



LAKIP 2016

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAHAN



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



KEMENTERIAN KESEHATAN
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@pinhk.go.id
<http://www.pinhk.go.id>



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAHAN
(LAKIP)

BADAN LAYANAN UMUM
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA
TAHUN ANGGARAN 2016

JAKARTA, FEBRUARI 2017

DEWAN PENGAWAS
BLU - RSJPD HARAPAN KITA

Ketua

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

Anggota

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

Anggota

Dr. Slamet, M.H.P.

Anggota

Drs. Agus Muhammad, M.Acc.

Anggota

Dra. Humaniati



KEMENTERIAN KESEHATAN
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
<http://www.pnhk.go.id>



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAHAN
(LAKIP)

BADAN LAYANAN UMUM
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA
TAHUN ANGGARAN 2016

JAKARTA, FEBRUARI 2017

DIREKSI
BLU - RSJPD HARAPAN KITA

Direktur Utama

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

Direktur Medik dan Keperawatan

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

Direktur Umum dan SDM

dr. Tri Wisesa Soetisna, Sp.B, Sp.BTKV(K), MARS
NIP 195706291985111001

Direktur Keuangan

Drs. Amir Hamzah Mauzzy, Apt, MM, MARS
NIP. 196009181989021001

Direktur Penunjang

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

KATA PENGANTAR



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesaikannya penyusunan Buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun Anggaran 2016, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan pengelolaan sumber daya di lingkungan RSJPD Harapan Kita.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun Anggaran 2016 disusun sebagai tindak lanjut dari TAP MPR RI No XI/MPR/1998 dan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme serta Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan yang mewajibkan untuk mempertanggungjawabkan tugas pokok dan fungsi dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) RI No 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2016 berisi gambaran perkembangan / capaian pelaksanaan program dan kegiatan dari Perencanaan Kinerja Tahun Anggaran 2016, yang merupakan tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2015-2019.

Akhir kata semoga buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) RSJPD Harapan Kita tahun 2016 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, Februari 2017
Direktur Utama BLU RSJPD Harapan Kita,

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

IKHTISAR EKSEKUTUIF



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2016, disusun dengan menyajikan hasil pengukuran kinerja pencapaian sasaran yang diarahkan dalam mencapai tujuan, visi dan misinya.

Tahun 2016 merupakan tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2015-2019 yang mengungus visi: *"Leader In Cardiovascular Care, Education and Research"* dengan misi: "Melaksanakan pelayanan kardiovaskular yang berkualitas; Menciptakan wahana pendidikan/pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik atau peserta pelatihan; Meningkatkan riset dan mengembangkan teknologi kardiovaskular; Mengampu pertumbuhan rujukan wilayah (lintas propinsi) dan Berkontribusi dalam pencapaian indikator kesehatan jantung nasional".

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

Dalam rangka mewujudkan *"good corporate governance"* maka RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama tahun 2016 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA APBN (*rupiah murni*), maupun dari dana intern RS (*DIPA BLU RSJPDHK*).

Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2016 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di tahun 2016 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2015-2019



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

Sebagai bahan evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2016 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 2016 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU RSJPD Harapan Kita. Total pagu anggaran pada tahun 2016 adalah sebesar Rp. **949.951.615.000,-** yang terdiri dari Anggaran BLU sebesar Rp. **715.121.198.000,-** dan Anggaran APBN sebesar Rp. **234.830.417.000,-**.

DAFTAR ISI



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
IKHTISAR EKSEKUTIF	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I : PENDAHULUAN	
A Latar Belakang	1
B Maksud dan Tujuan	1
C Tugas Pokok dan Fungsi RSJPDHK	2
D Peran Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	4
E Sistematika Penulisan	6
BAB II : PERENCANAAN KINERJA	
A Rencana Strategis	8
B Rencana Kerja Tahunan dan Pernyataan Kinerja	12
BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA	
A Capaian Kinerja Organisasi	15
1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	16
2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.....	21
3. Terwujudnya peran strategis PJN	26
4. Terwujudnya layanan, pendidikan & penelitian yang ekselen dalam AHS	30
5. Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian	41
6. Terwujudnya layanan unggulan PJN	42
7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	45
8. Terwujudnya mutu dan integrasi proses bisnis	52
9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	58
10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	59
11. Terwujudnya integrasi HIS	62



12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	66
13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	70
14. Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	72
15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar	73
16. Terwujudnya pertumbuhan revenue	74
17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis	75
B Realisasi Anggaran	80
BAB IV : KESIMPULAN	81

LAMPIRAN :

1)Form Perjanjian Kinerja

2)Form Indikator Kinerja Tingkat Kesehatan BLU

DAFTAR TABEL



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Indikator Kinerja Utama (KPI)	8
Tabel 2.2	Matriks KPI Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita (2015-2019)	9
Tabel 2.3	Perjanjian Kinerja Tahun 2016 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	12
Tabel 3.1	Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder	16
Tabel 3.2	Nilai Indikator Kinerja BLU	16
Tabel 3.3	Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	21
Tabel 3.4	Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	22
Tabel 3.5	Bimbingan pembuatan Panduan Praktek Klinis	23
Tabel 3.6	Rencana Pelatihan Kardiologi	23
Tabel 3.7	Prosentase kasus sulit yang berhasil tahun 2016	24
Tabel 3.8	Indikator Kinerja Sasaran Terwujudnya peran strategis PJN	26
Tabel 3.9	Indikator kinerja dalam mewujudkan layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	26
Tabel 3.10	Capaian Indikator Medik Kardiovaskular	33
Tabel 3.11	Data penanganan komplain tahun 2016	29
Tabel 3.12	Indikator Publikasi International	41
Tabel 3.13	Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN	41
Tabel 3.14	Jumlah pasien pada layanan unggulan tahun 2016	43
Tabel 3.15	Indikator sasaran kinerja terwujudnya sistem rujukan yang efektif	45
Tabel 3.16	Data prosentase (%) rujukan yang tepat tahun 2016.....	45
Tabel 3.17	Data prosentase (%) pasien rujuk balik tahun 2015	47
Tabel 3.18	Indikator sasaran kinerja terjaminnya mutu dan integritas proses bisnis	52
Tabel 3.19	Angka Data door to balloon time \leq 90 mnt	53
Tabel 3.20	Kendala DTBT >90 menit	54
Tabel 3.21	Rata-rata waktu peralihan pasien dalam pelaksanaan DTBT	54



Tabel 3.22	Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas ...	58
Tabel 3.23	Tingkat kesesuaian sarana prasarana tahun 2016	59
Tabel 3.24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV	59
Tabel 3.25	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya integrasi HIS	62
Tabel 3.26	Komponen penilaian Maturitas IT tahun 2016	63
Tabel 3.27	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	66
Tabel 3.28	Capaian nilai dan prosentase karyawan tahun 2016	67
Tabel 3.29	Capaian nilai dan prosentase karyawan tahun 2016 : 2015	67
Tabel 3.30	Daftar staf SMF yang mengikuti pelatihan di LN	69
Tabel 3.31	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	70
Tabel 3.32	Hasil pengukuran Score GCG RSJPDHK tahun 2016	71
Tabel 3.33	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	72
Tabel 3.34	Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar	73
Tabel 3.35	Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	74
Tabel 3.36	Pertumbuhan revenue 2015-2016	74
Tabel 3.37	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis	75
Tabel 3.38	Tabel pendapatan dan biaya tahun 2016	76
Tabel 3.39	Capaian Kinerja tahun 2016 secara keseluruhan	77
Tabel 3.40	Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2016	80

DAFTAR GAMBAR



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Grafik hasil perhitungan kuisioner survey berdasarkan prosentase	19
Gambar 3.2	Grafik bulanan prosentase kasus sulit yang berhasil 2016.....	25
Gambar 3.3	Proposal Jakarta Cardiovascular Study	27
Gambar 3.4	Skema populasi risiko tinggi serta tindakan intervensi dini.....	28
Gambar 3.5	Serah terima Sertifikat Internasional (JCI) oleh Menteri Kesehatan RI	40
Gambar 3.6	Grafik bulanan angka publikasi tahun 2016	41
Gambar 3.7	SK Penetapan layanan unggulan	44
Gambar 3.8	Grafik bulanan angka rujukan kasus yang tepat tahun 2016.....	46
Gambar 3.9	Grafik bulanan angka rujuk balik pasien tahun 2016.....	48
Gambar 3.10	Nota evaluasi RS Jejarin	49
Gambar 3.11	Grafik bulanan capaian Door to Balloon Time	53
Gambar 3.12	Foto dokumentasi kunjungan kerja tim RSJPDHK ke RSUD AW Sjahranie	60
Gambar 3.13	Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2016	63
Gambar 3.14	Komposisi prosentase penilaian karyawan tahun 2016	67
Gambar 3.15	Grafik perbandingan hasil penilaian karyawan 2016:2015	68
Gambar 3.16	Hasil pengukuran Elemen Budaya Kinerja (Organisasi) RSJPDHK	72
Gambar 3.17	Prosentase capaian target kinerja tahun 2016	79
Gambar 3.18	Prosentase Penyerapan Anggaran APBN tahun 2016	81
Gambar 3.19	Prosentase Penyerapan Anggaran BLU tahun 2016	81

BAB I

PENDAHULUAN



BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagai Unit Pelaksana Teknis dibawah Kementerian Kesehatan RI, perlu menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dalam upaya mewujudkan *Good Clinical Governance* dan *Good Corporate Governance* sesuai Inpres No 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan setiap Instansi Pemerintah sebagai unsur penyelenggara negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas, fungsi, dan peranannya dalam pengelolaan sumber daya dan kebijakan yang dipercayakan kepadanya berdasarkan perencanaan strategis dan indikator kinerja lainnya yang sudah ditetapkan, dan PERMENKES RI No.2416/MENKES/PER/XII/ 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

Sebagai landasan, penyusunan mengacu pada PERMENPAN RI Nmor 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 2016 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSJPDHK sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2016 sebagai tahun kedua 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 2016 yang wajib dipertanggung jawabkan.

C. TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

1. Tugas Pokok

Berdasarkan Permenkes RI No. 1682/MENKES/PER/XII/2005, 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.1102/Men-Kes/SK/IX/2007 Tanggal 26 September 2007 RSJPDHK ditetapkan sebagai Pusat Jantung Nasional yang mempunyai tugas menjadi *World Class Hospital* dan menerapkan layanan Kardiovaskuler berjenjang di seluruh Indonesia.

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

2. Fungsi RSJPDHK

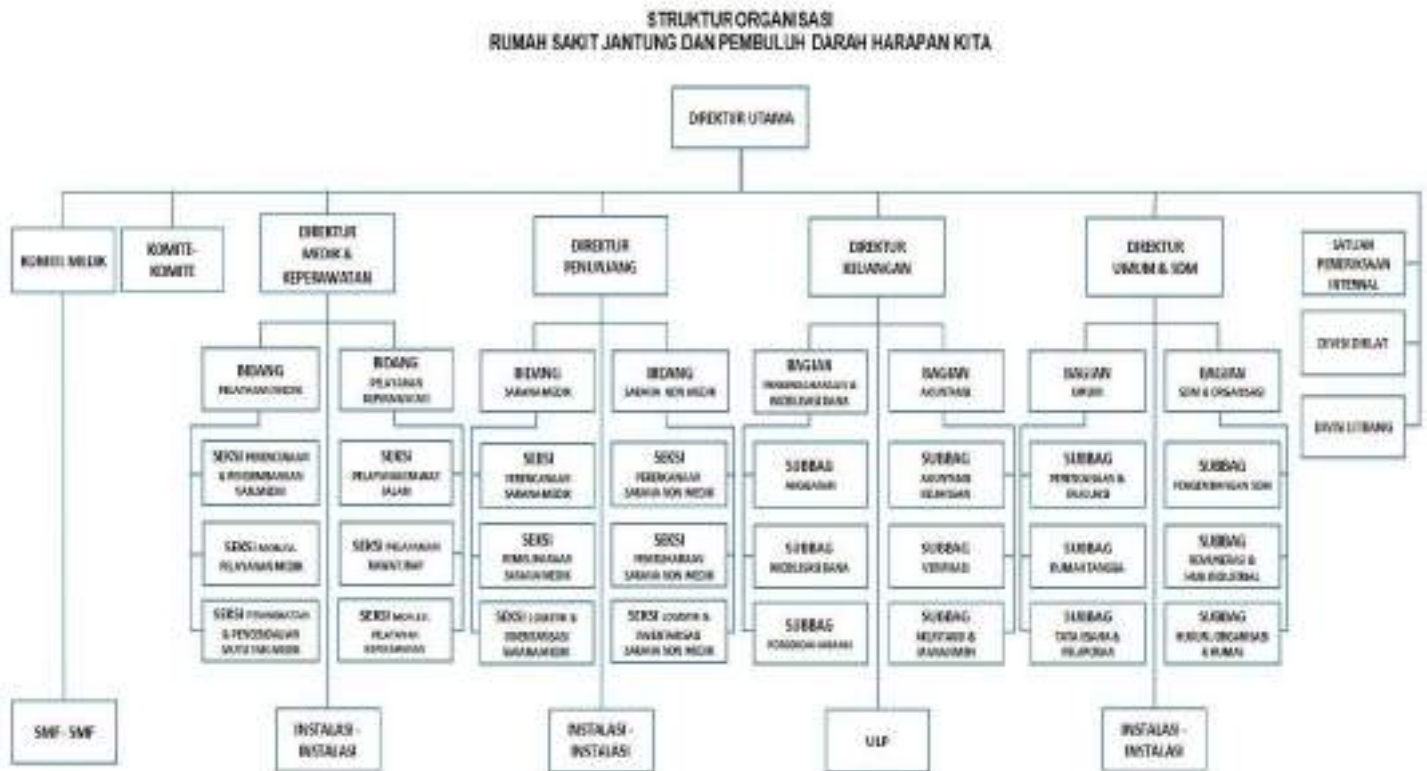
Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RS jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita menyelenggarakan fungsi :

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



3. Struktur Organisasi RSJPDHK

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





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

1. Visi, Misi dan Nilai Budaya

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

Visi

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

Misi

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

Nilai Budaya

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



2. Arah Strategis

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

3. Tantangan Strategis

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

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



E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

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

Bab II Perencanaan Kinerja

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

Bab III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

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



B. Realisasi Anggaran

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

Bab IV Penutup

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

Lampiran:

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

BAB II

PERENCANAAN KINERJA



BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS

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

Dalam Rencana Strategi RSJPD Harapan Kita ditetapkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama (KPI) dari beberapa perspektif, secara rinci dapat dilihat pada tabel II.1

Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

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



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

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

Tabel 4.1. Matriks KPI

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



16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	2 (vascular & valvular)	1 pediatrik	1	0	1
17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	20%	10%	10%	10%	10%
18	Persentase rujukan yang tepat	35%	65%	65%	65%	65%
19	Persentase pasien rujuk balik.	25%	25%	27%	29%	30%
20	Jumlah PJT binaan mandiri.	4	1	1	1	1
21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon</i> time < 90 mnt.	70%	80%	90%	95%	98%
22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100%	100%	100%	100%	100%
23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Masterplan</i> bangunan tahun 2016-2019 .	80%	85%	90%	90%	95%
24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	Belum ada	1	1	1	1
25	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.	2.5	2	2.3	2.5	2.7
26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	90%	90%	95%	95%	95%
27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	5	5	5	5	5
28	Skor <i>GCG Corporate</i> .	75%	80%	85%	90%	95%
29	Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	70%	70%	72%	75%	75%
30	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.	2	2	2	2	2
31	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	7%	7%	3%	4%	5%
32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	88%	90%	90%	90%	90%



B. RENCANA KERJA TAHUNAN dan PERNYATAAN KINERJA

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

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada TA 2015 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 2016.

Tabel 2.3. Perjanjian Kinerja Tahun 2016 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2016	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	84	
		2	Tingkat kepuasan karyawan.	80	%
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	80	%
		4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85	%
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	90	%



		6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	92	%
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 ekzellen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.	1	
		10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester).	65	%
		11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	85	%
		12	Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	90	%
		13	<i>Akreditasi Nasional / Internasional</i>	Terakreditasi	
		14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	1	
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional.	8	
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	1	
		17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	10	%
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	18	Persentase rujukan yang tepat	65	%
		19	Persentase pasien rujuk balik.	25	%
		20	Jumlah PJT binaan mandiri.	1	
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon</i> time < 90 mnt.	80	%



		22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100	%
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Masterplan</i> bangunan tahun 2016-2019 .	85	%
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1	
11	Terwujudnya integrasi HIS	25	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.	2	
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	90	%
		27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	5	
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	28	Skor <i>GCG Corporate</i> .	80	
14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	29	Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	70	
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	30	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.	2	
16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	31	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	7	%
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	90	%

Dalam pelaksanaan kegiatannya di tahun 2016, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mendapatkan dukungan anggaran sebesar Rp **949.951.615.000,-**.

Angka tersebut mengalami perubahan / revisi dari sebelumnya sebesar 824.879.987.000,- dikarenakan adanya tambahan anggaran tahapan master plan.

Kegiatan	Anggaran
1. Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan	Rp. 715.121.198.000,-
2. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas lainnya Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 234.830.417.000,-
	<hr/>
	Rp. 949.951.615.000,-

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA



BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam kurun waktu Januari – Desember 2015.

Tahun 2016 merupakan tahun kedua 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 Renstra 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 2016 maka Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah bekerja untuk memenuhi target-target yang ditetapkan dan tercantum dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun 2016.

Sasaran strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada perencanaan kinerja 2016 mengacu pada Rencana Strategis RSJPDHK tahun 2015-2019 dan Pedoman Indikator Kinerja BLU Kementerian Kesehatan RI yang kemudian dituangkan dalam sebuah perjanjian kinerja tahun 2016.

Uraian capaian kinerja dari sasaran strategis dan indikator kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPD Harapan Kita Tahun 2016 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 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)		84	82,95	85,50	↑	√
2	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	70	78	↑	x
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	80	91,4	72,19	↓	x
4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	85	77,98	80,46	↑	x

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

Indikator ini merupakan gambaran keberhasilan rumah sakit sebagai badan layanan umum yang mengacu pada Perdirjen Perbendaharaan No.34 tahun 2014, Penilaian kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang layanan kesehatan terdiri dari 3 (tiga) area penilaian yaitu : Area Klinis, Area Manajerial dan Area Keuangan.

Metoda / kriteria penilaian pada tahun 2016 berubah dari tahun-tahun sebelumnya dimana sebelumnya menggunakan metoda aspek yang terdiri dari aspek layanan, aspek mutu dan aspek keuangan.

Capaian

- Pada tahun 2016 terealisasi nilai sebesar 85,50, bila dibandingkan dengan target yang ditetapkan maka telah memenuhi target.
- Terjadi kenaikan juga dibandingkan tahun sebelumnya, dimana angka kesehatan BLU bernilai 82,95. Dalam standar nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan, hasil capaian termasuk dalam kategori SEHAT dengan nilai AA atau pada rentang nilai 80-N-95

Tabel 3.2. Nilai Indikator Kinerja BLU

	KINERJA RSJPDHK	NILAI	BOBOT
1	AREA KLINIS	31,50	35
2	AREA MANAJEMEN	32,70	35
3	AREA KEUANGAN	21,30	30
	TOTAL	85,50	100
	KATEGORI	AA	



Kendala :

Pengumpulan data sering terlambat atau tidak tepat waktu

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Peningkatan koordinasi dan sosialisasi

b. KPI 2. Tingkat Kepuasan Karyawan

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

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

Capaian/Kondisi yang dicapai

Tingkat kepuasan karyawan RSJPDHK tahun 2016 adalah 78%, meningkat cukup tajam dibandingkan tahun 2015 dan hampir memenuhi target yang ditetapkan RS pada tahun 2016 sebesar 80%

Populasi dari studi ini adalah seluruh karyawan RSJPD Harapan Kita baik karyawan tetap maupun kontrak, namun yang sudah bekerja selama minimal 6 (enam) bulan. Sampel yang digunakan merupakan keseluruhan populasi, namun dikurangi dengan 30 orang yang digunakan sebagai sampel untuk uji validitas dan reliabilitas, sehingga total sampel pada studi ini adalah 1.660 sampel.

Pengumpulan data survey ini dilakukan bertahap selama 5x bersamaan dengan acara family gathering RSJPDHK. Setiap tahapnya disebarakan sekitar 380 kuesioner.

Jenis data dalam studi adalah data primer yang pengumpulannya dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumennya. Kuesioner ini telah melalui tahap ujicoba kuesioner untuk menguji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner yang telah valid dan reliabel yang kemudian digunakan sebagai instrumen pengumpulan data.



Faktor yang diteliti yaitu faktor jenis :

Kepuasan Kerja, Jenis Pekerjaan, Rasa Aman, Lingkungan Kerja, Pengembangan Karir, Supervisi, Hubungan dengan Pihak Manajemen, Pendidikan dan Pelatihan, Kompensasi dan Manfaat

Kendala :

Pada tahap pengumpulan data diketahui bahwa terdapat banyak missing value di kuesioner-kuesioner yang disebarakan tersebut. Hal ini disebabkan metode penyebarannya dan pengisian yang secara mandiri dan tidak ditemani oleh peneliti, sehingga tidak bisa dideteksi dari awal adanya pertanyaan dalam kuesioner yang belum dijawab.

Upaya Tindak Lanjut :

Capaian kepuasan kerja staf RSJPD Harapan Kita tahun 2016 meningkat cukup tajam dibandingkan tahun 2015. Namun demikian tetap diperlukan perbaikan agar capaian ini dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan lagi di masa yang akan datang. Untuk itu, RSJPD Harapan Kita harus melakukan intervensi terhadap beberapa faktor:

1. Budaya organisasi profesional menjadi prioritas utama intervensi karena paling berkontribusi terhadap kepuasan kerja staf. Pada dimensi profesional ini yang harus lebih ditingkatkan adalah penyampaian informasi secara luas kepada seluruh staf yang membutuhkan, teladan para manajer terhadap apa yang mereka perintahkan kepada bawahannya, serta penyampaian visi misi RS secara jelas kepada seluruh staf.
2. Prioritas intervensi selanjutnya yaitu pada dimensi team work. Hal yang harus diperhatikan yaitu meningkatkan koordinasi antar unit di RSJPDHK.
3. Terkait faktor-faktor pada kepuasan kerja staf, maka yang harus dilakukan intervensi adalah pada faktor hubungan dengan pihak manajemen dan faktor kompensasi dan manfaat. Pada faktor hubungan dengan pihak manajemen maka perlu ditingkatkan frekuensi komunikasi, kontribusi staf terhadap penyusunan perencanaan RS dan perencanaan fasilitas serta tinjauan ulang terhadap penghargaan oleh pihak manajemen jika staf berhasil melakukan pekerjaan dengan baik.



Sementara itu, pada faktor kompensasi dan manfaat, maka yang harus ditingkatkan adalah sosialisasi terkait sistem remunerasi terhadap para dokter RSJPDHK karena penilaian rendah diberikan para dokter untuk sistem remunerasi yang diterapkan, metode penilaian kinerja individu, reward jika kinerja melebihi target, pendapatan sesuai dengan tanggung jawab, serta manfaat pensiun yang diterima.

- Keinginan berhenti pada 1-5 tahun yang akan datang dikontribusi terutama oleh para dokter, sehingga pihak manajemen perlu memperhatikan lebih lanjut terkait hal ini, di antaranya dengan memperbaiki faktor terkait kompensasi dan manfaat yang penilaian terendah diberikan oleh para dokter.

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

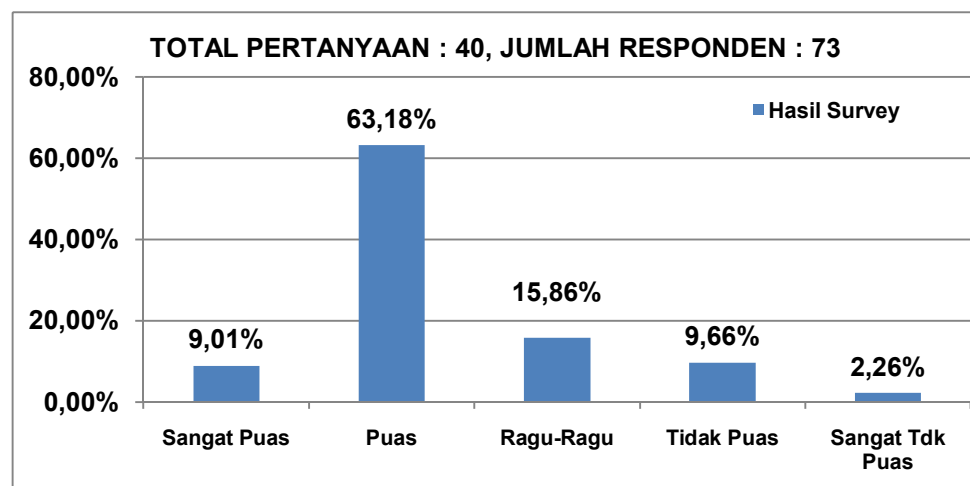
Sebagai Rumah Sakit Pendidikan maka indikator ini diperlukan untuk mengukur tingkat kepuasan peserta didik.

Tingkat Kepuasan diukur berdasarkan faktor : paparan kasus, dukungan sarana prasarana pendidikan, kepuasan terhadap staf pengajar, dll

Capaian :

Pada tahun 2016 ini Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI telah menyelenggarakan kembali survey terkait dengan kepuasan stakeholder. Adapun Grafik perolehan hasil survey kepuasan peserta didik PPDS-1 IP Jantung dan Pembuluh Darah FKUI, sebagai berikut:

Gambar 3.1 Grafik hasil perhitungan kuisisioner survey berdasarkan prosentase





Dari grafik diatas, maka dapat disimpulkan beberapa keterangan/kesimpulan sebagai berikut:

1. Jumlah responden survey sebanyak: 73 responden
2. Jumlah item pertanyaan sebanyak: 40 pertanyaan
3. Responden yang menjawab survey dengan jawaban **sangat puas** adalah sebanyak **9,01%**.
4. Responden yang menjawab survey dengan jawaban **puas** adalah sebanyak **63,18%**
5. Total jawaban responden yang menyatakan **Sangat Puas** dan **Puas** adalah **72,19%**

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

Capaian :

Pada tahun 2016 tercapai prosentase pasien yang menyatakan puas dan sangat puas sebesar 80.46 %, angka belum mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 85%.

Hasil survey kepuasan pelanggan pada tahun 2016 mengalami peningkatan dibandingkan dengan hasil survey tahun 2015 yang hanya mencapai 77,98 %.

Kendala :

- Penolakan dari pasien rawat jalan yang disebabkan karena penyebaran kuesioner dengan pertanyaan yang sama secara berulang dengan sampel survey pun berulang baik setiap minggu atau bulannya karena pasien diharuskan kembali ke RS
- Pasien baru yang menolak pengisian kuesioner dikarenakan belum menyelesaikan keseluruhan layanan sehingga tidak dapat menjawab pertanyaan yang ada
- Penolakan dari pasien rawat jalan dan rawat inap yang disebabkan karena ketidaksediaan secara pribadi untuk tidak mengisi
- Penolakan pada pasien rawat inap dikarenakan sudah berobat dan mengisi survey pada saat rawat jalan dan menolak pada saat pengisian di rawat inap ataupun pasien yang berulang kali dirawat inap
- Kurangnya kerja sama dari satuan kerja lain untuk dapat membantu dalam pengumpulan data kuesioner yang telah terisi hal ini



menyebabkan jumlah kuesioner yang telah disebarakan tidak sama dengan jumlah kuesioner yang terisi .

- Kurangnya kesadaran dari satuan kerja lain untuk dapat mengumpulkan data kuesioner dikarenakan masing-masing satuan kerja memiliki metode sendiri dalam penyebaran kuesioner (beberapa unit kerja penyebaran kuesioner rawat inap dilakukan oleh petugas Pelayanan Pelanggan langsung ke pasien, beberapa unit lain menyebarkan sendiri kuesioner tersebut pada saat pasien pulang)

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

- Perlunya koordinasi dan kerja sama antar unit untuk dapat membantu dalam pengumpulan data survey yang telah disebarakan oleh unit Pelayanan Pelanggan.
- Perlu dilakukan kajian kembali terhadap beberapa hal yang menjadi penyebab masalah dalam pemberian layanan antara lain : alur layanan rawat jalan dan prosedur pengurusan jaminan BPJS/ Perusahaan/ Asuransi
- Peningkatan komitmen dan juga loyalitas para petugas untuk memberikan layanan prima bagi setiap pasien
- Pemberian cinderamata sebagai hadiah agar pasien bersedia untuk mengisi kuesioner
- Pembaharuan berbagai informasi terkait layanan yang diberikan RS agar para pelanggan dapat lebih mudah mengerti alur atau prosedur yang ada

2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

Tabel 3.3. Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

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



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

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

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

Capaian

Tabel 3.4 Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan

NO	Nama PJT Binaan	Tahun 2015		Tahun 2016	
		Jumlah Tindakan	Mortalitas	Jumlah Tindakan	Mortalitas
1.	DR. Zainoel Abidin - Banda Aceh	29	1	24	3
2.	RSUD A Wahab Sjahranie - Samarinda	44	0	41	2
TOTAL		73	1	65	5
(%) KEBERHASILAN OPERASI JANTUNG		98,63%		92,3%	

Capaian realisasi berdasarkan data diatas didapatkan persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan yaitu RS DR. Zainoel Abidin – Banda Aceh dan RSUD Wahab Sjahranie – Samarinda pada tahun 2016 yaitu 92,3%. Angka tersebut melampaui target yang ditetapkan sebesar 90%, namun menurun dibandingkan dengan tahun 2015 dimana angka keberhasilan tindakan operasi secara mandiri yang dilakukan oleh tim bedah setempat adalah 98,63%.

Upaya Tindak Lanjut

1. Pembuatan kriteria seleksi pasien yang lebih ketat dalam melakukan tindakan bedah secara mandiri berdasarkan severitas level 1, 2 hingga 3. Untuk tindakan kompleks, akan dilakukan supervisi tim bedah jantung dari RSJPDHK baik pasien anak maupun dewasa.



2. Kriteria kasus simple tindakan bedah pediatrik adalah ASD, VSD dan PDA tanpa Hipertensi Pulmonal. Untuk kasus dewasa CABG dengan EF \geq 50%, kasus katup tanpa kelainan koroner.
3. Telah dilakukan bimbingan pembuatan Panduan Praktek Klinis dan *Clinical Pathway* Kardiovaskular yang sesuai dengan tingkat pelayanannya oleh tim RSJPDHK (materi terlampir), diantaranya:

Tabel 3.5. Bimbingan pembuatan Panduan Prektek Klinis

Diskusi Kelompok	Pembimbing
a. PPK tatalaksana kasus ACS	Dr.dr. Basuni Radi, Sp.JP(K)
	Sri Martiningsih, S.Kep
b. PPT Prosedur CABG	dr. Tri Wisesa Soetisna, Sp.B,Sp.BTKV(K)
	Zairona, Skep,MHSM
c. PPK Prosedur PTCA	dr. Isman Firdaus, Sp.JP(K)
	Lulu Lusyana, Skep

4. Sebagai rekomendasi, maka berdasarkan surat permintaan untuk pelatihan tim bedah jantung dari RSUD AW Sjahranie, Samarinda akan dilakukan pelatihan untuk sertifikasi dan kompetensi dibidang kardiovaskular pada awal tahun 2017, diantaranya:

Tabel 3.6. Rencana Pelatihan Kardiologi

No	Tim Medis	Jumlah	Jenis pelatihan
1.	Dokter/ perawat perfusi	1 orang	Perfusi
2.	Perawat <i>scrub nurse</i>	2 orang	Kardiologi dasar dan lanjutan
3.	Perawat ICU pasca bedah jantung anak	2 orang	Kardiologi dasar dan lanjutan
4.	Perawat ICU pasca bedah jantung dewasa	1 orang	Kardiologi dasar dan lanjutan
5.	Penata anestesi untuk bedah jantung	1 orang	Kardiologi dasar dan lanjutan

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

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

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

Capaian

Tahun 2016 ditetapkan target sebesar 92% untuk indikator prosentase kasus sulit yang berhasil.

Target dapat terpenuhi dengan pencapaian realisasi sebesar 93%, meski terjadi penurunan dari tahun sebelumnya. keterangan lebih lengkap dapat dilihat pada table.

Tabel. 3.7 Prosentase kasus sulit yang berhasil tahun 2016

No	Bulan	Jumlah Tindakan CABG	EF		Mortalitas CABG Inklusi	Mortalitas (%)	Kasus sulit Yang Berhasil (%)	TARGET 2016
			>40%	<40%				
1	Januari	66	46	20	1	5,0%	95,00%	92%
2	Februari	52	39	13	1	7,7%	92,31%	
3	Maret	34	22	12	1	8,3%	91,67%	
4	April	49	35	14	2	14,3%	85,71%	
5	Mei	40	22	18	2	11,1%	88,89%	
6	Juni	42	26	16	2	12,5%	87,50%	
7	Juli	33	21	12	0	0,0%	100,00%	
8	Agustus	34	26	8	1	12,5%	87,50%	
9	September	47	35	12	0	0,0%	100,00%	
10	Oktober	43	34	9	0	0,0%	100,00%	
11	November	45	33	12	1	8,3%	91,67%	
12	Desember	42	32	10	0	0,0%	100,00%	
2016		527	371	156	11	7%	93%	



Gambar 3.2. Grafik bulanan prosentase kasus sulit yang berhasil 2016



Prosentase 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%.

Kendala

Kasus sulit didefinisikan pada kasus bedah jantung koroner yang menjalani tindakan CABG dengan EF kurang dari 40%. Terdapat beberapa kendala yang dialami, diantaranya:

1. Kurang optimalnya ketersediaan TEE Intraoperatif untuk seluruh ruang tindakan di kamar OK Dewasa.
2. Fasilitas ICU, dimana bed ICU Paska Bedah Dewasa sering penuh, sehingga tindakan terbatas karena ICU Pasca Bedah yang penuh.
3. Flow pelayanan pasca bedah yang terdapat hambatan dikarenakan pasien pulang atau pindah dari unit 1 keunit lain terhambat.
4. Visite dokter paska bedah yang sering terlambat, hal ini dapat menyebabkan terhambatnya *flow* pasien paska bedah dewasa.
5. Banyaknya obat paska bedah yang belum ada dalam Formularium Nasional

Upaya Tindak Lanjut

1. Dilakukannya optimalisasi penggunaan dan lokasi TEE untuk mempermudah tindakan diagnostik TEE intraoperatif.



2. Perencanaan bed ICU Paska Bedah Dewasa dan fasilitasnya dalam masterplan RSJPDHK.
3. Pembuatan kajian ruang *semi closed* paska bedah dewasa dengan melakukan adendum kebijakan DPJP.

Rekomendasi

1. Membuat indikator **pasien pulang atau pindah kurang dari jam 12.00 WIB** sebagai indikator IKI unit dan dokter serta **visitasi dokter kurang dari jam 12.00 WIB** sebagai indikator IKI staf Medik untuk penilaian tahun 2017. Hal ini dilakukan 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 2016.
2. 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.

3. Terwujudnya peran strategis PJJN

Tabel. 3.8. Indikator Kinerja Sasaran Terwujudnya peran strategis PJJN

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

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

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



Capaian

Tahun 2016 RSJPD Harapan Kita menghasilkan suatu kajian/rekomendasi nasional yaitu Jakarta Cardiovascular Study.

Gambar 3.3. Proposal Jakarta Cardiovascular Study



Berdasarkan data, kematian akibat penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian utama di dunia dengan angka kematian (*death rate*) 30% atau setara dengan 17.3 juta orang dari sebab kematian di dunia di tahun 2013. Angka ini meningkat jika dibandingkan dengan jumlah kematian pada tahun 2008 yaitu sebesar 17 juta orang, diperkirakan angka ini akan meningkat mencapai 23.3 juta orang di tahun 2030 dan diprediksikan sebagai penyebab utama kematian di dunia. Negara dengan pendapatan rendah dan sedang seperti Indonesia memiliki kontribusi terbesar sekitar 80% kematian penyakit kardiovaskular di dunia.

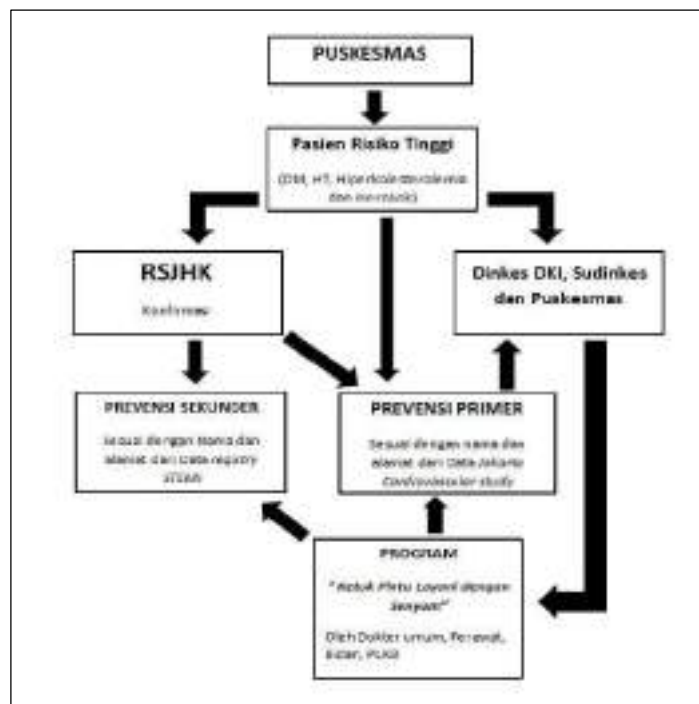
Jakarta Cardiovascular Study merupakan suatu pengembangan program prevensi PJK (penyakit Jantung Koroner) di wilayah DKI dan sekitarnya, yang dimulai dengan melakukan registry/pencatatan di 44 puskesmas di wilayah DKI Jakarta dan satu rumah sakit di kepulauan seribu dengan menggunakan suatu formulir standar dan mencakup variabel faktor risiko PJK seperti hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia dan merokok. Seluruh data akan dikirimkan ke *database* di RSJPDHK dan Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk di analisis secara rutin. Populasi risiko tinggi

akan dilaporkan dan dilakukan intervensi/pengobatan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta melalui program “ketuk pintu layani dengan hati” dan program lainnya (Gambar 3.xx).

Program ini diharapkan menjadi pionir dan akan berkembang serta diterapkan di seluruh Indonesia.

RSJPDHK bekerjasama dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta akan memberikan pendidikan berkelanjutan dan pelatihan berkelanjutan di bidang penyakit jantung dan pembuluh darah kepada para petugas kesehatan di fasyankes primer (bidan, perawat dan dokter).

Gambar 3.4 Skema populasi risiko tinggi serta tindakan intervensi dini



Kendala/Hambatan

-

Upaya Tindak Lanjut dan Rekomendasi

1. Mempersiapkan perangkat elektronik berbasis web yang terdapat pada setiap puskesmas di DKI Jakarta dan dihubungkan secara on-line dengan pusat data di RSJPD Harapan Kita dan Dinkes DKI Jakarta.



2. Pusat data di tempatkan di PJN HK yang bertugas mengolah data dan memberikan umpan balik kepada dinas kesehatan dan puskesmas. Dari data yang dikumpulkan akan terjaring pasien risiko tinggi
3. RSJPD Harapan Kita memberi bimbingan tentang program intervensi dini (prevensi primer dan sekunder), pendidikan dan pelatihan berkesinambungan bagi tenaga kesehatan di DKI Jakarta, salah satunya adalah : Pelatihan pembekalan muatan kardiovaskular yang akan dilaksanakan di RSJPDHK

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

Program ketuk pintu layani dengan hati merupakan suatu program preventif yang dicanangkan pada tahun 2016, program ini merupakan hasil kerjasama dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

RSJPDHK beserta Pemerintah DKI Jakarta sangat memperhatikan kesehatan masyarakatnya di bidang kesehatan, sehingga pemerintah memfokuskan prevensi primer bagi masyarakat agar terhindar dari Penyakit Kardiovaskular. Program yang tujuannya mencegah kejadian penyakit kardiovaskular ini di merupakan bagian dari program ketuk pintu layani dengan hati (KPLDH).

Dalam KPLDH ini disiapkan petugas kesehatan yang bekerja secara tim yang terdiri dari seorang dokter, perawat, dan bidan yang akan bertanggung jawab pada satu wilayah tertentu yang sudah ditetapkan. Satu tim KPLDH akan bertanggung jawab pada sekitar lima ribu jiwa dari wilayah yang telah ditetapkan. Tugas utama tim KPLDH adalah melakukan tindakan preventif (pencegahan) dan promotif (pemeliharaan dan peningkatan), dengan tetap melakukan tindakan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif bila diperlukan sebagai tindakan awal.



Kegiatan KPLDH adalah survey populasi risi yang dilakukan oleh tim yang dibentuk KaDinKes DKI, saat ini sudah terbentuk kira kira 429 tim , dimana setiap tim terdiri dari 3 orang (dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan), yang kemudian mendatangi penduduk Jakarta dari pintu ke pintu untuk mencatat data-data faktor risiko PKV di tiap keluarga dan tatalaksananya. Kemudian tim akan melakukan pengolahan data untuk menentukan prioritas masalah. Program ini dilaksanakan sepanjang tahun. Diharapkan dengan adanya program KPLDH ini, permasalahan kesehatan di wilayah Jakarta semakin berkurang, sehingga masyarakat dapat hidup dengan sejahtera dan semakin menyadari pentingnya kesehatan dan lingkungan yang sehat.

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

Tabel. 3.9. Indikator kinerja dalam mewujudkan layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan		1	1	1	-	√
10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester)	%	65	62,5	26,98	↓	x
11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	85	91,28	96	↑	√
12	% komplek yang ditangani dengan baik	%	85	94,42	92,80	↓	√
13	Akreditasi Nasional dan International		Terakreditasi		JCI	-	√
14	Jumlah peserta fellowship dari LN		1	1	1	-	√

a. KPI 9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan

Riset translational adalah riset klinis (di laboratorium atau lapangan) yang ditujukan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Teraplikasikannya diukur dari direkomendasikannya suatu tatalaksana atau pemeriksaan baru oleh Komite Medik.

Indikator dipilih untuk menunjukkan manfaat penelitian bagi pengembangan pelayanan kardiovaskular.

**Capaian :**

Tahun 2016 terealisasi 1 riset/penelitian yang dipalikasikan, dari 2 hasil riset / penelitian yang diusulkan, yaitu :

- 1) An novel approach to reduce radial artery occlusion after transradial catheterization posprocedural / prehemostosis intra-arterial nitroglycerin.
- 2) Post procedure / pre—hemostasis intra-arteria nitroglycerin after trasradial catheterization A gender based analysis.I

Kendala :

- Belum ada kejelasan prosedur penerapan / aplikasi hasil penelitian di RSJPD Harapan Kita bila akan diaplikasikan di unit pelayanan / manajemen Rumah Sakit.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Rekomendasi teknis : Dalam mencegah oklusi arteri radialis pasca prosedur kateterisasi dengan akses radial, maka disarankan yaitu adanya pemberian intra-arterial nitroglycerin pada kelompok pasien yang beresiko mengalami oklusi areteri radialis.

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

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

Capaian / Kondisi yang dicapai saat ini :

1) PPDS Lulus Tepat Waktu Semester I Tahun 2016 :

$$\begin{aligned} &= \sum \frac{\text{Peserta Lulus Tepat Waktu}}{\text{PPDS Pada Angkatannya}} \times 100 \% \\ &= \Sigma (1: 9) \times 100\% \\ &= 11,11 \% \end{aligned}$$

2) PPDS Lulus Tepat Waktu Semester II Tahun 2016 :

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



3) Perolehan Lulusan Tepat Tahun 2016 :

$$\begin{aligned} &= \sum \frac{(\text{Realisasi Smt I} + \text{Realisasi Smt II})}{2} \\ &= \Sigma (11,11\% + 42,86\%) / 2 \\ &= 26,98 \% \end{aligned}$$

Kendala :

1. Terdapat 5 PPDS yang telat dalam menyelesaikan penelitian
2. Terdapat 7 PPDS yang belum menyelesaikan stase
3. Terdapat 3 PPDS yang menjalani cuti hamil (Ekslusi)
4. Terdapat 2 PPDS yang menjalani cuti akademik (Ekslusi)

c. **KPI 11. Prosentase (%) capaian indikator medik kardiovaskular**

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

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

Persentase Indikator Medik Kardiovaskular yang dilaporkan yaitu:

1. *Door to balloon time* kurang dari 90 menit
2. Angka mortalitas *Acute Myocardial Infarction* (AMI)
3. Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan *Length of Stay* (LoS) < 7 hari
4. Angka *survival* pasien bedah jantung
5. Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi
6. Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum mendapat obat/terapi
7. Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum tindakan diagnostik/terapeutik
8. Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum pemberian transfusi
9. Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum pengambilan darah/spesimen
10. Implementasi prosedur TbaK di rawat inap
11. Kepatuhan melaporkan hasil kritis
12. Kepatuhan melakukan *handover* antar *shift* perawat



13. Kepatuhan melakukan verifikasi dalam pemberian obat *high alert* pasien rawat inap
14. Kepatuhan melakukan verifikasi dalam pemberian elektrolit pekat pasien rawat inap
15. Penerapan *surgical safety*
16. Kepatuhan melakukan proses *sign in, time out* dan *sign out*
17. Kepatuhan kebersihan tangan
18. Kepatuhan melakukan pengkajian ulang pasien risiko tinggi jatuh

Capaian / Kondisi saat ini

Tahun 2016 terealisasi prosentase capaian indikator medik kardiovaskular sebesar 96%, hasil capaian mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 85%. Secara lengkap dapat dilihat pada tabel

Tabel 3.10 Capaian Indikator Medik Kardiovaskular

No	Indikator	Target	2016	Hasil Capaian
Persentase capaian indikator medik kardiovaskular		85%	96%	96%
1	<i>Door to balloon time</i> kurang dari 90 menit	<90 menit	66menit	136%
2	Angka mortalitas <i>Acute Myocardial Infarction</i> (AMI)	<8%	8,80%	90,90%
3	Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan <i>Length of Stay (LoS) ≤ 7</i> hari	≥65 %	87%	133,80%
4	Angka <i>Survival</i> Pasien Bedah Jantung	95%	93%	102%
5	Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi	75%-85%	77,65%	100%
6	Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum mendapat obat/terapi	100%	91%	91%
7	Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum tindakan diagnostik/ terapeutik	100%	91%	91%
8	Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum pemberian transfusi	100%	92%	92%
9	Kepatuhan melakukan identifikasi pasien rawat inap sebelum pengambilan darah/spesimen	100%	94%	94%
10	Implementasi prosedur TbaK di rawat inap	100%	79%	79%
11	Kepatuhan melaporkan hasil kritis	100%	91%	91%
12	Kepatuhan melakukan handover antar shift perawat	100%	94%	94%
13	Kepatuhan melakukan verifikasi dalam pemberian obat <i>high alert</i> pasien rawat inap	100%	97%	97%
14	Kepatuhan melakukan verifikasi dalam pemberian elektrolit pekat pasien rawat inap	100%	96%	96%
15	Penerapan <i>surgical safety</i>	100%	98%	98%
16	Kepatuhan melakukan proses <i>sign in, time out</i> dan <i>sign out</i>	100%	100%	100%
17	Kepatuhan kebersihan tangan	85%	87%	87%
18	Kepatuhan melakukan pengkajian ulang untuk pasien risiko tinggi jatuh	100%	97%	97%

**Kendala :****Angka mortalitas *Acute Myocardial Infarction* (AMI)**

Kurang agresifnya tatalaksana pasien dengan NSTEMI, sehingga angka kematian pasien dengan NSTEMI meningkat dan meningkatkan angka mortalitas pasien AMI. Perlu dibuat suatu program peningkatan mutu dan kendali biaya untuk mengurangi angka mortalitas pasien AMI dengan membuat surat edaran tindakan early PCI untuk pasien dengan diagnosis Akut NSTEMI.

Angka *Survival* Pasien Bedah Jantung

1. *Advances case* tindakan bedah jantung dan dewasa yang dilakukan di RSJPDHK. Hal ini dikarenakan RSJPDHK merupakan RS pusat rujukan Nasional jantung dan pembuluh darah.
2. Kurang optimalnya ketersediaan TEE Intraoperatif untuk seluruh ruang tindakan di kamar OK Dewasa dan pediatrik.
3. Fasilitas ICU, dimana *bed* ICU Paska Bedah sering penuh, sehingga tindakan terbatas karena ICU Pasca Bedah yang penuh.
4. Waiting list yang panjang untuk tindakan bedah jantung dewasa dan pediatrik.
5. *Flow* pelayanan pasca bedah yang terdapat hambatan dikarenakan pasien pulang atau pindah dari unit 1 keunit lain terhambat.
6. Visite dokter paska bedah yang sering terlambat, hal ini dapat menyebabkan terhambatnya *flow* pasien paska bedah dewasa.
7. Banyaknya obat paska bedah yang belum ada dalam Formularium Nasional

Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap:

Sudah ada peningkatan dari semester pertama ke semester kedua, akan tetapi masih ada beberapa staf yang masih belum melakukan identifikasi sesuai dengan standar.

Implementasi Prosedur TBaK di Rawat Inap:

- Masih kurangnya pemahaman tentang komunikasi yang baik antar petugas kesehatan dalam hal mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.



- Dalam hal implementasi verifikasi TBaK oleh dokter masih kurang baik, hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya pemahaman atau kesibukan dokter sehingga perlu diingatkan untuk memverifikasi instruksi lisan atau pertelepon yang sudah diberikan

Kepatuhan Melaporkan Hasil Kritis:

Laporan hasil kritis dari unit echocardiografi sudah mencapai target 100% sedangkan laporan hasil kritis dari laboratorium dan radiologi belum maksimal. Hal ini disebabkan karena laboratorium dan radiologi mengalami kesulitan menghubungi unit atau DPJP (contohnya: telpon sedang online), sehingga tertundanya pelaporan hasil kritis.

Kepatuhan Melakukan *Handover* Antar *Shift* Perawat:

Handover sebagian besar sudah dilakukan antar shift perawat, akan tetapi seringkali perawat yang menerima operan tidak langsung menandatangani lembar CPPT.

Kepatuhan Melakukan Verifikasi Dalam Pemberian Obat *High Alert* Pasien Rawat Inap:

Kepatuhan verifikasi pemberian obat *High Alert* sudah cukup tinggi, akan tetapi ada beberapa staf yang belum memahami pentingnya melakukan verifikasi oleh orang kedua dalam memberikan obat *High Alert*.

Kepatuhan Melakukan Verifikasi Dalam Pemberian Elektrolit Pekat Pasien Rawat Inap:

Kepatuhan verifikasi pemberian elektrolit pekat sudah cukup tinggi, akan tetapi ada beberapa staf yang belum memahami pentingnya melakukan verifikasi oleh orang kedua dalam memberikan elektrolit pekat.

Penerapan *Surgical Safety Checklist*:

Penerapan SSC belum dapat mencapai 100%, hal ini dikarenakan seringkali dokter tidak menandatangani lembar SSC meskipun proses sudah dikerjakan.

**Kepatuhan Kebersihan Tangan:**

Tidak ditemukan kendala yang berarti dalam penerapan kebersihan tangan (5 moments), meskipun demikian kebersihan tangan harus menjadi budaya di setiap unit kerja.

Kepatuhan Pengkajian Ulang Untuk Pasien Risiko Tinggi Jatuh:

Tidak ditemukan kendala yang berarti dalam penerapan pengkajian ulang untuk pasien risiko jatuh tinggi. Pengkajian ulang pasien risiko jatuh tinggi sudah dilakukan sudah baik, terlihat dari 5 bulan terakhir pada tahun 2016 sudah mencapai target.

UpayaTindak Lanjut dan Rekomendasi**Angka mortalitas *Acute Myocardial Infarction* (AMI)**

Membuat edaran untuk tindakan early PCI di RSJPDHK pada pasien dengan diagnosis Akut NSTEMI berdasarkan PPK tindakan early PCI, yang berisikan:

1. Pasien dengan diagnosis NSTEMI dengan kriteria resiko tinggi (*high risk*) dan *grace score* >140 dapat dilakukan tindakan Early PCI dalam 2 x 24 jam.
2. Pasien dengan diagnosis NSTEMI dengan kriteria *very high risk* (terdapat salah satu kriteria : angina refrakter, hemodinamik tidak stabil, aritmia malignan, pasca henti jantung dan syok kardiogenik) dapat dilakukan *Early PCI* secepatnya.
3. Tindakan *Early PCI* pada pasien yang disertai kondisi AKI, CVD, Sepsis, Syok, Perdarahan, dan komorbiditas berat lainnya wajib dikonsultasikan ke Kepala kelompok SM Rawat Intensif dan Kegawatan Kardiovaskular.
4. Tindakan *Early PCI* dilakukan secara selektif pada pembuluh darah utama yang tersumbat dengan implantasi maksimal satu (1) stent, kecuali pada kasus yang memerlukan *bailout* (pertolongan).
5. Penggunaan BMS dilakukan pada lesi kurang dari 24 mm dengan diameter stent 3,0mm, namun tidak dianjurkan pada *overlap stenting*, lesi kalfisikasi, bifurkasio dan DM.



6. Pengajuan pasien untuk dilakukan *Early PCI* dapat dilakukan oleh DPJP utama dan penjadwalan diatur oleh instalasi DI & INB
7. *Early PCI* yang dilakukan lebih dari 2 x 24 Jam harus menggunakan protokol terapi.

Angka *Survival* Pasien Bedah Jantung

1. Dilakukannya optimalisasi penggunaan dan lokasi TEE untuk mempermudah tindakan diagnostik TEE intraoperatif.
2. Perencanaan bed ICU Paska Bedah dan fasilitasnya dalam *masterplan* RSJPDHK.
3. Pembuatan kajian ruang *semi closed* paska bedah dengan melakukan adendum kebijakan DPJP.
4. Membuat indikator **pasien pulang atau pindah kurang dari jam 12.00 WIB** sebagai indikator IKI unit dan dokter serta **visitasi dokter kurang dari jam 12.00 WIB** sebagai indikator IKI staf Medik untuk penilaian tahun 2017. Hal ini dilakukan 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 2016.
5. 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.

Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

Implementasi Prosedur TBak di Rawat Inap:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

Kepatuhan Melaporkan Hasil Kritis:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

**Kepatuhan Melakukan *Handover* Antar *Shift* Perawat:**

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

Kepatuhan Melakukan Verifikasi Dalam Pemberian Obat *High Alert* Pasien Rawat Inap:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

Kepatuhan Melakukan Verifikasi Dalam Pemberian Elektrolit Pekat Pasien Rawat Inap:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

Penerapan *Surgical Safety*:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

Kepatuhan Melakukan Pengkajian Ulang Untuk Pasien Risiko Tinggi Jatuh:

- Resosialisasi dan re-edukasi agar menjadi budaya di unit kerja
- Mengoptimalkan peran *champion patient safety* dan Ka.Unit

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

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

Capaian

Pada tahun 2016 tercapai prosentase komplain yang ditangani dengan baik sebesar 92,80%, angka mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2016 sebesar 90%



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

Tabel. 3.11. Data penanganan komplain tahun 2016

INDIKATOR	SATUAN	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOP	DES	TAHUN 2015
Prosentase (%) komplek yang ditangani dengan baik.	%	82,5	91,6	100	93,8	93,1	89,4	93,7	84,6	92,5	96,6	100	100	92,80

Kendala :

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

Upaya tindak lanjut :

- Meningkatkan koordinasi dan informasi ke unit dalam penyelesaian / respon komplain.
- Mempertahankan kualitas respon yang ditangani dengan standar mutu yang ditetapkan unit.

e. KPI 13. Akreditasi Nasional / Internasional

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

Akreditasi merupakan salah satu tolak ukur suatu keteraturan dalam pengorganisasian dari lembaga independen yang profesional.

Capaian :

Berbagai perubahan telah terjadi pada tahun 2016 seperti penertiban dan efisiensi disegala bidang telah dilaksanakan. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan diperolehnya akreditasi internasional dari Joint Commission International (JCI) pada bulan Mei 2016 dengan nilai yang sangat memuaskan. Upaya tersebut demi mewujudkan Good Clinical dan Good Corporate Governance.



Survey/pemeriksaan dilaksanakan pada tanggal 23-27 Mei 2016, bertempat di seluruh lingkungan RSJPDHK. Hasil survey hanya merekomendasikan 18 *partially met* (temuan dengan kategori “minor”).

Gambar 3.5 Serah terima Sertifikat Internasional (JCI) oleh Menteri Kesehatan RI



Rekomendasi / Usulan perbaikan :

Menindaklanjuti hasil temuan secara keseluruhan

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 (mis. *sister hospital*) untuk membantu meningkatkan kompetensi staf medis RSJPD Harapan Kita dalam pelayanan dan riset.

Capaian :

Tahun 2016 terdapat seorang peserta fellowship Yang berasal dari Gunma, Jepang yaitu : Takashi Kawashima

Penempatan fellowship tersebut diatas yaitu di ruang Bedah Dewasa.



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

Tabel. 3.12. Indikator Publikasi Internasional

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
15	jumlah publikasi internasional		8	8	12	↑	√

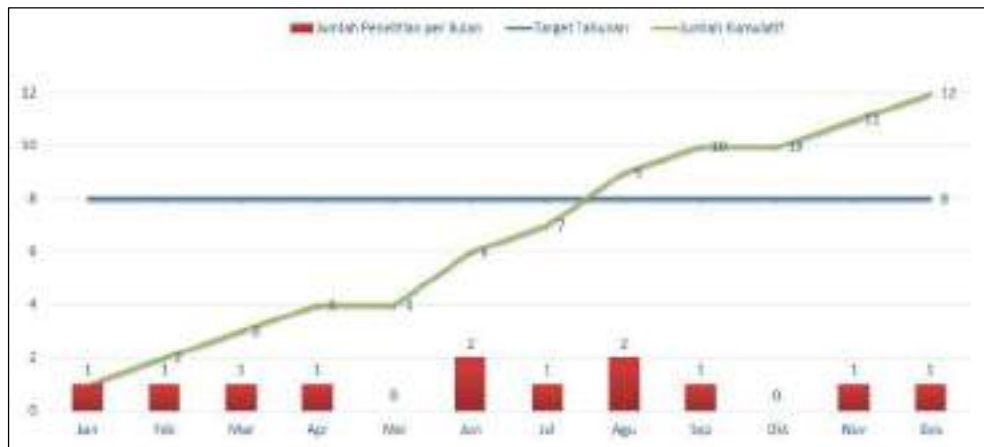
KPI 15. Jumlah publikasi internasional

Hasil penelitian yang dimuat sebagai artikel di jurnal internasional yang ada di Pubmed.

Capaian :

- Dari 8 target publikasi yang ditetapkan pada tahun 2016, dihasilkan 12 publikasi internasional di Pubmed yang sebagian atau seluruh pengambilan data di RSJPD Harapan Kita, di mana ada staf RSJPDHK yang menjadi author atau co-author

Gambar 3.6. Grafik bulanan angka publikasi tahun 2016



Kajian/Analisa :

- Masih terbatas staf yang menjadi first author journal di pubmed
- Masih banyak hasil penelitian yang hasilnya baik, belum ditulis menjadi paper journal

Kendala :

- Pencarian data publikasi internasional hanya dari Pub.Med saja yang mudah ditrace



- Publikasi mungkin dapat ditingkatkan apabila RS memiliki tenaga Medical Writer yang secara profesional membantu proses publikasi dari hasil-hasil penelitian

Upaya Tindak Lanjut :

- Adanya keharusan publikasi bagi penelitian-penelitian yang berhasil baik sehingga angka publikasi bisa semakin meningkat dan memberikan banyak manfaat terhadap perkembangan ilmu kardiovaskular khususnya.
- Rumah Sakit sebaiknya memiliki tenaga Medical Writer agar publikasi dapat ditingkatkan.

6. Terwujudnya layanan unggulan PJN

Tabel. 3.13. Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
16	jumlah jenis layanan unggulan yang baru		1	2	1	↓	√
17	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	10	81,48	19	↓	√

a. KPI 16. Jumlah jenis layanan unggulan yang baru

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

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

Capaian :

Tahun 2016 terealisasi 1 jumlah jenis layanan unggulan baru, yaitu pelayanan dibidang pediatrik : tindakan intervensi non bedah pediatrik (ASO,ADO dan AmVO). Hal ini sudah sesuai dengan target yang ditetapkan pada tahun 2016 sebanyak 1 jenis.



Kendala

Kendala pada pelayanan pediatrik (ASO, ADO, AMVo) adalah biaya yang mahal, selain itu masih belum ada ketetapan kode ICD 9 untuk ADO dan AMVo yang mana saat ini masih menggunakan kode penyetaraan yaitu 3552 sedangkan ASO sudah mempunyai kode ICD 9 yang tetap.

Upaya tindak lanjut dan rekomendasi

Diusulkan pelayanan unggulan RSJPDHK dapat masuk kedalam top up BPJS dengan melakukan penyetaraan kode INA CBG's. Dalam rangka peningkatan pelayanan pasien yang membutuhkan layanan prima dalam hal diagnosis dan terapi penyakit kardiovaskuler di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita agar terlaksana dengan baik, maka diperlukan Kebijakan Layanan Unggulan. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama adalah *leadless pacemaker*.

b. KPI 17. Persentase (%) peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.

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

Capaian :

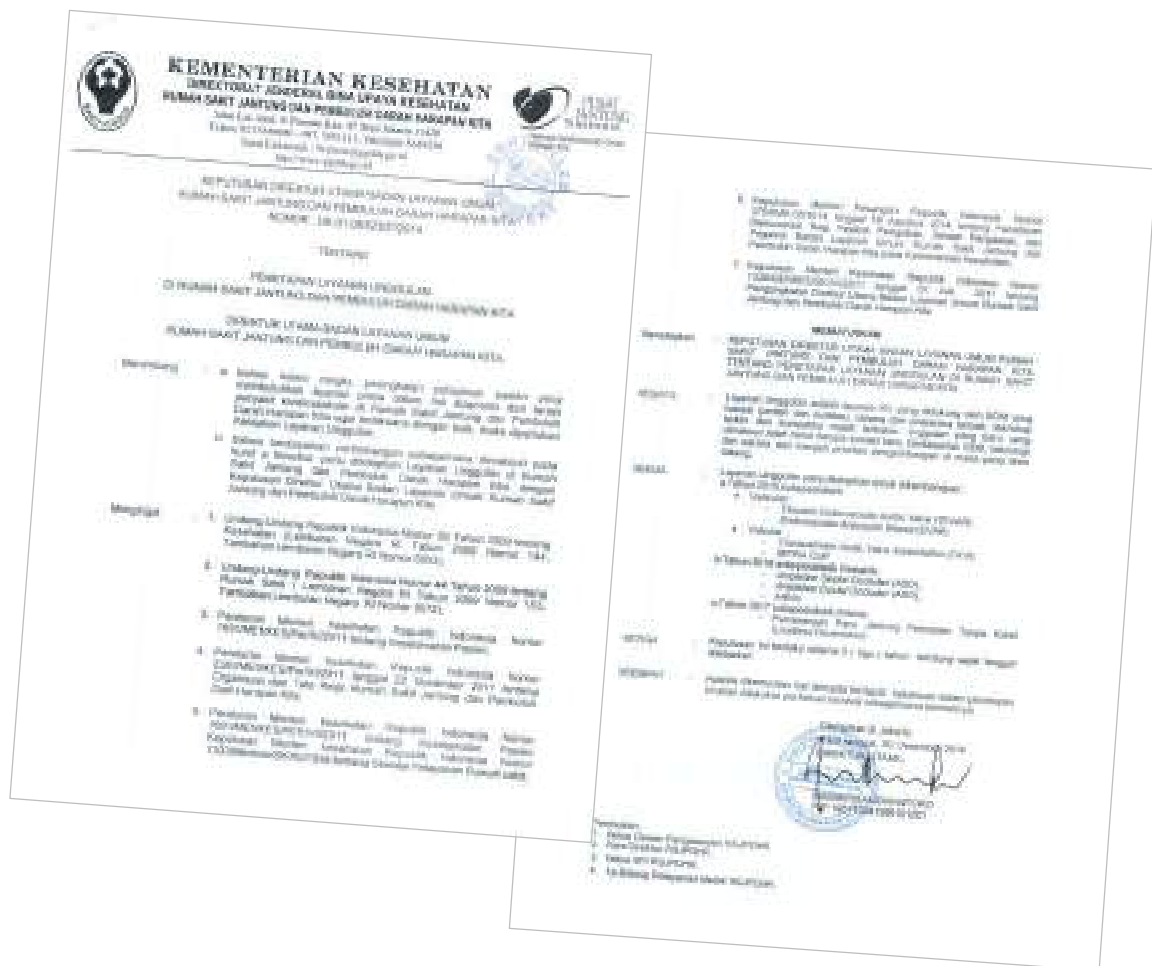
Tabel 3.14 Jumlah pasien pada layanan unggulan tahun 2016

No	Jenis Pelayanan Unggulan	2015	2016	Kenaikan %	Target 2016	
1	Pediatrik	ASO	35	89		10%
2		AVO/AMVO	32	11		
3		ADO	126	113		
TOTAL		193	213	19%	10%	

Tindakan intervensi non bedah pediatrik merupakan tindakan unggulan di tahun 2016 sesuai dengan surat keputusan Direktur Utama tahun 2014 mengenai penetapan layanan unggulan untuk tahun 2016.

Berdasarkan data diatas Tahun 2016 jumlah tindakan ASO,ADO dan AmVO meningkat 19% dibandingkan tahun 2015. Hal ini sudah mencapai target tahun 2016 yaitu kenaikan jumlah tindakan layanan unggulan sebanyak 10%.

Gambar 3.7. SK Penetapan layanan unggulan RSJPDHK



Kendala

Kendala pada pelayanan pediatrik (ASO, ADO, AMVo) adalah biaya yang mahal, selain itu masih belum ada ketentuan kode ICD 9 untuk ADO dan AMVo yang mana saat ini masih menggunakan kode penyetaraan yaitu 3552 sedangkan ASO sudah mempunyai kode ICD 9 yang tetap.

Upaya Tindak Lanjut dan Rekomendasi

Diusulkan pelayanan unggulan RSJPDHK untuk masuk ke dalam *top up* BPJS. Pelayanan unggulan tetap dibiayai RS sebagai pelayanan unggulan sesuai dengan SK Direktur Utama nomor UK.01.08/1/3207/2014 mengenai Penetapan Layanan Unggulan. Pada tahun 2017 layanan unggulan yang baru yaitu: Pelayanan Aritmia (tindakan intervensi non bedah) *Leadless Pacemaker*



7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

Tabel. 3.15. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
18	% rujukan yang tepat	%	65	20,3	70	↑	√
19	% pasien rujuk balik	%	25	28	30	↑	√
20	Jumlah PJT binaan mandiri		1	4	1	↓	√

a. KPI 18. 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 dirawat dengan severitas level II dan III, diagnosis rujukan yang sesuai dengan diagnosis akhir RSJPDHK, dan merupakan kasus penyakit KV.

Capaian :

Tahun 2016 terealisasi capaian target untuk indikator Prosentase (%) rujukan kasus yang tepat sebesar 70 %, angka mencapai target dari yang ditetapkan pada tahun 2016 sebesar 65 %, secara rinci dapat dilihat dari tabel dibawah :

Tabel 3.16. Tabel angka indikator Prosentase (%) rujukan kasus yang tepat tahun 2016

No	Bulan	Severitas Level 2 dan 3	Total Jumlah Pasien	(%)	TARGET 2017
1	Januari	617	997	62%	65%
2	Februari	629	1018	62%	
3	Maret	759	1178	64%	
4	April	678	1057	64%	
5	Mei	622	959	65%	
6	Juni	607	938	65%	
7	Juli	753	945	80%	
8	Agustus	767	1016	75%	
9	September	839	1084	77%	
10	Oktober	753	945	80%	
11	November	899	1181	76%	
12	Desember	770	1080	71%	
TOTAL		8693	12398	70%	



Gambar 3.8. Grafik bulanan angka indikator Prosentase (%) rujukan kasus yang tepat



Berdasarkan data diatas, indikator rujukan yang tepat untuk kasus severitas level 2 dan 3 tahun 2016 mencapai 70%. Capaian memenuhi target yang ditetapkan pada tahun 2016 sebesar 65%.

Data yang diolah merupakan data yang diambil dari pasien dengan jaminan BPJS dengan *coding* INA-CBG's saat pasien pulang, bukan saat pasien masuk perawatan. Indikator ini untuk mewakili rujukan severitas 2 dan 3 sebagai cerminan bahwa rujukan yang tepat untuk seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia baik milik pemerintah maupun milik swasta sesuai strata atau jenjang pelayanannya.

Kendala

Rujukan yang tepat adalah pasien yang dirawat dengan severitas level II dan III, diagnosis rujukan yang sesuai dengan diagnosis akhir RSJPDHK, dan merupakan kasus penyakit KV.

1. Data yang diambil untuk menunjukkan tingkat rujukan yang tepat adalah seberapa besar pasien dengan severitas tinggi dilayani di RSJPDHK. Namun tingkat severitas yang diambil adalah data dari *coding* INA-CBG's pasien jaminan JKN saat pasien pulang, karena pada saat ditunjuk oleh PPK I dan saat diterima tingkat severitasnya tidak/belum dapat ditentukan.
2. Sebagian pasien yang datang ke IGD tidak dirujuk oleh PPK I, tetapi datang sendiri, sehingga terkadang pasien dirawat dengan tingkat severitas yang rendah. Hal tersebut tidak dapat dihindari oleh RS.



3. Penulisan resume yang tidak lengkap dapat menurunkan severitas pada *coding* in a CBGs.
4. Kurangnya jumlah verifikator medik yang melakukan verifikasi resume medik.

Upaya Tindak Lanjut dan Rekomendasi

1. Melakukan sosialisasi kepada seluruh staf medik dan peserta didik untuk menulis resume agar lebih lengkap.
2. Menambah jumlah verifikator medik agar dapat melakukan verifikasi seluruh berkas resume severitas level I, II dan III.

b. KPI 19. Persentase % pasien rujuk balik

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

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

Capaian :

Tabel 3.17. Tabel angka indikator Prosentase (%) rujuk balik tahun 2016

No	Bulan	Jumlah Pasien	RUJUK BALIK	Persentase	TARGET 2016
1	Januari	6121	1500	25%	25%
2	Februari	6188	1492	24%	
3	Maret	6394	1747	27%	
4	April	6364	1730	27%	
5	Mei	5828	1759	30%	
6	Juni	5736	2067	36%	
7	Juli	4643	1497	32%	
8	Agustus	6420	2049	32%	
9	September	6188	1833	30%	
10	Oktober	6114	2035	33%	
11	November	6528	2028	31%	
12	Desember	5836	2120	36%	
CAPAIAN 2016		72360	21857	30%	

Berdasarkan tabel diatas pasien rujuk balik pada tahun 2016 terealisasi sebesar 30%. Hal ini sudah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2016 sebesar 25%.



Gambar 3.9. Grafik bulanan angka indikator Prosentase (%) angka rujuk balik pasien tahun 2016



Kendala

Rujuk balik dilakukan untuk pasien dengan kondisi yang sudah stabil dan dapat ditatalaksana di fasilitas kesehatan sesuai daerahnya. Terdapat beberapa kendala dalam melakukan rujuk balik, dimana

1. Kurangnya *learning curve* dari dokter di PPK I untuk beberapa kasus kompleks yang lebih spesifik seperti pediatrik, katup dan lain-lain.
2. Adanya keterbatasan pada PPK I atau apotik dalam penyediaan obat yang bekerjasama dengan BPJS.

Upaya Tindak Lanjut

Melakukan sosialisasi dan mendorong pasien stabil kronik untuk di rujuk balik agar pelayanan pasien yg belum stabil lebih baik, walaupun tetap terkendala dengan sumber daya yang tersedia di luar RSJPDHK.



c. KPI 20. Jumlah PJT binaan mandiri

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

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

Capaian :

Tahun 2016, sudah ada yang dapat dianggap sebagai PJT yang mandiri yaitu **RS.dr. Zainoel Abidin di Aceh** yang dapat melakukan tindakan operasi bedah secara mandiri tanpa supervisi. Hal ini sudah sesuai dengan target yang ditetapkan sebanyak 1 PJT Binaan mandiri.

Gambar 3.10. Nota Evaluasi RS Jejaring





Tahun 2016, RSJPDHK membuat perjanjian kerjasama untuk pembinaan dengan 2 RS, yaitu :

1. RSUD A. Wahab Syahrani, Samarinda
2. RS dr. Zainoel Abidin, Banda Aceh

Saat ini RS yang disebut sebagai RS Jejaring/binaan adalah RS yang dikunjungi secara konsisten sepanjang tahun berdasarkan kerjasama antar RS untuk mewujudkan pelayanan operasi jantung di tempat tersebut.

Kendala

Terdapat beberapa kendala yang didapatkan di RS jejaring berdasarkan laporan yang diterima, diantaranya:

1. Kurangnya tenaga medik seperti Spesialis Jantung dan pembuluh darah, Spesialis bedah thoraks kardiovaskular dan Spesialis anestesi untuk tindakan bedah atau intervensi jantung dan tenaga perfusionis kardiovaskular.
2. *Waiting list* tindakan bedah jantung dewasa dan pediatrik yang sudah panjang. Pada RSUD AW Sjahrani Samarinda, *waiting list* tahun 2017 sudah mencapai 209 pasien.
3. Kurangnya kompetensi dan sertifikasi SDM khususnya dibidang layanan bedah jantung dan pasca bedah jantung.
4. Kurangnya perencanaan dan pengembangan dibidang bedah jantung dan intervensi jantung.
5. Belum adanya tindakan *Primary PCI*, dikarenakan kurangnya tenaga dokter intervensi kardiologi. Saat ini di RSUD AW Sjahrani Samarinda hanya ada 3 dokter spesialis jantung dengan beban kerja yang sudah *overload*.
6. Kesulitan *rekrutment* SDM yang mau bekerja di RSUD AW Sjahrani, Samarinda.
7. Kurangnya sarana dan prasarana yang menunjang tindakan bedah jantung dan tindakan intervensi jantung di RSUD AW Sjahrani. Terdapat kekurangan Bed ICU khususnya untuk pasca bedah jantung.
8. Terdapat kendala dalam alat yang sering rusak, hal ini dikarenakan listrik dari RS yang sering mati. Hal ini amat sangat berisiko tinggi



terjadinya kerusakan alat medik yang dipakai untuk tindakan bedah, intervensi hingga alat bantu hidup paska tindakan.

9. Belum adanya alat – alat canggih seperti CVVH untuk menunjang perawatan paska tindakan bedah jantung. Saat ini yang ada baru alat IABP saja.
10. Belum tersedianya Panduan Praktek Klinis dan *Clinical Pathway* Kardiovaskular yang sesuai dengan tingkat pelayanannya di RSUD AW Sjahranie, Samarinda.
11. Belum ketatnya kriteria tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri oleh tim bedah, sehingga menyebabkan angka kematian meningkat dibandingkan tahun lalu.
12. Perjanjian kerjasama yang ada tidak terdapat skema pembinaan sebagai RS binaan RSJPDHK.

Upaya Tindak Lanjut

1. PJT Binaan perlu melakukan perencanaan dalam pengusulan alat bantu hidup paska tindakan bedah jantung RBA (Rencana Bisnis Anggaran) ditahun berikutnya, pemeliharaan alat medis yang lebih baik untuk mengurangi risiko kerusakan alat, pengembangan kompetensi SDM dan rekrutment SDM yang kompeten.
2. Pembuatan kriteria seleksi pasien yang lebih ketat dalam melakukan tindakan bedah secara mandiri berdasarkan severitas level 1, 2 hingga 3. Untuk tindakan kompleks, akan dilakukan supervisi tim bedah jantung dari RSJPDHK baik pasien anak maupun dewasa.
3. Kriteria kasus simple tindakan bedah pediatrik adalah ASD, VSD dan PDA tanpa Hipertensi Pulmonal. Untuk kasus dewasa CABG dengan $EF \geq 50\%$, kasus katup tanpa kelainan koroner.
4. Telah dilakukan bimbingan pembuatan Panduan Praktek Klinis dan *Clinical Pathway* Kardiovaskular yang sesuai dengan tingkat pelayanannya oleh tim RSJPDHK.
5. Berdasarkan surat permintaan untuk pelatihan tim bedah jantung dari RSUD AW Sjahranie, Samarinda akan dilakukannya pelatihan untuk sertifikasi dan kompetensi dibidang kardiovaskular pada awal tahun 2017.



6. PJT Binaan harus membuat laporan resmi tiap bulannya ke RSJPDHK sebagai upaya monitoring dan evaluasi kriteria tindakan dan keberhasilan tindakan secara mandiri di PJT Binaan tersebut.
7. Perlunya koordinasi dan komunikasi efektif antara tim Bedah Jantung RSJPDHK dengan tim bedah jantung PJT Binaan untuk pelaksanaan PPK dan Clinical pathway Kardiovaskular. Pada tanggal 22 – 24 Desember 2017 telah dilakukan kunjungan pembinaan pembuatan PPK Kardiovaskular di RSUD A Wahab Sjahranie, Samarinda.
8. Dikarenakan akan adanya *masterplan* gedung dan fasilitas pelayanan di Rumah sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, maka bersama ini diusulkan perubahan target jumlah PJT Binaan Mandiri dimana:
 - a. Tahun 2017: **1 PJT Binaan Mandiri (RSUD AW Sjahrani Samarinda** untuk tindakan bedah jantung atau **RSUD Jambi** untuk tindakan intervensi non bedah)
 - b. Tahun 2018: **0 PJT Binaan**
 - c. Tahun 2019: **0 PJT Binaan**

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 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
21	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	80	72,73	84,88	↑	√
22	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100	100	-	√

**KPI 21. % kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt**

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

Capaian :

Tabel 3.19. Angka indikator Prosentase (%) angka door to balloon time tahun 2016

Bulan	Jumlah DTBT < 90 Mnt	Jumlah Tindakan masuk inklusi	(%)	Target
Januari	31	36	86,11%	80%
Februari	24	29	82,76%	
Maret	13	16	81,25%	
April	30	35	85,71%	
Mei	26	29	89,66%	
Juni	31	34	91,18%	
Juli	44	55	80,00%	
Agustus	33	40	82,50%	
September	27	31	87,10%	
Oktober	27	35	77,14%	
Nopember	37	46	80,43%	
Desember	42	44	95,45%	
Tahun 2016	365	430	84,88%	

Berdasarkan tabel diatas, pada tahun 2016 didapatkan capaian persentase DTBT kurang dari 90 menit sebesar 84,88%,Angka tersebut sudahmencapai target dari yang ditetapkan sebesar 80%.

Gambar 3.11. Grafik bulanan capaian Door to Balloon Time





Dari grafik diatas hampir pada setiap bulannya target DTBT 80% dapat tercapai, hanya pada bulan Oktober yang belum tercapai yaitu sebesar 77,14%.

Kendala :

Berdasarkan data tahun 2016, jumlah tindakan *Primary PCI* adalah 545 tindakan. Dari total tindakan tahun 2016, yang termasuk dalam kriteria inklusi sebanyak 430 tindakan (78,89%) dan *data door to balloon time* yang mencapai waktu < 90 menit sebanyak 365 tindakan (84,88%). Dari 545 tindakan tersebut terdapat 27% (148 tindakan) tindakan PPCI dengan waktu *door to balloon time* > 90 menit.

Berikut beberapa kendala terjadinya DTBT > 90 menit :

Tabel 3.20. Kendala DTBT >90 menit

ALASAN DTBT > 90 MENIT	JUMLAH KASUS	%
<i>Delay Dx</i>	26	18%
<i>Delay keputusan keluarga</i>	24	16%
<i>Cath lab online</i>	23	16%
Stabilisasi, intubasi dan syok sebelumnya	16	11%
TPM	15	10%
Tidak ada keterangan	15	10%
PAC	11	7%
sulit kanulasi	7	5%
Meninggal	3	2%
<i>Wire</i> sulit melewati area <i>stenosis</i>	2	1%
ALO	2	1%
Dokter terlambat	1	1%
<i>Call center</i> lama mengangkat telp	1	1%
EMG Penuh	1	1%
Mesin <i>x-ray</i> rusak	1	1%
TOTAL	148 kasus	

Tabel 3.21 Rata-rata waktu peralihan pasien dalam pelaksanaan DTBT

No	Waktu peralihan	Rata – rata waktu
1.	<i>Time emergency to cathlab</i>	50 menit
2.	<i>Time revascularization</i>	33 menit

Berdasarkan data diatas didapatkan rata – rata waktu yang diperlukan untuk pasien mulai dari masuk hingga ditransfer ke ruang tindakan kateterisasi selama 50 menit dan rata – rata waktu yang diperlukan untuk



pasien dilakukan tindakan PPCI hingga ballon atau device melewati lesi atau stenosis di pembuluh darah sebanyak 33 menit. Hal ini menunjukkan lamanya waktu dari emergency agar pasien dapat langsung di transfer ke ruang *cathlab*.

Keterlambatan pasien yang seharusnya dipindahkan keruang *cathlab* disebabkan oleh banyak hal, salah satunya dikarenakan ruang *cathlab online* 16%, delay penegakan diagnosis 18%, delay keputusan keluarga 16%, adanya stabilisasi pasien di EMG 11%, adanya tindakan selain tindakan PPCI (TPM) 10%, dan lain – lain.

Upaya Tindak Lanjut :

Perlunya koordinasi Direktorat Medik dan Keperawatan untuk terus melakukan evaluasi dan meningkatkan kualitas pelayanan pasien yang memerlukan tindakan emergensi terutama tindakan primary PCI di RSJPDHK. Akan dilakukan sosialisasi kepada unit pelayanan untuk meningkatkan kewaspadaan dan respond time dalam tatalaksana pasien dengan diagnosis ACS yang indikasi dilakukan tindakan PPCI.

Direktorat medik dan keperawatan mengusulkan perubahan target Prosentase door to balloon time tahun 2017, **dimana yang sebelumnya target sebanyak 90% dirubah menjadi 85%.**

Rekomendasi :

Berdasarkan hal tersebut pula, diusulkan perubahan kamus indikator Door To Balloon Time < 90 menit untuk kriteria inklusi dan eksklusi yang lebih spesifik, sehingga dapat mempermudah unit pelayanan dalam menginput data dan melakukan validasi data ditiap bulannya. Kamus yang diusulkan terlampir dalam KPI ini.

**KPI 22. Prosentase (%) hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi**

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

Capaian :

Tahun 2016 hasil audit mutu yang ditindaklanjuti terealisasi 100%, sesuai target yang ditetapkan 100%.

Elemen-elemen yang diaudit yaitu :

1. Indikator Area Klinis :
2. Indikator Area Manajemen :
3. Indikator Area IPSG

Hasil audit mutu pada tahun 2016 ditemukan beberapa kejadian yang perlu ditindaklanjuti diantaranya :

- a. Petugas pemberi asuhan (perawat) tidak menilai kebutuhan pasien memerlukan bed rest
- b. Petugas terkadang tidak melaksanakan rencana asuhan dan SPO dengan baik
- c. Terjadi peningkatan Humidity dan tekanan Hepa Fiter sehingga menimbulkan suara kebisingan pada saat ada kegiatan tindakan operasi, Insiden ini pernah terjadi pada periode tahun 2015 dan insiden teratasi
- d. Jumlah personil di kamar operasi tidak standard dan disetiap personil sebagian besar membawa alat elektronik, seperti HP dan Laptop sehingga akan mengganggu alat-alat elektrik yang ada di OK
- e. Masih ditemukannya penempatan instrumen yang sudah selesai digunakan di ruang operasi sering disimpan tidak pada tempatnya atau ditinggal di ruang operasi, sehingga mengakibatkan aliran udara tidak optimal
- f. Masih ditemukannya penempatan instrumen steril OK di ruang alat yang digabungkan dengan instrumen bersih
- g. Tidak dilakukannya pemantauan suhu dan humidity di ruang alat OK



- h. Dekontaminasi alat di OK belum optimal khususnya alat semi kritikal dan non kritikal
- i. Manajemen perawatan pada pasien Post Op periode Januari 2016 dimana pasien yang resiko tinggi untuk terjadi infeksi luka daerah operasi (IDO) ditempatkan di area ramai lalu lintas manusia.

Dari temuan-temuan diatas maka dilaksanakan / diterapkan tindak lanjut berupa :

- a. Resosialisasi mengenai SPO penanganan pasien *Acute Coronary Syndrome* (NSTEMI)
- b. Resosialisasi dan himbauan staf untuk bekerja sesuai standar yang berlaku
- c. Monitoring dan evaluasi oleh Ka Unit/ Ka Sub Instalasi IGD terhadap kualitas kinerja staf
- d. Sosialisasi mengenai Insiden Keselamatan Pasien terkait asuhan pasien dan system pelaporannya
- e. Briefing keselamatan pasien oleh Ka Unit setiap handover pagi
- f. Pengaturan jadwal dinas dan jadwal istirahat dalam kontrol Ka Unit/ Ka Tim
- g. Meningkatkan kepatuhan penerapan BUNDLES Infeksi Luka Daerah Operasi (IDO)
- h. Meningkatkan monitoring pemeliharaan dan pengontrolan yang intensif pada unit tata udara di ruang-ruang tindakan, seperti Ruang Operasi RS Jantung dan pembuluh darah harapan kita.
- i. Melakukan monitoring suhu, humidity dan tekanan hepa filter setiap shift di unit OK
- j. Melakukan pembersihan return (Exhaust) 1 minggu sekali
- k. Membuat SPO pemeliharaan unit tata udara di ruang tindakan
- l. Merevisi tata tertib di kamar operasi, cath. Contoh : tidak boleh membawa masuk alat elektronik (Ponsel, laptop) selain peralatan yang dipakai untuk kegiatan operasi.
- m. Memproses dekontaminasi alat sesuai dengan spooling dipatuhi
- n. Tidak menggabungkan penyimpanan alat steril dengan alat bersih
- o. Memonitor humidity dan suhu, tekan hepa filter dan tekanan ruang OK setiap hari
- p. Memonitor humidity dan suhu di ruang penyimpanan alat steril



- q. Menempatkan pasien post op dengan resiko tinggi (delay sterna) dan masalah LOW Cardiac Output di tempat yang kurang lalulintas manusia.
- r. Membuat SPO penutupan sternum pada pasien delay sterna.
- s. Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan sesuai five moment untuk semua petugas di dalam OK dan ICU

Tahun 2016 ada 2 RCA dibuat, yaitu RCA terkait Infeksi Luka Daerah Operasi (IDO) dan terkait Pasien Jatuh di IGD.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

Melakukan RCA (Root Causes Analysis) pada kejadian yang tidak diinginkan (KTD) untuk menentukan upaya tindak lanjut yang paling sesuai untuk diimplementasikan, sehingga KTD tidak terulang kembali.

9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas

Tabel 3.22. Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
23	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK	%	85	84,6	86	↑	√

KPI 23. Prosentase (%) kesesuaian sarfas dengan standar MFK

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

Capaian :

Tingkat kesesuaian Sarana Prasarana RSJPD Harapan Kita pada tahun 2016 adalah 86%, capaian sudah memenuhi target yang ditetapkan pada tahun 2016 sebesar 85%. Nilai kesesuaian pada tahun 2016 juga meningkat dari tahun sebelumnya dimana pada tahun 2015 tercapai nilai sebesar 84,6%



Tabel 3.23. Tingkat kesesuaian sarana prasarana tahun 2016

UNIT / KETERANGAN	TW1	TW2	TW3	TW4	Σ OEE
CATHLAB	96%	83%	84%	86%	87%
OK DEWASA	89%	89%	110%	121%	102%
OK ANAK	92%	80%	89%	66%	82%
ECHOCARDIOGRAPHY	94%	84%	84%	84%	87%
RADIOLOGI	93%	139%	100%	94%	107%
MRI	92%	82%	62%	85%	80%
GAMMA CAMERA	0%	42%	51%	69%	41%
SISTEM KELISTRIKAN	96%	96%	96%	94%	96%
SISTEM TATA UDARA	90%	90%	90%	90%	90%
TOTAL OEE	82%	87%	85%	88%	86%

Analisa/Kajian :

Faktor yang dinilai adalah : (*Overall Equipment Effectiveness*) yang mencakup ketersediaan, kinerja dan kualitas dari Sarana Medik: Cath Lab, Bedah Jantung dewasa, Bedah Jantung anak, Echocardiography, Radiologi, MRI, Kardiologi Nuklir. Sarana Non Medik: Sistem kelistrikan, dan Tata udara.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

- Pemeliharaan berkesinambungan Preventif Alat Medik, Inspeksi Alat Medik dan Kalibrasi Alat Medik
- Pemeliharaan dan monitoring secara berkesinambungan terhadap sarana maupun prasarana non medik

10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan

Tabel 3.24. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

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

KPI 24. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

Sasaran strategis yang ingin dicapai pada indikator ini adalah Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.

RSPDHK sebagai pusat jantung nasional harus dapat membina pusat jantung lainnya menjadi rujukan nasional yang mampu memberikan pelayanan sesuai standar PPK Kardiovaskular.

Capaian

Tahun 2016 terealisasi 1 PJT binaan yang telah menjalankan PPK KV, sesuai target yang ditetapkan di tahun 2016. PJT binaan yang dimaksud yaitu RSUD A. Wahab Syahrani, Samarinda.

Pada tanggal 22 – 24 Desember 2016 telah dilakukan kunjungan atau visitasi pembinaan pembuatan PPK Kardiovaskular ke RSUD A Wahab Sjahrani, Samarinda. Hal ini bertujuan untuk evaluasi kesiapan sarana dan prasarana, sumber daya manusia, sistem hingga panduan pelayanan yang dapat diaplikasikan di PJT Binaan tersebut sehingga PJT binaan dapat memiliki kemampuan dalam pelayanan kardiovaskular setara RSJPDHK dan mampu melakukan tindakan intervensi non bedah hingga tindakan bedah thoraks kardiovaskular secara mandiri sesuai dengan panduan berbasis guidelines terbaru.

Gambar 3.12 Foto dokumentasi Kunjungan Kerja Tim RSJPDHK ke RSUD AW Sjahrani





Kendala

Kendala yang dialami saat kunjungan diantaranya adalah

1. Tim bedah jantung sudah membuat PPK berdasarkan kelompok prosesnya. Namun perlu dikaji ulang agar PPK proresi tersebut dapat diaplikasikan sesuai dengan kemampuan rumah sakit dalam melaksanakannya dengan strategi efisiensi dan cost efektif namun mengedepankan keselamatan pasien yang sesuai standar.
2. Belum adanya PPK final untuk tindakan intervensi non bedah di RSUD AW Sjahrane, Samarinda.
3. Perlu komitmen Rumah Sakit Binaan dalam hal penambahan dan peningkatan sarana dan prasarana dan SDM, selain itu perlu adanya dukungan Kementerian Kesehatan untuk menetapkan RS Binaan menjadi RS yang setara dengan RSJPDHK sebagai pusat rujukan Nasional.

Upaya Tindak Lanjut

1. Pada tahun 2016 dilanjutkan pembinaan RS – RS hingga mampu melaksanakan pelayanan kardiovaskular secara mandiri. Berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk menetapkan dan mendapatkan dukungan salah satu RS di Indonesia bagian timur atau barat untuk menjadi RS Rujukan kasus jantung yang setara dengan RSJPDHK yaitu yang dapat mengimplementasikan PPK atau standar seperti di RSJPDHK.
2. Perlunya koordinasi dan komunikasi efektif antara tim Bedah Jantung RSJPDHK dengan tim bedah jantung PJT Binaan untuk pelaksanaan pembuatan PPK dan Clinical pathway Kardiovaskular.
3. PJT Binaan harus membuat laporan resmi tiap bulannya ke RSJPDHK sebagai upaya monitoring dan evaluasi kriteria tindakan dan keberhasilan tindakan secara mandiri di PJT Binaan tersebut.



11. Terwujudnya integrasi HIS

Tabel 3.25. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya integrasi HIS

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
25	Tingkat maturitas IT korporasi	%	2	1,52	1,8	↑18,42	√

KPI 25. 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:

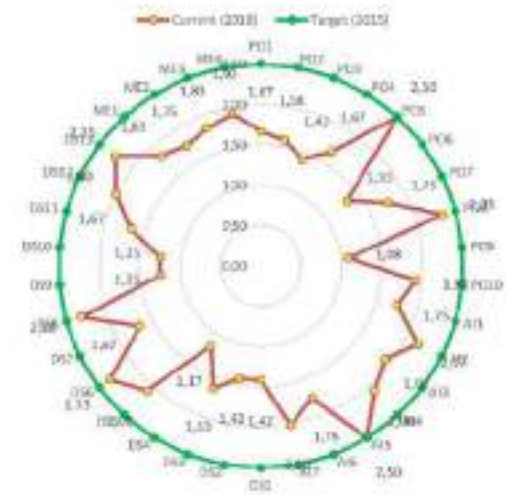
1. **PROCESS** yang meliputi perencanaan, kebijakan, prosedur, juklak/juknis juga perlu adanya penetapan sasaran beserta pengukuran pencapaian,
2. **PEOPLE** seperti struktur organisasi dan SDM dengan kuantitas dan kualitas kemampuan dan keahlian yang memadai, bertanggung jawab dan memiliki akuntabilitas 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 :

Spider chart dan tabel berikut ini menunjukkan hasil assessment maturitas Tata Kelola TI pada 34 proses COBIT 4.1 sbb:

Gambar 3.13 Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2016



Tabel 3.26. Komponen penilaian Maturitas IT tahun 2016

Kode	Nama Proses COBIT 4.1	2016
PO1	Define a strategic IT plan	1,67
PO2	Define the information architecture	1,58
PO3	Determine technological direction	1,58
PO4	Define the IT processes, organisation and relationships	1,67
PO5	Manage the IT investment	2,50
PO6	Communicate management aims and direction	1,33
PO7	Manage IT Human resources	1,75
PO8	Manage quality	2,33
PO9	Assess and manage IT risks	1,08
PO10	Manage projects	1,92
AI1	Identify automated solutions	1,75
AI2	Acquire and maintain application software	2,17
AI3	Acquire and maintain technology infrastructure	1,92
AI4	Enable operation and use	2,08
AI5	Procure IT resources	2,50
AI6	Manage changes	1,75



AI7	Install and accredit solutions and changes	2,00
DS1	Define and manage service levels	1,42
DS2	Manage third-party services	1,42
DS3	Manage performance and capacity	1,42
DS4	Ensure continuous service	1,17
DS5	Ensure systems security	2,08
DS6	Identify and allocate costs	2,33
DS7	Educate and train users	1,67
DS8	Manage service desk and incidents	2,30
DS9	Manage the configuration	1,25
DS10	Manage problems	1,25
DS11	Manage data	1,67
DS12	Manage the physical environment	2,00
DS13	Manage operations	2,25
ME1	Monitor and evaluate IT performance	1,83
ME2	Monitor and evaluate internal control	1,75
ME3	Ensure compliance with external requirements	1,83
ME4	Provide IT governance	1,92
	Average	1,80

Kendala :

1. Dalam penyusunan MPTI oleh internal SIRS ini belum melibatkan key stakeholder yang memadai, keterlibatan Komite TI sebagai penanggung jawab utama kualitas MPTI masih belum ada, serta belum disahkan oleh Direksi. Walaupun sudah ada draft, namun secara kualitas konten perlu disempurnakan.
2. IT Portfolio Management saat ini baru sebatas daftar usulan program dan proyek TI lima tahun ke depan pada MPTI 2016-2020, belum terlihat adanya latar belakang business case yang memadai.
3. Di dalam draft MPTI ataupun dokumentasi strategis lainnya topik bahasan mengenai arsitektur dan pengaturan informasi masih bersifat sangat sederhana, walaupun sudah ada draft pedoman tata kelola TI namun belum ditetapkan serta belum terlihat adanya peran, tanggung jawab dan indikator kinerja terkait arsitektur, klasifikasi, syntax rule, retensi dan disposal informasi.
4. Program sosialisasi, awareness dan change enablement terkait program strategis TI belum berjalan dengan baik.
5. Belum adanya struktur dan kompetensi SDM yang memadai untuk melaksanakan IT Quality Assurance. Kondisi saat ini QA disamakan



dengan system/software testing yang tidak memadai untuk mengelola mutu TI serta tidak optimalnya segregation of duties.

6. Belum adanya aspek pengelolaan risiko TI di dalam peran, tanggung jawab dan indikator kinerja SDM TI, serta belum adanya prosedur yang memadai untuk mengelola risiko TI.
7. Belum memadainya aspek pengelolaan proyek TI, terutama dalam hal prioritas dan koordinasi antar proyek dan dukungan tools terintegrasi untuk pengendalian proyek TI.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

1. Sebagaimana tercantum dalam Kebijakan Tata Kelola TI RSJPDHK, perlu pengalokasian sumber daya dan peningkatan kapabilitas strategic decision making dengan adanya Komite TI yang dibantu oleh komite kerja dan tim internal TI untuk melaksanakan review kualitas MPTI 2016-2020, sebagai langkah menuju adjustment/ improvement kedepan agar MPTI betul-betul menjadi referensi utama pengembangan TI RSJPDHK ke depan.
2. Penetapan Komite TI serta adanya komite kerja secara teknis dalam membantu proses review keberjalanan program dan proyek TI dengan pendekatan portfolio management
3. RSJPDHK perlu mengalokasikan sumber daya, mengadakan tools dan meningkatkan kapabilitas SDM untuk menyusun Enterprise Architecture (termasuk Arsitektur Informasi) dan Tata Kelola Informasi yang memadai untuk referensi rancang bangun dan pengaturan mengenai informasi yang dibutuhkan oleh perusahaan.
4. RSJPDHK perlu mengalokasikan sumberdaya, meningkatkan kapabilitas SDM, menyusun dan mengimplementasikan program sosialisasi, awareness dan change enablement terkait program-program strategis TI.
5. Perlu adanya struktur khusus di internal TI yang melaksanakan proses IT Quality Assurance terhadap semua proses internal TI, yang dijalankan oleh SDM yang berkompeten serta adanya penyelarasan dengan program manajemen kualitas perusahaan.
6. RSJPDHK perlu menyusun prosedur yang memadai untuk mengelola risiko TI sekaligus dalam rangka memicu munculnya proses



manajemen risiko organisasi RSJPDHK-wide, serta perlu masuknya aspek pengelolaan risiko TI ke dalam peran, tanggung jawab dan indikator kinerja SDM TI dalam draft pedoman tata kelola TI.

7. RSJPDHK perlu mengadakan tools terintegrasi untuk membantu pengelolaan proyek TI, juga perlu meningkatkan kapabilitas SDM TI agar dapat mengimplementasikan best practice manajemen proyek, serta perlu mengoptimalkan peranan PMO (Project Management Office) untuk standarisasi, koordinasi dan prioritas alokasi sumber daya lintas proyek.

12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

Tabel 3.27. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
26	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	90	95,2	95,2	-	√
27	jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	%	5	5	5	-	√

a. KPI 26. % 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, indicator dipilih untuk menghitung prosentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).

Capaian :

1. Pada tahun 2016 tercapai prosentase Karyawan / Staf yang memiliki kinerja unggul (Nilai B dan BS) sebesar 95,2%, angka mencapai target yang ditetapkan sebesar 90%, secara rinci dapat dilihat pada table
2. Penilaian khusus SMF di bulan Desember diasumsikan sama dengan penilaian bulan November

Tabel 3.28 Capaian nilai dan prosentase karyawan tahun 2016

Kriteria Penilaian	Rata-rata 2016 (dalam jumlah)	Rata-rata 2016 (dalam %)
Baik Sekali	107	6.5%
Baik	1467	88.7%
Cukup	76	4.6%
Kurang	3	0.2%
Kurang Sekali	0	0.0%

Gambar 3.14. Komposisi prosentase penilaian karyawan tahun 2016

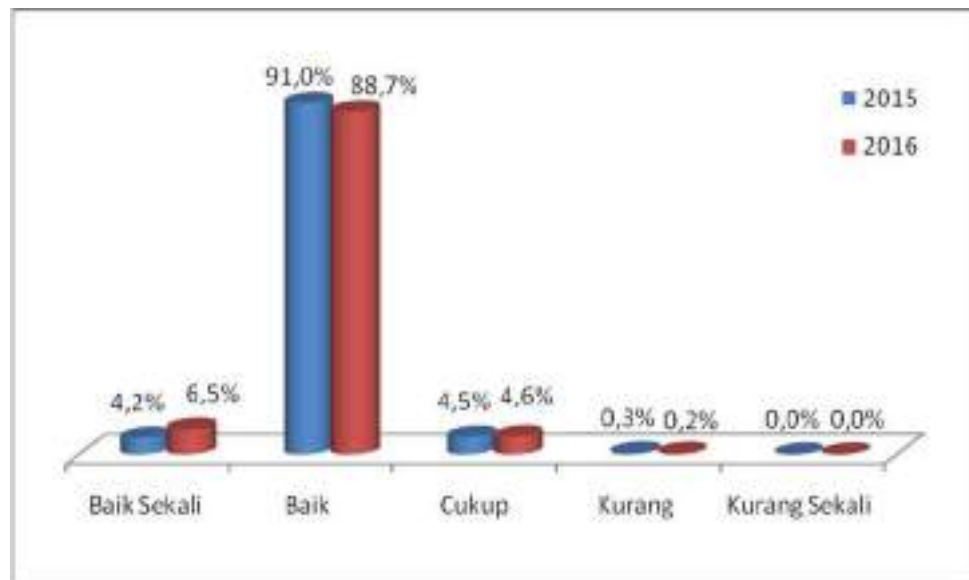


Tabel 3.28. Capaian prosentase karyawan tahun 2016:2015

Kriteria Penilaian	2015	2016
Baik Sekali	4,2%	6,5%
Baik	91,0%	88,7%
Cukup	4,5%	4,6%
Kurang	0,3%	0,2%
Kurang Sekali	0,0%	0,0%



Gambar 3.14 Perbandingan hasil penilaian karyawan tahun 2016:2015



Dari data tabel dan grafik dapat dilihat perbandingan penilaian kinerja pegawai RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2015 dan tahun 2016 yaitu : Untuk pegawai dengan nilai **Baik Sekali naik sebesar 2.3%**, dan nilai Baik **turun sebesar 2.3%**. Sedangkan untuk pegawai dengan kinerja nilai **Cukup naik sebesar 0.1%** dan **Kurang turun sebesar 0.1%**. Dengan demikian dapat di simpulkan kinerja pegawai RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah **BAIK**.

Dengan ini kami sampaikan bahwa sesuai dengan target indikator kinerja utama (IKU) periode **Januari sd Desember tahun 2016 perolehan staf yang kinerja unggul B+BS sebesar 95.2%** adalah bernilai sama dibandingkan dengan tahun 2015 yaitu sebesar **95.2%**.

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 27. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN**

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

Capaian

Tahun 2016 terealisasi 5 orang staf SMF yang mengikuti pelatihan di LN (luar negeri), target dapat terpenuhi :

Tabel 3.29. Daftar staf SMF yang mengikuti pelatihan di LN

NO	NAMA SMF	PROGRAM	NEGARA	DURASI PELATIHAN
1.	dr. Ade Meidian Ambari, SpJP	Clinical Program The Prevention And Rehabilitation Of The Heart Failure Program	Belanda	3 Bulan (2 April- 2Juli)
2.	dr. Estu Rudiktyo, SpJP	Clinical Program The Prevention And Rehabilitation Of The Heart Failure Program	Belanda	3 Bulan (15 April-15 Juli)
3.	Dr. dr. Cindy Elfira Boom, Sp.An, KAKV, KAP	Pelatihan Transesophageal Echocardiography (TEE) dan Ujian	Malaysia	1 Bulan (30 Apr-1 Jun)
4.	dr. Rudy Yuliansyah, Sp.An	Pelatihan Transesophageal Echocardiography (TEE) dan Ujian	Malaysia	1 Bulan (30 Apr-1 Jun)
5.	dr. Yovi Kurniawati, SpJP	Fellow	Taiwan	Masih Berlangsung 30 Nov '16 – 31 Mei '17

Kendala

-

Upaya Tindak Lanjut :

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



13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

Tabel 3.32. Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
28	Skor GCG Corporate	%	80	76,79	95,44	↑ 24,29	√

KPI 28. Skor GCG Corporate

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

Pengukuran dilaksanakan melalui metoda kuantitatif, meliputi :

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

Capaian

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

Nilai penerapan GCG (Good Corporate Governance) di RSJPD Harapan Kita tahun 2016 terealisasi sebesar 95,44. Nilai mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 80%, dan meningkat signifikan dari tahun 2015 dimana capaian pada tahun 2015 sebesar 76,79 dimana pada tahun 2015 terealisasi nilai sebesar 76,79%.

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



Tabel 3.31. Hasil pengukuran Score GCG RSJPDHK tahun 2015

No	Aspek Penilaian	Bobot	Parameter Penilaian	Sub Parameter	Score
I	Hak dan Tanggung Jawab Pemilik	8 %	24	51	8.16
II	Kebijakan GCG	10 %	9	24	10.00
III	Penerapan GCG :				
	1. Dewan Pengawas	22 %	38	86	22.00
	2. Direksi	22 %	45	142	21.78
	3. Komite Medik	10 %	10	25	10.00
	4. Satuan Pemeriksaan Intern	10 %	10	27	9.50
	5. Sekretaris Corporate (Kabag. Umum)	5 %	6	14	1.00
IV	Pengungkapan Informasi (<i>disclosure</i>)	5 %	5	21	5.00
V	Komitmen	8 %	9	25	8.00
	Jumlah	100 %	156	415	95.44
	Nilai dikonversikan ke jumlah 100%	100 %			95,44

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

Kendala

Belum adanya kebijakan, pedoman, panduan dan SOP

Rekomendasi / Upaya Perbaikan

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



14. Terwujudnya budaya kinerja dan *teamwork* yang efektif

Tabel 3.33. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya budaya kinerja dan *teamwork* yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
29	Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)	%	70	67	78	↑ 16,42	√

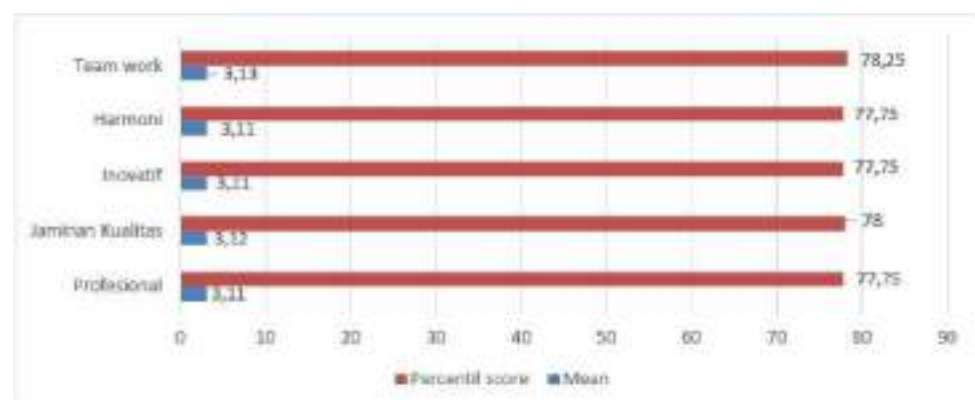
KPI 29. Indeks budaya kinerja PJK (PJKHK)

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 2016 angka Indeks Budaya Kinerja terealisasi sebesar 78%, Angka telah memenuhi target dari yang ditetapkan sebesar 70%. Angka 2016 pun meningkat dari tahun 2015 yang hanya tercapai sebesar 67%. Hasil pengukuran merupakan rata-rata dari beberapa elemen yang diukur yaitu: Profesional, jaminan kualitas, inovatif, harmoni dan kerja sama.

Gambar 3.16. Hasil Pengukuran Tiap Dimensi Budaya Organisasi



Pada gambar di atas, walaupun secara umum semua dimensi mendapat skor sama 78% (jika dibulatkan), namun terlihat skor tertinggi ada pada dimensi **team work** (78,25%), diikuti dimensi jaminan kualitas (78%) dan dimensi **profesional, inovatif dan harmoni** (77,75%).



Upaya Tindak Lanjut :

Capaian nilai budaya organisasi RSJPD Harapan Kita tahun 2016 meningkat cukup signifikan dibandingkan tahun 2015. Namun demikian tetap diperlukan perbaikan agar capaian ini dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan lagi di masa yang akan datang. Untuk itu, RSJPD Harapan Kita harus melakukan intervensi terhadap beberapa faktor:

1. Budaya organisasi profesional menjadi prioritas utama intervensi karena paling berkontribusi terhadap kepuasan kerja staf. Pada dimensi profesional ini yang harus lebih ditingkatkan adalah penyampaian informasi secara luas kepada seluruh staf yang membutuhkan, teladan para manajer terhadap apa yang mereka perintahkan kepada bawahannya, serta penyampaian visi misi RS secara jelas kepada seluruh staf.
2. Prioritas intervensi selanjutnya yaitu pada dimensi team work. Hal yang harus diperhatikan yaitu meningkatkan koordinasi antar unit di RSJPDHK.
3. Terkait faktor-faktor pada kepuasan kerja staf, maka yang harus dilakukan intervensi adalah pada faktor hubungan dengan pihak manajemen dan faktor kompensasi dan manfaat

15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar

Tabel 3.34. Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
30	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar		2	2	2	-	√

KPI 30. Jumlah KSO yang di atas 1 milyar

Capaian

Tahun 2016 terdapat 2 perjanjian kerjasama yang sedang berlangsung dengan pihak luar dalam pengelolaan pelayanan yang nilai kerjasamanya diatas 1 milyar.

1. Kerjasama pelayanan diagnostik MSCT (*Multi Slice CT Scan*). Kerjasama yang dilaksanakan dalam bentuk investasi dan operasional.
2. Kerjasama penempatan alat di laboratorium atau instalasi PKBD

Kendala

-

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

- Mengidentifikasi kembali kebutuhan pelayanan yang perlu melibatkan pihak ke-3 (KSO)
- Kebijakan mengenai KSO

16. Terwujudnya pertumbuhan *revenue*Tabel 3.35. Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya pertumbuhan *revenue*

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2016	Realisasi		Naik/turun (%)	Capaian 2016
				2015	2016		
31	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i>	%	7	9	3	↓	x

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 2015 ke tahun 2016 mengalami penurunan sebesar 3%, angka tersebut tidak mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 7 %. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 3.29

Tabel 3.36. Pertumbuhan *revenue* 2015-2016

	Uraian	TAHUN 2015 (Rp)	TAHUN 2016 (Rp)	Pertumbuhan (%)
1	Pendapatan Usaha dari Jasa layanan	724.623.637.337	617.666.705.483	-14,76
	· Pendapatan usaha rawat jalan	100.024.402.602	121.019.556.910	20,99%
	· Pendapatan usaha rawat inap	624.599.234.735	496.647.148.573	-20,49%
2	Pendapatan Usaha Layanan lainnya	7.930.722.643	7.239.059.741	--8,72%
3	Pendapatan lainnya	19.097.473.293	23.200.370.295	-21,48%
	SUB TOTAL	751.651.833.273	648.106.135.519	-13,78%
	Proses Verifikasi RS & BPJS	-	127.608.699.004	
	TOTAL	751.651.833.273	775.714.834.523	3%



Kendala

1. Masih terdapat penundaan pengakuan pendapatan layanan 2016 hasil verifikasi BPJS sebesar Rp. 127.608.699.004,- (yang sudah ada umpan balik sebesar Rp. 63.430.755.338,- , dalam proses verifikasi BPJS Rp. 64.177.943.666,-).
2. Tidak adanya kejelasan batas waktu target penyelesaian proses verifikasi dokumen yang tertunda (*pending*) tahun 2014 s/d 2016.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

1. Meningkatkan percepatan kelengkapan dokumen dan pelaporan, khususnya mengenai tagihan ke BPJS.
2. Meningkatkan koordinasi dengan pihak BPJS untuk mempercepat proses verifikasi.
3. Menetapkan batas waktu verifikasi dokumen yang tertunda.

17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis

Tabel 3.37. Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis

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

KPI 32. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional

Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN,

Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai, barang dll, Sumber dananya berasal dari penerimaan APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU,

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



perusahaan dalam menjalankan bisnisnya,

Capaian :

Perhitungan POBO berdasarkan laporan keuangan unaudited tahun 2016 adalah 81,91%, angka tersebut belum mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 90% pada tahun 2016. Akan tetapi berdasarkan layanan yang diberikan pada periode tahun 2016 nilai POBO adalah 98,04%. Hal ini dikarenakan terdapat layanan pada tahun 2016 yang masih menunggu hasil verifikasi dari BPJS (umpan balik) sebesar Rp 127.608.699.004,- (tabel 3.31).

Tabel 3.38. Tabel pendapatan dan biaya tahun 2016

URAIAN	PENDAPATAN (Rp)	BIAYA (Rp)	POBO (%)
TAHUN 2015	751,651,833,273	766,136,440,298	98.11%
TAHUN 2016 (Lap.Keu Unaudited)	648,106,135,519	791,226,935,210	81.91%
Proses Verifikasi RS & BPJS	127,608,699,004	-	-
TAHUN 2016	775,714,834,523	791,226,935,210	98.04%

Angka POBO berdasarkan laporan keuangan unaudited melebihi target berdasarkan skala nasional yang ditetapkan dalam Permenkeu tahun 2014 sebagai indikator pengukur tingkat kesehatan rumah sakit, angka ratio berada pada skala nilai tertinggi (>60%).

Kendala :

1. Tidak adanya kesepakatan pengkodingan komorbid & komplikasi (diagnosis sekunder).
2. Kurangnya komunikasi antara verifikator BPJS dan RSJPDHK.
3. Kebijakan RSJPDHK yang belum jelas (penentuan status pasien pulang melalui IGD diatas / dibawah 6 jam).
4. Kekurangan SDM di tim verifikasi RSJPDHK.

Rekomendasi / Usulan Perbaikan :

1. Kesepakatan tertulis antara pihak BPJS & RSJPDHK.
2. Meningkatkan koordinasi dengan pihak BPJS untuk mempercepat proses verifikasi.
3. Kebijakan RSJPDHK yang jelas.
4. Penambahan tenaga SDM di SAMSAT.



Capaian Kinerja Secara Keseluruhan

Capaian Kinerja RSJPD Harapan Kita pada tahun 2016, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.39. Capaian Kinerja tahun 2016 secara keseluruhan

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Satuan	Target 2016	Realisasi Tahun 2016	Prosentase Capaian Tahun 2016	Capaian Target / Ukuran Keberhasilan
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h) = g/f	(i)
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	Nilai	84	86,65	103,15 %	√
		2	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	78,00	97,50 %	x
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	80	72,19	90,24 %	x
		4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	85	80,46	94,66 %	x
2	Terwujudnya RSJPDH sebagai Rujukan Nasional	5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	90	92,30	102,56 %	√
		6	% kasus sulit yang berhasil	%	92	93,00	101,09 %	√
3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan	Jumlah	1	1	100,00 %	√
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif	Jumlah	1	1	100,00 %	√
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	jumlah riset translasional yang diaplikasikan	Jumlah	1	1	100,00 %	√
		10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester)	%	65	26,98	41,51 %	x
		11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	85	96,00	112,94 %	√
		12	% komplek yang ditangani dengan baik	%	90	92,80	103,11 %	√
		13	Akreditasi Nasional / Internasional		Terakreditasi	Terakreditasi	100,00 %	√
		14	Jumlah peserta fellowship dari LN	Jumlah	1	1	100,00 %	√
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	jumlah publikasi internasional	Jumlah	8	12	150,00 %	√
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	jumlah jenis layanan unggulan yang baru	Jumlah	1	1	100,00 %	√
		17	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	10	19,00	190,00 %	√



7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	18	% rujukan yang tepat	%	65	70,00	107,69 %	v
		19	% pasienujuk balik	%	25	30,00	120,00 %	v
		20	jumlah PJT binaan mandiri	Jumlah	1	1	100,00 %	v
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	21	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	80	84,88	106,10 %	v
		22	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100,00	100,00 %	v
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	23	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK	%	85	86,00	101,18 %	v
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV setara PJN	Jumlah	1	1	100,00 %	v
11	Terwujudnya integrasi HIS	25	tingkat maturitas IT korporasi	Nilai	2	1,80	90,00 %	x
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	26	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	90	95,20	105,78 %	v
		27	jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (min. 3 bulan)	Jumlah	5	5	100,00 %	v
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	28	skor GCG Corporate	Nilai	80	95,44	119,30 %	v
14	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif	29	Indeks budaya kinerja PJN (PJNIHK)	Nilai	70	78,00	111,43 %	v
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	30	jumlah KSO yang di atas 1 milyar	Jumlah	2	2	0,00 %	v
16	Terwujudnya pertumbuhan revenue	31	tingkat pertumbuhan revenue	%	7	3,00	42,86 %	x
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	32	Tercapainya persentase rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	90	81,91	91,01 %	x

Berdasarkan tabel diatas, dari 32 indikator kinerja yang diterapkan di RSJPD Harapan Kita pada tahun 2016, maka sebanyak 25 indikator dapat mencapai/ melampaui target yang ditetapkan, sementara 7 indikator belum mencapai target. Dari data tersebut bila diprosentasekan maka capaiannya sebesar 78,1%.

Capaian kinerja pada tahun 2016 secara keseluruhan meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2015, dimana pada tahun 2015 terealisasi capaian sebesar



76,3% dengan komposisi 29 indikator mencapai target dan 9 indikator tidak tercapai dari 38 indikator yang ditetapkan.

Gambar 3.17 Prosentase Capaian target kinerja tahun 2016





B. Realisasi Anggaran

Pagu Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2015 sebesar Rp.833.756.552.000,- terealisasi sebesar Rp. 766.705.430.190,- atau dengan tingkat capaian serapan 92%. Anggaran RSJPDHK terdiri dari dua sumber yaitu : Anggaran APBN dan Anggaran BLU.

Tabel 3.40. Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2016

NO.	URAIAN	PENERIMAAN & BELANJA APBN+BLU TA.2016		
		PAGU	REALISASI	%
A	<u>PENERIMAAN APBN + BLU</u>	949.951.615.000	926.838.120.925	97,57%
	a. DIPA APBN	234.830.417.000	184.971.730.595	78,77%
	b. DIPA BLU	715.121.198.000	741.866.390.330	103,74%
B	<u>BELANJA APBN + BLU :</u>	949.951.615.000	874.024.669.989	92,01%
I	APBN	234.830.417.000	184.971.730.595	78,77%
	a. Belanja Pegawai	82.891.977.000	80.785.056.406	97,46%
	b. Belanja Barang /Bahan	41.112.942.000	30.670.465.757	74,60%
	c. Belanja Modal	110.825.498.000	73.516.208.432	66,34%
II	BLU	715.121.198.000	689.052.939.394	96,35%
	a. Belanja Pegawai	296.600.000.000	293.128.704.452	98,83%
	b. Belanja Barang	300.507.061.000	293.931.736.044	97,81%
	c. Belanja Jasa	31.353.928.000	29.138.785.572	92,94%
	d. Belanja Pemeliharaan	27.075.000.000	21.211.463.725	78,34%
	e. Belanja Perjandis	3.962.500.000	2.638.139.530	66,58%
	f. Belanja Lainnya	2.500.000.000	1.913.040.606	76,52%
	g. Belanja Modal	53.122.709.000	47.091.069.465	88,65%

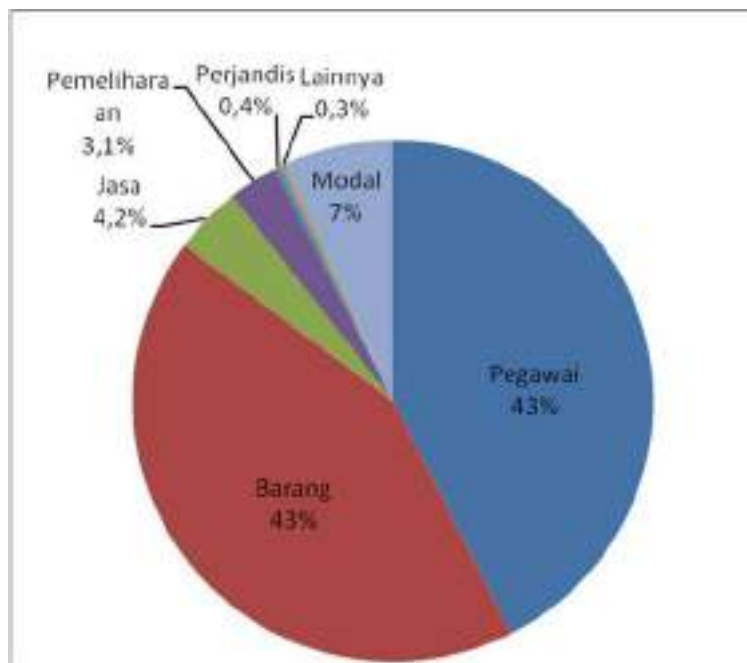
Realisasi APBN sebesar Rp.184.971.730.595,- terserap untuk penggunaan : Belanja pegawai, belanja barang/bahan dan belanja modal dengan komposisi seperti gambar berikut :

Gambar 3.18. Prosentase Penyerapan Anggaran APBN tahun 2016



Realisasi BLU sebesar Rp.689.052.939.394,- terserap untuk penggunaan : Belanja pegawai, belanja barang/bahan, belanja jasa, belanja pemeliharaan, belanja perjalanan dinas, belanja modal dan belanja lainnya. Secara komposisi pemanfaatan anggaran BLU RSJPDHK tahun 2016 dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 3.19. Prosentase Penyerapan Anggaran BLU tahun 2016



BAB IV

KESIMPULAN



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 2016 mengacu kepada Tugas Pokok & Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan dalam Rencana Strategis.

Pencapaian Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2016 dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program Pembinaan Upaya Kesehatan sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian/Subbagian.

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

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya didukung oleh Anggaran DIPA APBN dan DIPA BLU, sebesar Rp 949.951.615.000,- dengan rincian sebagai berikut :

1. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA APBN dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 234.830.417.000,-**, penyerapan terealisasi 78,8% sebesar **Rp. 184.985.500.239,-** (karena ada self blocking)
2. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA BLU dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 715.121.198.000,-**, penyerapan terealisasi 96,4% sebesar **Rp. 689.052.939.394,-**.



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

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

Demikian uraian Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2016 yang disusun sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita

Direksi

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

LAMPIRAN

**RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
KEMENTERIAN KESEHATAN**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2016

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

Nama : Dr. dr. Hananto Andriantoro, Sp.JP (K), MARS, FICA
Jabatan : Direktur Utama
Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

Selanjutnya disebut pihak pertama.

Nama : dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua.

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

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

Jakarta, Februari 2016

Pihak Kedua, ✍

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

Pihak Pertama

Dr. dr. Hananto Andriantoro, Sp.JP (K), MARS, FICA
NIP 19571104 1986101001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2016
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

NO.	SASARAN	INDIKATOR KINERJA		TARGET
1	Terwujudnya kepuasan stakeholders	1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	84
		2	Tingkat kepuasan karyawan	80%
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	80%
		4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas	85%
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	90%
		6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	92
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 (\leq 9 semester).	65
		11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	85
		12	Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	90
		13	Akreditasi Nasional / Internasional	Terakreditasi
		14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	1
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional.	8
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	1
		17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	10
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	18	Persentase rujukan yang tepat	65
		19	Persentase pasien rujuk balik.	25
		20	Jumlah PJT binaan mandiri.	1
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon</i> time \leq 90 mnt.	80
		22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100
9	Terwujudnya sarana dan fasilitas (sarfas) yang bermutu dan aman dengan sistem manajemen yang baik.	23	Persentase kesesuaian sarfas dengan standar MFK berdasarkan Master Plan bangunan tahun 2015 - 2019	85
10	Terwujudnya standar Pelayanan dan Pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV setara PJN.	1

11	Terwujudnya integrasi HIS	25	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.	2
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	90
		27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	5
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	28	Skor <i>GCG Corporate</i> .	80
14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	29	Indeks budaya kinerja <i>PJN (PJNHK)</i> .	70
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	30	Jumlah KSO yang di atas 1 milyar.	2
16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	31	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	7%
17	Terwujudnya efisiensi Anggaran	32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	90

Kegiatan

Program Pembinaan Pelayanan kesehatan Rp. 824,879,987,000.00

Jakarta, Februari 2016

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan ✎



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

Direktur Utama
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita



Dr. dr. Haranto Andriantoro, Sp. JP (K), MARS, FICA
NIP. 19571104 198610 1001



RS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

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

Telp. 021 5684086 - 5681111, Faks 5684230

Email : website@pjhk.go.id

<http://www.pjhk.go.id>