat Waktu tahun 2019

Capaian lulusan tepat waktu pada tahun 2019:

$$\begin{aligned} &= \text{Realisasi Semester I} + \text{Realisasi Semester II} / 2 \\ &= ((63\% + 89\%) / 2) = \mathbf{76\%} \end{aligned}$$

Indikator kinerja % PPDS Kardiologi yang Lulus Tepat Waktu (9 Semester) mengalami kenaikan sebesar 1.33% dibandingkan pada periode tahun 2018 yaitu sebesar 75%.

Kendala

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

1. Terdapat satu orang PPDS yang mengulang stase pendidikan.
2. Terdapat satu orang PPDS yang mengalami sakit (eksklusi).

Upaya Tindak Lanjut

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

1. Pelaksanaan supervisi serta evaluasi khusus untuk PPDS pada setiap divisi terutama pada divisi yang paling banyak PPDS tersebut mengulang.
2. Perubahan kurikulum pendidikan dari kurikulum tahun 2017 ke kurikulum tahun 2018.

c. KPI 11. Persentase (%) capaian indikator medik kardiovaskular

Sasaran strategis yang ingin dicapai pada indikator ini adalah Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam RS pendidikan.

Pemilihan indikator merupakan indikasi bahwa pelayanan yang diberikan harus memenuhi capaian indikator yang ditentukan yang menyangkut kualitas pelayanan dan *patient safety*.

Dalam kamus indikator medik kardiovaskular, disebutkan bahwa indikator tersebut terdiri dari 5 indikator klinis kardiovaskular dan 6 indikator keselamatan pasien. Berdasarkan hal tersebut, maka 5 indikator klinis kardiovaskular yang dimaksud antara lain :

1. Rerata *door to balloon time*
2. Angka mortalitas *Acute Myocardial Infarction* (AMI)
3. Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan *length of stay* (LOS) 7 hari
4. Angka survival pasien bedah jantung
5. Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi

Sedangkan indikator keselamatan pasien yang dianalisis diantaranya adalah:

1. Kepatuhan melakukan identifikasi sebelum tindakan diagnostik/terapeutik

2. Implementasi prosedur TbaK di rawat inap
3. Kepatuhan melakukan verifikasi penyimpanan obat *high alert*
4. Kepatuhan melakukan verifikasi pemberian elektrolit pekat
5. Penerapan keselamatan operasi
6. Kepatuhan cuci tangan
7. Risiko jatuh

Berdasarkan jumlah diatas terdapat 12 indikator medik kardiovaskular, diantaranya 5 indikator klinis kardiovaskular dan 7 indikator keselamatan pasien sedangkan dalam kamus seharusnya ada 11 indikator. Hal ini dikarenakan indikator kepatuhan penyimpanan obat *high alert* dan elektrolit pekat dibuat menjadi 2 indikator yang terpisah. Sehingga total indikator medik kardiovaskular menjadi 12 indikator.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2019 capaian sebesar 92.88% telah tercapai dengan target sebesar 90%.

Tabel 3.10 capaian indikator medik kardiovaskular

No	Indikator	TARGET	2019
Persentase capaian indikator medik kardiovaskular		90%	92.88%
1	Rerata Door to balloon time	90 menit	69 menit
2	Angka mortalitas Acute Myocardial Infarction (AMI)	6%	8,21%
3	Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan Length of Stay (LoS) \leq 7 hari	65%	72,6%
4	Angka Survival Pasien Bedah Jantung	95%	93%
5	Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi	70%	81,9%
6	Identifikasi sebelum tindakan diagnostik/terapeutik	100%	99,89%
7	Implementasi prosedur TBaK di rawat inap	100%	93,8%
8	Kepatuhan verifikasi pada pemberian obat high alert	100%	100,0%
9	Kepatuhan melakukan verifikasi pada pemberian elektrolit pekat	100%	100,0%
10	Penerapan keselamatan operasi	100%	99,8%
11	Kepatuhan cuci tangan	90%	90,9%
12	Risiko jatuh	85%	99,5%

Berdasarkan data diatas didapatkan realisasi indikator medik kardiovaskular yang terdiri dari 12 indikator (5 indikator klinis kardiovaskular dan 7 indikator keselamatan pasien) tahun 2019 adalah 92.88% dari total capaian 12 indikator tersebut. Target indikator medik kardiovaskular pada tahun 2019 adalah 90% sehingga capaian realisasi indikator medik kardiovaskular berdasarkan 12 indikator terdapat 5 indikator klinis kardiovaskular yang masih belum tercapai dan 7 indikator telah mencapai target. Indikator yang belum mencapai target antara lain :

Rerata Door To Balloon Time

Kendala

Terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan respond time dari *Door To Balloon Time* < 90 menit, diantaranya adalah adanya keputusan keluarga menolak trombolitik, tidak ada tindakan lain sebelum *Primary Percutaneous Coronary Intervention* (PPCI) (TPM, IABP, Trakeostomi, intubasi, CPR, Pemasangan vena dalam), adanya kesulitan teknis (kanulasi coroner sulit, batal PPCI karena autolisis hingga pasien dilakukan hanya PAC saja), serta adanya keputusan keluarga atau pasien yang lebih dari 30 menit sejak pasien/keluarga direkomendasikan untuk dilakukan tindakan PPCI di EMG.

Upaya Tindak Lanjut

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) merupakan pusat rujukan pelayanan jantung dan pembuluh darah, yang harus mampu melakukan tindakan *primary Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) 24 jam - 7 hari perminggu. Reperfusi yang dihasilkan dengan *primary* PCI pada pasien STEMI (infark miokardium akut dengan elevasi ST) telah dibuktikan mampu menyelamatkan miokardium dari kerusakan, sehingga prognosis pasien menjadi lebih baik.

Data diambil dari lembar audit medik *door to balloon time* yang disimpan di IGD. Lembar audit ini diisi oleh petugas jaga saat ada pasien STEMI dengan indikasi *primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI)*, dan berlanjut hingga pasien ditransfer ke ruang perawatan. Lembar audit *door to balloon time* tersebut akan divalidasi oleh Kepala Instalasi DI dan INB keesokan harinya. Oleh karena dalam pelaksanaannya terdapat beberapa hambatan di luar kendali Rumah Sakit, sehingga ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi.

Berdasarkan hal tersebut, maka upaya tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan kualitas mutu pelayanan *emergensi respond time 2* untuk tindakan *primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* pada pasien yang memerlukan reperfusi cepat dengan waktu kurang dari 90 menit diantaranya adalah memasukkan indikator DTBT kedalam aplikasi Portal Data Monev (POLDAMON) dan *Electronic Medical Record* di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Hal ini untuk mempermudah pelaksana dalam menginput data *door to balloon time* dengan waktu actual sesuai dengan komputer di unit masing – masing, sehingga perbedaan persepsi waktu antara unit IGD dengan unit ruang kateterisasi dapat diminimalisir dan mengurangi *redundant* pengumpulan data. Data yang diinginkan dapat bersifat elektronik dan aktual, tidak lagi diinput manual oleh unit terkait.

Angka *Survival*/Pasien Bedah Jantung

Kendala

1. Mortalitas yang masih tinggi, walaupun masih dalam target. Hal ini dikarenakan RSJPDHK merupakan RS pusat rujukan Nasional jantung dan pembuluh darah sehingga kasus yang datang sudah dalam keadaan lanjut (*Complex case*).
2. Fasilitas ICU, dimana *bed* ICU Pasca Bedah sering penuh, sehingga tindakan terbatas karena ICU Pasca Bedah yang penuh. Selain itu

adanya keterbatasan fasilitas tindakan paska operasi seperti penyediaan Nitrite Oxyde (NO), HFO, ECMO, IABP, CVVH dan lain – lain.

3. *Flow* pelayanan pasca bedah yang terdapat hambatan dikarenakan pasien pulang atau pindah dari unit 1 ke unit lain.

Upaya Tindak Lanjut

1. Perencanaan bed ICU Paska Bedah dan fasilitasnya dalam *masterplan* RSJPDHK.
2. Pembuatan kajian ruang *semi closed* paska bedah dengan melakukan adendum kebijakan DPJP.
3. Melakukan berdasarkan FMEA (*Failure Mode Analysis*) yang dibuat oleh tim Komite Mutu dan Manajemen Risiko dan Direktorat Medik Keperawatan untuk mengatasi *bottleneck* dalam *flow* alur pelayanan perawatan pasien pada tahun 2019.
4. Evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional dengan memberikan usulan memasukkan obat – obat standar yang ada dalam Panduan Praktek Klinis Prosedur yang belum ditanggung BPJS kedalam Formularium Nasional.

Identifikasi sebelum tindakan diagnostik/terapeutik

Kendala

Petugas tidak melakukan identifikasi pasien karena pasien pada umumnya pasien yang kunjungan adalah pasien berulang.

Upaya Tindak Lanjut

- Melakukan SOP identifikasi pasien sesuai prosedur dan melakukan monitoring indikator secara konsisten.

Implementasi prosedur TBaK di rawat inap

Kendala

- Meningkatkan koordinasi petugas medis rawat inap dengan dokter DPJP untuk tanda tangan Verifikasi TBaK sehingga menjadi budaya kerja.

Upaya Tindak Lanjut

- Petugas medis melakukan verifikasi terhadap instruksi dokter DPJP yang diberikan secara verbal.
- Penerapan TBaK dan verifikasinya dengan menggunakan aplikasi eMR.

Penerapan keselamatan operasi

Kendala

Petugas tidak melakukan identifikasi pasien karena pasien pada umumnya pasien yang kunjungan adalah pasien berulang. Kepatuhan petugas untuk melakukan pendokumentasian kurang optimal

Upaya Tindak Lanjut

- Melakukan SOP identifikasi pasien sesuai prosedur dan melakukan monitoring indikator secara konsisten.
- Monitoring dan evaluasi Kepala Unit, *Case Manager* dan *Champion Patient Safety* masih harus dilakukan, dan selalu mengingatkan staf bekerja sesuai standar keselamatan operasi.
- Melakukan *feedback* kepada masing – masing unit pelayanan untuk melakukan perbaikan.

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

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

komplain yang dapat ditindaklanjuti dalam batas waktu sesuai dengan tingkat masalahnya.

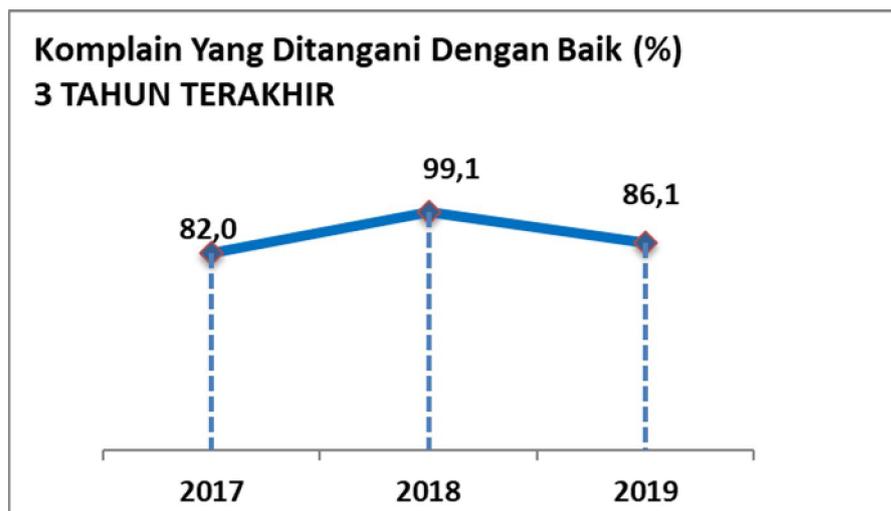
Capaian

Pencapaian tahun 2019 sebesar 86% dibawah target yang telah ditentukan sebesar 95%.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2019 tercapai persentase komplain yang ditangani dengan baik sebesar 86,09% menurun 13,13% dari tahun 2018 sebesar 99,10%. Target yang ditetapkan pada tahun 2019 adalah 95%. Pengukuran dilaksanakan setiap bulan dengan formula : Jumlah komplain pasien yang ditangani dengan baik dibagi jumlah keseluruhan komplain pasien dikali 100%. Data hasil rekapitulasi pengukuran bulanan, secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah :

Grafik 3.2 Penanganan Komplain Pelanggan



Kendala

Kurang memadainya fasilitas sarana prasarana (ruang tunggu pasien) menjadi salah satu faktor komplainan pelanggan yang paling tinggi.

Tindaklanjut

Ruang tunggu pasien yang memadai direncanakan tersedia setelah selesainya pembangunan gedung baru.

e. **KPI 13. Akreditasi Nasional / Internasional**

Sasaran yang ingin dicapai pada indikator ini adalah terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam *Academic Health System (AHS)*. Akreditasi merupakan salah satu tolak ukur suatu keteraturan dalam pengorganisasian yang assesmentnya dilakukan oleh lembaga independen yang profesional.

Capaian

RSJPDHK telah melaksanakan Akreditasi KARS dengan hasil **terakreditasi Paripurna** pada tanggal 7 November 2018 dengan Nomor Sertifikat **KARS-SERT/52/XI/2018** dan tahun berikutnya pada tanggal 8 Maret 2019

RSJPDHK telah **terakreditasi International** dengan Nomor Sertifikat **KARS-SERT/331/III/2019**. Pada tahun yang sama RSJPDHK juga terakreditasi internasional oleh **Joint Commision International (JCI)** pada tanggal 20 Juni 2019.

f. **KPI 14. Jumlah peserta *fellowship* dari LN**

Sasaran yang ingin dicapai pada indikator ini adalah terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam *AHS Fellowship* adalah staf medis mitra yang dikirim oleh mitra kerjasama (misalnya *sister hospita*) untuk membantu meningkatkan kompetensi mereka dalam pelayanan dan riset.

Capaian

Pencapaian tahun 2019 sebesar dengan jumlah tiga peserta Fellowship dari LN telah mencapai target yang telah ditentukan sebesar satu peserta.

Analisa Capaian Kinerja

Pencapaian *Fellowship* luar negeri tahun 2019 adalah sebanyak 3 orang, meningkat dibanding tahun 2018 sebanyak 2 orang.

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

Tabel. 3.11 Indikator Publikasi Internasional

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
15	Jumlah Publikasi internasional	Jumlah	11	8	12	10	23	37	60,87	Tercapai

a. KPI 15. Jumlah publikasi internasional

Capaian :

Target yang ditetapkan pada tahun 2019 sebesar 11 penelitian dan terealisasi sebesar 37 hasil penelitian staf RS Jantung Harapan Kita yang dipublikasikan dalam jurnal bertaraf internasional.

Analisa Capaian Kinerja

Karya ilmiah (*scientific paper*) merupakan publikasi tertulis dan diterbitkan, menjelaskan hasil dari *research* yang telah dilakukan oleh ilmuwan dengan memenuhi kaidah dan etika akademik. Tahun 2019 terealisasi 37 hasil penelitian mengalami peningkatan sebesar 60,87% dari tahun 2018 sebesar 23 penelitian.

Upaya Tindak Lanjut

Pada tahun berikut diharapkan Litbang mampu meningkatkan jumlah dan kualitas publikasi ilmiah.

6. Terwujudnya layanan unggulan PJN

Tabel. 3.12 Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
16	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	5	81,48	19	36	16	36	125	Tercapai

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

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

Capaian

Pencapaian tahun 2019 sebesar 36% telah melebihi target yang telah ditentukan sebesar 5%.

Tabel. 3.13 Capaian Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN

No	Jenis Pelayanan Unggulan	SM I 2018	SM I 2019	KENAIKAN/ PENURUNAN	SM II 2018	SM II 2019	KENAIKAN/ PENURUNAN	2018	2019	KENAIKAN/ PENURUNAN	TARGET 2019
1	Vaskular	TEVAR	31	32	14	30	-9%	45	62	36%	Naik 5%
2		EVAR	12	12				13	10		
3	Pediatrik	ASO	71	147	100	72	171	219			
4		ADO	61	106	55	47	116	153			
5		AMVo	20	65	30	34	50	99			
TOTAL			192	362	212	193	407	555			

Berdasarkan data diatas didapatkan capaian indikator presentasi layanan unggulan tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2019 adalah 36%. Capaian jumlah pasien layanan unggulan pada tahun 2018 sebesar 555 tindakan, terlihat peningkatan jumlah pasien pelayanan unggulan sebesar 148 tindakan dibandingkan tahun sebelumnya.

Analisa Capaian Kinerja

Persentase (%) peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan pada tahun 2018 sebesar 16% mengalami peningkatan 125% di tahun 2019 menjadi sebesar 36%.

Tabel. 3.14 Tindakan ASO, ADO, AMVo, TEVAR dan EVAR.

NO	TINDAKAN	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUS	SEPT	OKT	NOV	DES	SM 1	SM 2	TAHUN 2019
1	TEVAR	2	1	7	7	6	0	2	7	4	6	3	8	32	30	62
2	EVAR	2	2	1	2	1	2	1	1	3	0	4	1	12	10	22
3	ASO	11	11	13	16	14	10	9	8	16	17	13	9	147	72	219
4	ADO	11	8	13	14	12	1	1	0	4	11	17	14	106	47	153
5	AMVo	7	7	4	5	4	4	8	11	4	3	3	5	65	34	99
	TOTAL	33	29	38	44	37	17	21	27	31	37	40	37	362	193	555

Tahun 2019 layanan unggulan dievaluasi adalah layanan unggulan tindakan intervensi non bedah pediatrik dan vaskular, yaitu tindakan ASO, ADO, AMVo, TEVAR dan EVAR. Hal ini dikarenakan kedua jenis tindakan tersebut sudah dilakukan evaluasi klinis dan memberikan hasil klinis yang baik pula. Namun kedua jenis tindakan tersebut merupakan tindakan berisiko dan berbiaya tinggi, sehingga tindakan tersebut ditentukan jumlah target dalam 1 tahun mengingat adanya program efisiensi kendali mutu dan kendali biaya serta perencanaan masterplan RSJPDHK hingga tahun 2022.

Untuk layanan unggulan intervensi non bedah jenis aritmia (*Leadless Pacemaker*) dan katup (TAVI dan Mitra Clip) belum dapat dijadikan layanan unggulan yang berkelanjutan dikarenakan masih dalam tahap evaluasi uji klinis keberhasilan terhadap pasien yang telah dilakukan tindakan tersebut.

Kendala

Tindakan ASO, ADO, AMVo, TEVAR dan EVAR adalah tindakan dengan alat dan biaya besar. Untuk tindakan ADO belum mempunyai ketetapan kode ICD 9, sehingga dalam tarif BPJS menggunakan kode penyetaraan

pada legasi PDA yang nilainya lebih kecil dibandingkan total biaya sebenarnya.

Selain hal tersebut, pasien dengan diagnosis ASD dan PDA yang memerlukan tindakan intervensi non bedah ASO dan ADO memiliki hasil klinis yang kurang memuaskan jika dibandingkan dengan tindakan bedah jantung anak, sehingga tindakan intervensi non bedah tersebut dilakukan agar efisiensi penerapannya sesuai dengan Panduan Praktek Klinis (PPK). Untuk tindakan EVAR dan TEVAR masih perlunya *learning curve* dari operator untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas paska tindakan intervensi.

Adanya perubahan dalam proses pengadaan barang jasa di tahun 2019 menyebabkan ketersediaan alkes dan barang habis pakai untuk tindakan intervensi pediatric (ASO, AMVO, ADO) mengalami beberapa kesulitan.

Upaya Tindak Lanjut

Mengusulkan tindakan unggulan seperti ADO, memiliki kode penyertaan untuk masuk ke dalam *top up* BPJS. Melakukan efisiensi pelayanan untuk menunjang pelayanan unggulan yang akan diusulkan selanjutnya, meningkatkan *learning curve* dari masing – masing operator dengan pelatihan atau *fellowship* ke *center – center* jantung terbaik. Dan Memperbaiki alur proses perencanaan pengadaan barang dan jasa khususnya alat medis habis pakai untuk layanan unggulan.

7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

Tabel. 3.15 Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
17	% rujukan yang tepat	%	60	20,30	70	83	87	91,56	5,24	Tercapai
18	% pasien rujuk balik	%	30	28	30	30	29	27	(6,90)	Tidak Tercapai

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

Sebagai pusat rujukan nasional, RSJPDHK harus membina pusat layanan lain agar bisa mandiri dan bisa merujuk kasus yang tepat/ severitas II/III di luar kemampuannya. Rujukan yang tepat adalah Pasien yang masuk melalui SPGDT yang direncanakan tindakan memerlukan alat bantu hidup dasar atau memerlukan perawatan di ruang *intensive cardiovascular care unit / intermediate ward*.

Capaian

Persentase rujukan yang tepat tahun 2019 sebesar 91,56% telah melebihi dari target sebesar 60%.

Tabel. 3.16 Capaian Persentase (%) rujukan yang tepat

NO	BULAN	RUANGAN + TINDAKAN	TINDAKAN TAMBAHAN	TOTAL RUJUKAN	RUJUKAN YANG TEPAT	PERSENTASE
1	Januari	79	0	79	77	97,47%
2	Februari	62	0	70	62	88,57%
3	Maret	54	0	59	54	91,53%
4	April	49	1	52	50	96,15%
5	Mei	69	0	75	69	92,00%
6	Juni	79	2	85	81	95,29%
7	Juli	76	64	67	58	86,57%
8	Agustus	63	48	51	44	86,27%
9	September	67	62	45	43	95,56%
10	Oktober	64	50	80	70	87,50%
11	November	67	54	67	60	89,55%
12	Desember	738	620	52	48	92,31%
TOTAL		1467	901	782	716	91,56%

Analisa Capaian Kinerja

Berdasarkan data diatas didapatkan persentase rujukan pasien dari luar RS sudah mencapai target sebesar 91,56%. Data tersebut merupakan data yang diambil dari pasien yang datang ke IGD melalui SPGDT maupun pasien yang datang langsung dengan membawa rujukan, baik dengan

jaminan BPJS maupun non jaminan. RSJPDHK merupakan rujukan nasional untuk kasus penyakit jantung, maka diharapkan mendapat rujukan dengan tingkat severitas tinggi.

Kendala

Rujukan yang tepat adalah pasien yang masuk melalui SPGDT yang direncanakan tindakan, memerlukan alat bantu hidup dasar atau memerlukan perawatan di ruang *Intensive Cardio Vascular Care Unit/Intermediate Ward*.

- Adanya beberapa pasien titipan yang datang ke SPGDT bukan dengan kriteria pasien rujuk tepat ke RSJPDHK.
- Sebagian pasien yang datang ke IGD tidak dirujuk oleh PPK I, tetapi datang sendiri dan terkadang pasien tingkat severitas rendah. Hal tersebut tidak dapat dihindari oleh RS.

Upaya Tindak Lanjut

- Komunikasi yang lebih efektif antara tim SPGDT RSJPDHK dengan tim medis RS luar yang akan merujuk pasien, agar pasien yang dirujuk ke RSJPDHK adalah pasien yang benar-benar membutuhkan tindakan, memerlukan alat bantu hidup dasar atau memerlukan perawatan di ruang *Intensive Cardio Vascular Care Unit/Intermediate Ward*.
- Memberikan pelatihan secara berkala kepada dokter maupun perawat IGD dari RS luar maupun Puskesmas yang mendukung sistem jejaring penanganan kasus jantung secara terpadu di wilayah sekitar DKI Jakarta.

b. KPI 18. Persentase pasien rujuk balik

RSJPDHK sebagai pusat rujukan harus dapat membina dan hanya melayani kasus sulit, sehingga pasien harus dirujuk balik. Kasus yang dibuatkan lembar rujuk balik/ jawaban rujukan dari RSJPDHK ke faskes pengirim.

Capaian

Persentase pasien rujuk balik tahun 2019 sebesar 27% tidak mencapai target yang ditetapkan sebesar 30%.

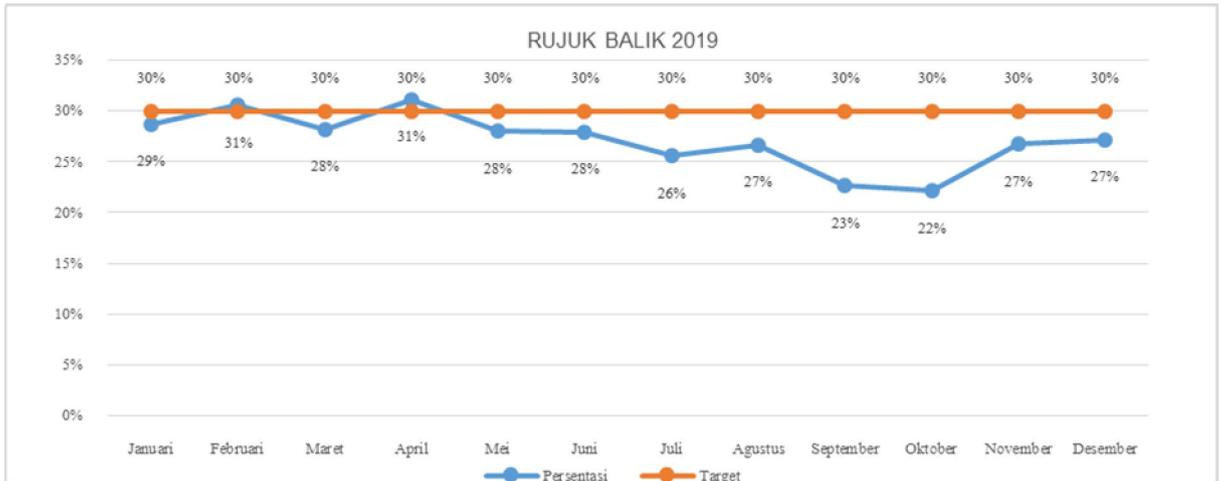
Tabel. 3.17 Capaian % pasien rujuk balik

No	Bulan	Jumlah Pasien	RUJUK BALIK	Persentasi	Target
1	Januari	5777	1659	29%	30%
2	Februari	5105	1540	30%	30%
3	Maret	5520	1539	28%	30%
4	April	5677	1742	31%	30%
5	Mei	5194	1460	28%	30%
6	Juni	4255	1188	28%	30%
7	Juli	6319	1618	26%	30%
8	Agustus	5876	1566	27%	30%
9	September	5845	1322	23%	30%
10	Oktober	6462	1432	22%	30%
11	November	5823	1557	27%	30%
12	Desember	5823	1583	27%	30%
JUMLAH		67676	18206	27%	30%

Analisa Capaian Kinerja

Persentase pasien rujuk balik pada tahun 2019 terealisasi sebesar 27 % menurun 6.90% dari tahun 2018 yang mencapai 29%. Dikarenakan adanya perubahan pencatatan pasien yang dirujuk balik dari manual menjadi sistem elektronik.

Grafik 3.3 Capaian % pasien rujuk balik



Kendala

- Kurangnya fasilitas pada PPK I seperti terbatasnya persediaan obat, tingkat kenyamanan pelayanan, tidak tersedianya pemeriksaan yang harus dilakukan sehingga menghambat proses rujuk balik.
- Adanya pasien yang tidak mau dirujuk karena sudah menjadi pasien lama RSJPDHK.

Upaya Tindak Lanjut

- RSJPDHK sosialisasi dan mendorong untuk meningkatkan sumber daya yang tersedia pada PPK I, sehingga pasien stabil kronik untuk di rujuk balik agar pelayanan pasien yg belum stabil lebih baik.
- Mengingatkan dokter kardiologi yang melakukan pelayanan di poliklinik umum agar merujuk pasien sesuai dengan kriteria rujuk balik yang telah ditetapkan.
- Mengupayakan pencatatan pasien rujuk balik terintegrasi melalui eMR rawat jalan.

8. Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis

Tabel. 3.18 Indikator sasaran kinerja terjaminnya mutu dan integritas proses bisnis

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
19	% kasus dengan <i>door to balloon time</i> ≤ 90 mnt	%	95	72,73	84,88	91,31	94,91	91,39	(3,71)	Tidak Tercapai
20	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100	100	100	100	100	-	Tercapai

a. KPI 19. % kasus dengan *door to balloon time* ≤ 90 Menit

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

Capaian

Presentase kasus dengan *door to balloon time* 90 Menit tahun 2019 sebesar 91.39% dibawah dari target yang ditetapkan sebesar 95%.

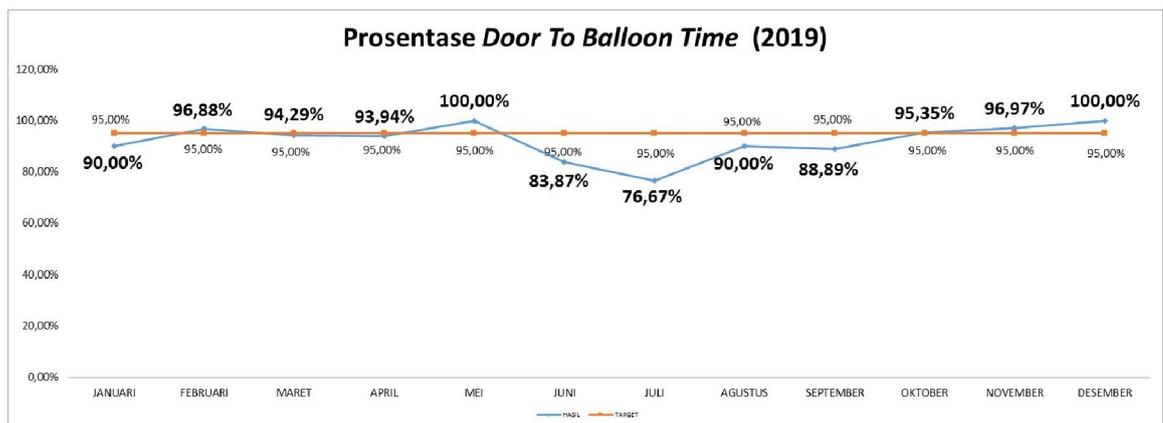
Analisa Capaian Kinerja

Presentase kasus dengan *door to balloon time* 90 Menit pada tahun 2018 sebesar 94,91% mengalami penurunan sebesar 3,71% di tahun 2019 yaitu menjadi sebesar 91,39%

Tabel 3.19 Angka indikator Persentase (%) angka *door to balloon time* tahun 2019

Bulan	Jumlah DTBT < 90 Mnt	Jumlah Tindakan	(%)	Target
Januari	27	30	90,00%	95%
Februari	31	32	96,88%	
Maret	33	35	94,29%	
April	31	33	93,94%	
Mei	24	24	100,00%	
Juni	26	31	83,87%	
Juli	23	30	76,67%	
Agustus	18	20	90,00%	
September	16	18	88,89%	
Oktober	41	43	95,35%	
Nopember	32	33	96,97%	
Desember	26	26	100,00%	
Tahun 2019	382	418	91,39%	

Grafik 3.4 Capaian Door to Balloon Time



Berdasarkan data diatas didapatkan prosentase *door to balloon time* tahun 2019 pada bulan Januari (90%), Maret (94,29%), April (93,94%), Juni (83,87%), Juli (76,67%), Agustus (90%), September (88,89%) tidak mencapai target. Hampir selama 7 bulan indikator ini tidak mencapai target.

Kendala

Berdasarkan kamus indikator, dimana data *door to balloon time* yang dieksklusi diantaranya pasien dengan diagnosis SKA dengan ST elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama, diagnosis SKA dengan ST elevasi terjadi saat perawatan, pasien direncanakan untuk tindakan trombolitik namun pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk tindakan *angioplasty coroner*, persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien atau keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis. Sebelum melakukan tindakan *angioplasty coroner* primer diperlukan tindakan penyelamatan lain jika kondisi pasien disertai dengan penyulit seperti syok, gagal jantung akut, gagal nafas, *aritmia maligna* (VT-VF).

Terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan *respond time* dari *Door To Balloon Time* < 90 menit, diantaranya adalah adanya keputusan keluarga menolak trombolitik, tidak ada tindakan lain sebelum Primary PCI (TPM, IABP, Trakeostomi, intubasi, CPR, Pemasangan vena dalam), adanya kesulitan teknis (kanulasi coroner sulit, batal PPCI karena autolisis hingga pasien dilakukan hanya PAC), serta lamanya keputusan keluarga atau pasien yang baru diperoleh setelah lebih dari 30 menit sejak pasien/keluarga direkomendasikan untuk dilakukan tindakan PPCI di EMG. Selain itu target yang ditetapkan juga terlalu tinggi mencapai 95%, padahal berdasarkan hasil penelitian dalam jurnal *American Heart Association* tahun 2019 didapatkan capaian tertinggi adalah sebesar 92,2%.

Tingginya target KPI *door to ballon time* 90 Menit tahun 2019 ditetapkan sebesar 95%. Menurut Jonghane Park, et al dalam *J Am Heart Assoc.2019* dengan judul *Prognostic Implications of Door-To-Door Time on Mortality in Patients With ST-Segmen-Elevation Myocardial Infarction Treated With Primary Percutaneous Coronary Intervension* menyebutkan center – center jantung di Korea Selatan capaian indikator *Door To Balloon Time* < 90 menit mencapai 92.2% dengan median waktu mencapai 59 menit. Hal ini

menunjukkan center negara maju capaian *Door To Balloon Timenya* masih dibawah 95%.

Upaya Tindak Lanjut

RSJPDHK merupakan pusat rujukan pelayanan jantung dan pembuluh darah, yang harus mampu melakukan tindakan *Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* 24 jam - 7 hari perminggu. Reperfusi yang dihasilkan dengan Primary PCI pada pasien STEMI (infark miokardium akut dengan elevasi ST) telah dibuktikan mampu menyelamatkan miokardium dari kerusakan, sehingga prognosis pasien menjadi lebih baik.

Data diambil dari lembar audit medik *door to balloon time* yang disimpan di IGD. Lembar audit ini diisi oleh petugas jaga saat ada pasien STEMI dengan indikasi *primary PCI*, dan berlanjut hingga pasien ditransfer ke ruang perawatan. Lembar audit *door to balloon time* tersebut akan divalidasi oleh Kepala Instalasi DI dan INB keesokan harinya. Oleh karena dalam pelaksanaannya terdapat beberapa hambatan di luar kendali Rumah Sakit, sehingga ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi.

Berdasarkan hal tersebut, maka upaya tindak lanjut yang akan dilakukan untuk meningkatkan kualitas mutu pelayanan *emergensi respond time 2* untuk tindakan *primary PCI* pada pasien yang memerlukan reperfusi cepat dengan waktu kurang dari 90 menit diantaranya adalah memasukkan indikator DTBT kedalam aplikasi Portal Data Monev (POLDAMON) dan *Electronic Medical Record* di RSJPDHK. Hal ini untuk mempermudah pelaksana dalam menginput data *door to balloon time* dengan waktu actual sesuai dengan computer di unit masing – masing, sehingga perbedaan persepsi waktu antara unit IGD dengan unit ruang kateterisasi dapat diminimalisir dan mengurangi redundant pengumpulan data. Data yang diinginkan dapat bersifat elektronik dan actual, tidak lagi diinput manual oleh unit terkait.

RSJPDHK mempertimbangkan angka capaian KPI *door to ballon time* 90 Menit tahun pada tahun berikut dengan melihat angka center – center

jantung di Korea Selatan capaian indikator *Door To Balloon Time* < 90 menit mencapai 92,2% dengan median waktu mencapai 59 menit.

b. KPI 20. Persentase (%) hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi

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

Capaian :

Tahun 2019 hasil audit mutu yang ditindaklanjuti terealisasi 100%, sesuai target yang ditetapkan 100%.

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada Tahun 2019 hasil audit mutu yang ditindaklanjuti capaian sebesar 100%. Hasil Audit Mutu sudah mencapai target 100% (27 indikator mutu prioritas rumah sakit). Dari ke-27 indikator mutu prioritas rumah sakit yang dimonitoring dan evaluasi, tidak ada indikator yang lima bulan berturut-turut tidak mencapai target, sehingga belum memenuhi persyaratan analisa lebih lanjut dengan metoda PDSA sesuai dengan Panduan Sistem Manajemen Data.

9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas

Tabel 3.20 Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
21	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2015-2019	%	95	84,60	86	91	94	91,92	(2,21)	Tidak Tercapai

a. **KPI 21. Persentase (%) kesesuaian sarana fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2016-2019**

Keandalan sarana fasilitas dapat menjamin kelancaran pelayanan RS dan menjamin keamanan/ patient safety, sehingga perlu pengawasan terhadap prasarana/sarana yang memenuhi persyaratan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)/ *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) sesuai *best practise* yang mencakup ketersediaan, kinerja, dan kualitas.

Capaian

Pencapaian pada tahun 2019 sebesar 91,92%, tidak mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% atau mengalami penurunan 2,21% dibandingkan capaian tahun 2018 sebesar 94%.

Tabel 3.21 Capaian % kesesuaian sarfas dengan standar MFK

TATA UDARA DAN KELISTRIKAN	Tahun 2019	PERALATAN MEDIK	Tahun 2019
CATHLAB	94%	CATHLAB	89%
OK DEWASA	95%	GAMMA CAMERA	101%
OK ANAK	86%	OK DEWASA	102%
ICU ANAK	79%	OK ANAK	87%
ICU DEWASA	82%	ECHOCARDIOGRAPHY	104%
C V C	87%	RADIOLOGI	97%
OEE TATA UDARA & KELISTRIKAN	87,17%	OEE PERALATAN MEDIK	96,67%
TOTAL OEE 91,92%			

Analisa Capaian Kinerja

Tingkat kesesuaian Sarana Prasarana RSJPD Harapan Kita pada tahun 2019 adalah 91,92%, mengalami penurunan 2,21 % dari tahun 2018 (94%). Kesesuaian sarana dan prasarana diharapkan terus meningkat, sehingga target akhir yang ditetapkan sebesar 95% dapat terpenuhi. Pada perhitungan OEE, MRI tidak diperhitungkan, layanan ini telah dihapuskan pada bulan Agustus karena alat rusak. Sebagai penunjang diagnostik

layanan MRI dialihkan menggunakan Gamma camera sehingga angka capaian Gamma camera lebih dari 100%. Hal ini disebabkan karena utilitas alat medis Echocardiography dan OK Dewasa sebanding dengan peningkatan kinerja layanan

Kendala

Faktor yang dinilai adalah tingkat kehandalan sarana dan prasarana dengan menghitung OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) yang mencakup Ketersediaan Kinerja (Ki) dan Kualitas (Ku) dari fasilitas sarana medik yang terdapat pada ruang *cathlab*, Bedah Jantung Dewasa, Bedah Jantung Anak, *Echocardiography*, Radiologi, MRI, Kardiologi Nuklir. Sedangkan fasilitas sarana non medik yang dinilai tingkat kehandalannya adalah sistem kelistrikan dan tata udara. Dalam komponen OEE faktor yang berkaitan dengan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) adalah faktor ketersediaan (Ke), sedangkan faktor Kinerja (Ki) dan Kualitas (Ku) lebih banyak berkaitan dengan unsur pelayanan (*use*). Dalam hal ini tinggi rendahnya capaian OEE sangat bergantung dengan kinerja unsur penunjang dan pelayanan. Kondisi SPA yang telah masuk masa *end of life* berpotensi menyumbang risiko *downtime* yang relatif tinggi sehingga nilai capaian ketersediaan (Ke) akan rendah.

Upaya Tindak Lanjut

Program pemeliharaan peralatan medik seperti kegiatan inspeksi, preventif *maintenance*, dan kalibrasi dapat ditingkatkan agar kerusakan alat dapat diketahui sedini mungkin sehingga *downtime* peralatan medik dapat ditekan. Selain upaya peremajaan SPA yang telah memasuki masa *end of life* akan menurunkan risiko *downtime* sehingga presentase ketersediaan (ke) akan tinggi.

10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan

Tabel 3.22 Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
22	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV (Panduan Praktek Klinis Kardiovaskular)	jumlah	1	Belum ada	1	1	1	1	-	Tercapai

KPI 22. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

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

Capaian

Jumlah Pelayanan Jantung Terpadu (PJT) yang sudah menjalankan PPK KV (Panduan Praktek Klinis Kardiovaskular) tahun 2019 adalah sebanyak satu PJT dan telah mencapai target yang ditetapkan. Berdasarkan laporan Penanggung Jawab program PJT Binaan di RSJPDHK baik untuk tindakan bedah maupun intervensi non bedah disebutkan terdapat 1 (satu) RS yang akan menjadi Re-PJT Binaan Mandiri RSJPDHK, yaitu : **RSUD Zainoel Abidin - Banda Aceh (RSUDZA)**. Rumah sakit tersebut telah memiliki sarana dan prasarana penunjang pelayanan tindakan bedah jantung hingga tindakan intervensi non bedah. Rumah sakit yang telah menjadi kandidat sebagai PJT binaan RSJPDHK perlu dilakukan penerapan pelayanan jantung dan pembuluh darah sesuai dengan Panduan Praktik Klinis baik tatalaksana kasus maupun PPK tindakan setara RSJPDHK. Jika pelayanan di RS PJT binaan masih tidak setara dengan RSJPDHK minimal PJT Binaan memiliki

standar pelayanan yang hampir sama dalam peningkatan kualitas dan keselamatan pasien.

Analisa Capaian Kinerja



Pada tanggal 03-04 Oktober 2019, telah dilaksanakan kunjungan kerja tim PJT Binaan Bersama Direktur Umum dan Direktur Medik & Keperawatan RSPDHK untuk melakukan monitoring dan evaluasi kesiapan RSUD Zainoel Abidin - Banda Aceh dalam menghadirkan pelayanan Pusat Jantung Terpadu baik untuk tindakan bedah jantung dewasa dan pediatrik serta tindakan Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah.

Kendala

Saat ini pelayanan bedah jantung di RSUDZA tidak berjalan seperti harapan, karena 2 (dua) dokter (spesialis bedah jantung) yang menjadi motor utama pelayanan bedah jantung belum bersepakat untuk mendukung terlaksananya kesinambungan secara memadai, sementara penunjang pelayanan bedah jantung lainnya justru mendapat *compliance*, baik perfusionis, anestesi, kardiologi, perawat, tim kamar operasi, semuanya tidak ada masalah.

Selain itu, volume tindakan pemasangan ring saat ini di RSUDZA hanya 5 tindakan per hari, padahal antrian saat ini sudah mencapai 1 tahun, dan

sudah ada 3 ruang cathlab yang tersedia. Sementara tidak semua RS di Aceh memiliki ruang cathlab.

Upaya Tindak Lanjut

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi tim PJT Binaan RSJPDHK, khusus kepada RSUDZA, disarankan untuk melakukan revisi kebijakan, menetapkan mutu layanan, penerbitan SK tim bedah jantung di RSUDZA oleh direktur, membuat Pakta Integritas antara 2 (dua) BTKV RSUDZA yang berkomitmen untuk bekerjasama dalam hal membangun kembali pelayanan bedah jantung di RSUDZA.

RSJPDHK akan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk menetapkan dan mendapatkan dukungan agar salah satu rumah sakit yang nantinya akan menjadi rumah sakit rujukan kasus jantung yang setara dengan RSJPDHK yaitu rumah sakit yang dapat mengimplementasikan PPK setara dengan RSJPDHK.

11. Terwujudnya integrasi HIS

Tabel 3.23 Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya integrasi HIS

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
23	Tingkat maturitas IT korporasi	%	2,7	1,8	1,8	2,02	2,41	2,71	12,45	Tercapai

KPI 23. Tingkat maturitas IT korporasi

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

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

1. Perencanaan, Kebijakan dan Prosedur;

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

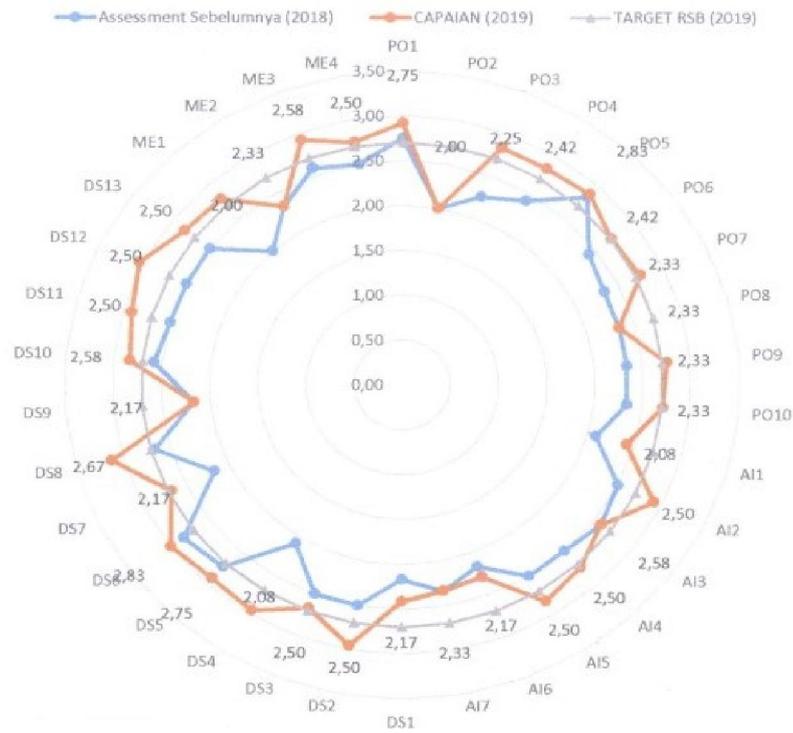
Pendekatan *six maturity* ini cukup memadai untuk mengimplementasikan tata kelola dan manajemen TI yang baik karena memberikan konfirmasi bahwa tata kelola bukan hanya sekedar menyusun perencanaan, kebijakan dan prosedur saja, melainkan:

1. **PROCESS** yang meliputi perencanaan, kebijakan, prosedur, juklak/juknis juga perlu adanya penetapan sasaran beserta pengukuran pencapaian,
2. **PEOPLE** seperti struktur organisasi dan SDM dengan kuantitas dan kualitas kemampuan dan keahlian yang memadai, bertanggung jawab dan memiliki akuntabilitas yang baik, juga memiliki kepedulian dan komunikasi yang tersistematis,
3. **TECHNOLOGY** melalui keberadaan perangkat bantu dan otomasi *tools* sistem informasi dan infrastruktur yang dapat mengolah data tata kelola dan manajemen menjadi informasi yang memadai.

Capaian

Hasil pengukuran tingkat maturitas IT pada tahun 2019 terealisasi nilai sebesar 2,71. dan telah mencapai target yang ditetapkan pada periode akhir Renstra (RSB) tahun 2019 sebesar 2,7.

Grafik. 3.5 pengukuran tingkat maturitas IT



Tabel 3.24 Komponen penilaian Maturitas IT

Proses	COBIT 4.1 Processes	Assessment Sebelumnya (2018)	CAPAIAN (2019)	TARGET RSB (2019)
PO1	Define a strategic IT plan	2,75	2,92	2,70
PO2	Define the information architecture	2,00	2,00	2,70
PO3	Determine technological direction	2,25	2,83	2,70
PO4	Define the IT processes, organisation and relations	2,42	2,83	2,70
PO5	Manage the IT investment	2,83	2,88	2,70
PO6	Communicate management aims and direction	2,42	2,71	2,70
PO7	Manage IT Human resources	2,33	2,75	2,70
PO8	Manage quality	2,33	2,33	2,70
PO9	Assess and manage IT risks	2,33	2,75	2,70
PO10	Manage projects	2,33	2,71	2,70
AI1	Identify automated solutions	2,08	2,42	2,70
AI2	Acquire and maintain application software	2,50	2,92	2,70
AI3	Acquire and maintain technology infrastructure	2,58	2,58	2,70
AI4	Enable operation and use	2,50	2,75	2,70
AI5	Procure IT resources	2,50	2,83	2,70
AI6	Manage changes	2,17	2,29	2,70
AI7	Install and accredit solutions and changes	2,33	2,33	2,70
DS1	Define and manage service levels	2,17	2,42	2,70
DS2	Manage third-party services	2,50	2,96	2,70
DS3	Manage performance and capacity	2,50	2,67	2,70
DS4	Ensure continuous service	2,08	2,96	2,70
DS5	Ensure systems security	2,75	2,92	2,70
DS6	Identify and allocate costs	2,83	3,00	2,70
DS7	Educate and train users	2,17	2,67	2,70
DS8	Manage service desk and incidents	2,67	3,13	2,70
DS9	Manage the configuration	2,17	2,17	2,70
DS10	Manage problems	2,58	2,83	2,70
DS11	Manage data	2,50	2,92	2,70
DS12	Manage the physical environment	2,50	3,04	2,70
DS13	Manage operations	2,50	2,83	2,70
ME1	Monitor and evaluate IT performance	2,00	2,79	2,70
ME2	Monitor and evaluate internal control	2,33	2,33	2,70
ME3	Ensure compliance with external requirements	2,58	2,92	2,70
ME4	Provide IT governance	2,50	2,75	2,70
		2,41	2,71	2,70

Analisa Capaian Kinerja

Cobit merupakan standar international dalam bidang tata kelola dan audit IT, baik Manajemen, Instalasi SIRS dan Auditor Internal harus memahami standarisasi tersebut. Pendekatan harus dilakukan secara komprehensif dari semua aspek yang dinilai (34 aspek) dari standar Cobit. Pada tahun 2019 capaian realisasi sebesar 2,71 meningkat 12.45% dari tahun 2018 sebesar 2,41.

12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

Tabel 3.25 Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
24	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	95	95,3	95,2	95,2	97,69	96,41	(1,31)	Tercapai
25	jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	jml	5	5	5	5	6	5	(16,67)	Tercapai

a. KPI 24. % staf yang kinerja unggul (B dan BS)

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

Capaian :

Pada tahun 2019 capaian persentase Karyawan / Staf yang memiliki kinerja unggul (Nilai B dan BS) adalah sebesar 96,41% melampaui target yang ditetapkan sebesar 95%

Analisa Capaian Kinerja

Capaian hasil penilaian pegawai tahun 2019 sebesar 96,41% menurun 1,28% dari tahun 2018 (97,69%).

Tabel 3.26 Capaian persentase karyawan tahun 2019:2018

Kriteria Penilaian	2018 (%)	2019 (%)
Baik Sekali	39,22	29,79
Baik	58,47	66,63
Cukup	2,06	3,47
Kurang	0,25	0,12

Grafik 3.6 Persentase hasil penilaian karyawan



Kendala :

Belum semua penilaian kinerja staf bersifat kuantitatif.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

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

b. KPI 25. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN

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

Capaian

Tahun 2019 terealisasi lima orang staf SMF mengikuti pelatihan di luar negeri, yaitu dr. Budi Rahmat, dr. Ni Luh Kusuma Dewi, dr. Budi Nugroho, dr. Bambang Dwiputra dan dr. Amir Aziz Alkatiri. Dari realisasi ini maka target yang ditetapkan pada tahun 2019 telah tercapai.

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2019 mengalami penurunan sebesar 16,67% dari tahun 2018 sebanyak enam orang staf.

Upaya Tindak Lanjut

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

13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

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

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
26	Skor <i>GCG Corporate</i>	%	95	76,79	95,44	87,70	90,16	95,02	5,39	Tercapai

KPI 26. Skor *GCG Corporate*

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

Pengukuran dilaksanakan melalui metoda kuantitatif, meliputi :

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

Capaian

Nilai penerapan *GCG (Good Corporate Governance)* di RSJPD Harapan Kita tahun 2019 terealisasi sebesar 95.02%. Nilai yang diraih melampaui target yang ditetapkan sebesar 95%. Hasil penilaian penerapan GCG pada tahun 2019 sudah melebihi target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Revisi ke-2. Komitmen yang kuat dari semua lini dan unsur untuk menjadikan RSJPDHK sebagai *Good Corporate Governance* mampu meningkatkan skor pengukuran pada akhir periode tersebut.

Analisa Capaian Kinerja

Implementasi *GCG (Good Corporate Governance)* sejalan dengan ketentuan sebagaimana diamanahkan oleh UU No. 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas KKN. Penilaian penerapan menggunakan Kriteria Penilaian Penerapan *GCG (Good Corporate Governance)* Rumah Sakit yang berlaku. Hasil pemetaan/penilaian penerapan *GCG (Good Corporate Governance)* diukur secara kuantitas berdasarkan keberadaan dokumen kebijakan, SOP, laporan-laporan manajemen dan *professional judgement*. Secara rinci hasil pengukuran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.28 Hasil pengukuran Score GCG RSJPDHK tahun 2019

No	Unsur GCG	Jumlah Parameter	Skor Maksimal	Capaian	Persentase Capaian
1.	Hak dan Kewajiban Pemilik	24	24	24,00	100,00
2.	Kebijakan GCG	10	10	9,75	97,50
3.	Penerapan GCG				
	1) Dewan Pengawas	37	37	32,75	88,51
	2) Direksi	40	40	38,75	96,88
	3) Komite Medik	10	10	10,00	100,00
	4) SPI	10	10	10,00	100,00
	5) Kehumasan RS	6	6	5,25	87,50
4.	Pengungkapan Informasi (Disclosure)	5	5	4,93	98,60
5.	Komitmen	10	10	9,00	90,00
	Jumlah	152	152	144,43	95,02

Score GCG tahun 2019 sebesar 95.02% meningkat 5.39% dibandingkan tahun 2018 sebesar 90,16%. Secara keseluruhan penerapan GCG sudah sesuai dengan konsep penerapan GCG pada umumnya. Pemenuhan penilaian penerapan disebabkan karena adanya perbaikan dokumentasi, kebijakan dan perangkat manajemen, khususnya yang berkaitan dengan terpenuhinya persyaratan standar Akreditasi Nasional (KARS) maupun Akreditasi Internasional (JCI) serta terpenuhinya ketentuan yang berlaku dalam akuntabilitas BLU-RSJPD Harapan Kita.

14. Terwujudnya budaya kinerja dan *teamwork* yang efektif

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

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
27	Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)	%	75	65	78	75	90	89,89	(0,12)	Tercapai

KPI 27. Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)

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

Capaian

Pada tahun 2019 capaian Indeks Budaya Kinerja PJKHK terukur sebesar 89,89%, capaian tersebut telah memenuhi target dari yang ditetapkan sebesar 75%,

Analisa Capaian Kinerja

Tahun 2019 dimana tercapai hasil pengukuran sebesar 89.89%, mengalami penurunan dari Tahun 2018 sebesar 0.12%. Hasil pengukuran merupakan rata-rata dari beberapa elemen yang diukur yaitu: inisiatif individual,

toleransi terhadap tindakan beresiko, pengarahan, integrasi, dukungan pimpinan, kontrol, indentitas, pemberian penghargaan, toleransi terhadap konflik dan pola komunikasi.

Upaya Tindak Lanjut

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

1. Belum sesuai kompetensi pimpinan dengan harapan karyawan.
2. Perlunya perhatian dan apresiasi dari pimpinan kepada bawahan.

Untuk itu diperlukan perbaikan sistem promosi/ rekrutmen dan kenaikan pangkat/ jabatan yang sesuai dengan kompetensi yang diperlukan pada unit kerja serta peningkatan kompetensi pada staff agar siap dan mengerti tugas dan fungsi serta tanggung jawabnya apabila kelak dipercaya untuk menjadi pimpinan.

15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar

Tabel 3.30 Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
28	Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar	%	100		-	-	284,55	328,98	15,61	Tercapai

KPI 28. Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar

Definisi operasional dan target untuk KPI Jumlah KSO diatas 1 Milyar adalah "jumlah Pendapatan KSO diatas 1 Milyar dalam 1 tahun', dengan target 100%.

Capaian

Pencapaian tahun 2019 sebesar 328,98% telah melampaui target yang telah ditetapkan sebesar 100%.

Perhitungan :

$$= \frac{\text{Pendapatan Netto KSO}}{\text{Rp. 1 Milyar}} \times 100\%$$
$$= \frac{\text{Rp. 3.289.767.020,00}}{\text{Rp. 1.000.000.000,00}} \times 100\% = \mathbf{328,98\%}$$

16. Terwujudnya pertumbuhan *revenue*

Tabel 3.31 Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya pertumbuhan *revenue*

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
29	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i>	%	3	9	3	3,75	4,77	(9,79)	(305,24)	Tidak Tercapai

KPI 29. Tingkat pertumbuhan *revenue*

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

Capaian

Pertumbuhan revenue dari tahun 2018 ke tahun 2019 mencapai sebesar minus 9,79%. Realisasi tersebut tidak mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 3% di tahun 2019. Dengan Pendapatan tahun berjalan sebesar Rp.765.609.431.056,00 dan pendapatan tahun sebelumnya sebesar Rp848.685.447.322,00

Analisa Capaian Kinerja

Pertumbuhan *revenue* dari tahun 2018 ke tahun 2019 mengalami penurunan sebesar 30,24% sehingga tidak mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 3 % di tahun 2019.

Kendala:

1. Penurunan jumlah pasien rawat inap tahun 2019 (13.477) sebesar 3,05% dari tahun 2018 (13.901)
2. Adanya renovasi dan pergantian alat baru untuk 2 kamar di Ruang Diagnostik Invasif dan Non Bedah.
3. Penurunan tindakan operasi dewasa yang disebabkan ketidakstabilan tata udara (suhu dan kelembaban) di ruang bedah, sehingga terjadi penundaan tindakan bedah.
4. Adanya peningkatan rujuk balik ke PPK I dan PPK 2.

Upaya Tindak lanjut :

1. Mengoptimalkan perbaikan pada sistem tata udara di Ruang OK Dewasa.
2. Untuk penanganan rujuk balik agar lebih selektif.

17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis

Tabel 3.32 Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2019	Realisasi					Naik/turun (%)	Capaian 2019
				2015	2016	2017	2018	2019		
30	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	75	91,55	81,91	82,60	102,80	100,35	(2,38)	Tercapai

KPI 30. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional

Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama, sewa, jasa lembaga

keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN,

Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai, barang dan lain-lain, sumber dananya berasal dari DIPA APBN dan DIPA BLU. Biaya Operasional yang diperhitungkan tidak termasuk biaya penyusutan asset tetap.

Rasio ini mengukur kemampuan pendapatan dalam menutup biaya operasionalnya, semakin tinggi nilai rasio ini maka semakin baik kemampuan RS dalam menjalankan bisnisnya.

Capaian :

Perhitungan POBO berdasarkan laporan keuangan *unaudited* tahun 2019 adalah 100,35%, atau telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 75%.

Hasil Perhitungan POBO tahun 2019

$$\begin{aligned} \text{POBO} &= \frac{\text{Pendapatan BLU}}{\text{Biaya operasional} - \text{Biaya penyusutan}} \times 100\% \\ &= \frac{765.609.431.056,00}{762.965.220.673,00} \times 100\% \\ &= \mathbf{100,35\%} \end{aligned}$$

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2019 sebesar 100,35% mengalami penurunan sebesar 2,38% dibandingkan tahun 2018 sebesar 102,80%. Namun capaian POBO yang dihasilkan pada tahun 2019 telah melebihi dari target yang ditetapkan secara nasional dalam Perdirjen Perbendaharaan nomor 24 tahun 2018 sebagai elemen indikator pengukur tingkat kesehatan BLU, dimana skor maksimal dapat dihasilkan jika mendapat nilai/rasio >65%.

B. Capaian Kinerja Secara Keseluruhan

Capaian Kinerja RSJPD Harapan Kita pada tahun 2019, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.33 Capaian Kinerja tahun 2019 secara keseluruhan

NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2019	REALISASI TAHUN 2019	CAPAIAN TAHUN 2019
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	Nilai	85	84,65	Tidak Tercapai
		2	Tingkat kepuasan karyawan	%	85	83,86	Tidak Tercapai
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	83	86,34	Tercapai
		4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	87	92,88	Tidak Tercapai
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	90	90,60	Tercapai
		6	% kasus sulit yang berhasil	%	95	90,68	Tidak Tercapai
3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan	Jumlah	1	1	Tercapai
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif	Jumlah	1	1	Tercapai
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan	Jumlah	1	1	Tercapai
		10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (9 semester)	%	72,50	76	Tercapai
		11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	90	92,88	Tercapai
		12	% komplek yang ditangani dengan baik	%	95	86	Tidak Tercapai
		13	Akreditasi Nasional/Internasional		Akreditasi	Ter-Akreditasi	Tercapai
		14	Jumlah peserta fellowship dari LN	Jumlah	1	3	Tercapai

NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2019	REALISASI TAHUN 2019	CAPAIAN TAHUN 2019
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional	Jumlah	11	37	Tercapai
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	5	36	Tercapai
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	17	% rujukan yang tepat	%	60	91,56	Tercapai
		18	% pasien rujuk balik	%	30	27	Tidak Tercapai
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	19	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	95	91,39	Tidak Tercapai
		20	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100	Tercapai
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	21	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK	%	95	91,92	Tidak Tercapai
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	22	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV setara PJN	Jumlah	1	1	Tercapai
11	Terwujudnya integrasi HIS	23	Tingkat maturitas IT korporasi	Jumlah	2,7	2,71	Tercapai
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	24	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	95	96,41	Tercapai
		25	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	Jumlah	5	5	Tercapai
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	26	Skor GCG Corporate	Jumlah	95	95,02	Tercapai

NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2019	REALISASI TAHUN 2019	CAPAIAN TAHUN 2019
14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	27	Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK)	%	75	89,89	Tercapai
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	28	Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar	%	100	328,98	Tercapai
16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	29	Tingkat pertumbuhan revenue	%	3	(9,79)	Tidak Tercapai
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	30	Tercapainya persentase rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	75	100,35	Tercapai

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 30 indikator kinerja yang diterapkan di RSJPDHK pada tahun 2019 dari 30 indikator kinerja tersebut yang telah mencapai target sebanyak 22 indikator kinerja melampaui target yang ditetapkan, terdapat 8 indikator belum tercapai target yaitu KPI-1, KPI-2, KPI-6, KPI-12, KPI-18, KPI-19, KPI-21 dan KPI-29. Dari data tersebut bila dipersentasekan maka capaiannya sebesar 73,33%.

C. Sumber Daya Anggaran

Revisi DIPA TA 2019

Dalam pelaksanaan kegiatannya pada tahun 2019, RSJPDHK didukung oleh dua sumber anggaran yaitu anggaran BLU dan APBN. Pada DIPA awal (Pagu Definitif) RSJPDHK sebesar Rp 891.524.880.000,00 yang ditetapkan pada tanggal 5 Desember 2018. Dalam pelaksanaan kegiatan terdapat perubahan Pagu Anggaran dikarenakan adanya kenaikan kebutuhan anggaran operasional (Belanja Obat dan Bahan Medis Habis Pakai) dan pembayaran tunggakan belanja modal tahun sebelumnya, terdiri dari Revisi 1 : Izin Pencantuman Saldo awal kas 2019, Revisi 2 :Izin Penggunaan Saldo (belanja obat & alkes), Revisi 3 : Izin Penggunaan Saldo (pembayaran tunggakan belanja modal tahun 2018), Revisi 4 :Tambahan Gaji dan Tunjangan PNS (Rupiah Murni), Revisi 5 : Realokasi Anggaran belanja modal,

belanja operasional dan belanja tupoksi (Rupiah Murni), Revisi 6 : Izin Penggunaan Saldo (belanja obat dan alkes), Revisi 7 : Izin Penggunaan Saldo (penambahan belanja obat dan alkes serta pemutakhiran data POK) secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 3.34 Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK

No	Belanja	Pagu Definif SP.DIPA- 02.04.2.520628/2019 5 Desember 2018	Rev. Ke 1 25 Januari 2019	Rev. Ke 2 12 Februari 2019	Rev. Ke 3 27-Jun-19	Rev. Ke 4 09-Okt-19	Rev. Ke 5 31-Okt-19	Rev. Ke 6 08-Nop-19	Rev. Ke 7 05-Des-19
1	2	3	4	5	6	7	8	8	8
A	Rupiah Murni (RM)	86.684.980.000	86.684.980.000	86.684.980.000	86.684.980.000	88.398.029.000	116.970.756.000	116.970.756.000	116.970.756.000
	Belanja Pegawai	86.684.980.000	86.684.980.000	86.684.980.000	86.684.980.000	88.398.029.000	88.398.029.000	88.398.029.000	88.398.029.000
	Belanja Barang						6.436.584.000	6.436.584.000	6.436.584.000
	Belanja Modal						22.136.143.000	22.136.143.000	22.136.143.000
B	PNBP / BLU	804.839.900.000	804.839.900.000	979.839.900.000	984.443.986.000	984.443.986.000	984.443.986.000	1.018.443.986.000	1.024.443.986.000
1	Belanja Barang	562.653.719.000	562.653.719.000	737.653.719.000	737.653.719.000	737.653.719.000	737.653.719.000	771.653.719.000	777.653.719.000
2	Belanja Modal	242.186.181.000	242.186.181.000	242.186.181.000	246.790.267.000	246.790.267.000	246.790.267.000	246.790.267.000	246.790.267.000
	TOTAL	891.524.880.000	891.524.880.000	1.066.524.880.000	1.071.128.966.000	1.072.842.015.000	1.101.414.742.000	1.135.414.742.000	1.141.414.742.000

Realisasi Anggaran

Pagu Anggaran RSJPDHK tahun 2019 sebesar Rp.1.141.414.742.000,00 realisasi belanja Rupiah Murni dan BLU sebesar Rp. 925.448.151.102,00 atau dengan tingkat capaian serapan 81,08%. Sumber anggaran RSJPDHK terdiri dari dua jenis yaitu : Anggaran APBN/Rupiah Murni dan Anggaran BLU.

Tabel 3.35 Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2019

SUMBER DANA	PAGU	REALISASI	%
TOTAL	1.141.414.742.000	925.448.151.102	81,08
RM	116.970.756.000	110.976.522.674	94,88
Belanja Pegawai	88.398.029.000	83.867.167.912	94,87
Belanja Barang	6.436.584.000	6.391.427.670	99,30
Belanja Modal	22.136.143.000	20.717.927.092	93,59
PNBP / BLU	1.024.443.986.000	814.471.628.428	79,50
Belanja Barang BLU	777.653.719.000	707.338.534.285	90,96
Belanja Pegawai	337.929.490.000	304.606.706.872	90,14
Belanja Barang BLU	23.595.541.000	17.401.103.193	73,75
Belanja Jasa BLU	76.293.016.000	59.651.712.992	78,19
Belanja Pemeliharaan	31.534.757.000	28.887.276.319	91,60
Belanja Perjalanan Dinas	2.200.000.000	1.276.193.633	58,01
Belanja Penyediaan Barang & Jasa BLU Lainnya	1.988.851.000	1.437.404.512	72,27
Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	304.112.064.000	294.078.136.764	96,70
Belanja Modal BLU	246.790.267.000	107.133.094.143	43,41
Belanja Modal Peralatan Medik	12.871.424.000	10.703.190.294	83,15
Belanja Modal Peralatan RT/Meubelair	1.957.379.000	830.802.676	42,44
Belanja Modal Peralatan Tehnik / ME	18.705.034.000	12.186.044.808	65,15
Belanja Modal Pengadaan Hardware	7.582.764.000	6.840.773.550	90,21
Modal Gedung dan Layanan	203.138.625.000	75.619.908.007	37,23
Belanja Pengelolaan Kegiatan	307.473.000	280.857.000	91,34
Belanja Konstruksi Fisik	197.492.298.000	72.765.783.750	36,84
Belanja Perencanaan Konstruksi	687.830.000	676.981.250	98,42
Belanja Manajemen Konstruksi	2.985.924.000	217.351.750	7,28
Belanja Pembayaran Tunggakan Gd Lab Litbang It 6	1.097.241.000	1.097.240.651	100,00
Belanja Pembayaran Tunggakan Jasa MK Gd Utility	567.859.000	567.858.500	100,00
Belanja Modal Kendaraan Roda 4 dan Roda 2	16.707.000	14.857.500	88,93
Belanja Modal Software	2.518.334.000	937.517.308	37,23

Realisasi Belanja APBN/RM sebesar Rp.110.976.522.674,00 terserap untuk penggunaan : Belanja Pegawai PNS, Belanja Barang dan Belanja Modal. Realisasi BLU sebesar Rp.814.471.628.428 terserap untuk penggunaan :Belanja Barang BLU dan Belanja Modal BLU sebagai berikut

Grafik 3.7 Persentase Penyerapan Anggaran RSJPDHK



Analisa Penyerapan Anggaran

Realisasi anggaran yang disampaikan pada LAKIP 2019 belum menyampaikan informasi berdasarkan program / sasaran maupun indikator, karena model penganggaran di RSJPDHK disusun berdasarkan pada kode mata anggaran, seperti mata anggaran belanja modal, belanja barang, belanja pegawai, belanja operasional, jasa dan lain-lain.

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

D. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM RSJPDHK per 30 Desember 2019 adalah : 1810 orang

1. Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

A.Status Kepegawaian	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1845	1860	1846	1841	1839	1837	1830	1823	1812	1818	1816	1810
PNS	1188	1192	1189	1189	1186	1182	1178	1172	1165	1162	1161	1157
CPNS	34	68	66	62	59	57	56	56	56	56	56	55
Non PNS	623	600	591	590	594	598	596	595	591	600	599	598

Tabel 3.36 Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

2. Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

Tabel 3.37 Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

B.Struktur Ketenagaan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1845	1860	1846	1841	1839	1837	1830	1823	1812	1818	1816	1810
Direksi (Pejabat Eselon)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Manajerial (Pejabat Eselon)	32	32	32	32	32	31	32	32	32	32	32	32
Manajerial (Pejabat Non Eselon)	322	324	323	318	317	317	338	339	342	342	340	340
Non Manajerial (Staf Pelaksana)	1486	1499	1486	1486	1485	1484	1455	1447	1433	1439	1439	1433

3. Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

Tabel 3.38 Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

C. Kelompok Profesi	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1845	1860	1846	1841	1839	1837	1830	1823	1812	1818	1816	1810
SMF	105	106	106	107	106	106	108	107	107	106	104	103
Perawat	768	784	780	779	775	773	766	763	760	758	756	752
Umum	671	667	661	656	652	651	649	649	642	653	653	652
Penunjang	301	303	299	299	306	307	307	304	303	301	303	303

4. Jumlah SDM Berdasarkan kelompok pendidikan

Tabel 3.39 Jumlah SDM berdasarkan kelompok pendidikan

D. Tingkat Pendidikan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1845	1860	1846	1841	1839	1837	1830	1823	1812	1818	1816	1810
1. SD	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
2. SMP	19	18	18	18	17	17	17	17	16	16	16	16
3. SMA	359	358	355	350	348	346	345	343	340	350	349	349
4. D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. D3	689	687	683	680	678	677	672	668	663	662	662	660
7. D4	16	16	14	13	13	14	13	13	13	13	13	13
8. S1	604	620	615	618	623	622	622	623	622	620	621	619
9. S2	136	139	138	139	138	139	139	138	137	136	134	132
10.S3	17	17	18	18	18	18	18	17	17	17	17	17

E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana (SIMAK)

Laporan perkembangan Barang Milik Negara (BMN) RSJPDHK per 31 Desember 2019 :

Tabel 3.40 Laporan Barang Milik Negara (BMN) Tahun 2019

URAIAN	SALDO PER 1 JANUARI 2019		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2019		KONDISI
	Kuantitas	Nilai	BERTAMBAH		BERKURANG		Kuantitas	Nilai	
			Kuantitas	Nilai	Kuantitas	Nilai			
INTRAKOMPTABEL									
Tanah	22389	1.004.482.485.000	0	0	0	0	22389	1.004.482.485.000	Baik
Peralatan Mesin	20818	633.123.085.590	706	49.213.069.093	696	25.971.113.367	20828	656.365.041.316	Baik
Gedung dan Bangunan	12	350.725.568.685	0	2.858.348.526	3	25.343.290.000	9	328.240.627.211	Baik
Irigasi	1	1.299.308.000	0	0	0	-	1	1.299.308.000	Baik
Jaringan	14	432.000.000	0	0	0	0	14	432.000.000	Baik
Aset Tetap Lainnya	1040	444.279.683	0	0	1	5.775.000	1039	438.504.683	Baik
Aset tetap yang tidak digunakan oleh pemerintah	753	76.621.539.238	685	51.011.078.415	505	14.759.941.559	933	112.872.676.094	Rusak berat
Total		2.067.128.266.196		103.082.496.034		66.080.119.926		2.104.130.642.304	
EKSTRAKOMPTABEL									
Peralatan Mesin	745	190.945.974	9	5.545.753	8	1.814.000	746	194.677.727	Baik
Gedung dan Bangunan	1	7.892.500	0	0	0	0	1	7.892.500	Baik
Aset tetap yang tidak digunakan	11	2.114.000	8	1.814.000	0	-	19	3.928.000	Baik
Total		200.952.474		7.359.753		1.814.000		206.498.227	
ASET TIDAK BERWUJUD									
Hak Cipta	2	276.100.000	0	0	0	0	2	276.100.000	Baik
Paten	2	22.500.000	0	0	0	0	2	22.500.000	Baik
Software	136	26.281.349.068	3	1.375.600.000	0	0	139	27.656.949.068	Baik
Lisensi	0	-	1	45.917.308			1	45.917.308	Baik
Total		26.579.949.068		1.421.517.308		-		28.001.466.376	

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 2019 mengacu kepada Tugas dan Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan dalam Rencana Strategis.

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

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

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam melaksanakan tugas dan fungsinya didukung oleh Anggaran DIPA APBN/RM dan DIPA PNBPN/BLU, sebesar **Rp.1.141.414.742.000,00** dengan rincian sebagai berikut :

1. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA APBN/RM dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 116.970.756.000,00** penyerapan terealisasi 94,88% sebesar **Rp. 110.976.522.674,00**.
2. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA PNBPN/BLU dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 1.024.443.986.000,00** penyerapan terealisasi 79,50% sebesar **Rp. 814.471.628.428,00**.

Secara umum upaya pencapaian sasaran strategis RSJPDHK tahun 2019 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 Pelaksana. Pelaksana program dan kegiatan adalah tulang punggung dari keberhasilan pencapaian sasaran kinerja pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan, penelitian, pendidikan maupun pelatihan.
3. Penciptaan Iklim yang Lebih Kondusif. Iklim kerja merupakan salah satu faktor dominan penentu kinerja organisasi. Dalam kaitan ini pimpinan perlu menciptakan iklim dan budaya kerja yang sehat dalam lingkungan kerja.
4. Perlu dibuat atau penyempurnaan kebijakan-kebijakan/SOP yang berkaitan dengan indikator kinerja.

Demikian uraian Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2019 yang disusun sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas dan fungsi RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita

Direksi

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

LAMPIRAN

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019

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, SpJP(K), MARS, FACC, FESC

Jabatan : Direktur Utama RS Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita
selanjutnya disebut pihak pertama.

Nama : dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua.

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

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

Jakarta, 19 Desember 2018

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,

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

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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019

RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya kepuasan stakeholders.	1. Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU). 2. Tingkat kepuasan karyawan. 3. Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI). 4. Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85 85% 83% 87%
2.	Terwujudnya RSJPD Harapan Kita sebagai rujukan nasional.	5. Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan. 6. Persentase kasus sulit yang berhasil.	90% 95%
3.	Terwujudnya peran strategis PJN.	7. Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan. 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1 1
4.	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS.	9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan. 10. Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester). 11. Persentase capaian indikator medik kardiovaskular. 12. Persentase komplek yang ditangani dengan baik. 13. Akreditasi Nasional / Internasional. 14. Jumlah peserta fellowship dari LN.	1 72,50% 90% 95% Akreditasi 1
5.	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15. Jumlah publikasi internasional.	11
6.	Terwujudnya layanan unggulan PJN.	16. Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	5%
7.	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	17. Persentase rujukan yang tepat. 18. Persentase pasien rujuk balik.	60% 30%
8.	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	19. Persentase kasus dengan door to balloon time < 90 mnt. 20. Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	95% 100%
9.	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas.	21. Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2016-2019 .	95%

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	22. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1
11.	Terwujudnya integrasi HIS.	23. Tingkat maturitas IT korporasi.	2,7
12.	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.	24. Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS). 25. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	95% 5
13.	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	26. Skor GCG Corporate.	95%
14.	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif.	27. Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	75%
15.	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	28. Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.	100%
16.	Terwujudnya pertumbuhan revenue.	29. Tingkat pertumbuhan revenue.	3%
17.	Terwujudnya efisiensi anggaran.	30. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	75%

Kegiatan

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

Alokasi

Rp. 891.524.880.000,-

Jakarta, 19 Desember 2018

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



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

A. PENILAIAN KINERJA ASPEK KEUANGAN

NO.	INDIKATOR	BOBOT	HAPER	30%
I.	RASIO KEUANGAN	19,00		14,85
a.	Rasio Kas (Cash Ratio) CR = $\frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$	2,25	692,81%	0,5
b.	Rasio Lancar (Current Ratio) Current Ratio = $\frac{\text{Aktiva Lancar}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$	2,75	1065,37%	2,75
c.	Collection Period (CP) CP = $\frac{\text{Piutang Usaha} \times 365}{\text{Pendapatan Usaha}} \times 1 \text{ hari}$	2,25	46,73	1,25
d.	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover) TATO = $\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aktiva Tetap - KDP}} \times 100\%$	2,25	38,45%	2,25
e.	Imbalan atas Aktiva Tetap (Return On Fixed Asset) ROA = $\frac{(\text{Surplus/Defisit} + \text{Biaya Penyusutan})}{\text{Aktiva Tetap - KDP}} \times 100\%$	2,25	6,21%	2,25
f.	Imbalan Ekuitas (Return On Equity) ROE = $\frac{(\text{Surplus/Defisit} + \text{Biaya Penyusutan})}{\text{Ekuitas - Surplus/Defisit Tahun Berjalan}} \times 100\%$	2,25	6,46%	1,85
g.	Perputaran Persediaan(PP) PP = $\frac{\text{Total Persediaan} \times 365}{\text{Total Pendapatan BLU}} \times 1 \text{ hari}$	2,25	19,88	1,25
h.	Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional POBO = $\frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{By Operasional-By Penyusutan}} \times 100\%$	2,75	100,35%	2,75
II.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU :			11,00
a.	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif			2,00
b.	Laporan Keuangan Berdasarkan SAP			2,00
c.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)			2,00
d.	Tarif Layanan			1,00
e.	Sistem Akuntansi			1,00
f.	Persetujuan Rekening			0,50
g.	SOP Pengelolaan Kas			0,50
h.	SOP Pengelolaan Piutang			0,50
i.	SOP Pengelolaan Utang			0,50
j.	SOP Pengadaan Barang dan Jasa			0,50
k.	SOP Pengelolaan Barang Inventaris			0,50
TOTAL				25,85

B. PENILAIAN KINERJA ASPEK LAYANAN

NO.	SUB ASPEK INDIKATOR	BOBOT	HAPER	NILAI
1	LAYANAN			
A	Pertumbuhan Produktivitas	18		11,25
1	Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Jalan	2	1,04	1,50
2	Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2	0,93	1,00
3	Pertumbuhan Hari perawatan Rawat Inap	2	0,98	1,25
4	Pertumbuhan Rata-rata Pemeriksaan Penunjang Kardiologi/hari	2	1,04	1,50
5	Pertumbuhan Rata-rata Pemeriksaan Laboratorium	2	0,87	0,50
6	Pertumbuhan Rata-rata Operasi	2	0,94	1,00
7	Pertumbuhan Rata-rata Rehab Medik	2	0,96	1,25
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	0,99	1,25
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	2	3,70	2,00
B	Efektivitas Pelayanan	14		12,50
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	2	95,25%	2,00
2	Pengembalian Rekam Medik	2	76,81%	1,50
3	Angka Pembatalan Operasi	2	0,00%	2,00
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	2	1,67%	1,50
5	Penulisan resep sesuai formularium	2	96,57%	2,00
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,03%	2,00
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	66,43%	1,50
C	Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran	3		2,50
1	Rata-rata jam pelatihan / karyawan	1	0,99	1,00
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	1	38,10	0,50
3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	1	Ada program	1,00
TOTAL (ASPEK LAYANAN)		35		26,25

C. PENILAIAN KINERJA ASPEK MUTU

NO	SUB ASPEK INDIKATOR	BOBOT	TAHUN 2019	NILAI
2	MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT			
A	MUTU & Manfaat Kepada Masyarakat	14		
1	Emergency response time rate	2	2 menit 55 detik	2,00
2	Waktu tunggu rawat jalan	2	27 Menit 17 Detik	2,00
3	LOS (length of stay)	2	5,99	2,00
4	Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	11.25 Menit	1,50
5	Waktu tunggu sebelum operasi	2	20 Jam 50 Menit (< 1 hari)	2,00
6	Waktu tunggu hasil laboratorium	2	1 Jam 24 Menit	2,00
7	Waktu tunggu hasil radiologi	2	3 Jam 37 Menit	1,50
B	MUTU KLINIK	12		
1	Angka kematian di Gawat Darurat	2	0,52%	2,00
2	Angka kematian > 48 jam	2	3,20%	2,00
3	Post operative death rate	2	7%	1,00
4	Angka infeksi nosokomial :	4		
	a. Infeksi Luka Operasi (ILO) / IDO		1,26%	1,00
	b. Infeksi Jarum Infus (Plebitis)		0,65%	1,00
	c. Decubitus		0,21%	1,00
	d. ISK		0,01%	1,00
5	Angka kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	2	0,01%	2,00
C	KEPEDULIAN PADA MASYARAKAT	4		
1	Pembinaan kepada puskes dan sarkes lain	1	ada program dilaksanakan	1,00
2	Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	1	ada program dilaksanakan	1,00
3	Ratio tempat tidur kelas III	2	63,50	2,00
D	KEPUASAN PELANGGAN	2		
1	Penanganan komplain/persentase complain	1	85,43	1,00
2	Persentase kepuasan pelanggan (IKM tingkat kepuasan 4)	1	95%	0,95
E	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN	3		
1	Hasil Penilaian RS berseri	2	9655	2,00
2	Hasil Penilaian Proper lingkungan (KLH)	1	Biru	0,60
	TOTAL	35		32,55

**TINGKAT KESEHATAN BLU
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
TAHUN 2019**

	KINERJA RSJPDHK	NILAI	BOBOT
1	INDIKATOR KEUANGAN	25,85	30
2	INDIKATOR LAYANAN	26,25	35
3	INDIKATOR MUTU	32,55	35
TOTAL		84,65	100
KATEGORI		AA	

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

Jakarta, Januari 2020
Direktur Utama



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