



# LAKIP

## LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH



# 2020

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



## Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesainya penyusunan Buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) Tahun Anggaran 2020, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan pengelolaan sumber daya di lingkungan RSJPDHK.

LAKIP RSJPDHK Tahun Anggaran 2020 disusun sebagai tindak lanjut dari TAP MPR RI No XI/MPR/1998 dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme serta Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan yang mewajibkan untuk mempertanggungjawabkan tugas dan fungsi dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) RI No 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

LAKIP RSJPDHK tahun 2020 berisi gambaran perkembangan/capaian pelaksanaan program dan kegiatan dari Perencanaan Kinerja Tahun Anggaran 2020, yang merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2020-2024. Pada tahun ini RSJPDHK masih melaksanakan program pengembangan *masterplan* Gedung *Private* dan *Pediatrik Cardiology*. Program pengembangan ini harus terus berjalan seiring dengan berjalannya pelayanan di RSJPDHK.

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

Akhir kata semoga buku LAKIP RSJPDHK tahun 2020 ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, selain sebagai sarana evaluasi yang objektif, efisien dan efektif. Laporan juga diharapkan dapat membantu memberikan masukan bagi manajemen dalam merumuskan atau menentukan arah kebijakan selanjutnya yang diikuti dengan peningkatan kinerja manajemen yang lebih baik, disertai kerja keras oleh seluruh jajaran.

Jakarta, Januari 2021  
Direktur Utama



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

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) Tahun 2020, disusun dengan menyajikan hasil pengukuran kinerja pencapaian sasaran yang diarahkan dalam mencapai tujuan, visi dan misinya.

Tahun 2020 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2020-2024 yang mengusung visi: "Pusat Kardiovaskuler Setara Asia" dengan misi: "memberikan pelayanan kardiovaskular berkualitas dan berbasis bukti ilmiah, meningkatkan akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan kardiovaskular, meningkatkan riset dan mengembangkan teknologi kardiovaskular, meningkatkan profesionalisme SDM, memberikan kontribusi dalam pencapaian indikator kardiovaskular, memberikan kepuasan bagi pasien dan peserta pendidikan/pelatihan tenaga kesehatan".

RSJPDHK dalam menjalankan operasionalnya sebagai BLU berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2019, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.

Dalam rangka mewujudkan "*good corporate governance*" maka RSJPDHK menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama tahun 2020 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA Rupiah murni, maupun dari DIPA BLU.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPDHK tahun 2020 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di tahun 2020 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2020-2024.

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

Sebagai bahan evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2020 tetapi juga memuat kendala atau kekurangan-kekurangan yang ada sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Pada tahun 2020 terdapat 21 indikator kinerja yang ditetapkan berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPDHK, namun terdapat 2 indikator kinerja tidak ditetapkan target yaitu KPI-8 (Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan bedah jantung) dan KPI-9 (Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan non bedah). Dari 19 indikator kinerja yang ditetapkan terdapat 12 indikator kinerja yang telah mencapai target yaitu KPI-1, KPI-2, KPI-4, KPI-7, KPI-10, KPI-11, KPI-14, KPI-15, KPI-17, KPI-18, KPI-19, KPI-20, sedangkan 7 indikator kinerja belum mencapai target yaitu KPI- 3, KPI-5, KPI-6, KPI-12, KPI-13 dan KPI-16 dan KPI-21. Dari data tersebut bila dipersentasikan maka capaiannya sebesar 63,15%.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada tahun 2020 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan DIPA BLU. Total pagu anggaran pada tahun 2020 adalah sebesar Rp. 1.282.442.173.000,00 yang terdiri dari Anggaran APBN sebesar Rp. 306.678.877.000,00 dan Anggaran BLU sebesar Rp. 975.763.296.000,00.



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

Jalan Let. Jend. S. Parman Kav. 87 Slipi Jakarta 11420  
Telpon 021.5684085-093, 5681111, Faksimile 5684230  
Surat Elektronik: [info@pnhk.go.id](mailto:info@pnhk.go.id), Web: <http://www.pnhk.go.id>



**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH**  
**(LAKIP)**  
**RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA**  
**TAHUN 2020**

**JAKARTA, JANUARI 2021**

Direktur Utama

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

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan  
dan Penunjang,

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

Pt. Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum,

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

Direktur Keuangan,

Liliek Marhaendro Susilo, Ak., MM.  
NIP 196604161986031001

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian,

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



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

Jalan Let. Jend. S. Parman Kav. 87 Slipi Jakarta 11420  
Telpon 021.5684085-093, 5681111, Faksimile 5684230  
Surat Elektronik: [info@pjhk.go.id](mailto:info@pjhk.go.id), Web: <http://www.pjhk.go.id>



**PUSAT  
JANTUNG  
Nasional**  
National Cardiovascular Center  
Harapan Kita

**MENYETUJUI  
ATAS**


**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH  
(LAKIP)  
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA  
TAHUN 2020**

**JAKARTA, JANUARI 2021**

**DEWAN PENGAWAS**

  
drg. Oscar Primadi, MPH.


Ketua

  
Drs. Agus Muhammad, M. Acc.

Anggota

  
Dr.dr. Bagaswoto Poedjomartono, Sp.Rad(K).

Anggota

  
Drs. Setyo Budi Hartono, MM.

Anggota

  
Didik Kusnaini

Anggota

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>IKHTISAR EKSEKUTIF</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	v
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vii
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	x
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan.....	1
C. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi RSJPDHK.....	2
D. Peran Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita .....	4
E. Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB II. PERENCANAAN KINERJA</b>	
A. Rencana Strategis.....	9
B. Rencana Kerja Tahunan dan Pernyataan Kinerja.....	10
<b>BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA</b>	
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	13
1. Peningkatan Mutu dan Akses Pelayanan Khusus Kardiovaskular.....	14
2. Peningkatan Mutu dan Cakupan Pendidikan dan Pelatihan Kardiovaskular .....	33
3. Peningkatan Mutu dan Akseibilitas Jejaring .....	37
4. Peningkatan Inovasi dan Teknologi berbaris Riset .....	43
5. Pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi .....	47
6. Peningkatan Kualitas SDM .....	57
7. Peningkatan Budaya Kinerja dan Tata Kelola .....	60
8. Efektifitas Anggaran.....	66



9. Valuable Investment .....	69
B. Capaian Kinerja Secara Keseluruhan.....	71
C. Sumber Daya Anggaran .....	75
D. Sumber Daya Manusia .....	78
E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana (SIMAK).....	80
<b>BAB IV. KESIMPULAN .....</b>	<b>81</b>
LAMPIRAN :	
1) Perjanjian Kinerja Tahun 2020	
2) Realisasi KPI Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020	
3) Indikator Kinerja Tingkat Kesehatan BLU Tahun 2020	

## DAFTAR TABEL

		Hal
1	Tabel 2.1 Indikator Kinerja Utama (KPI) .....	9
2	Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2020 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita .....	11
3	Tabel 3.1 Sasaran strategis peningkatan mutu dan akses pelayanan Khusus kardiovaskular .....	14
4	Tabel 3.2 Indikator Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan Tof .....	23
5	Tabel 3.3 Pencapaian_Tingkat Keberhasilan Perawatan Infark Miokard Akut .....	28
6	Tabel 3.4 Kenaikan Jumlah Pelayanan yang Diberikan oleh Rumah Sakit .....	31
7	Tabel 3.5 Sasaran strategis Peningkatan Mutu dan Cakupan Pendidikan dan Pelatihan Kardiovaskular .....	33
8	Tabel 3.6 Indikator Kinerja Sasaran Peningkatan Mutu dan Aksesibilitas Jejaring .....	37
9	Tabel 3.7 Sasaran strategis Pengembangan Inovasi dan Teknologi berbasis Riset .....	38
10	Tabel 3.8 Sasaran strategis Pemutakhiran Teknologi Pelayanan dan Teknologi Informasi dan Komunikasi .....	42
11	Tabel 3.9 Sasaran strategis Peningkatan Kualitas SDM .....	57
12	Tabel 3.10 Sasaran Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola .....	60
13	Tabel 3.11 Penilaian Skor GCG .....	62
14	Tabel 3.12 Efektifitas Biaya Pegawai Tahun 2020 .....	65
15	Tabel 3.13 POBO (Pendapatan Operasional / Belanja Operasional) .....	66
16	Tabel 3.14 ROI ( <i>Return on Investment</i> ) .....	69
17	Tabel 3.15 Capaian Kinerja tahun 2020 secara keseluruhan .....	72
18	Tabel 3.16 Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK .....	75
19	Tabel 3.17 Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2020 .....	76
20	Tabel 3.18 Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian .....	78
21	Tabel 3.19 Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan .....	78
22	Tabel 3.20 Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi .....	79

23	Tabel 3.21 Jumlah SDM berdasarkan kelompok pendidikan.....	79
24	Tabel 3.22 Laporan Posisi Barang Milik Negara (BMN) di Neraca Posisi Per Tanggal 31 Desember 2020 .....	80

## DAFTAR GRAFIK

		<b>Hal</b>
1	Grafik 3.1 Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan TOF Repair .....	23
2	Grafik 3.2 Kondisi Jumlah Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit .....	31
3	Grafik 3.3 Persentase Penyerapan Anggaran RSJPDHK .....	77

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hal</b>
1 Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit & Pembuluh Darah Harapan Kita .....	3

# BAB I. PENDAHULUAN

## A. LATAR BELAKANG

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

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

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

## B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPD Harapan Kita Tahun 2020 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSJPDHK sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2020 sebagai tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis (2020-2024) 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 2020 yang wajib dipertanggung jawabkan.

## C. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

### 1. Tugas

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

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

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

### 2. Fungsi RSJPDHK

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

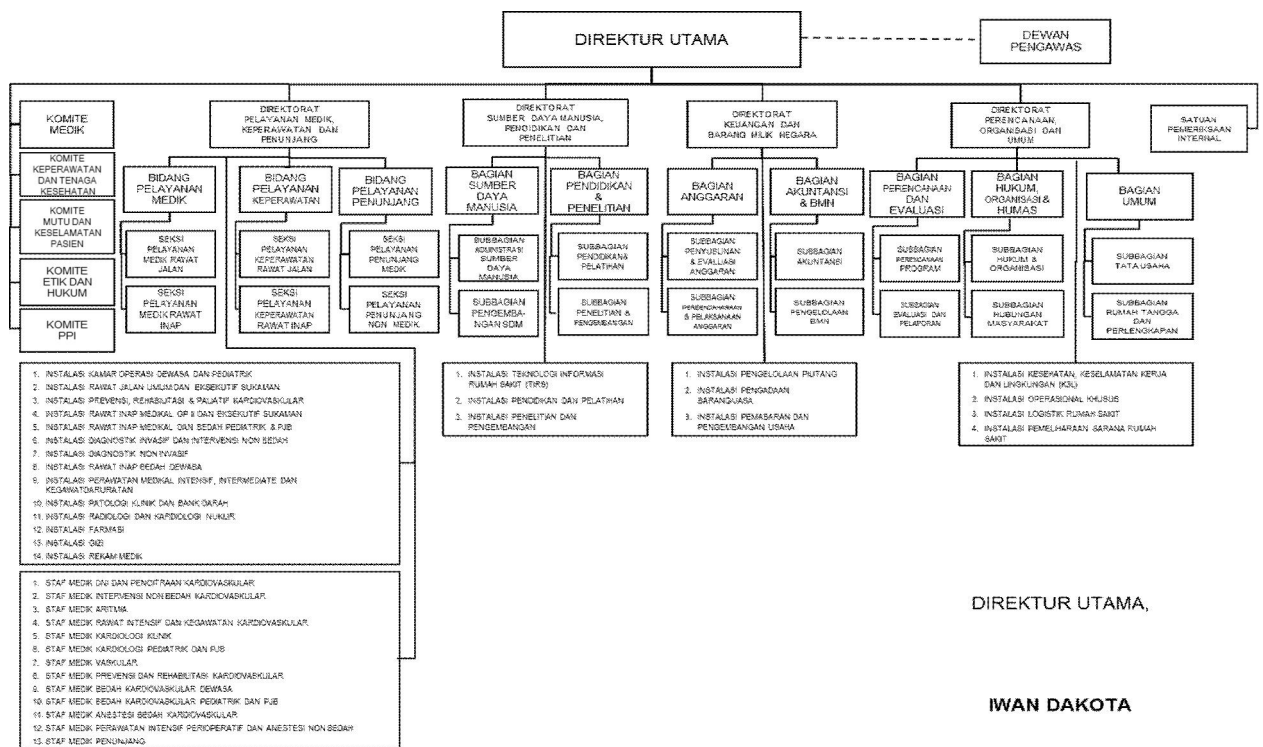
- a. Upaya pencegahan terjadinya penyakit jantung dan pembuluh darah.
- b. Upaya pelayanan dan penyembuhan bagi pasien penyakit jantung dan pembuluh darah.
- c. Upaya rehabilitasi terhadap pasien penyakit jantung dan pembuluh darah.
- d. Upaya menjalankan pelayanan berjenjang melalui rujukan yang efektif.

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

### 3. Struktur Organisasi RSJPDHK

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 70 Tahun 2019 tanggal 18 Oktober 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita yang mulai terlaksana pada tanggal 2 Juni 2020. Adapun struktur organisasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah sebagai berikut :

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSJPDHK



DIREKTUR UTAMA,

IWAN DAKOTA



## 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 2020-2024.

#### Visi

Visi yang ditetapkan yakni : "Pusat Kardiovaskular Setara Asia"

#### Misi

Dalam mewujudkan tujuan RSJPDHK mempunyai program yang menjadi misi RS yaitu :

1. Memberikan pelayanan kardiovaskular berkualitas dan berbasis bukti ilmiah,
2. Meningkatkan akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan Kesehatan kardiovaskular,
3. Meningkatkan riset dan mengembangkan teknologi kardiovaskular.
4. Meningkatkan profesionalisme SDM,
5. Memberikan kontribusi dalam pencapaian indikator kardiovaskular,
6. Memberikan kepuasan bagi pasien dan peserta pendidikan/pelatihan tenaga Kesehatan.

#### Tata Nilai Budaya Kerja

1. *Integrity*, Kesesuaian komitmen dan tindakan akan menjadi tolok ukur penilaian dari jasa yang ditawarkan oleh RSJPDHK.
2. *Competence*, Sebagai rumah sakit rujukan terakhir kardiovaskular, RSJPDHK harus memiliki dan mengembangkan kompetensi di bidang kardiovaskular lewat pelayanan, pendidikan dan riset yang berkualitas tinggi.
3. *Accessibility*, RSJPDHK berupaya keras membuka pintu pelayanan selebar-lebarnya kepada seluruh pihak yang membutuhkan tanpa terkecuali.

4. *Reliability*, Sebagai rumah sakit dengan kompetensi utama di bidang kardiovaskular, RSJPDHK akan mengedepankan kualitas demi menjadi rumah sakit yang paling dipercaya oleh seluruh pihak.
5. *Excellence*, Selain kompetensi medis yang unggul, RSJPDHK berkomitmen memberikan pelayanan unggul yang berorientasi pada kebutuhan pasien.

## 2. Arah dan Kebijakan

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

Saat ini, posisi RSJPDHK dinilai telah memenuhi tujuan yang dibuat pada periode sebelumnya, yakni terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian Kardiovaskular. Oleh karena itu, pada periode RSB berikutnya RSJPDHK diharapkan memiliki pengembangan sehingga pada akhir periode RSB dapat menjadi "*Asian Leader*". Untuk itu RSJPDHK mempunyai arah kebijakan untuk melakukan penguatan dan pengembangan daya saing dalam menghadapi baik pesaing lokal dan internasional.

## 3. Tantangan Strategis

Memperhatikan dinamika tuntutan *stakeholders* dan informasi dari *benchmark*, maka tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSJPDHK untuk periode tahun 2020 – 2024 sebagai berikut :

a. *Esprit de Corps*

Nilai *Esprit de Corps* seringkali tidak sejalan dengan nilai-nilai yang dimiliki oleh anggota didalam organisasi. Hal ini dikarenakan peran dan latar belakang dari masing-masing individu yang berbeda (tenaga medis dan non medis), sehingga menjadi tantangan organisasi untuk menciptakan budaya organisasi yang mencerminkan identitas organisasi yang dituju.

b. *Mindset*

Perubahan eksternal yang sangat cepat dalam industri kesehatan dimana tuntutan pada *service excellence* yang diberikan rumah sakit mengharuskan organisasi keluar dari pola pikir sebelumnya dan mampu beradaptasi dengan segala bentuk perubahan untuk kelangsungan organisasi.

c. *Capacity*

Keterbatasan spasial atau kurangnya kapasitas ruang operasi, ruang ICU, ruang intermediate dan ruang rawat inap menjadi keniscayaan bagi RSJPDHK.

d. *IT System*

Sistem IT terintegrasi yang masih dalam pengembangan menjadi tantangan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi waktu, biaya dan tenaga.

e. *Reward dan Punishment System*

Penegakan sistem *reward* dan *punishment* yang konsisten diperlukan untuk melakukan perbaikan berkelanjutan.

## E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

### Bab I Pendahuluan

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

## Bab II Perencanaan Kinerja

Pada bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2020.

## Bab III Akuntabilitas Kinerja

### A. Capaian Kinerja Organisasi

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

1. Definisi operasional dan cara perhitungan pengukuran indikator kinerja.
2. Rencana aksi dan upaya untuk mencapai target yang ditetapkan pada indikator kinerja.
3. Analisis capaian kinerja dengan cara :
  - (i) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
  - (ii) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu pada indikator kinerja yang sama;
  - (iii) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada).
4. Analisis keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan indikator kinerja.
5. Analisis permasalahan atau kendala yang ada dalam pencapaian indikator kinerja.
6. Analisis usulan pemecahan masalah atau upaya tindak lanjut dalam mengatasi masalah/kendala serta alternatif solusi yang telah dilakukan.

B. Capaian Indikator Kinerja Keseluruhan

Pada sub bab ini menyajikan pencapaian kinerja organisasi secara keseluruhan serta analisis efisiensi penggunaan sumber daya.

C. Sumber Daya dan Realisasi Anggaran

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

D. Sumber Daya Lainnya

Pada sub bag ini membahas mengenai sumber daya lainnya selain yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya seperti sumber daya manusia dan sumber daya sarana dan prasarana.

Bab IV Penutup

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

Lampiran:

1. Perjanjian Kinerja Tahun 2020
2. Realisasi KPI Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020
3. Indikator BLU Tahun 2020

## BAB II. PERENCANAAN KINERJA

### A. RENCANA STRATEGIS

Dalam tata kelola sistem yang modern, organisasi publik selayaknya dirancang atas dasar misi dan tujuannya, karena organisasi merupakan suatu tatanan untuk mencapai tujuan. Dalam kaitan tersebut, setiap organisasi publik perlu menyusun prioritas pengelolaan dan pengembangannya agar segenap komponen organisasi publik dan para mitra kerjanya bergerak searah dan sinergis menuju tujuan keseluruhan organisasi publik. Rencana Strategis Bisnis (RSB) merupakan salah satu perangkat strategis bagi manajemen puncak dari suatu organisasi publik yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi dari berbagai unit kerja dan mitra kerjanya untuk bersama bersinergis guna mencapai tujuan dari keseluruhan organisasi publik. Pada Tahun 2020 Rencana Strategis Bisnis RSJPDHK telah menetapkan dari 4 perspektif, 9 sasaran strategis dan 21 KPI, secara rinci dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

Perspektif	Sasaran Strategis	KPI		
Konsumen	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	1	Layanan Baru.	
		2	Kepuasan Pasien.	
		3	Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan ToF.	
		4	Keberhasilan perawatan Infark Miokard Akut.	
		5	Kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.	
	2	Peningkatan mutu dan cakupan Pendidikan dan pelatihan kardiovaskular.	6	Peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar.
			7	Kepuasan Peserta Pendidikan / Pelatihan.

Perspektif	Sasaran Strategis		KPI	
BPI	3	Peningkatan mutu dan aksesibilitas Jejaring	8	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan bedah jantung.
			9	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri Tindakan non-bedah.
	4	Pengembangan Inovasi & teknologi berbasis Riset	10	Jumlah Produk Inovasi Berbasis Riset.
			11	Jumlah Publikasi International.
	5	Pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	12	Kesesuaian Sarfas dengan Masterplan.
			13	Kehandalan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA).
			14	Kumulatif Downtime Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Area Prioritas.
			15	Tingkat Maturitas Sistem Informasi & Komunikasi.
<i>Learning &amp; Growth</i>	6	Peningkatan Kualitas SDM	16	Pegawai yang menjalani Pendidikan/pelatihan di Luar Negeri.
			17	Pegawai yang memenuhi training 20 JPL.
	7	Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola	18	Skor GCG BLU.
			19	Efektivitas Biaya Pegawai.
Finansial	8	Efektifitas Anggaran	20	POBO.
	9	<i>Valuable Investment</i>	21	ROI ( <i>Return On Investment</i> ).

## B. RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PERNYATAAN KINERJA

Perencanaan kinerja tahunan merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan proses penetapan target indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana Kerja RSJPDHK 2020 ini merupakan rencana kerja tahun pertama untuk pencapaian sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJPDHK 2020-2024.

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada TA 2020 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 2020.

Tabel 2.2. Perjanjian Kinerja Tahun 2020 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2020	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	1	Layanan Baru.	1	Buah
		2	Kepuasan Pasien.	90	%
		3	Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dab ToF.	94,5	%
		4	Keberhasilan perawatan Infark Miokard Akut.	91,8	%
		5	Kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit	11.700	Pasien
2	Peningkatan mutu dan cakupan Pendidikan dan pelatihan kardiovaskular.	6	Peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar.	5	%
		7	Kepuasan Peserta Pendidikan / Pelatihan.	90	%
3	Peningkatan mutu dan aksesibilitas Jejaring	8	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan bedah jantung.	-	RS
		9	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri Tindakan non-bedah.	-	RS
4	Pengembangan Inovasi & teknologi berbasis Riset	10	Jumlah Produk Inovasi Berbasis Riset.	1	Produk
		11	Jumlah Publikasi International.	12	Buah
5	Pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	12	Kesesuaian Sarfas dengan Masterplan.	100	%
		13	Kehandalan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA).	65	%
		14	Kumulatif Downtime Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Area Prioritas.	20	%
		15	Tingkat Maturitas Sistem Informasi & Komunikasi.	3	Level
6	Peningkatan Kualitas SDM	16	Pegawai yang menjalani Pendidikan/pelatihan di Luar Negeri.	5	Orang
		17	Pegawai yang memenuhi training 20 JPL.	95	%



No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2020	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
7	Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola	18	Skor GCG BLU	95	%
		19	Efektivitas Biaya Pegawai	80	%
8	Efektifitas Anggaran	20	POBO.	80	%
9	<i>Valuable Investment</i>	21	ROI ( <i>Return On Investment</i> ).	4	%

Dalam pelaksanaan kegiatan tahun 2020, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mendapatkan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan sebesar **Rp.899.594.827.000,00**.

Namun setelah tahun berjalan, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita melakukan Revisi anggaran DIPA sebesar **Rp. 1.282.442.173.000,00**.

Kegiatan	Anggaran
1. Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan	<b>Rp. 975.763.296.000,00</b>
2. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas lainnya Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan	<b>Rp. 306.678.877.000,00</b>
	<b>Rp. 1.282.442.173.000,00</b>

## BAB III.AKUNTABILITAS KINERJA

### A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSJPDHK dalam kurun waktu Januari – Desember 2020.

Tahun 2020 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2020–2024 dan sebagai titik tolak untuk pencapaian target kinerja pada tahun-tahun berikutnya. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

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

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran pada tahun 2020 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 2020.

Sasaran strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada perencanaan kinerja 2020 mengacu pada Rencana Strategis Bisnis RSJPDHK tahun 2020-2024. Uraian capaian kinerja dari sasaran strategis dan indikator kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPDHK Tahun 2020 dituangkan sebagai berikut :

### 1. Peningkatan Mutu dan Akses Pelayanan Khusus Kardiovaskular.

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

Tabel 3.1. Sasaran strategis peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
1	Layanan Baru.	Buah	1	1	Tercapai
2	Kepuasan Pasien.	%	90	95,65	Tercapai
3	Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dab ToF.	%	94,5	94,28	Tidak Tercapai
4	Keberhasilan perawatan Infark Miokard Akut.	%	91,8	92,09	Tercapai
5	Kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.	Pasien	11.700	7.462	Tidak Tercapai

#### a. KPI 1. Layanan Baru

Indikator ini merupakan upaya rumah sakit untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular yang berupa layanan baru atau unggulan termutakhir untuk semua pasien sesuai indikasi yang ditetapkan.

#### Definisi Operasional

Definisi layanan baru adalah jumlah layanan baru atau unggulan termutakhir. Layanan dimaksud ditetapkan oleh direksi sebagai pelayanan kepada pasien di RSJPDHK, harus dapat diakses atau diperuntukan semua pasien sesuai indikasi yang ditetapkan.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator kinerja layanan baru adalah dengan menghitung jumlah layanan baru atau unggulan termutakhir per tahun (tahun berjalan).

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Penyusunan TOR pelayanan ECP (*External Counter Pulsation*).
2. Pelaksanaan pelatihan staf
3. Melakukan pendampingan dalam pengadaan alkes
4. Melakukan *proctorship*
5. Penyusunan PPK dan SPO
6. Melakukan pembentukan Tim
7. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan ECP (*External Counter Pulsation*).

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Menyusun TOR pelayanan ECP (*External Counter Pulsation*).
2. Melaksanakan pelatihan staf sesuai dengan layanan unggulan yang direncanakan.
3. Melaksanakan Monitoring dan evaluasi pelaksanaan ECP (*External Counter Pulsation*).

### **Pencapaian Kinerja**

Pada tahun 2020, indikator layanan baru telah tercapai yaitu pelayanan ECP (*External Counter Pulsation*). *External counterpulsation therapy (ECP)* adalah prosedur terapi yang dilakukan pada pasien dengan angina atau gagal jantung untuk menghilangkan gejala iskemia, meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien. Pada beberapa studi, ECP sudah terbukti dapat mengurangi gejala angina dan menurunkan derajat iskemia pada uji latih jantung. Menurut *Clinical Medicine & Research* (2013), ECP pertama kali dikembangkan tahun 1953 di Harvard University terintegrasi dengan *US Food and Drug Administration (FDA)* untuk pelaksanaan angina

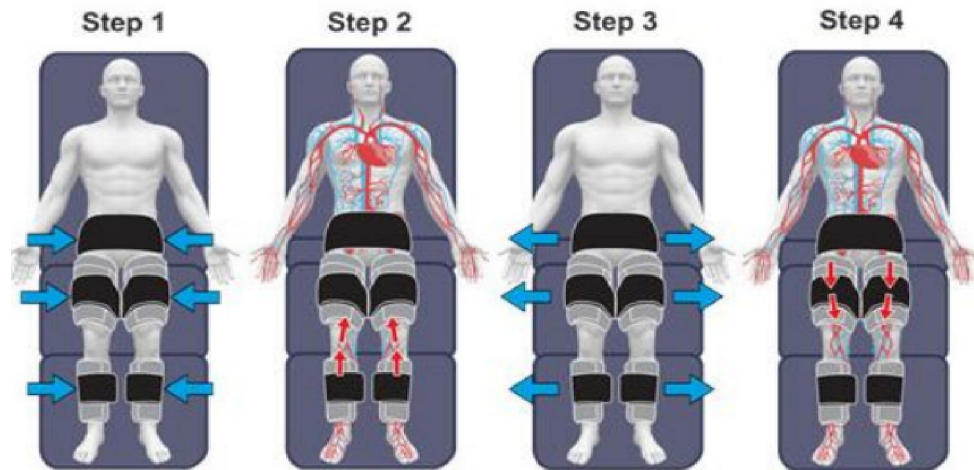
refrakter dan gagal jantung. Pada tahun 1953, Kantrowitz menunjukkan aliran darah koroner dapat meningkat 20% sd 40% dengan meningkatkan tekanan darah diastolik. Menurut AHA 2012 dalam buku "*Guideline for The Diagnosis and Management of Patient With Stable Ischemic Heart Disease*" dan *American Stroke Association* dalam buku "*Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke*", terapi ECP direkomendasikan dalam kelas IIb. Dan menurut *European Society of Cardiology (ESC)* tahun 2013 dalam buku "*Guidelines on the Management of Stable Coronary Artery Disease*" ECP direkomendasikan sebagai kelas IIa.

Gambar 3.1 Terapi *External counterpulsation therapy (ECP)*  
Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita



Pada terapi ECP, pasien dibaringkan diatas meja pengobatan dan dililitkan manset tekan (mirip manset tekanan darah besar) secara aman dililitkan pada betis, paha dan bokong pasien.

Gambar 3.2 Cara kerja terapi ECP



Secara cepat dan simultan deflasi manset dapat menurunkan resistensi sistemik vaskular, *afterload* dan beban kerja jantung. Dosis terapi ECP sebanyak 35 kali masing – masing 1 jam, 5 dosis terapi sebanyak 35 kali, masing – masing 1 jam, 5 hari perminggu selama 7 minggu atau 2 jam selang 30 menit selama 15 hari. Di RSJPDHK, terapi ECP mulai berjalan sejak bulan Maret 2020 pada 8 orang dengan total 172 kali terapi.

### **Analisa Capaian**

Pelayanan ECP dibuka mulai Maret tahun 2020, namun karena adanya pandemi Covid-19, layanan ECP sempat ditutup karena kebijakan DKI untuk PSBB. Pelayanan ECP dari masing – masing pasien ada yang mulai 1 kali/pasien hingga 35 kali/pasien tergantung dari beratnya penyakit serta komorbid yang diderita pasien. Beberapa pasien yang dibatalkan karena adanya pandemi Covid-19 serta PSBB membuat pelayanan ECP tahun 2020 hanya mencapai sejumlah 8 orang dimana 3 pasien dengan dosis optimal 35 kali, 1 pasien 30 kali, 1 pasien 12 kali, 2 pasien 10 kali dan 1 pasien 5 kali.

### **Permasalahan/Kendala**

Kendala yang dihadapi pada layanan ECP tahun 2020 diantaranya :

1. Adanya pandemi Covid-19 serta kebijakan PSBB sehingga banyak pasien kesulitan akses untuk melakukan pelayanan di RSJPDHK.
2. Belum adanya akses informasi mengenai pelayanan ECP secara online.
3. Keterbatasan penjaminan, dimana jaminan asuransi atau perusahaan belum menjamin pelayanan ECP.
4. Promosi dan media informasi mengenai ECP belum maksimal.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

1. Membuat perjanjian kerjasama dengan perusahaan dan asuransi agar bisa mengcover pelayanan ECP.
2. Melakukan promosi dan pembuatan media informasi baik *online* dan *onsite* (*leaflet*, poster, spanduk, dan lain-lain) untuk pelayanan ECP.
3. Perlu promosi harga untuk pelayanan ECP agar lebih bersaing dengan RS lainnya yang memiliki pelayanan ECP.

#### **b. KPI 2. Kepuasan Pasien**

Mengacu pada RSB RSJPDHK, untuk mewujudkan tujuan rumah sakit maka salah satu program yang menjadi misi rumah sakit yaitu kepuasan pasien. RSJPDHK harus dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat yang berfokus pada pasien dengan mengedepankan budaya keselamatan pasien.

### **Definisi Operasional**

Definisi operasional kepuasan pasien yaitu persentase pasien yang menyatakan puas atau sangat puas terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator ini adalah dengan menghitung hasil survey jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas dibagi dengan jumlah seluruh pasien yang disurvey dikalikan 100%.

Rumus perhitungan :

$$\frac{(\text{Jmlh pasien yang menyatakan puas} + \text{Jmlh pasien yang menyatakan sangat puas})}{\text{Jumlah pasien yang survey}} \times 100\%$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Peningkatan pemanfaatan fasilitas perjanjian online.
2. Pelayanan informasi publik melalui produk kreatif.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melaksanakan pelatihan *soft skill* berupa pelatihan *service excellence* secara periodik bagi pegawai rumah sakit.
2. Menerapkan 3S (Salam, Senyum, Sapa) dalam pelayanan.
3. Melakukan survey kepuasan pelanggan.
4. Menyediakan informasi mutakhir pelayanan dan aktifitas RS melalui saluran media informasi publikasi (berita/artikel/video/poster via Website, IG, FB, Mading).

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan RSJPDHK tahun 2020 terealisasi sebesar 95,65% yang artinya pasien merasa puas dan sangat puas selama menjalani perawatan di RSJPDHK.



### **Analisa Capaian**

Pelaksanaan survey kepuasan pasien mengacu kepada Indeks Kepuasan Masyarakat berdasarkan PERMENPAN nomor 14 Tahun 2017. Pelaksanaan survey menggunakan teori *Morgan* dan *Krejcie* dengan instrument *Google Form*. Capaian survey diperoleh hasil rata-rata tingkat kepuasan pasien secara keseluruhan tahun 2020 mencapai 95,65% telah melampaui target yang ditetapkan pada RSB sebesar 90%. Tingkat kepuasan pasien tahun ini jika dibandingkan dengan tahun 2019 yang mencapai 92,88%, maka terdapat peningkatan sebesar 2,77%.

### **Permasalahan/Kendala**

Kendala yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut diantaranya :

1. Pemantauan kegiatan pelayanan Poliklinik yang diselenggarakan secara *online* belum optimal karena faktor adaptasi kebiasaan baru yang perlu ditingkatkan.
2. Adanya pembatasan kuota layanan secara langsung di Poliklinik Rawat Jalan akibat adanya pandemi Covid-19.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan / kendala tersebut antara lain :

1. Meningkatkan koordinasi dengan unit-unit pelayanan terkait dengan pelayanan di era *newnormal*.
2. Mempertahankan komitmen bersama dari semua lini dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien (*Patient First*).
3. Melakukan evaluasi dan monitoring terhadap layanan untuk perbaikan.
4. Program Poliklinik Online (telemedicine). Program Poliklinik Online merupakan salah satu program dalam rangka memenuhi kebutuhan

pasien rawat jalan untuk berkonsultasi terlebih lagi di era pandemi pada tahun ini.

5. Penambahan jumlah kuota perjanjian konsul dengan memperhatikan protokol Kesehatan.

**c. KPI 3. Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan *ToF Repair***

Sebagai Rumah Sakit Pusat Kardiovaskular maka RSJPDHK harus terus berupaya meningkatkan mutu pelayanan dengan cara memberikan pelayanan yang berkualitas dengan tingkat keberhasilan yang semakin tinggi khususnya bagi tindakan Bedah Jantung CABG dan *ToF Repair*.

**Definisi Operasional**

Definisi operasional Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan *ToF Repair* adalah Persentase keberhasilan tindakan bedah jantung *Coronary Arterial Bypass Graft (CABG)* dan *Tetralogy of Fallot (ToF) Repair* murni tanpa kelainan tambahan seperti *Absent Pulmonary Valve Repair*, *Unifokalisasi*, *Rastelli* maupun dengan CAVSD yang pulang dalam keadaan hidup.

**Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan *ToF Repair* adalah dengan menghitung Rerata Persentase keberhasilan tindakan CABG yaitu jumlah pasien tindakan CABG yang pulang dalam keadaan hidup dibagi dengan seluruh pasien yang dilakukan Tindakan CABG periode yang sama dikalikan 100% dengan Persentase keberhasilan tindakan *ToF Repair* yaitu jumlah pasien tindakan *ToF Repair* murni yang pulang dalam keadaan hidup dibagi dengan seluruh pasien yang dilakukan tindakan *ToF Repair* periode yang sama dikali 100%.

Rumus perhitungan :

$$\bar{X} \left\{ \left( \frac{\text{Jumlah pasien tindakan CABG yang pulang dalam keadaan hidup}}{\text{seluruh pasien yang dilakukan Tindakan CABG periode yang sama}} \times 100\% \right) + \left( \frac{\text{Jumlah pasien tindakan ToF Repair yang pulang dalam keadaan hidup}}{\text{seluruh pasien yang dilakukan Tindakan ToF Repair periode yang sama}} \times 100\% \right) \right\}$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Peningkatan jumlah pasien tindakan bedah dewasa dan pediatrik.
2. Skrining pasien yang akan dilakukan tindakan bedah dewasa dan pediatrik.
3. Program konfrensi bedah yang lebih komprehensif, pengaturan poliklinik anestesi.
4. Monitoring kriteria pasien tindakan bedah CABG dan TOF *Repair*.
5. Monitoring dan verifikasi data mortalitas bedah.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Peningkatan jumlah pasien rawat jalan baik online dan onsite.
2. Peningkatan jumlah pasien yang dirujuk untuk Tindakan.
3. Pasien yang akan dilakukan tindakan sudah melakukan swab PCR.
4. Jumlah pasien konfrensi bedah dewasa yang data lengkap sebelum konfrensi atau konfrensi bedah yang dilakukan oleh DPJP.
5. Protokol terapi pasien *EURO SCORE* > 8.
6. Monitoring dan verifikasi data mortalitas CABG.

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian Tingkat Keberhasilan Tindakan bedah jantung CABG dan *ToF Repair* pada tahun 2020 mencapai 94,28% dan belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 94,5%.

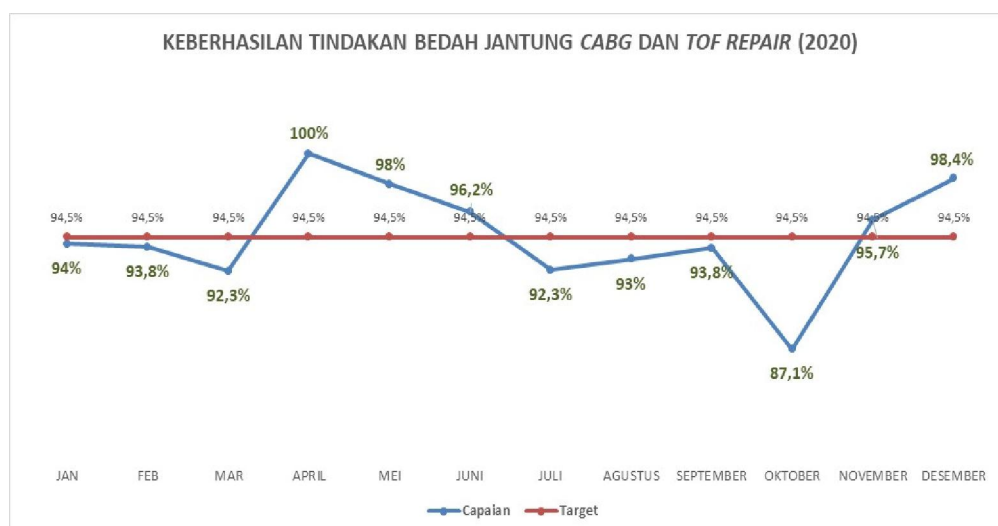
Tabel 3.2 Indikator Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan *ToF Repair*

NO	BULAN	ToF REPAIR		CABG		MORTALITAS		KEBERHASILAN		KEBERHASILAN TINDAKAN
		JUMLAH	MORTALITAS	JUMLAH	MORTALITAS	ToF REPAIR	CABG	ToF REPAIR	CABG	
1	Januari	17	1	66	4	5,88%	6,06%	94,12%	93,94%	94,03%
2	Februari	16	1	66	4	6,25%	6,06%	93,75%	93,94%	93,84%
3	Maret	24	1	53	6	4,17%	11,32%	95,83%	88,68%	92,26%
4	April	9	0	18	0	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Mei	9	0	25	1	0,00%	4,00%	100,00%	96,00%	98,00%
6	Juni	7	0	39	3	0,00%	7,69%	100,00%	92,31%	96,15%
7	Juli	13	1	39	3	7,69%	7,69%	92,31%	92,31%	92,31%
8	Agustus	14	0	43	6	0,00%	13,95%	100,00%	86,05%	93,02%
9	September	20	1	40	3	5,00%	7,50%	95,00%	92,50%	93,75%
10	Oktober	8	1	15	2	12,50%	13,33%	87,50%	86,67%	87,08%
11	November	9	0	23	2	0,00%	8,70%	100,00%	91,30%	95,65%
12	Desember	12	0	31	1	0,00%	3,23%	100,00%	96,77%	98,39%
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>6</b>	<b>458</b>	<b>35</b>	<b>3,80%</b>	<b>7,64%</b>	<b>96,20%</b>	<b>92,36%</b>	<b>94,28%</b>

### Analisa Capaian

Realisasi capaian Tingkat Keberhasilan Tindakan bedah jantung CABG dan *ToF Repair* tahun 2020 mencapai 94,28% mengalami selisih sebesar 0,22% dibandingkan target yang ditetapkan sebesar 94,5%

Grafik 3.1 Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan *ToF Repair*



Berdasarkan data diatas didapatkan keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan *ToF Repair* tahun 2020 adalah 94,28%. Dimana pada bulan Januari (94%), Februari (93,8%), Maret (92,3%), Juli (92,3%), Agustus (93%), September 93,8%, dan Oktober 87,1% tidak mencapai target. Data yang dilaporkan merupakan keberhasilan tindakan bedah jantung *CABG* dan *ToF Repair* murni total tanpa adanya eksklusi dari keadaan serta kondisi klinis pasien baik tindakan *cito* (segera) atau *urgent*.

### **Permasalahan/Kendala**

Tindakan CABG dan *ToF Repair* murni ini tidak melihat kondisi pasien baik berupa tindakan yang bersifat *cito* atau *urgent* atau melihat fungsi jantung dan kriteria *EURO SCORE* pasiennya. Sehingga terdapat beberapa kendala, diantaranya:

1. Rendahnya angka keberhasilan tindakan bedah CABG dan *ToF Repair* dikarenakan tingginya mortalitas tindakan tersebut. Hal ini berhubungan dengan RSJPDHK merupakan pusat rujukan Nasional jantung dan pembuluh darah, sehingga kasus yang datang sudah dalam keadaan lanjut (*complex case dengan multiple organ failure*) dengan severitas level 3.
2. Kondisi pandemi Covid-19 membuat pemerintah memberlakukan kebijakan PSBB yang dievaluasi ditiap bulannya dan adanya ketakutan dari masyarakat untuk berobat, sehingga terjadi penurunan jumlah pasien. Kebijakan PSBB membuat pasien yang sebelumnya direncanakan untuk tindakan menjadi batal atau diundur.
3. Skrining Covid-19 pada pasien tindakan membuat penundaan tindakan menjadi lebih banyak. Hal ini dikarenakan jika pasien yang sudah positif, maka tindakan bedah akan ditunda. Penundaan ini menyebabkan jumlah pasien yang dilakukan tindakan bedah jantung baik dewasa dan pediatrik berkurang.

4. Adanya peningkatan jumlah pegawai yang terinfeksi Covid-19, hal ini menyebabkan kurangnya tenaga ahli dalam menunjang persiapan, tindakan, hingga perawatan pasien.
5. Adanya lonjakan peningkatan jumlah pasien Covid-19 di Indonesia, sehingga diperlukannya perluasan area pelayanan isolasi Covid-19 dengan atau tanpa ventilator. Hal ini menyebabkan penurunan jumlah tempat tidur untuk pasien bedah non covid.
6. Penurunan jumlah pasien tindakan yang hampir menyisakan banyak pasien severitas level 3 membuat perlunya peningkatan *learning curve* dari staf medik bedah, terutama staf medik junior yang masih perlu dilakukan tindakan - tindakan yang sulit.

#### **Upaya Pemecahan Masalah**

1. Meningkatkan jumlah pelayanan tindakan bedah dengan tetap memperhatikan keselamatan pasien dan petugas berdasarkan skrining covid-19 yang lebih ketat.
2. Meningkatkan jumlah pemeriksaan swab pada pasien yang akan direncanakan tindakan
3. Melakukan pelayanan poliklinik baik *online* dan *onsite* untuk meningkatkan jumlah pasien tindakan.
4. Melakukan evaluasi terhadap kriteria *EURO SCORE* untuk tindakan CABG, sehingga pada pasien dengan *EURO SCORE* > 8 perlu pembuatan protokol terapi yang harus disetujui oleh Kepala Staf Medik, Ketua Komite Medik dan Direktur Medik.
5. Seluruh pasien dengan kasus sulit, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) harus membicarakan terlebih dahulu dengan Komite Medik dalam Konferensi Kasus Sulit di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.
6. Supervisi tindakan oleh dokter senior untuk kasus-kasus sulit.

7. Untuk tahun 2021, diusulkan perubahan definisi kamus indikator keberhasilan tindakan CABG dan *ToF Repair* dengan melakukan eksklusi pada kasus suspek, probable atau kasus konfirmasi Covid-19 disaat awal perawatan, saat ataupun sebelum pasien dipulangkan.

c. **KPI 4. Keberhasilan Perawatan Infark Miokard Akut**

**Definisi Operasional**

Definisi operasional Keberhasilan Perawatan *Infark Miokard Akut* adalah Persentase keberhasilan perawatan pasien dengan *Infark Miokard Akut* baik *ST Elevasi Miokard Infark (STEMI)* maupun *Non ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI)* pada usia lebih dari 18 tahun dan tidak termasuk dalam kriteria pasien dalam *end of life* dan komplikasi mekanik (*IVS rupture, freewall rupture, chordae rupture*).

**Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* adalah dengan menghitung Jumlah pasien *Infark Miokard Akut* STEMI dan NSTEMI yang pulang dalam keadaan hidup dibagi dengan jumlah pasien *Infark Miokard Akut* dikalikan 100%.

Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien } \textit{Infark Miokard Akut} \text{ STEMI dan NSTEMI yang pulang}}{\text{Jumlah pasien } \textit{Infark Miokard Akut}} \times 100\%$$

**Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Peningkatan jumlah pasien rawat jalan.
2. Pembuatan alur pelayanan pasien yang dicurigai covid dan perawatannya.
3. *Skrining* pasien yang akan dilakukan tindakan non bedah dan rawat inap.
4. Kajian tentang PPK, SPO, dan Early PCI.

5. Monitoring dan verifikasi data mortalitas AMI.

#### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Peningkatan jumlah pasien rawat jalan baik online dan onsite
2. Peningkatan jumlah pasien IGD.
3. Peningkatan kuota pemeriksaan swab PCR pasien yang akan dilakukan tindakan katerisasi.
4. Pasien yang akan dilakukan tindakan sudah melakukan swab PCR.
5. Menyusun PPK, SPO dan early PCI pada pasien AMI
6. Monitoring dan verifikasi data mortalitas AMI

#### **Pencapaian Kinerja**

Capaian tingkat keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* pada tahun 2020 mencapai 92,09% dan telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 91,8%.

#### **Analisa Capaian**

Berdasarkan data pada tabel pencapaian tingkat keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* dibawah ini didapatkan persentase keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* tidak mencapai target pada bulan Mei (90,91%), Agustus (86,76%), November (85,37%) dan Desember (30,31%). Sehingga pada keseluruhan akhir tahun pencapaian indikator keberhasilan perawatan pasien infark miokard akut 92,09% (mencapai target), dimana target tahun 2020 adalah 91,8%.



Tabel 3.3 Pencapaian\_Tingkat Keberhasilan Perawatan Infark Miokard Akut

ACS	JANUARI		FEBRUARI		MARET		APRIL		MEI		JUNI		SMT 1	
	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL
STEMI	72	6	44	3	43	6	34	1	37	6	36	3	296	25
NSTEMI	74	3	43	4	44	1	22	3	29	0	30	1	242	12
TOTAL	146	9	87	7	87	7	56	4	66	6	66	4	508	61
In Hospital Mortality	6,16%		8,05%		8,05%		7,14%		9,09%		6,06%		7,28%	
KEBERHASILAN	93,84%		91,95%		91,95%		92,86%		90,91%		93,94%		92,72%	

ACS	JULI		AGUSTUS		SEPTEMBER		OKTOBER		NOVEMBER		DESEMBER		SMT 2	
	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL	JMLH	MENINGGAL
STEMI	60	4	39	2	31	1	23	1	19	2	30	3	202	13
NSTEMI	26	1	29	7	25	2	21	2	22	4	14	1	137	17
TOTAL	86	5	68	9	56	3	44	3	41	6	44	4	339	30
In Hospital Mortality	5,81%		13,24%		5,36%		6,82%		14,63%		9,09%		8,85%	
KEBERHASILAN	94,19%		86,76%		94,64%		93,18%		85,37%		90,91%		91,15%	

ACS	2020	
	JMLH	MENINGGAL
STEMI	468	38
NSTEMI	379	29
TOTAL	847	67
In Hospital Mortality	7,91%	
KEBERHASILAN	92,09%	

### Permasalahan/Kendala

Kendala yang dihadapi pada indikator kinerja tingkat keberhasilan perawatan *Infark Miokard Akut* diantaranya :

1. Adanya lonjakan jumlah pasien Covid-19 di Indonesia, menyebabkan penurunan jumlah pasien rawat inap. Covid-19 menjadi salah satu faktor pemberat pada pasien yang rentan terinfeksi untuk memperburuk kondisi perawatan pasien.
2. Masih kurang agresifnya tatalaksana pasien dengan NSTEMI sehingga angka kematian pasien NSTEMI masih tinggi.
3. Tidak terkontrolnya kondisi pasien dikarenakan adanya ketakutan pasien akan berkunjung ke Rumah Sakit dan keterbatasan pasien diluar kota untuk datang ke RSJPDHK karena kebijakan PSBB, sehingga banyak

pasien yang mengalami perburukan kondisi sebelum masuk rumah sakit.

4. Peningkatan jumlah pegawai yang terinfeksi Covid-19, menyebabkan kekurangannya tenaga medis baik dokter, perawat, peserta didik, dan lain – lain dalam melakukan pelayanan pasien.
5. Kurang ketatnya skrining pasien Covid-19 bagian penerimaan pasien saat awal pandemi menyebabkan infeksi Covid-19 meningkat di Rumah Sakit. Hal ini dikarenakan adanya keterbatasan jumlah pemeriksaan skrining Covid-19 saat pandemi.

#### **Upaya Pemecahan Masalah**

1. Pembuatan alur *screening* dan pelayanan pasien Covid-19 baik pemeriksaan penunjang, pasien medikal hingga tindakan bedah atau non invasif.
2. Pembuatan PPK tatalaksana kasus dan prosedur khusus pasien Covid-19.
3. Peningkatan jumlah pemeriksaan Covid-19 berupa pembelian alat swab, sehingga jumlah pasien tindakan elektif maupun *emergency* dapat dikerjakan sebanyak mungkin dan secepat mungkin.
4. Peningkatan kepatuhan kriteria pasien NSTEMI berisiko tinggi (*high risk*) dan GRACE *score* > 140 dapat dilakukan Tindakan *Early*PCI setelah melewati *screening* Covid-19 dalam 2x24 jam.
5. Pembuatan protokol terapi pada kasus *Early PCI* yang dilakukan lebih dari 2x24 jam.

#### **a. KPI 5. Kenaikan Jumlah Pelayanan yang Diberikan oleh Rumah Sakit**

##### **Definisi Operasional**

Definisi operasional kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah Sakit yaitu jumlah orang yang menjalani prosedur bedah dan non-bedah

(bedah jantung dewasa, bedah jantung anak, intervensi koroner, aritmia vaskular, intervensi katup, penyakit jantung bawaan).

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit adalah dengan menghitung Jumlah pasien yang dilayani di ruang tindakan (Bedah dan DI-INB) ditahun berjalan.

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Peningkatan jumlah pasien tindakan bedah dan intervensi non bedah anak dan dewasa.
2. Peningkatan kuota pemeriksaan swab PCR pasien.
3. Pemberdayaan area pelayanan.
4. Pelaksanaan program vaksinasi.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Peningkatan jumlah pasien rawat jalan baik online dan onsite.
2. Peningkatan jumlah pasien yang dirujuk untuk tindakan.
3. Meningkatkan kuota pemeriksaan swab PCR.
4. Rekrutment tenaga kesehatan.
5. Melakukan vaksinasi pegawai RSJPDHK

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian Kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit pada tahun 2020 sebesar 7.462. Hal ini belum mencapai target yang diharapkan sebesar 11.700. Kekurangan pencapaian target jumlah pelayanan sebesar 4.238.

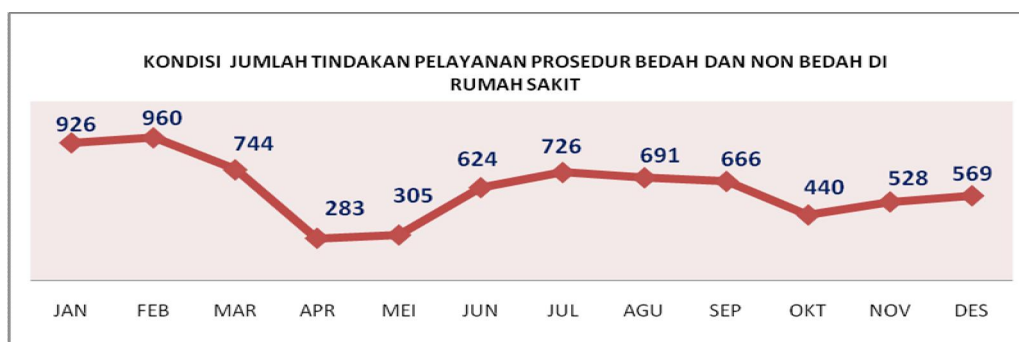
Tabel 3.4 Kenaikan Jumlah Pelayanan yang Diberikan oleh Rumah Sakit

NO	NAMA UNIT	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES	SMTR 1	SMTR 2	TAHUN
1	OK DEWASA	146	136	113	40	53	98	111	92	91	28	54	58	586	434	1.020
2	OK ANAK	92	90	79	32	42	63	77	66	72	49	56	62	398	382	780
3	DI dan INB	670	714	535	207	210	457	527	527	499	361	415	446	2.793	2.775	5.568
4	VASKULAR	18	20	17	4	0	6	11	6	4	2	3	3	65	29	94
	TOTAL	926	960	744	283	305	624	726	691	666	440	528	569	3.842	3.620	7.462
	TARGET															11.700

### Analisa Capaian

Pada tahun 2020 realisasi pencapaian jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit hanya sebesar 7.462 tindakan (64%) dan belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 11.700 tindakan. Pada masa perencanaan target jumlah pelayanan tindakan telah dibuat target optimistik dan pesimis dikarenakan penyesuaian dengan proses pembangunan Gedung perawatan sesuai dengan *Masterplan* 2020 sd 2024. Hal ini tidak memperhitungkan adanya bahaya pandemi Covid-19 di awal tahun 2020 yang berkelanjutan hingga tahun 2021.

Grifik 3.2 Kondisi Jumlah Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit



### Permasalahan/Kendala

1. Adanya badai pandemi Covid-19 yang melanda dunia hingga meningkatkan angka kematian dari seluruh dunia, dan di Indonesia terjadi peningkatan jumlah pasien Covid-19 hingga akhir tahun. Hal ini menjadi perhatian pemerintah untuk menggalakkan kegiatan *social*

*distancing* dengan pembuatan program PSBB dari masing – masing daerah serta adanya ketakutan dari masyarakat untuk berkunjung ke rumah sakit yang mengakibatkan penurunan jumlah pasien tindakan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.

2. Peningkatan jumlah infeksi Covid-19 dari pasien maupun pegawai, sehingga memerlukan perluasan pelayanan isolasi Covid-19 yang disertai dengan penurunan jumlah SDM ahli untuk melakukan tindakan bedah dan intervensi non bedah.
3. Keterbatasannya pemeriksaan skrining dan penunjang Covid-19 yang menyebabkan banyaknya pasien yang mengalami penundaan hingga pembatalan tindakan.
4. Adanya perluasan area pelayanan isolasi Covid-19 dikarenakan lonjakan pasien Covid-19 yang semakin meningkat di Indonesia.
5. Adanya pembangunan gedung yang tetap berjalan sesuai *masterplan* yang telah direncanakan, membuat lahan area pelayanan RSJPDHK berkurang dan adanya pengalihan area pelayanan yang telah direncanakan.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

1. Pembuatan alur skrining dan pelayanan pasien Covid-19 baik pemeriksaan penunjang, pasien medikal hingga tindakan bedah atau non invasif.
2. Pembuatan Panduan Praktik Klinis tatalaksana kasus dan prosedur khusus pasien Covid-19.
3. Peningkatan jumlah pemeriksaan Covid-19 berupa pembelian alat swab, sehingga jumlah pasien tindakan elektif maupun *emergency* dapat dikerjakan sebanyak mungkin dan secepat mungkin.
4. Pemberdayaan seluruh area pelayanan se-optimal mungkin.
5. Melakukan pelayanan poliklinik baik *online* dan *onsite* untuk meningkatkan jumlah pasien tindakan.

6. Dilakukannya proses *recruitment* tenaga medis baik perawat hingga dokter umum untuk siaga Covid-19.
7. Pelaksanaan program vaksinasi Covid-19 untuk seluruh pegawai Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sesuai tahapannya.
8. Penurunan target jumlah pelayanan tindakan tahun 2021 yang disesuaikan dengan jumlah realisasi tahun 2020 pada masa pandemi ini. Diusulkan perubahan target tahun 2021 dari 11.800 tindakan/tahun menjadi 7.500 tindakan/tahun.

## 2. Peningkatan Mutu dan Cakupan Pendidikan dan Pelatihan Kardiovaskular

Sasaran yang ingin dicapai pada Indikator Peningkatan Mutu dan Cakupan Pendidikan dan Pelatihan Kardiovaskular adalah terwujudnya layanan pendidikan dan pelatihan yang ekselen dan membantu meningkatkan kompetensi dalam pelayanan dan riset serta melakukan pendampingan dan pengembangan pelayanan kardiovaskular menuju RS yang profesional dan mandiri bagi RS Jejaring (sesuai SK Menteri Kesehatan). Sasaran strategis ini memuat beberapa indikator kinerja seperti pada tabel berikut :

Tabel 3.5. Sasaran strategis Peningkatan Mutu dan Cakupan Pendidikan dan Pelatihan Kardiovaskular

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
6	Peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar	%	5	-75	Tidak Tercapai
7	Kepuasan Peserta Pendidikan/ Pelatihan	%	90	93	Tercapai

**a. KPI 6. Peningkatan Jumlah Peserta Pelatihan dari Luar**

**Definisi Operasional**

Definisi operasional peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar adalah Persentase peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar RSJPDHK dibanding tahun sebelumnya.

**Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar adalah dengan menghitung Jumlah peserta dari luar tahun ini dikurangi dengan Jumlah peserta pelatihan dari luar tahun sebelumnya dibagi Jumlah peserta pelatihan dari luar pada tahun sebelumnya dikalikan 100%.

Rumus perhitungan :

$$\frac{(\text{Jmlh Peserta dari luar tahun ini} - \text{Jmlh Peserta Pelatihan dari luar tahun sebelumnya})}{\text{Jumlah Peserta pelatihan dari luar pada tahun sebelumnya}} \times 100\%$$

**Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Pelaksanaan pelatihan terakreditasi Keperawatan Kardiovaskular Tingkat Dasar (PKKvTD).
2. Pelaksanaan pelatihan terakreditasi lainnya (EKG, PKKvTL, PALS)

**Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melakukan perubahan metode pembelajaran teori semula Luring (tatap muka) menjadi Daring (virtual tatap muka).
2. Menyusun konversi JPL dalam bentuk skenario dan dilampirkan di kerangka acuan untuk diajukan ke Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (PPSDM Kesehatan).

### **Pencapaian Kinerja**

Pencapaian tahun 2020 jumlah peserta pelatihan dari luar mencapai -75% dari target yang ditetapkan sebesar 5%. Capaian ini sangat jauh dari target yang ditetapkan.

### **Analisa Capaian**

Realisasi jumlah peserta didik pelatihan dari luar dalam hal ini pelatihan terakreditasi tahun 2020 hanya mencapai 48 orang sedangkan pada tahun 2019 mencapai 190 orang. Hal ini mengalami penurunan jumlah peserta dengan persentase sebesar 75%. Penurunan ini dikarenakan pada tahun 2020 terjadi pandemi Covid-19 sehingga kegiatan pendidikan dan pelatihan sementara ditunda/dibatalkan.

### **Permasalahan/Kendala**

Kegiatan praktek lapangan belum dapat dilaksanakan oleh karena di internal RS diatur jumlah tenaga yang bertugas di diklat dengan pertimbangan resiko terpapar Covid-19 dan berkurangnya peserta didik/pelatihan eksternal.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Upaya tindak lanjut yang dapat dilakukan yaitu melakukan perubahan metode pembelajaran teori semula Luring (tatap muka) menjadi Daring (virtual tatap muka), untuk itu perlu dilakukan konsultasi ijin pelaksanaan ke pihak Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (PPSDM Kesehatan).

## **b. KPI 7. Kepuasan Peserta Pendidikan / Pelatihan**

### **Definisi Operasional**

Definisi operasional kepuasan peserta pendidikan/pelatihan yaitu persentase peserta didik (PPDS Jantung dan Pembuluh Darah, BTKV,



peserta pelatihan dari luar) yang menyatakan puas dan sangat puas dalam survey kepuasan proses pendidikan dan pelatihan.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator kepuasan peserta pendidikan/pelatihan adalah dengan menghitung jumlah peserta didik atau pelatihan yang menyatakan puas atau sangat puas dalam survey dibagi dengan Jumlah peserta didik yang disurvei dikalikan 100%.

Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Jmlh peserta didik/pelatihan yang menyatakan puas/ sangat puas dalam survey}}{\text{Jumlah peserta didik yang disurvei}} \times 100\%$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Pelaksanaan evaluasi peserta pelatihan.
2. Pelaksanaan evaluasi fasilitator/pengajar.
3. Pelaksanaan evaluasi penyelenggara pelatihan.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Pengolahan data kepuasan peserta pendidikan/ pelatihan difasilitasi dengan bantuan teknologi informasi.
2. Penyusunan instrumen evaluasi untuk penilaian penyelenggaraan diklat dengan metode Daring.

### **Pencapaian Kinerja**

Pencapaian tahun 2020 kepuasan peserta pendidikan/ pelatihan mencapai 93% dari target yang ditetapkan sebesar 90%.

### **Analisa Capaian**

Realisasi kepuasan peserta pendidikan/pelatihan tahun 2020 melebihi target sebesar 3.18% dengan capaian 93% dari target 90%, yang artinya bahwa

peserta pendidikan/pelatihan merasa puas/sangat puas selama menjalani diklat di RSJPDHK.

### Permasalahan/Kendala

Perhitungan kepuasan peserta didik saat ini yang diperhitungkan baru berupa data evaluasi penyelenggara saja, belum termasuk data evaluasi fasilitator. Hal ini terkendala oleh karena pengolahan data masih manual dan kesulitan dalam pengolahan karena jumlah data fasilitator tiap kegiatan berbeda-beda. Selain itu, untuk kegiatan diklat dengan metode Daring, instrumen penilaian kurang sesuai karena masih berdasarkan metode Luring.

### Upaya Pemecahan Masalah

Adanya permasalahan/kendala tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah antara lain :

1. Pengolahan data kepuasan peserta pendidikan/ pelatihan difasilitasi dengan bantuan teknologi informasi.
2. Penyusunan instrumen evaluasi untuk penilaian penyelenggaraan diklat dengan metode Daring.

## 3. Peningkatan Mutu dan Aksesibilitas Jejaring

Tabel. 3.6 Indikator Kinerja Sasaran Peningkatan Mutu dan Aksesibilitas Jejaring

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
8	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri Tindakan bedah jantung	%	-	-	Tidak ditetapkan Target
9	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri Tindakan non bedah	%	-	-	Tidak ditetapkan Target

**a. KPI 8. Jumlah RS Binaan yang dianggap Mandiri Tindakan Bedah Jantung**

Pada tahun 2020, tidak ditargetkan adanya RS Binaan mandiri tindakan bedah jantung dikarenakan perubahan definisi operasional RS Binaan mandiri serta jumlah tindakan minimal dan adanya proses pembangunan *masterplan* dan pandemi COVID-19.

**b. KPI 9. Jumlah Rumah Sakit Binaan yang Dianggap Mandiri Tindakan non Bedah**

Pada tahun 2020, tidak ditargetkan adanya RS Binaan mandiri tindakan intervensi non bedah dikarenakan adanya proses pembangunan *masterplan* dan adanya pandemi Covid-19.

**4. Pengembangan Inovasi dan Teknologi berbasis Riset**

Tabel 3.7 Sasaran strategis Pengembangan Inovasi dan Teknologi berbasis Riset

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
10	Jumlah Produk Inovasi berbasis Riset	Produk	1	2	Tercapai
11	Jumlah Publikasi International	Buah	12	26	Tercapai

**a. KPI 10. Jumlah Produk Inovasi berbasis Riset**

**Definisi Operasional**

Dalam mencapai sasaran strategis pengembangan Inovasi dan Teknologi berbasis riset salah satu indikator kinerja yang ditetapkan RSJPDHK yakni Jumlah produk inovasi berbasis riset yaitu jumlah luaran/produk inovasi yang dihasilkan dari riset pengembangan. Luaran/produk dapat berupa benda, metoda tindakan atau pengobatan.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator ini adalah dengan menghitung Jumlah produk inovasi baru per tahun (pada tahun berjalan).

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Mengadakan program penelitian pengembangan.
2. Monitoring pelaksanaan produk inovasi berbasis riset.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Menyusun timeline pelaksanaan penelitian pengembangan.
2. Melakukan sosialisasi ke seluruh staf RSJPDHK.

### **Pencapaian Kinerja**

Target jumlah produk inovasi berbasis riset yang ditetapkan pada tahun 2020 sebanyak 1 (satu) produk riset. Pada tahun ini terdapat 2 (dua) produk inovasi berbasis riset namun belum dapat diaplikasikan dikarenakan terkendala adanya pandemi Covid 19. Kedua inovasi tersebut dilakukan oleh staf RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita bekerjasama dengan pihak luar.

### **Analisa Capaian**

Produk inovasi berbasis riset merupakan karya produk ilmiah untuk memperbaiki, meningkatkan dan mengembangkan produk yang selama ini diproduksi oleh pihak luar. Produk ini ini dikembangkan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Tahun 2020 sedang dilakukan 2 (dua) produk riset produk inovasi yaitu Telerobotik TEE dan Kateter Koroner dengan target yang telah ditetapkan 1 (satu) produk riset inovasi.

### **Permasalahan/Kendala**

Kedua produk inovasi berbasis riset saat ini masih dalam proses, adanya pandemi SARS-CoV-2 mengakibatkan terhambatnya kegiatan operasional manufaktur Telerobotik TEE dan bahan baku yang belum tersedia untuk pembuatan Kateter Koroner / STENT.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Pada tahun berikutnya diharapkan proses kedua produk inovasi berbasis riset tersebut dapat berlanjut dan terealisasi sebagaimana yang diharapkan, agar dapat dipublikasikan baik nasional maupun internasional.

## **b. KPI 11. Jumlah Publikasi International**

### **Definisi Operasional**

Indikator kinerja lainnya untuk mencapai sasaran strategis pengembangan inovasi dan teknologi berbasis riset yang ditetapkan RSJPDHK yakni jumlah publikasi international, dengan definisi operasional yaitu jumlah publikasi ilmiah berupa *original research, review, metaanalysis, case, editorial* di jurnal international terindeks *scopus* dengan *author* pegawai RSJPDHK.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator ini adalah dengan menghitung Jumlah publikasi ilmiah per tahun (pada tahun berjalan).

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target, yaitu :

1. Mengadakan program penelitian RUHK (Riset Unggulan Harapan Kita).
2. Mengadakan program penelitian non RUHK.

### **Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target**

Untuk mencapai target maka dilakukan melalui :

1. Penyusunan *timeline* pelaksanaan program penelitian RUHK dan program penelitian Non RUHK.
2. Melakukan sosialisasi program penelitian RUHK dan program penelitian Non RUHK ke seluruh staf RSJPDHK.
3. Melakukan pencatatan dan pelaporan pemenang program penelitian RUHK serta program penelitian non RUHK.
4. Melakukan *update* perkembangan penelitian dan *update* publikasi di jurnal internasional.

### **Pencapaian Kinerja**

Target yang ditetapkan pada tahun 2020 sebanyak 12 publikasi dan terealisasi sebesar 26 publikasi dengan dengan *author* pegawai RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita yang dipublikasikan dalam jurnal internasional.

### **Analisa Capaian**

Karya ilmiah (*scientific paper*) merupakan publikasi tertulis dan diterbitkan, menjelaskan hasil dari *research* penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti dengan memenuhi kaidah dan etika akademik. Tahun 2020 terealisasi 26 hasil penelitian yang dipublikasikan, pencapaian tersebut telah melampaui target yg ditetapkan dengan kelebihan capaian sebesar 14 penelitian yang dipublikasikan dalam jurnal internasional.

### **Permasalahan/Kendala**

Permasalahan / kendala yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain :

1. Terbatasnya proposal yang masuk akibat terkendala pandemi Covid-19.
2. Program penelitian non RUHK yang ditiadakan.
3. Pemeriksaan laboratorium molekuler dan *stem cell* untuk penelitian sementara ditiadakan dan dikhususkan untuk pemeriksaan covid 19.

## Upaya Pemecahan Masalah

Pada tahun berikutnya diharapkan Litbang RSJPDHK mampu mempertahankan dan bahkan meningkatkan jumlah dan kualitas penelitian yang dipublikasikan baik nasional maupun internasional.

## 5. Pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi

Tabel 3.8 Sasaran strategis Pemutakhiran Teknologi Pelayanan dan Teknologi Informasi dan Komunikasi

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
12	Kesesuaian Sarfas dengan Masterplan.	%	100	94,82	Tidak Tercapai
13	Kehandalan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA).	%	65	54	Tidak Tercapai
14	Kumulatif Downtime Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Area Prioritas.	%	<20	1	Tercapai
15	Tingkat Maturitas Sistem Informasi & Komunikasi.	Level	3	3	Tercapai

### a. KPI 12. Kesesuaian Sarfas dengan Masterplan

#### Definisi Operasional

Definisi operasional kesesuaian sarfas dengan *masterplan* yaitu tersedianya fasilitas Sarana dan Prasarana Alat kesehatan (SPA) dengan teknologi yang mutakhir sesuai dengan tahapan *masterplan* 2020-2024

- Bangunan dan Sarana Prasarana : sesuai tahapan *Masterplan*

2020 : *Private Pediatric* 2A (s/d lt.2) finish, struktur 2B.

2021 : *Private Pediatric* 2A dan 2B finish 99%, Pengadaan konsultan perencana desain interior.

2022 : *Test commissioning, Soft Opening Private Pediatric*, Pengadaan Konsultan Perencana Renovasi MB.

2023 : Persiapan semua perizinan renovasi MB.

2024 : Renovasi MB

- Alkes : *Breakdown* pertahun, per ruangan sesuai *Masterplan*
  - 2020 : Peralatan CSSD dan laboratorium
  - 2021 : Peralatan kedokteran Nuklir (MRI, MSCT, Gamma Camera)
  - 2022 : Peralatan *Central Operating Theatre* (MOT, Pendant, Lampu Operasi); Peralatan Cath Lab (MOT) dan Cath Lab Hybrid (MOT, Angiografi, Pendant, Lampu Operasi, Heart Lung Machine).
  - 2023 : Peralatan ICU *Private*, CVCU *Private*, IWM *Private*, IWS *Private*, RR VVIP dan VIP Pendant, Ventilator, T.Tidur, CVVH, Echocardiography, IABP.
  - 2024 : Peralatan *Cathlab Emergency* (MOT, Angiography, Pendant), Peralatan Bedah *Emergency* (MOT, Pendant, Lampu Operasi, Heart Lung Machine, Ventilator Anestesi), Radiologi *Emergency* (MSCT, X-Ray); Hemodialisa.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator kesesuaian sarfas dengan *Masterplan* adalah dengan menghitung realisasi pemenuhan fasilitas sarana dan prasarana alat kesehatan (SPA) dibagi dengan perencanaan sesuai *Masterplan* dikali 100%  
Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Realisasi pemenuhan fasilitas sarana dan prasarana Alat Kesehatan (SPA)}}{\text{Perencanaan sesuai } \textit{Masterplan}} \times 100\%$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Menyusun standarisasi sarana dan prasarana alat kesehatan (SPA) tahun berjalan.
2. Melakukan evaluasi dan analisa kelengkapan data primer dan sekunder saat penyusunan RBA.



### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melakukan usulan perencanaan dengan berkoordinasi pada unit terkait.
2. Melakukan monitoring/pemantauan realisasi penggunaan anggaran sesuai RBA
3. Monitoring *updating* data pengelolaan sistem informasi perencanaan.

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian target indikator kesesuaian sarfas dengan *Masterplan* tahun 2020 sebesar 94,82%. Hal ini tidak mencapai target yg ditetapkan sebesar 100%.

### **Analisa Capaian**

Tidak tercapainya target indikator kesesuaian sarfas dengan *Masterplan* tahun 2020 disebabkan karena adanya pengadaan alat yang dibatalkan atau perlu disesuaikan dengan standart yang dibutuhkan terkait adanya pandemi Covid-19.

### **Permasalahan/Kendala**

Adanya pandemi Covid 19 menjadi salah satu kendala penyebab tidak tercapainya indikator Kesesuaian Sarfas dengan masterplan sehingga pengadaan sarana dan fasilitas yang telah direncanakan menjadi tertunda bahkan dibatalkan. Pada tahun 2020 merupakan tahun ke 3 (tiga) dari tahapan pembangunan Gedung *Private and Pediatric Cardiology Wing* yang dilaksanakan secara *multiyears* yang sudah di mulai sejak tahun 2018. Pelaksanaan Pembangunan Gedung *Private Pediatric Cardiology Wing* dibagi kedalam 2 (dua) tahap yakni tahap 2A dan tahap 2B. Pada tahun 2020 dari bulan Januari 2020 sampai dengan bulan Desember 2020 progress pekerjaan tahap 2A sudah mencapai 41,77 % dengan rincian pekerjaan : Pekerjaan Persiapan 1,117 % ; Pekerjaan Tanah & Struktur 29,159 % ; Pekerjaan Arsitektur & Facade 2,579% ; Pekerjaan MEP 5,763 % ; Pekerjaan Migrasi 0,653% ; Pekerjaan Migrasi Mekanikal & Elektrikal 2,206%.

Dari hasil progres pekerjaan tersebut diperoleh deviasi pekerjaan sebesar (-1,719%). Keterlambatan tersebut dikarenakan kendala-kendala yang terdapat dilapangan, antara lain:

1. Meningkatnya curah hujan pada awal tahun 2020 (Bulan Januari-Februari).
2. Terjadinya pandemi Covid-19 pada awal bulan Maret 2020 sampai dengan saat ini.
3. Keterbatasan lokasi / area pabrikasi pekerjaan *bekisting*.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Upaya tindak lanjut dalam mengatasi kendala antara lain :

1. Melakukan koordinasi lebih intens dengan pihak-pihak terkait untuk percepatan realisasi pengadaan SPA.
2. Mengusulkan solusi alternatif spesifikasi yang lebih ekonomis namun tidak mengurangi kualitas standar SPA yang dibutuhkan.
3. Melakukan pengawasan dan evaluasi *schedule* pekerjaan pembangunan masterplan agar capaian sesuai target.

### **b. KPI 13. Keandalan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA)**

#### **Definisi Operasional**

Dalam mencapai sasaran strategis pemutakhiran teknologi pelayanan salah satu indikator kinerja yang ditetapkan RSJPDHK yakni keandalan Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA). Keandalan fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA) adalah menghitung besaran OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) sesuai *Best Practice* yang mencakup Ketersediaan (Ke), Kinerja (Ki) dan Kualitas (Ku).

### Cara Perhitungan

Cara mengukur kehandalan fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA) adalah dengan menghitung besaran OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) dengan menggunakan rumus :  $OEE = Ke \times Ki \times Ku$

$$Ke = \frac{Available\ time - (downtime + waiting\ time)}{Available\ time} \times 100\%$$

- *Available time* merupakan waktu lamanya peralatan dihidupkan sampai dimatikan.
- *Downtime* adalah waktu lamanya peralatan tidak dapat digunakan/ dioperasikan.
- *Waiting Time* merupakan waktu tunggu dalam pergantian antar pasien

$$Ki = \frac{Actual\ output}{Target\ Output} \times 100\%$$

- *Actual output* merupakan banyaknya pasien yang ditangani
- *Target output* merupakan target pasien yang ditentukan berdasarkan kinerja alat maupun target yang ingin dicapai

$$Ku = \frac{Good\ Output}{Actual\ Output} \times 100\%$$

- *Good output* adalah hasil pemeriksaan/ tindakan yang berkualitas
- *Actual Output* merupakan banyaknya pasien yang ditangani

Inklusi :

- Sarana prasarana alat kesehatan : Cathlab, Nuklir, Radiologi.

### Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Mendorong pelayanan untuk meningkatkan jumlah tindakan agar utilitasi alat / kinerja alat dapat mencapai target sesuai dengan kemampuan produksi alat.
2. Melakukan inspeksi dan *preventif maintenance* untuk mengetahui masalah sedini mungkin agar dapat dilakukan perbaikan sebelum terjadi kerusakan sehingga *downtime* alat medik dapat diminimalisir.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melakukan kegiatan inspeksi dan *preventive maintenance* bersama dengan principle alat medik agar *performance* atau ketersediaan dapat terjaga dengan baik.
2. Kontrak *service* pemeliharaan dengan *principle* dengan indikator mutu kontrak *up time commitment warranty* 95%.

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian target indikator kinerja kehandalan fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA) tahun 2020 sebesar 54%. Hal ini tidak mencapai target yg ditetapkan sebesar 65%.

### **Analisa Capaian**

Tidak tercapainya target indikator ini secara garis besar bukan dikarenakan kurang atau tidak handalnya fasilitas SPA yang ada namun dikarenakan adanya pandemi Covid 19. Target capaian tahun ini dapat tercapai jika diikuti dengan perubahan standar kinerja (Ki) pada SPA yang ada.

### **Permasalahan/Kendala**

Terjadinya pandemi Covid 19 merupakan kendala terbesar yang berdampak pada penurunan jumlah tindakan sehingga kinerja atau utilisasi SPA mengalami penurunan termasuk diantaranya tindakan katerisasi (Cathlab), radiologi dan kardiologi nuklir. Penurunan utilisasi ini berdampak pada rendahnya tingkat efektifitas penggunaan dan pemanfaatan alat medik (OEE).

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Meningkatkan koordinasi dengan meyakinkan kepada unit-unit pelayanan bahwa *availability*/ketersediaan SPA dalam menunjang kegiatan pelayanan terjamin kehandalannya seiring dengan telah dilakukannya upaya revitalisasi peralatan medik. Peningkatan jumlah tindakan terus diupayakan dengan

mengikuti protokol kesehatan yang telah ditetapkan, sehingga diharapkan akan meningkatkan kembali *performance* kinerja kehandalan SPA.

c. **KPI 14. Kumulatif *Downtime* Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Area Prioritas**

**Definisi Operasional**

Kumulatif *downtime* fasilitas sarana dan prasarana alat kesehatan di area prioritas yaitu :

- Terganggunya sarana dan prasarana alat kesehatan yang mengganggu pelayanan di area prioritas, yaitu dari waktu alat rusak hingga dapat digunakan kembali (tanpa ada *backup*)
- Area prioritas meliputi : Bedah Jantung Dewasa, Bedah Jantung Pediatrik, dan Cath Lab.
- Fungsi yang dinilai : kerusakan alat medis, sistem kelistrikan dan tata udara di area prioritas.

**Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator kumulatif *downtime* Fasilitas SPA adalah dengan menghitung jumlah *downtime* fasilitas dibagi jumlah waktu aktif seharusnya dikalikan 100%

Rumus menghitung :

$$\frac{\text{Jumlah } \textit{downtime} \text{ fasilitas}}{\text{Jumlah waktu aktif seharusnya}} \times 100\%$$

**Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target dengan melakukan inspeksi dan *preventif maintenance* untuk mengetahui masalah sedini mungkin agar dapat dilakukan perbaikan sebelum terjadi kerusakan sehingga *downtime* alat medik dapat diminimalisir.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Kontrak *service* pemeliharaan dengan *principle* dengan indikator mutu kontrak *up time commitment warranty* 95%.
2. Menyediakan suku cadang strategis untuk support kebutuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) agar apabila terjadi kerusakan dapat dilakukan perbaikan secepat mungkin.

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian target indikator kinerja kumulatif *downtime* Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Area Prioritas tahun 2020 sebesar 1%. Hal ini mencapai target yg ditetapkan < 20%.

### **Analisa Capaian**

Pada tahun 2020 capaian indikator kinerja kumulatif *downtime* fasilitas SPA di area prioritas (Bedah Jantung Dewasa, Bedah Jantung Pediatrik dan Cath Lab) dibawah batas toleransi 20% sehingga mencapai target yang ditetapkan.

### **Permasalahan/Kendala**

Kondisi sarana prasarana dan alat kesehatan (SPA) yang sudah cukup lama merupakan salah satu kendala dimana hal ini terdapat risiko probabilitas / kemungkinan kerusakan cukup tinggi.

### **Upaya Pemecahan masalah**

Mempertahankan kegiatan-kegiatan inspeksi dan *preventive maintenance* pada peralatan-peralatan yang memiliki risiko tinggi, sehingga kerusakan dapat diidentifikasi sedini mungkin atau sebelum terjadi *downtime* serta meningkatkan koordinasi dengan pihak-pihak terkait sehubungan saat ini masih berlangsungnya proses pembangunan *masterplan*.

#### **d. KPI 15. Tingkat Maturitas Sistem Informasi dan Komunikasi**

##### **Definisi Operasional**

Dalam mencapai sasaran strategis pemutakhiran teknologi pelayanan salah satu indikator kinerja yang ditetapkan RSJPDHK yakni Tingkat Maturitas Sistem Informasi dan Komunikasi yang merupakan indikator menilai seberapa jauh tingkat/ *level* yang sudah dicapai RSJPDHK terkait maturitas sistem informasi RS pada tahun 2020 berdasarkan IS4H *Maturity*(WHO).

##### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur tingkat Maturitas Sistem Informasi dan Komunikasi yang ada di RSJPDHK dengan komponen penilaian :

1. Manajemen Data teknologi informasi.
2. Tatakelola Teknologi Informasi.
3. Manajemen penyebaran pengetahuan
4. Inovasi dan keberlanjutan.

Perhitungan level sesuai panduan IS4H *Maturity*(WHO).

##### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target, yaitu :

1. Integrasi sistem informasi dan data rumah sakit.
2. Pengembangan program untuk meningkatkan kemudahan pelayanan dan akses pelanggan dan layanan berbasis digital/ *virtual*,
3. Program *maintenance* dan keamanan sistem informasi.
4. Peningkatan tata kelola Teknologi Informasi

##### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

Untuk mencapai target maka dilakukan melalui :

1. Melakukan pembaharuan/ *updating* terhadap aplikasi/fitur aplikasi tata kelola yang berkaitan dengan pemenuhan standar pada IKT dan standar maturitas TI.

2. Melakukan pengembangan dan sosialisasi aplikasi untuk meningkatkan aksesibilitas sistem informasi bagi pengguna.
3. Melakukan sosialisasi dan pendampingan dalam proses implementasi aplikasi.
4. Melakukan kontrak dengan pihak ketiga terkait pemeliharaan sistem data center dan pengadaan perangkat keras.
5. Melakukan penyelenggaraan operasional dan bantuan teknis kepada pengguna.

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian indikator kinerja Tingkat Maturitas Sistem Informasi dan Komunikasi tahun 2020 yaitu *level* 3 (tiga) dan telah mencapai/sesuai dengan target yang ditetapkan

### **Analisa Capaian**

Pencapaian target dari indikator kinerja Tingkat Maturitas Sistem Informasi dan Komunikasi sudah sesuai dengan yang diharapkan yakni mencapai *level* 3 (tiga), walaupun masih ada beberapa standarisasi yang belum jelas dikarenakan banyaknya area penilaian yang cukup kompleks.

### **Permasalahan/Kendala**

Masih terbatasnya kompetensi sumber daya manusia dan kemampuan teknologi informasi baik infrastruktur perangkat pengolah data yang tersedia dan belum ada standarisasi data di tingkat nasional yang bisa dijadikan acuan dalam pengembangan sistem informasi kesehatan.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Melakukan pengembangan sistem dan inovasi di bidang teknologi informasi dan komunikasi yang berkelanjutan dan komprehensif serta meningkatkan



kapasitas pada semua aspek area penilaian sehingga tercapai target yang ditetapkan.

## 6. Peningkatan Kualitas SDM

Tabel 3.9 Sasaran strategis Peningkatan Kualitas SDM

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
16	Pegawai yang menjalani Pendidikan/pelatihan di Luar Negeri.	Orang	5	2	Tidak Tercapai
17	Pegawai yang memenuhi training 20 JPL.	%	95	98	Tercapai

### a. KPI 16. Pegawai yang Menjalani Pendidikan/Pelatihan di Luar Negeri.

#### Definisi Operasional

Definisi operasional indikator ini yaitu Jumlah pegawai yang menjalani pendidikan / pelatihan di luar negeri dan mendapat sertifikat kompetensi dalam setahun (tahun 2020)

#### Cara Perhitungan

Formulasi yang digunakan yaitu Jumlah pegawai yang menjalani Pendidikan/pelatihan di luar negeri dan mendapat sertifikat kompetensi.

#### Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target

1. Menyusun rencana kebutuhan Pendidikan/pelatihan yang diusulkan dari unit kerja terkait.
2. Menyusun usulan rencana anggaran untuk pelaksanaan kegiatan Pendidikan/pelatihan pegawai.
2. Evaluasi pelaksanaan kegiatan.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melihat kembali data jadwal pelatihan luar negeri.
2. Mengkoordinasikan ke kepala unit terkait mengenai peserta yang akan mengikuti pelatihan luar negeri sesuai dengan jadwal yang direncanakan.

### **Pencapaian Kinerja**

Pencapaian indikator kinerja Pegawai yang menjalani Pendidikan/Pelatihan di luar negeri tahun 2020 hanya sebanyak 2 orang dan tidak mencapai target yang ditetapkan yaitu 5 orang.

### **Analisa Capaian**

Target jumlah pegawai yang menjalani Pendidikan/Pelatihan di luar negeri tahun 2020 hanya mencapai 2 orang atau sebesar 40%, yaitu dr. Panji Utomo Sp. BTKV dan dr. Susetyo Atmojo, Sp. Jp. Mengalami kekurangan jumlah peserta sebanyak 3 orang atau 60%. Adapun pegawai yang batal menjalani pendidikan/pelatihan diluar negeri tahun 2020 yang sudah direncanakan yaitu telah terprogram 2 (dua) orang Staf Medik dr. Sisca Natalia dan dr. Dian Kesumarini dan 1 (satu) orang Perawat Ariwijayanti (Taiwan) dibatalkan karena Pandemi Covid-19 padahal telah terprogram.

### **Permasalahan/Kendala**

Faktor penyebab tidak tercapainya target kinerja indikator ini dikarenakan adanya pandemi Covid-19 sehingga pegawai yang sudah dijadwalkan/direncanakan untuk menjalani pendidikan/pelatihan di luar negeri menjadi dibatalkan.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Upaya tindak lanjut untuk mengatasi permasalahan dengan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan pihak penyelenggara mengenai kemungkinan adanya penjadwalan kembali di tahun berikutnya.

## **b. KPI 17. Pegawai yang Memenuhi Training 20 JPL**

### **Definisi Operasional**

Definisi operasional indikator ini yaitu Persentase pegawai yang menjalani diklat minimal 20 JPL dalam tahun berjalan.

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur untuk capaian pegawai yang memenuhi *training* 20 JPL adalah dengan menghitung jumlah pegawai yang menjalani diklat minimal 20 JPL dibagi dengan jumlah seluruh pegawai dikalikan 100%.

Rumus menghitung :

$$\frac{\text{Jumlah Pegawai yang menjalani diklat minimal 20 JPL}}{\text{Jumlah seluruh pegawai}} \times 100\%$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Menyusun rencana kebutuhan Pendidikan/pelatihan yang diusulkan dari unit kerja terkait.
2. Menyusun usulan rencana anggaran dan kegiatan Pendidikan/pelatihan pegawai.
3. Menyusun rancangan kebijakan program diklat

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melaksanakan kegiatan diklat sesuai program yang telah ditetapkan.
2. Melakukan koordinasi dengan pihak luar RS dan unit terkait dalam pelaksanaan kegiatan diklat RS.
3. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan yang telah dilaksanakan dan diikuti oleh peserta internal maupun eksternal RS.

### **Pencapaian Kinerja**

Pencapaian indikator kinerja Pegawai yang Memenuhi Training 20 JPL tahun ini sebesar 98% dan telah melampaui target yang ditetapkan 95%.

### **Analisa Capaian**

Pada tahun 2020 jumlah pegawai yang menjalani diklat 20 JPL sebanyak 1,699 orang (98%) dari 1736 pegawai secara keseluruhan, Selama pandemi Covid-19 kegiatan pelatihan pegawai yang menjalani training 20 JPL dengan metode pembelajaran jarak jauh sehingga dapat mencapai target yang ditetapkan.

### **Permasalahan/Kendala**

Adanya pandemi Covid 19 mengakibatkan Institusi Pelatihan tidak menerima pelatihan tatap muka sehingga banyak jenis pelatihan yang dibatalkan atau ditunda. Selain itu banyaknya pegawai terpapar Covid-19 yang harus menjalani perawatan/isolasi mandiri, sehingga unit kekurangan tenaga dan mengakibatkan sulitnya menugaskan stafnya untuk mengikuti pelatihan.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Mengadakan pelatihan secara *online* jarak jauh, walaupun hal ini masih dirasakan kurang efektif dalam peningkatan keterampilan pegawai. Di tahun 2021 direncanakan pelaksanaan pelatihan dengan metode *blended learning* apabila dibutuhkan, yaitu teori disampaikan secara jarak jauh dan bila kondisi sudah memungkinkan dapat dilakukan tatap muka dengan menerapkan protokol kesehatan ketat.

## **7. Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola**

Untuk mengukur keberhasilan sasaran strategis Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola digunakan dua indikator sebagai berikut:

Tabel 3.10 Sasaran Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
18	Skor GCG BLU	%	95	96,45	Tercapai
19	Efektifitas Biaya Pegawai	%	80	101,88	Tercapai

**a. KPI 18. Skor GCG BLU**

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagai rumah sakit Pemerintah dituntut untuk menerapkan praktik pengelolaan pemerintahan yang baik (*good corporate governance*). Oleh karena itu manajemen memilih skor GCG sebagai salah satu indikator untuk mengukur pencapaian sasaran Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola.

**Definisi Operasional**

Definisi operasional indikator Skor GCG BLU adalah Nilai persentase dari *Good Corporate Governance*

**Cara Perhitungan**

Cara mengukur indikator ini dengan menggunakan metode Assesment GCG BLU. Pengukuran dilaksanakan 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.

**Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penelusuran dokumen implementasi GCG.

### Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Mengumpulkan bukti-bukti pelaksanaan unsur-unsur GCG dari unit kerja yang melaksanakan kegiatan yg terkait GCG.

### Pencapaian Kinerja

Capaian skor *Good Corporate Governance (GCG)* Tahun 2020 sebesar 96,45% dan telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 95%. Hal ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta telah dikelola dengan baik.

### Analisa Capaian

Pada tahun 2020, dalam penilaian GCG terdapat beberapa unsur yang menjadi penilaian diantaranya sebagai berikut

Tabel 3.11 Penilaian Skor GCG

No	Unsur GCG	Jumlah Parameter	Skor Maksimal	Capaian	Persentase Capaian
1	Hak dan Kewajiban Pemilik	24	24	24	100,00%
2	Kebijakan GCG	10	10	9,67	96,67%
3	Penerapan GCG				
	1. Dewan Pengawas	37	37	34,25	92,57%
	2. Direksi	40	40	39,50	98,75%
	3. Komite Medik	10	10	10	100,00%
	4. SPI	10	10	10	100,00%
	5. Kehumasan RS	6	6	5,25	87,50%
4	Pengungkapan Informasi ( <i>Disclosure</i> )	5	5	4,93	98,60%
5	Komitmen	10	10	9,00	90,00%
	Jumlah	152	152	146,60	96,45%

### **Permasalahan/Kendala**

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain :

1. Pedoman GCG yg digunakan masih mengacu pada Pedoman GCG yg diterbitkan oleh Menteri BUMN.
2. Respon auditee masih lambat pada proses pengumpulan dokumen implementasi GCG.

### **Usulan Pemecahan Masalah**

Untuk mencapai target maka dilakukan melalui :

1. Membuat usulan ( proposal ) Penyusunan Pedoman GCG RSJPDHK.
2. Perlu dukungan manajemen untuk mempercepat/meningkatkan kecepatan respon terhadap permintaan keterangan /data dari unit terkait.
3. Perlu dukungan manajemen untuk mempercepat/meningkatkan kepatuhan terhadap peraturan dan kebijakan yang berlaku.

## **b. KPI 19. Efektivitas Biaya Pegawai**

### **Definisi Operasional**

Efektivitas biaya pegawai adalah ratio pertumbuhan jumlah pendapatan dibandingkan dengan pertumbuhan jumlah biaya pegawai (gaji, insentif, diklat/latbang).

### **Cara Perhitungan**

Cara mengukur Efektivitas Biaya Pegawai dengan menghitung Perubahan pendapatan dalam satu tahun dibagi Perubahan Biaya Belanja Pegawai dalam satu tahun. Data menggunakan perbandingan laporan realisasi antara perubahan pendapatan dan perubahan belanja pegawai pada tahun laporan dengan tahun sebelumnya. Pendapatan yang dimaksud adalah jumlah Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) yang diperoleh selama tahun

laporan dan tahun sebelumnya, sedangkan Belanja Pegawai adalah jumlah Belanja Pegawai yang dibayarkan di tahun laporan dan tahun sebelumnya.

Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Perubahan pendapatan dalam 1 tahun}}{\text{Perubahan Biaya Belanja Pegawai dalam 1 tahun}}$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target dengan melakukan penyesuaian belanja pegawai (remunerasi) dan efisiensi biaya diklat/latbang dengan melalui metoda *e-learning*.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

1. Melakukan monitor dan evaluasi terhadap usulan lembur pegawai.
2. Melakukan monitor dan evaluasi terhadap usulan penilaian BS (Baik Sekali) pegawai.
3. Melakukan monitor dan evaluasi terhadap rencana pemenuhan kebutuhan pegawai.
4. Penyetaraan penilaian kinerja.

### **Pencapaian Kinerja**

Capaian indikator kinerja Efektivitas Biaya Pegawai tahun 2020 yaitu sebesar 101,88% dan telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 80%.

### **Analisa Capaian**

Pada tahun 2020 dicapai jumlah Pendapatan (PNBP) sebesar Rp. 696.989.839.238,- dan tahun 2019 sebesar Rp. 807.239.474.789,- sehingga capaian PNBP tahun 2020 hanya sebesar 86,34% dari PNBP tahun 2019. Untuk Belanja Pegawai tahun 2020 adalah sebesar Rp. 258.141.784.318,- dan tahun 2019 sebesar Rp. 304.606.706.872,-, sehingga realisasi Belanja Pegawai tahun 2020 hanya sebesar 84,75% dari realisasi



Belanja Pegawai tahun 2019. Dengan demikian capaian indikator Efektivitas Biaya Pegawai tahun 2020 sebesar 101,88% ( 86,34% dibagi dengan 84,75%). Capaian indikator Efektivitas Biaya Pegawai diatas 100% menunjukkan biaya pegawai sudah dimanfaatkan secara efektif dengan tingkat efisiensi sebesar 1,88% ( 101,88% dikurangi 100%).

Tabel 3.12 Efektifitas Biaya Pegawai Tahun 2020

NO	BULAN	REALISASI PENDAPATAN		REALISASI BELANJA PEGAWAI	
		2019	2020	2019	2020
1	JANUARI	75.082.998.594	14.615.011.042	22.267.100.934	21.746.824.755
2	FEBRUARI	59.112.965.544	133.185.362.998	21.683.879.818	21.114.543.574
3	MARET	55.178.866.305	67.594.910.524	23.509.925.394	21.013.746.592
4	APRIL	120.209.909.069	57.224.883.165	22.075.772.828	21.292.925.359
5	MEI	75.793.142.098	55.680.759.204	38.285.256.161	22.100.175.308
6	JUNI	11.550.042.063	74.458.015.408	22.096.632.542	20.180.921.287
7	JULI	68.086.506.697	32.999.937.808	32.204.806.886	19.428.864.027
8	AGUSTUS	20.293.347.882	41.362.229.069	23.152.637.779	25.850.331.331
9	SEPTEMBER	66.517.160.741	61.780.909.915	23.555.424.049	19.856.296.225
10	OKTOBER	46.798.556.055	46.445.566.668	22.535.324.511	19.892.177.089
11	NOVEMBER	137.928.491.896	51.120.858.078	23.464.413.186	20.331.809.482
12	DESEMBER	70.687.487.845	60.521.395.360	29.775.532.784	25.333.169.289
TOTAL		807.239.474.789	696.989.839.239	304.606.706.872	258.141.784.318

Perubahan Pendapatan tahun 2020 dari tahun 2019	=	86,34%
Perubahan Belanja Pegawai tahun 2020 dari tahun 2019	=	84,75%
Capaian Indikator Efektifitas Biaya Pegawai	=	101,88%

### Permasalahan/Kendala

Dalam upaya mencapai target tersebut terdapat beberapa kendala, diantaranya :

1. Komitmen unit kerja terhadap pengajuan lembur sesuai ketentuan yang masih kurang.
2. Komitmen unit kerja dalam memberikan penilaian kinerja pegawai sesuai target dan capaian masih kurang.
3. Monitor dan evaluasi / komitmen unit kerja dalam pendayagunaan pegawai secara efektif dengan mempertimbangkan penggunaan teknologi dalam penyelesaian tugas sehari-hari yang masih kurang.

## Upaya Pemecahan Masalah

Upaya pemecahan masalah terhadap permasalahan / kendala diantaranya :

1. Sosialisasi dan koordinasi terus menerus dengan unit kerja terkait ketentuan lembur dan pedoman penilaian kinerja pegawai.
2. Monitor dan evaluasi serta koordinasi yang instensif terkait kebutuhan pemenuhan tenaga unit kerja serta mendorong unit kerja untuk mendayagunakan teknologi dalam melakukan tugas sehari-hari.

## 8. Efektivitas Anggaran

Untuk mengukur keberhasilan sasaran strategis Efektivitas Anggaran digunakan indikator kinerja rasio pendapatan operasional terhadap biaya operasional (POBO).

Tabel 3.13 POBO (Pendapatan Operasional / Belanja Operasional)

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
20	POBO	%	80	84,43	Tercapai

### a. KPI 20. Ratio POBO (Pendapatan Operasional / Belanja Operasional)

#### Definisi Operasional

Perbandingan antara pendapatan PNBPN yang terdiri dari imbalan barang atau jasa, hibah, kerjasama, dan lain-lain tidak termasuk pendapatan dari APBN, dengan biaya operasional yang terdiri dari belanja pegawai, belanja barang dan sumber lainnya yang berasal dari APBN dan PNBPN.

#### Cara Perhitungan

Cara mengukur ratio POBO adalah dengan menghitung Jumlah Pendapatan BLU dibagi dengan (Jumlah Biaya Operasional dikurangi dengan Biaya Penyusutan).

Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Pendapatan BLU}}{\text{Biaya Operasional-Biaya Penyusutan}} \times 100\%$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Membuka layanan baru *External Counter Pulsation (ECP)* sebagai layanan yang melengkapi jenis pelayanan kasus penyakit jantung.
2. Percepatan proses klaim pasien JKN dan pasien Covid-19.
3. Efisiensi biaya operasional rumah sakit.

### **Upaya yang dilakukan untuk mencapai target**

1. Melakukan inovasi dalam layanan baru.
2. Menambah layanan unggulan, ECP di Instalasi Rehabilitasi Medik.
3. Melakukan efisiensi biaya di semua unit kerja.
4. Selektif dalam pengadaan barang dan jasa terutama untuk BMHP / persediaan obat dan alkes.
5. Penyesuaian belanja pegawai (remunerasi).
6. Melakukan refocusing anggaran secara internal.

### **Pencapaian Kinerja**

Perhitungan dengan menggunakan data Laporan Keuangan Unaudited tahun 2020 dengan nilai Pendapatan BLU tahun 2020 sebesar Rp. 538.025.223.418 dan besarnya Biaya Operasional Rp. 708.649.854.542,- setelah dikurangi Biaya Penyusutan Rp. 71.423.086.949,- yaitu Rp. 637.226.767.593,-

Capaian Indikator kinerja POBO (Pendapatan Operasional/Belanja Operasional) tahun 2020 sebesar 84,43%, kondisi ini telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 80%.

### **Analisa Capaian**

Rasio POBO menggambarkan kemampuan rumah sakit untuk membiayai kegiatan pelayanan kepada masyarakat dengan menggunakan pendapatan yang berasal dari hasil pelayanan tersebut. Pencapaian POBO sebesar 84,43% dapat terwujud dimasa pandemi Covid-19 ini melalui upaya pengendalian biaya yang ketat disaat pendapatan mengalami penurunan. Namun dibandingkan tahun sebelumnya capaian POBO tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 15,92% dari capaian POBO tahun 2019 yang berhasil mencapai 100,35%. Meskipun demikian capaian POBO yang dihasilkan pada tahun 2020 telah melebihi target yang ditetapkan secara nasional dalam Perdirjen Perbendaharaan nomor 24 tahun 2018 sebagai elemen indikator pengukur tingkat Kesehatan BLU, dimana skor maksimal dapat dihasilkan jika POBO mencapai > 65%.

### **Permasalahan/Kendala**

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain :

1. Adanya pengadaan barang dan jasa yang tidak terduga dikarenakan adanya pandemi Covid 19 sehingga meningkatnya biaya operasional.
2. Menurunnya volume/jumlah layanan disebabkan pandemi Covid-19 yang salah satu indikatornya capaian BOR tahun 2019 mencapai 66,43% sedangkan di tahun 2020 BOR hanya sebesar 50,67%, sehingga berdampak pada menurunnya pendapatan rumah sakit.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Dari permasalahan yang ada pada tahun 2020, maka upaya pemecahan masalah yang dilakukan antara lain :

1. Melakukan perencanaan yang lebih matang terhadap kebutuhan barang dan jasa dengan memperhitungkan kemungkinan terjadinya kondisi darurat.

2. Meningkatkan volume layanan dengan memperhatikan protokol kesehatan yang diperlukan untuk melindungi pasien dan tenaga Kesehatan.
3. Melakukan berbagai inovasi dalam layanan (Poliklinik online, penyelenggaraan diklat secara daring/webinar).
4. Melakukan *refocusing* anggaran secara internal dengan hanya melaksanakan kegiatan yang menjadi prioritas dimasa pandemi Covid-19.
5. Meningkatkan efisiensi disemua lini biaya,

## 9. Valuable Investment

Indikator kinerja yang dipilih manajemen dalam mengukur keberhasilan sasaran strategis *Valuable Investment*, yaitu *Return on Investment (ROI)*. Dengan *ROI* dapat diketahui hasil/ *return* atas jumlah aset tetap yang digunakan.

### a. KPI 20. ROI (*Return on Investment*)

Tabel 3.14 ROI (*Return on Investment*)

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
21	ROI	%	4	3,37	Tidak Tercapai

### Definisi Operasional

Rasio yang menunjukkan hasil *return* atas jumlah aset tetap yang digunakan. Surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian lain-lain adalah surplus/defisit tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN. Total aset tetap adalah nilai buku aset tetap tanpa memperhitungkan konstruksi dalam pengerjaan.

### Cara Perhitungan

Cara mengukur *Return on Investment (ROI)* adalah dengan menghitung Surplus sebelum Pos Keuntungan / Kerugian lain-lain dibagi Total aset tetap dikali 100%.

Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Surplus sebelum Pos Keuntungan / Kerugian lain-lain}}{\text{Total Aset Tetap}} \times 100 \%$$

### **Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target**

Untuk mencapai target ROI yang ditetapkan, RSJPDHK melakukan optimalisasi penggunaan aset tetap yang sudah ada dan menghapuskan aset yang sudah tidak digunakan/rusak serta mengendalikan biaya operasional.

### **Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target**

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target ROI tahun 2020 antara lain :

1. Melakukan inventarisasi aset guna mengidentifikasi aset yang masih berfungsi dan tidak berfungsi.
2. Mengajukan usulan daftar aset tetap yang sudah tidak berfungsi untuk proses penghapusan dengan instansi terkait.

### **Pencapaian Kinerja**

Realisasi ROI tahun 2020 sebesar 3,37% di dapat dari pendapatan operasional tahun 2020 sebesar Rp. 82.953.029.797 terhadap total aset tetap sebesar Rp. 2.459.864.104.691 oleh karenanya realisasi ROI tidak tercapai diakhir tahun ini dari target sebesar 4%.

### **Analisa Capaian**

Perhitungan ROI dengan menggunakan data laporan keuangan tahun 2020 dengan membandingkan *surplus* operasional tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN tahun 2020 menjadi sebesar Rp. 82.953.029.797 dibagi dengan total aset tetap tanpa memperhitungkan kontruksi dalam pekerjaan menjadi sebesar Rp. 2.459.864.104.691. Capaian ROI yang hanya 3,37% dan tidak mencapai target di tahun 2020, dikarenakan

menurunnya pendapatan operasional karena pembatasan layanan dimasa pandemi dan pengadaan barang modal yang dibutuhkan untuk penanganan pandemi COVID-19.

### **Permasalahan/Kendala**

Permasalahan/kendala yang dihadapi oleh rumah sakit diantaranya :

1. Menurunnya volume pelayanan hingga 30% dibandingkan tahun sebelumnya.
2. Adanya pengadaan barang dan jasa yang tidak terduga dikarenakan pandemi COVID-19 sehingga biaya operasional meningkat.
3. Adanya aset yang belum teridentifikasi dengan baik di semua unit kerja RSJPDHK.

### **Upaya Pemecahan Masalah**

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan yaitu :

1. Melakukan sensus semua aset yang ada di lingkungan RSJPDHK.
2. Menunjuk penanggung jawab aset di masing-masing unit kerja.
3. Membuat daftar barang ruangan (DBR).
4. Melakukan perencanaan yang lebih matang terhadap pengadaan barang dan jasa untuk menghadapi situasi yang tidak terduga,
5. Melakukan kajian dan monev atas Kerjasama Operasional (KSO) dengan pihak ke III.
6. Meningkatkan volume layanan dengan memperhatikan protocol kesehatan yang diperlukan untuk melindungi pasien dan tenaga Kesehatan.
7. Meningkatkan efisiensi di semua lini biaya.

## B. Capaian Indikator Kinerja Secara Keseluruhan

Capaian Kinerja RSJPD Harapan Kita pada tahun 2020, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.15 Capaian Kinerja tahun 2020 secara keseluruhan

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
1	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	1	Layanan Baru.	Buah	1	1	Tercapai
		2	Kepuasan Pasien.	%	90	95,65	Tercapai
		3	Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dab ToF.	%	94,5	94,28	Tidak Tercapai
		4	Keberhasilan perawatan Infark Miokard Akut.	%	91,8	92,09	Tercapai
		5	Kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit	Pasien	11.700	7.462	Tidak Tercapai
2	Peningkatan mutu dan cakupan Pendidikan dan pelatihan kardiovaskular.	6	Peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar.	%	5	-75	Tidak Tercapai
		7	Kepuasan Peserta Pendidikan / Pelatihan.	%	90	93	Tercapai
3	Peningkatan mutu dan aksesibilitas Jejaring	8	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan bedah jantung.	RS	-	-	Tidak ditetapkan Target
		9	Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri Tindakan non-bedah.	RS	-	-	Tidak ditetapkan Target
4	Pengembangan Inovasi & teknologi berbasis Riset	10	Jumlah Produk Inovasi Berbasis Riset.	Produk	1	2	Tercapai
		11	Jumlah Publikasi International.	Buah	12	26	Tercapai
5	Pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	12	Kesesuaian Sarfas dengan Masterplan.	%	100	94,82	Tidak Tercapai
		13	Kehandalan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA).	%	65	54	Tidak Tercapai
		14	Kumulatif Downtime Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Area Prioritas.	%	<20	1	Tercapai
		15	Tingkat Maturitas Sistem Informasi & Komunikasi.	Level	3	3	Tercapai
6	Peningkatan Kualitas SDM	16	Pegawai yang menjalani Pendidikan/pelatihan di Luar Negeri.	Orang	5	2	Tidak Tercapai
		17	Pegawai yang memenuhi training 20 JPL.	%	95	98	Tercapai



No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Satuan	Target 2020	Realisasi 2020	Capaian 2020
7	Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola	18	Skor GCG BLU	%	95	96,45	Tercapai
		19	Efektivitas Biaya Pegawai	%	80	101,88	Tercapai
8	Efektifitas Anggaran	20	POBO.	%	80	84,43	Tercapai
9	<i>Valuable Investment</i>	21	ROI ( <i>Return On Investment</i> ).	%	4	3,37	Tidak Tercapai

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 21 indikator kinerja yang ditetapkan di RSJPDHK. Pada tahun 2020 terdapat 2 indikator kinerja tidak ditetapkan target yaitu indikator Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan bedah jantung dan indikator Jumlah RS Binaan yang dianggap mandiri tindakan non bedah. Dari 19 indikator kinerja yang ditetapkan terdapat 12 indikator kinerja yang telah mencapai target yaitu KPI 1, KPI 2, KPI 4, KPI 7, KPI 10, KPI 11, KPI 14, KPI 15, KPI 17, KPI 18, KPI 19, KPI 20 sedangkan 7 indikator tidak tercapai yaitu KPI 3 ,KPI 5, KPI 6, KPI 12, KPI 13, KPI 16 dan KPI 21 Realisasi Pencapaian Indikator Kinerja Utama (KPI) RSB RSJPDHK Tahun 2020 sebesar 63,15% (dari 19 indikator yang ditetapkan ada 12 indikator yang tercapai dan 7 indikator tidak tercapai).

### **Efisiensi Sumber Daya**

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki RSJPDHK dan adanya *refocusing* anggaran untuk penanganan pandemi Covid-19 maka pencapaian target indikator kinerja pada tahun 2020 dilakukan melalui efisiensi sumber daya antara lain :

1. Melaksanakan kegiatan yang hanya menjadi prioritas dimasa pandemi Covid-19 dan koordinasi internal maupun dengan stake holder lain yang dilaksanakan secara daring/luring sehingga terdapat efisiensi :
  - a. Biaya kegiatan menjadi lebih efisien/hemat karena kegiatan secara daring/luring tidak memerlukan biaya akomodasi (biaya konsumsi) atau biaya perjalanan dinas seperti biaya transport dan biaya paket *fullboard/fullday*.

- b. Waktu menjadi lebih efisien karena kegiatan secara daring dapat berlangsung lebih singkat jika dibandingkan dengan pertemuan secara tatap muka atau *offline* dalam beberapa hari.
  - c. Sumber daya manusia yang terlibat dalam kepanitiaan menjadi lebih sedikit sehingga dapat dialihkan kepada kegiatan yang lain serta dapat menghemat pula dari aspek keuangan.
  - d. Hasil/output dari sasaran rumah sakit yang mengikuti sosialisasi kebijakan atau regulasi pelayanan secara daring lebih banyak jika dibandingkan dengan tatap muka, sesuai dengan kuota kapasitas rapat daring/webinar.
2. Pemanfaatan teknologi informasi untuk menjaga kualitas pelayanan dan peningkatan mutu layanan serta penyampaian laporan sehingga menjadi lebih efisien baik dari aspek waktu dan biaya dengan melakukan :
    - a. Layanan Poliklinik *Online (Telemedicine)* dan Perjanjian *Online*.
    - b. Implementasi penggunaan Rekam Medik Elektronik (EMR).
    - c. Implementasi penggunaan Aplikasi *Myoffice*.
    - d. Sosialisasi melalui media *social*/(medsos) dan *website* RSJPDHK.
  3. Pemanfaatan suku cadang lama yang tidak digunakan namun masih layak pakai untuk *support* kebutuhan penggantian suku cadang bila diperlukan. Hal ini dapat menghemat biaya pembelian suku cadang baru dalam pemeliharaan aset alat Kesehatan.
  4. Optimasi peremajaan prasarana tanpa mengurangi kualitas dalam *support* pelayanan medik pada ruang tindakan seperti Cathlab dan lainnya.
  5. Optimalisasi pemanfaatan aset yang ada di lingkungan RSJPDHK melalui :
    - a. Pengendalian dan perencanaan yang matang terhadap pengadaan barang dan jasa dalam menghadapi situasi yang tidak terduga.
    - b. Penghapusan aset yang sudah tidak digunakan dengan cara lelang atau hibah, sehingga dapat memanfaatkan/efisien ruang yang digunakan untuk penyimpanan aset tersebut.
  6. Efisiensi penggunaan sumber daya lain (listrik, air, telpon dan ATK) di lingkungan RSJPDHK, dengan selalu mengingatkan akan penghematan penggunaannya

kepada seluruh pegawai di unit kerja. Untuk biaya daya (listrik, air, telpon) tahun 2020 jika dibandingkan tahun 2019 terjadi penurunan sebesar Rp.3.569.307.822

### C. Sumber Daya dan Realisasi Anggaran

#### Revisi DIPA TA 2020

Dalam pelaksanaan kegiatannya pada tahun 2020, RSJPDHK didukung oleh dua sumber anggaran yaitu anggaran BLU dan APBN. Pada DIPA awal (Pagu Definitif) RSJPDHK sebesar Rp. 899.594.827.000,00 yang ditetapkan pada tanggal 12 November 2019. Pada tahun 2020 ini dalam pelaksanaan kegiatan dikarenakan beberapa hal terdapat perubahan Pagu Anggaran sehingga memerlukan revisi DIPA yang terdiri dari Revisi 1 : Izin buka blokir renovasi rumah dinas, Revisi 2 : Izin pencantuman saldo dan pergeseran anggaran (revisi POK), Revisi 3 : Izin penggunaan saldo untuk belanja persediaan BMHP (Barang Medis Habis Pakai), Revisi 4 : Izin realokasi dana Covid 19, Revisi 5 : Izin penurunan PAGU dan tambahan BA BUN Tahap 2, Revisi 6 : Izin revisi POK (Petunjuk Operasional Kegiatan) dan pemutakhiran data, secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 3.16 Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK

No	Belanja	Pagu Definitif SP. DIPA - 024.04.2.520628/2020 12 November 2019	Rev. 1	Rev. 2	Rev. 3	Rev. 4	Rev. 5	Rev. 6
			20 Februari 2020	11 Maret 2020	03 April 2020	03 Juli 2020	01 Oktober 2020	22 Desember 2020
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>A</b>	<b>Rupiah Murni (RM)</b>	<b>92.339.827.000</b>	<b>92.339.827.000</b>	<b>92.339.827.000</b>	<b>92.339.827.000</b>	<b>175.076.398.000</b>	<b>306.678.877.000</b>	<b>306.678.877.000</b>
	Belanja Pegawai	92.339.827.000	92.339.827.000	92.339.827.000	92.339.827.000	92.339.827.000	92.339.827.000	92.339.827.000
	Belanja Barang					82.130.430.000	102.130.430.000	102.130.430.000
	Belanja Jasa					126.096.000	126.096.000	126.096.000
	Belanja Pemeliharaan					480.045.000	480.045.000	480.045.000
	Belanja Modal Alat Kesehatan						111.602.479.000	111.602.479.000
<b>B</b>	<b>PNBP/BLU</b>	<b>807.255.000.000</b>	<b>807.255.000.000</b>	<b>807.255.000.000</b>	<b>1.005.405.000.000</b>	<b>1.005.405.000.000</b>	<b>975.763.296.000</b>	<b>975.763.296.000</b>
1	Belanja Barang	574.365.517.000	574.365.517.000	574.365.517.000	772.515.517.000	772.515.517.000	742.873.813.000	742.873.813.000
2	Belanja Modal Alat Kesehatan	232.889.483.000	232.889.483.000	232.889.483.000	232.889.483.000	232.889.483.000	232.889.483.000	232.889.483.000
	<b>TOTAL</b>	<b>899.594.827.000</b>	<b>899.594.827.000</b>	<b>899.594.827.000</b>	<b>1.097.744.827.000</b>	<b>1.180.481.398.000</b>	<b>1.282.442.173.000</b>	<b>1.282.442.173.000</b>

### Realisasi Anggaran

Pagu anggaran RSJPDHK tahun 2020 ditetapkan sebesar Rp. 1.282.442.173.000,00 dengan realisasi belanja Rupiah Murni dan BLU sebesar Rp. 1.010.117.908.675,00 atau dengan tingkat capaian serapan 78,77%. Pada tahun 2020 ini, RSJPDHK menerima dana PEN BA-BUN yang dimanfaatkan untuk keperluan operasional rumah sakit terutama untuk penanganan pandemi Covid-19. Dana PEN BA-BUN diperoleh oleh RSJPDHK melalui 2 tahap. Pada bulan Juli 2020, untuk PEN BABUN tahap 1 sebesar Rp. 82.736.571.000,- dan di bulan Oktober 2020 PEN BABUN tahap 2 sebesar Rp. 131.602.479.000,-.

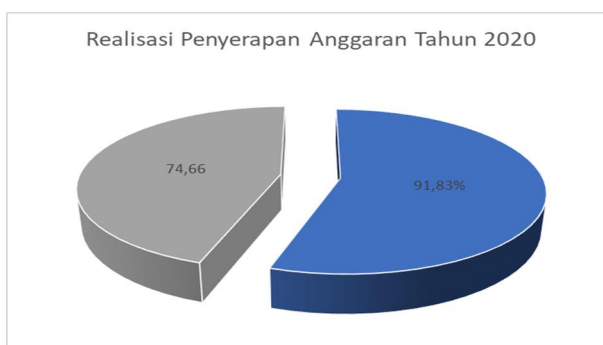
Sumber anggaran RSJPDHK terdiri dari dua jenis yaitu : Anggaran APBN/Rupiah Murni dan Anggaran BLU, secara rinci dapat dilihat tabel dibawah ini.

Tabel 3.17 Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2020

URAIAN	TARGET DAN PAGU TAHUN 2020	REALISASI TAHUN 2020	%
<b>PENERIMAAN APBN DAN BLU</b>	<b>1.084.392.173.000</b>	<b>978.614.718.587</b>	<b>90,25%</b>
DIPA APBN / RM	306.678.877.000	281.624.879.349	91,83%
DIPA BLU / PNBPN	777.713.296.000	696.989.839.238	89,62%
Pendapatan Jasa Layanan Kesehatan	763.463.296.000	645.010.665.591	84,48%
Pendapatan Jasa Pelayanan Perbankan	3.000.000.000	23.145.912.003	771,53%
Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga	11.000.000.000	14.969.539.208	136,09%
Pendapatan Jasa Layanan - Resiprokal	250.000.000	13.863.722.436	5545,49%
<b>BELANJA APBN DAN BLU</b>	<b>1.282.442.173.000</b>	<b>1.010.117.908.675</b>	<b>78,77%</b>
APBN / RM	306.678.877.000	281.624.879.349	91,83%
Belanja Pegawai	92.339.827.000	81.697.504.395	88,47%
Belanja Barang	102.130.430.000	99.960.214.235	97,88%
Belanja Jasa	126.096.000	126.090.513	100,00%
Belanja Pemeliharaan	480.045.000	395.089.200	82,30%
Belanja Modal Alat Kesehatan	111.602.479.000	99.445.981.006	89,11%
BLU / PNBPN	975.763.296.000	728.493.029.326	74,66%
Belanja Barang BLU			
Belanja Pegawai	308.760.296.000	258.141.784.318	83,61%
Belanja Barang	22.505.390.000	13.198.935.537	58,65%
Belanja Langganan daya dan Jasa	78.121.373.000	47.563.800.033	60,88%
Belanja Pemeliharaan	31.663.065.000	21.195.157.373	66,94%
Belanja Perjalanan	2.800.000.000	256.523.882	9,16%
Belanja BLU lainnya	2.551.946.000	1.579.526.390	61,89%
Belanja Persediaan	296.471.743.000	203.746.327.745	68,72%
Belanja Modal	232.889.483.000	182.810.974.048	78,50%
Belanja Modal Gedung dan Bangunan	180.386.568.000	164.925.666.641	91,43%
Belanja Modal Alat Medik	33.155.299.000	12.184.543.995	36,75%
Belanja Modal Alat non Medik	19.347.616.000	5.700.763.412	29,46%

Realisasi Belanja APBN/RM sebesar Rp. 281.624.879.349,- atau sebesar 91,83% untuk penggunaan : Belanja pegawai PNS, Belanja barang, Belanja jasa, Belanja pemeliharaan dan Belanja modal alat kesehatan. Realisasi Belanja BLU sebesar Rp. 728.493.029.326,- atau sebesar 74,66% terserap untuk penggunaan : Belanja barang BLU dan Belanja Modal BLU. Perbandingan realisasi belanja APBN/RM dan belanja BLU dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik 3.3 Persentase Penyerapan Anggaran RSJPDHK



### **Analisa Penyerapan Anggaran**

Penyerapan anggaran tahun 2020 secara keseluruhan sebesar 78,77% disebabkan karena adanya efisiensi kebutuhan anggaran sesuai dengan kebutuhan prioritas, sehingga serapan belanja dibawah pagu anggaran yang ditetapkan. Dampak dari hal tersebut unit kerja rumah sakit harus melakukan penghematan biaya dan memanfaatkan kebutuhan operasional sesuai dengan prioritas kebutuhan serta menunda pengadaan kebutuhan hal yang kurang prioritas agar tidak terjadi defisit dan tidak terjadi adanya hutang ke penyedia barang/jasa. Selain hal tersebut diatas, penyebab rendahnya realisasi anggaran PNBPN disebabkan oleh adanya penambahan dana PEN BA-BUN yang dimanfaatkan untuk keperluan operasional RS terutama untuk penanganan Pandemi COVID-19.

Target Pendapatan PNBPN RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2020 sebesar Rp. 777.713.296.000,- dengan Realisasi Penerimaan sebesar Rp. 696.989.839.238,- (atau sebesar 89,62%).

Total capaian realisasi penerimaan di 2020 yang tidak tercapai sebesar 10,38% dari target yang direncanakan tersebut, disebabkan adanya pandemi COVID-19 yang mengakibatkan adanya penurunan volume layanan sehingga penerimaan rumah sakit menurun dan tidak mencapai target PNBPN yang telah ditetapkan.

Realisasi anggaran yang disampaikan pada LAKIP 2020 belum menyampaikan informasi berdasarkan program/sasaran maupun indikator, karena model penganggaran di RSJPDHK disusun berdasarkan pada kode mata anggaran, seperti mata anggaran belanja pegawai, belanja barang, belanja jasa, belanja modal, belanja operasional dan lain-lain. Pada pelaksanaannya, setiap komponen mata anggaran berkontribusi / terserap untuk masing-masing program, sasaran maupun indikator yang ditetapkan, sehingga menjadi kendala tersendiri ketika penyampaian informasi realisasi anggaran harus disusun berdasarkan pada program, sasaran maupun indikatornya.

#### D. Sumber Daya Lainnya

##### A. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM RSJPDHK per 31 Desember 2020 adalah : 1.769 orang

##### a. Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

Tabel 3.18 Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

A. Status Kepegawaian	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOV	DES
	1801	1780	1777	1765	1757	1753	1751	1744	1737	1735	1731	1769
PNS	1152	1143	1169	1185	1177	1175	1172	1167	1161	1158	1154	1149
CPNS	55	55	26	3	3	1	0	0	0	0	0	0
Non PNS	594	582	582	577	577	577	579	577	576	577	577	620

## b. Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

Tabel 3.19 Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

B. Status Ketenagaan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOV	DES
	1801	1780	1777	1765	1757	1753	1751	1744	1737	1735	1731	1769
Direksi (Pejabat Eselon)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Manajerial (Pejabat Eselon)	32	32	32	32	31	28	30	30	30	30	30	30
Manajerial (Pejabat Non Eselon)	337	334	334	331	331	334	287	288	291	293	293	340
Non Manajerial (Staf Pelaksana)	1427	1409	1406	1397	1390	1386	1429	1421	1411	1407	1403	1394

## c. Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

Tabel 3.20 Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

C. Kelompok Profesi	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOV	DES
	1801	1780	1777	1765	1757	1753	1751	1744	1737	1735	1731	1769
SMF	103	105	104	104	104	103	103	103	103	104	103	126
Perawat	748	747	746	741	735	731	731	729	725	723	723	722
Umum	648	630	629	622	620	621	618	615	609	608	607	613
Penunjang	302	298	298	298	298	298	299	297	300	300	298	308

## d. Jumlah SDM Berdasarkan kelompok pendidikan

Tabel 3.21 Jumlah SDM berdasarkan kelompok pendidikan

D. Tingkat Pendidikan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOV	DES
	1801	1780	1777	1765	1757	1753	1751	1744	1737	1735	1731	1769
SD	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
SMP	16	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15	15
SMA	346	331	327	321	320	319	306	302	300	299	297	296
D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
D3	657	653	652	649	643	641	632	631	628	627	627	634
D4	13	13	13	13	13	13	12	12	12	12	12	14
S1	616	614	616	613	611	612	629	628	628	628	627	640
S2	133	133	133	133	134	132	136	135	134	134	133	151
S3	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	15

## E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana (SIMAK)

Laporan perkembangan Barang Milik Negara (BMN) RSJPDHK per 31 Desember 2020.

Tabel 3.22 Laporan Posisi Barang Milik Negara (BMN) di Neraca  
Posisi Per Tanggal 31 Desember 2020

URAIAN	SALDO PER 1 JANUARI 2019		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2020		KONDISI
	KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI	
			KUANTITAS	NILAI	KUANTITAS	NILAI			
<b>PERSEDIAAN</b>									
Barang Konsumsi		4.571.637.532						4.935.083.844	
Suku Cadang		1.373.607.330						1.492.822.229	
Bahan Baku		682.901.825						622.538.528	
Persediaan Lainnya		41.119.608.627						81.493.597.301	
<b>Total</b>		<b>47.747.755.314</b>						<b>88.544.041.902</b>	
<b>INTRAKOMPTABEL</b>									
Tanah	22.389	1.247.143.263.000	0	-	0	-	22.389	1.247.143.263.000	Baik
Peralatan Mesin	20.826	655.595.316.316	483	119.709.332.473	73	958.488.592	21.236	774.346.160.197	Baik
Gedung dan Bangunan	9	436.217.754.211	0	-	0	-	9	436.217.754.211	Baik
Irigasi	1	1.299.308.000	0	-	0	-	1	1.299.308.000	Baik
Jaringan	14	432.000.000	0	-	0	-	14	432.000.000	Baik
Aset Tetap Lainnya	1.039	438.504.683			4	12.885.400	1.035	425.619.283	Baik
Aset Tetap Yang Tidak Digunakan Oleh Pemerintah	933	107.925.229.094	68	240.992.492	576	24.579.709.965	425	83.586.511.621	Rusak Berat
<b>Total</b>	<b>45.211</b>	<b>2.449.051.375.304</b>	<b>551</b>	<b>119.950.324.965</b>	<b>653</b>	<b>25.551.083.957</b>	<b>45.109</b>	<b>2.543.450.616.312</b>	
<b>ASET TIDAK BERWUJUD</b>									
Hak Cipta	2	276.100.000	0	-	0	-	2	276.100.000	Baik
Paten	2	22.500.000	0	-	0	-	2	22.500.000	Baik
Software	139	27.656.949.068	2	1.247.100.000	0	-	141	28.904.049.068	Baik
Lisensi	1	45.917.308	0	-	0	-	1	45.917.308	Baik
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>28.001.466.376</b>	<b>2</b>	<b>1.247.100.000</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>146</b>	<b>29.248.566.376</b>	
<b>KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan</b>									
Gedung dan Bangunan Dalam Pengerjaan		11.388.362.596		228.355.562.895		-		239.743.925.491	
Aset Tetap Lainnya Dalam Pengerjaan		-		865.400.000		865.400.000		-	
<b>Total</b>		<b>11.388.362.596</b>		<b>229.220.962.895</b>		<b>865.400.000</b>		<b>239.743.925.491</b>	
<b>EKSTRAKOMPTABEL</b>									
Peralatan Mesin	746	194.677.727	60	33.748.000	0	-	806	228.425.727	Baik
Gedung dan Bangunan	1	7.892.500	0	-	0	-	1	7.892.500	Baik
Aset Tetap Yang Tidak Digunakan Oleh Pemerintah	19	3.928.000	0	-	8	1.814.000	11	2.114.000	Baik
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>206.498.227</b>	<b>60</b>	<b>33.748.000</b>	<b>8</b>	<b>1.814.000</b>	<b>818</b>	<b>238.432.227</b>	
<b>TOTAL BMN PER 31 DESEMBER 2020</b>	<b>46.121</b>	<b>2.536.395.457.817</b>	<b>613</b>	<b>350.452.135.860</b>	<b>661</b>	<b>26.418.297.957</b>	<b>46.073</b>	<b>2.901.225.582.308</b>	



## 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 2020 mengacu kepada Tugas dan Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan dalam Rencana Strategis Bisnis.

Pencapaian Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2020 dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program Pembinaan Upaya Kesehatan sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian/Subbagian.

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

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam melaksanakan tugas dan fungsinya didukung oleh Anggaran DIPA APBN/RM dan DIPA PNBPN/BLU, sebesar **Rp.1.282.442.173.000,00** dengan rincian sebagai berikut :

1. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA APBN/RM dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 306.678.877.000,00** penyerapan terealisasi 91,83% sebesar **Rp. 281.624.879.349,00**.
2. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA PNBPN/BLU dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 975.763.296.000,00** penyerapan terealisasi 74,66% sebesar **Rp. 728.493.029.326,00**.

Secara umum upaya pencapaian sasaran strategis RSJPDHK tahun 2020 tidak mengalami hambatan yang berarti, namun demikian untuk menjaga kinerja dan bahkan peningkatan kinerja di masa mendatang perlu kiranya beberapa saran sebagai berikut :

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

Demikian uraian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2020 yang disusun sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas dan fungsi RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita

Direksi

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

# LAMPIRAN

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
RS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020**

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

Nama : Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K)., MARS.

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

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Bambang Wibowo, SpOG(K)., MARS.

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, November 2019

α Pihak Kedua,

Pihak Pertama,

**dr. Bambang Wibowo, SpOG(K), MARS**  
NIP 196108201988121001

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

## PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020

### RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	1. Layanan Baru 2. Kepuasan pasien 3. Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair 4. Keberhasilan perawatan Infark Miokard Akut 5. Kenaikan jumlah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit	1 90 % 94,5 % 91,8 % 11.700 psn
2.	Peningkatan mutu dan cakupan pendidikan dan pelatihan kardiovaskular	6. Peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar 7. Kepuasan peserta pendidikan / pelatihan	5 90 %
3.	Peningkatan mutu dan aksesibilitas Jejaring	8. Jumlah rumah sakit binaan yang dianggap mandiri tindakan bedah jantung 9. Jumlah rumah sakit binaan yang dianggap mandiri tindakan non bedah	0 0
4.	Pengembangan Inovasi & teknologi berbasis Riset	10. Jumlah produk inovasi berbasis riset 11. Jumlah publikasi internasional	1 12
5.	Pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	12. Kesesuaian sarfas dengan masterplan 13. Kehandalan sarana dan prasarana Alat Kesehatan 14. Kumulatif Downtime Fasilitas Sarana dan SPA di Area Prioritas. 15. Tingkat maturitas sistem informasi & komunikasi	100 % 65 % 20 % Level 3
6.	Peningkatan Kualitas SDM	16. Pegawai yang menjalani pendidikan/pelatihan di luar negeri 17. Pegawai yang memenuhi <i>Training</i> 20 JPL	5 95 %
7.	Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola.	18. Skor GCG BLU 19. Efektivitas Biaya Pegawai	95 % 80 %

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Efektivitas Anggaran	20. POBO (Pendapatan Operasional Biaya Operasional)	80 %
9.	<i>Valuable Investment</i>	21. ROI ( <i>Return On Investment</i> )	4 %

**Program**

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

**Anggaran**

Rp. 899.594.827.000,-

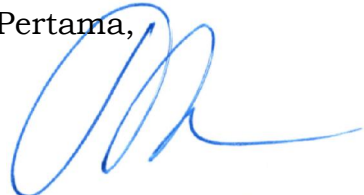
Jakarta, November 2019

α Pihak Kedua,



**dr. Bambang Wibowo, SpOG(K)., MARS.**  
NIP 196108201988121001

Pihak Pertama,



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

DIREKTORAT MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

TAHUN 2020

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-1 Layanan Baru	Konsumen	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	Jumlah layanan baru atau unggulan termutakhir. Layanan dimaksud ditetapkan oleh direksi sebagai pelayanan kepada pasien di RSJPDHK, harus dapat diakses atau diperuntukkan semua pasien sesuai indikasi yang ditetapkan	Jumlah layananbaru / unggulan termutakhir per tahun	Jumlah	1 (EECP)	1 (EECP)	Tercapai
KPI-3 Peningkatan angka keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair	Konsumen	Peningkatan Mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	Prosentase keberhasilan tindakan bedah jantung <i>Coronary Arterial Bypass</i> (CABG) dan <i>Tetralogy of Fallot</i> (ToF) Repair murni tanpa kelainan tambahan seperti <i>Absent Pulmonary Valve Repair</i> ; Unifokalisasi, Restelli maupun dengan CAVSD yang pulang dalam keadaan hidup	Rerata prosentase keberhasilan tindakan CABG (jumlah pasien tindakan CABG yang pulang dalam keadaan hidup / seluruh pasien yang dilakukan Tindakan CABG periode yang sama x100%) dengan prosentase keberhasilan tindakan <i>ToF Repair</i> (jumlah pasien tindakan <i>ToF Repair</i> murni yang pulang dalam keadaan hidup / seluruh pasien yang dilakukan tindakan <i>ToF repair</i> periode yang sama x 100%)	%	94.5	94.28	Tidak tercapai
KPI-4 Keberhasilan perawatan Infark Miokard Akut	Konsumen	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	Prosentase keberhasilan perawatan pasien dengan Infark Miokard Akut baik ST elevasi Miokard Infark (STEMI) maupun Non ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI) pada usia lebih dari 18 tahun dan tindakan termasuk dalam kriteria pasien <i>dalam end of file</i> dan komplikasi mekanik ( <i>IVS Rupture, freewal rupture, chordae rupture</i> )	Jumlah pasien infark miokard akut STEMI dan NSTEMI yang pulang dalam keadaan hidup / jumlah pasien infark miokard akut x 100%	%	91.8	92.09	Tercapai
KPI-5 Kenaikan Jumlah Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit	Konsumen	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	Jumlah orang yang menjalani prosedur bedah dan non bedah (bedah jantung dewasa, bedah jantung anak, intervensi koroner, aritmia vaskular, intervensi katup, penyakit jantung bawaan)	Jumlah pasien yang dilayani di ruang tindakan (Bedah dan DI-INB) ditahun berjalan (*) Mulai tahun 2022 ditetapkan target optimistic seiring dengan dioperasionalkannya pelayanan di gedung baru ( <i>private &amp; Pediatric Wing</i> )	Pasien	%	7462	Tidak tercapai

DIREKTORAT MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

TAHUN 2020

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-8 Jumlah Rumah Sakit Binaan Yang Dianggap Mandiri Tindakan <i>Bedah Jantung</i>	BPI	Peningkatan mutu dan aksesibilitas jejaring	Jumlah rumah sakit yang membuat PKS dalam program pengampunan pelayanan kardiovaskular yang dianggap mandiri bedah jantung, yang minimal sudah melaksanakan tindakan bedah jantung 50 kasus/tahun, dengan angka keberhasilan ( <i>survival</i> ) 90%)	Jumlah RS	RS	-	-	Tidak ditetapkan Target
KPI-9 Jumlah Rumah Sakit Binaan Yang Dianggap Mandiri Tindakan <i>Non Bedah Jantung</i>	BPI	Peningkatan mutu dan aksesibilitas jejaring	Jumlah RS yang punya PKS dalam program pembinaan pengampunan jejaring yang dinyatakan mandiri non bedah, dengan jumlah tindakan 200/tahun dan mampu melakukan primary PTCA minimal 5 kasus/perator yang ada, dan dengan angka keberhasilan ( <i>survival</i> ) diatas 90%	Jumlah RS	RS	-	-	Tidak ditetapkan Target

Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang



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



DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

TAHUN 2020

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-6 Peningkatan Jumlah Peserta Pelatihan dari Luar	Konsumen	Peningkatan mutu dan cakupan pendidikan dan pelatihan kardiovaskular	Prosentase peningkatan jumlah peserta pelatihan dari luar RSJPDHK disbanding tahun sebelumnya.	[(Jumlah peserta dari luar tahun ini – jumlah peserta pelatihan dari luar tahun sebelumnya) X 100]/ jumlah peserta pelatihan dari luar pada tahun sebelumnya.	%	5	-75	Tidak Tercapai
KPI-7 Kepuasan Peserta Pendidikan /Pelatihan	Konsumen	Peningkatan mutu dan cakupan pendidikan dan pelatihan kardiovaskular	% peserta didik (PPDS Jantung dan pembuluh darah, BTKV, pesertapelatihandari luar) yang menyatakan puas dan sangat puas dalam survey kepuasan proses pendidikan dan pelatihan.	Jumlah peserta didik/ pelatihan yang menyatakan puas atau sangat puas dalam survey X 100 / jumlah peserta didik yang disurvei	%	90	93	Tercapai
KPI-10 Jumlah Produk Inovasi Berbasis Riset	BPI	Pengembangan Inovasi dan teknologi berbasis Riset	Jumlah luaran/ produk inovasi yang dihasilkan dari riset pengembangan. Luaran/ produk dapat berupa benda, metoda tindakan atau pengobatan	Jumlah produk inovasi baru per tahun	Produk	1	2	Tercapai
KPI-11 Jumlah Publikasi Internasional	BPI	Pengembangan Inovasi dan teknologi berbasis Riset	Jumlah publikasi ilmiah berupa <i>original research, review, metaanalysis, case, editorial</i> /di jurnal internasional terindeks scopus dengan <i>author</i> pegawai RSJPDHK	Jumlah publikasi ilmiah	Buah	12	26	Tercapai
KPI-15 Tingkat Maturitas Sistem Informasi Dan Komunikasi	Konsumen	Pemutakhiran teknologi pelayanan & teknologi informasi serta komunikasi	Tingkat maturitas sistem informasi RS berdasarkan IS4H Maturity (WHO)	Komponen penilaian: a. Manajemen data teknologi informasi b. Tatakelola Teknologi Informasi c. Manajemen penyebaran pengetahuan d. Inovasi dan keberlanjutan Cara perhitungan level sesuai panduan IS4H Maturity (WHO)	Level	3	3	Tercapai

DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

TAHUN 2020

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-16 Pegawai yang menjalani pendidikan/pelatihan di Luar Negeri	<i>Learning and Growth</i>	Peningkatan Kualitas SDM	Jumlah pegawai yang menjalani pendidikan/pelatihan di luar negeri dan mendapat sertifikat kompetensi	Jumlah pegawai yang menjalani pendidikan/pelatihan di luar negeri dan mendapat sertifikat kompetensi	Orang	5	2	Tidak Tercapai
KPI-17 Pegawai yang memenuhi Training 20 JPL	<i>Learning and Growth</i>	Peningkatan Kualitas SDM	Presentase pegawai yang menjalani diklat minimal 20 JPL dalam tahun berjalan	Jumlah pegawai yang menjalani diklat minimal 20 JPL X 100 / Jumlah seluruh pegawai	%	95	98	Tercapai
KPI-19 Efektivitas Biaya Pegawai	<i>Learning and Growth</i>	Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola	Rasio pertumbuhan jumlah pendapatan dibandingkan dengan pertumbuhan jumlah biaya pegawai (gaji, insentif, diklat/ latbang)	Perubahan pendapatan dalam 1 tahun / Perubahan biaya belanja pegawai dalam satu tahun	%	80	101,88	Tercapai

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



Dr. dr Basuni Radi Sp.JP (K)

NIP 196606122000121001

DIREKTORAT PERENCANAAN, ORGANISASI DAN UMUM

TAHUN 2020

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-2 Kepuasan Pasien	Konsumen	Peningkatan mutu dan akses pelayanan khusus kardiovaskular	Prosentase pasien yang menyatakan puas atau sangat puas	$(\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas} + \text{Jumlah pasien yang menyatakan sangat puas}) \times 100 / \text{Jumlah Pasien yang disurvei}$	%	90	95,65	Tercapai
KPI-12 Kesesuaian sarfas dengan Masterplan	Konsumen	Pemutakhiran teknologi pelayanan & teknologi informasi serta komunikasi	<p>Tersedianya Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA) dengan teknologi yang mutakhir sesuai dengan tahapan Masterplan 2020-2024</p> <p><b>Bangunan dan Sarana Prasarana sesuai tahapan Masterplan</b></p> <p>2020 : Private Pediatric 2A (s/d lt.2) finish, struktur 2B</p> <p>2021 : Private Pediatric 2A &amp; 2B finish 99%, Pengadaan konsultan perencanaan desain interior</p> <p>2022 : Test commissioning, Soft Opening Private Pediatric, Pengadaan Konsultan Perencanaan Renovasi MB</p> <p>2023 : Persiapan semua perizinan renovasi MB</p> <p>2024 : Renovasi MB</p> <p><b>Alkes Breakdown pertahun, per ruangan sesuai Masterplan</b></p> <p>2020 : Peralatan CSSD dan Laboratorium</p> <p>2021 : Peralatan kedokteran Nuklir (MRI, MSCT, Gamma Camera)</p> <p>2022 : Peralatan Central Operating Theatre (MOT, Pendant, Lampu Operasi); Peralatan Cath Lab (MOT) dan Cath Lab Hybrid (MOT, Angiografi, Pendant, Lampu Operasi, Heart Lung Machine)</p> <p>2023 : Peralatan ICU Private, CVCU Private, IWM Private, IWS Private, RR VVIP dan VIP (Pendant, Ventilator, T.Tidur ICU, CVVH, Echocardiography, IABP)</p> <p>2024 : Peralatan Cathlab Emergency (MOT, Angiography, Pendant)</p> <p>Peralatan Bedah Emergency (MOT, Pendant, Lampu Operasi, Heart Lung Machine, Ventilator Anestesi); Radiologi Emergency (MSCT, X-Ray); Hemodialisa</p>	<p>Realisasi pemenuhan Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA)/ perencanaan sesuai Masterplan X 100 %</p>	%	100	94,82	Tidak Tercapai

DIREKTORAT PERENCANAAN, ORGANISASI DAN UMUM

TAHUN 2020

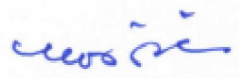
KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-13 Kehandalan sarana dan prasarana Alat Kesehatan (SPA)	Konsumen	Pemutakhiran teknologi pelayanan & teknologi informasi serta komunikasi	Kehandalan Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA) adalah menghitung besaran OEE (Overall Equipment Effectiveness) sesuai Best Practice yang mencakup Ketersediaan (Ke), Kinerja (Ki) dan Kualitas (Ku)	<p>OEE = Ke x Ki x Ku</p> <p>• Ke = <math>\frac{\text{Available time} - (\text{downtime} + \text{waiting time})}{\text{Available time}} \times 100\%</math></p> <p><i>Available time</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Available time</i> merupakan waktu lamanya peralatan dihidupkan sampai dimatikan.</li> <li><i>Downtime</i> adalah waktu lamanya peralatan tidak dapat digunakan/dioperasikan.</li> <li><i>Waiting Time</i> merupakan waktu tunggu dalam pergantian antar pasien</li> </ul> <p>• Ki = <math>\frac{\text{Actual output}}{\text{Target Output}} \times 100\%</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Actual output</i> merupakan banyaknya pasien yang ditangani</li> <li><i>Target output</i> merupakan target pasien yang ditentukan berdasarkan kinerja jaal ataupun target yang ingin dicapai</li> </ul> <p>• Ku = <math>\frac{\text{Good Output}}{\text{Actual Output}} \times 100\%</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Good output</i> adalah hasil pemeriksaan/tindakan yang berkualitas</li> <li><i>Actual Output</i> merupakan banyaknya pasien yang ditangani</li> </ul> <p>Inklusi : Sarana prasarana alat kesehatan : Cathlab, Nuklir, Radiologi.</p>	%	65	54	Tidak Tercapai
KPI-14 Kumulatif Downtime Fasilitas Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan (SPA) di Area Prioritas	Konsumen	Pemutakhiran teknologi pelayanan & teknologi informasi serta komunikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Terganggunya sarana dan prasarana alat kesehatan yang mengganggu pelayanan di area prioritas, yaitu dari waktu alat rusak hingga dapat digunakan kembali (tanpa ada backup)</li> <li>Area prioritas meliputi : Bedah Jantung Dewasa, Bedah Jantung Pediatrik dan Cath Lab</li> <li>Fungsi yang dinilai : kerusakan alat medis, sistem kelistrikan dan tata udara di area prioritas</li> </ol>	Jumlah downtime Fasilitas/ Jumlah waktu aktif seharusnya) x 100%	%	20	1	Tercapai

**DIREKTORAT PERENCANAAN, ORGANISASI DAN UMUM**

**TAHUN 2020**

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-18 Skor GCG BLU	Learning and Growth	Peningkatan Budaya Kinerja & Tata Kelola	Nilai persentase dari Good Corporate Governance	Assesment GCG BLU	%	95	96,45	Tercapai

**Plt. Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum**



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

**DIREKTORAT KEUANGAN DAN BMN**

**TAHUN 2020**

KPI	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	DEFINISI OPERASIONAL	FORMULA	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENC. TARGET
KPI-20 POBO	Finansial	Efektivitas Anggaran	Perbandingan antara pendapatan PNBPN yang terdiri dari imbalan barang atau jasa, hibah, kerjasama dan lain-lain tidak termasuk pendapatan dari APBN, dengan biaya operasional yang terdiri dari belanja pegawai, belanja barang dan sumber lainnya yang berasal dari APBN dan PNBPN	$(\text{Pendapatan BLU} / (\text{Biaya Operasional-Biaya penyusutan})) \times 100 \%$	%	80	84,43	Tercapai
KPI-ROI (Return On Investment)	Finansial	Valuable Investment	Rasio yang menunjukkan hasil return atas jumlah aktiva yang digunakan. Surplus / defisit sebelum pos keuntungan / kerugian lain-lain adalah surplus / defisit tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN. Total aset tetap adalah nilai perusahaan aset tetap tanpa memperhitungkan konstruksi dalam pengerjaan	$\text{Surplus sebelum pos keuntungan} / (\text{kerugian lain-lain} / \text{Total Aset tetap}) \times 100 \%$	%	4	3,37	Tidak Tercapai

**Direktur Keuangan dan BMN**



Liliek Marhendro Susilo, Ak.,MM

NIP 196604161986031001

**A. PENILAIAN KINERJA ASPEK KEUANGAN**

NO.	INDIKATOR	BOBOT	HAPER	SKOR
<b>I.</b>	<b>RASIO KEUANGAN</b>	<b>19.00</b>		<b>15.00</b>
a.	Rasio Kas (Cash Ratio) $CR = \frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$	2,25	$\frac{328,657,509,054}{9,396,183,538} \times 100\%$	3497.78% 0.5
b.	Rasio Lancar (Current Ratio) $\text{Current Ratio} = \frac{\text{Aktiva Lancar}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$	2,75	$\frac{425,248,292,143}{9,396,183,538} \times 100\%$	4525.76% 2,75
c.	Collection Period (CP) $CP = \frac{\text{Piutang Usaha} \times 360}{\text{Pendapatan Usaha}} \times 1 \text{ hari}$	2,25	$\frac{12,537,449,065,800}{538,025,223,418} \times 1 \text{ hari}$	23.30 2,25
d.	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover) $TATO = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aktiva Tetap - KDP}} \times 100\%$	2,25	$\frac{527,734,580,872}{2,459,864,104,691} \times 100\%$	21.45% 2,25
e.	Imbalan atas Investasi (Return on Investment) $ROI = \frac{(\text{Surplus/Defisit} + \text{Biaya Penyusutan}) - (\text{Pendapatan Investasi dari APBN})}{\text{Aktiva Tetap - KDP}} \times 100\%$	2,25	$\frac{82,953,029,797}{2,459,864,104,691} \times 100\%$	3.37% 1,5
f.	Imbalan Ekuitas (Return On Equity) $ROE = \frac{(\text{Surplus/Defisit} + \text{Biaya Penyusutan}) - (\text{Pendapatan Investasi dari APBN})}{\text{Ekuitas - Surplus/Defisit Tahun Berjalan}} \times 100\%$	2,25	$\frac{82,953,029,797}{2,390,409,205,461} \times 100\%$	3.47% 1,25
g.	Perputaran Persediaan (PP) $PP = \frac{\text{Total Persediaan} \times 365}{\text{Total Pendapatan BLU}} \times 1 \text{ hari}$	2,25	$\frac{31,698,220,374,430}{819,625,778,396} \times 1 \text{ hari}$	38.67 1,75
h.	Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional $POBO = \frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{By Operasional - By Penyusutan}} \times 100\%$	2,75	$\frac{538,025,223,418}{637,226,767,593} \times 100\%$	84.43% 2,75
<b>II. Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU :</b>				<b>10.66</b>
a.	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif			2.00
b.	Laporan Keuangan Berdasarkan SAP			1.66
c.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)			2.00
d.	Tarif Layanan			1.00
e.	Sistem Akuntansi			1.00
f.	Persetujuan Rekening			0.50
g.	SOP Pengelolaan Kas			0.50
h.	SOP Pengelolaan Piutang			0.50
i.	SOP Pengelolaan Utang			0.50
j.	SOP Pengadaan Barang dan Jasa			0.50
k.	SOP Pengelolaan Barang Inventaris			0.50
<b>TOTAL ASPEK KEUANGAN</b>		<b>30</b>		<b>25.66</b>

## B. PENILAIAN KINERJA ASPEK LAYANAN

NO.	SUB ASPEK INDIKATOR	BOBOT	HAPER	SKOR
<b>1</b>	<b>LAYANAN</b>			
<b>A</b>	<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>	<b>18</b>		<b>3.50</b>
1	Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Jalan	2	0.65	0.00
2	Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2	0.67	0.00
3	Pertumbuhan Hari perawatan Rawat Inap	2	0.76	0.00
4	Pertumbuhan Rata-rata Pemeriksaan Penunjang Kardiologi/hari	2	0.63	0.00
5	Pertumbuhan Rata-rata Pemeriksaan Laboratorium	2	0.81	0.00
6	Pertumbuhan Rata-rata Operasi	2	0.65	0.00
7	Pertumbuhan Rata-rata Rehab Medik	2	0.54	0.00
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	1.02	1.50
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	2	1.62	2.00
<b>B</b>	<b>Efektivitas Pelayanan</b>	<b>14</b>		<b>12.50</b>
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	2	98.77%	2.00
2	Pengembalian Rekam Medik	2	82.09%	2.00
3	Angka Pembatalan Operasi	2	0.88%	2.00
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	2	1.75%	1.50
5	Penulisan resep sesuai formularium	2	95.83%	2.00
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,11%	2.00
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	50.67%	1.00
<b>C</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran</b>	<b>3</b>		<b>2.50</b>
1	Rata-rata jam pelatihan / karyawan	1	0.98	1.00
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	1	45.45	0.50
3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	1	Ada program	1.00
<b>TOTAL ASPEK LAYANAN</b>		<b>35</b>		<b>18.50</b>



**C. PENILAIAN KINERJA ASPEK MUTU**

NO	SUB ASPEK INDIKATOR	BOBOT	HAPER	SKOR
<b>2</b>	<b>MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT</b>			
<b>A</b>	<b>MUTU &amp; Manfaat Kepada Masyarakat</b>	<b>14</b>		<b>13.50</b>
1	Emergency response time rate	2	2 Menit 30 Detik	2.00
2	Waktu tunggu rawat jalan	2	25:56 Menit	2.00
3	LOS (length of stay)	2	2.02	2.00
4	Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	11:03 Menit	1.50
5	Waktu tunggu sebelum operasi	2	18:56 Jam	2.00
6	Waktu tunggu hasil laboratorium	2	1 Jam 20 Menit	2.00
7	Waktu tunggu hasil radiologi	2	58 Menit 18 Detik	2.00
<b>B</b>	<b>MUTU KLINIK</b>	<b>12</b>		<b>10.75</b>
1	Angka kematian di Gawat Darurat	2	0.93%	2.00
2	Angka kematian > 48 jam	2	2.07%	2.00
3	Post operative death rate	2	9.01%	1.00
4	Angka infeksi nosokomial :	4		
	a. Infeksi Luka Operasi ( ILO) / IDO		1.03%	1.00
	b. Infeksi Jarum Infus (Plebitis)		0.35%	1.00
	c. Decubitus		1.69	0.75
	d. ISK		0.04%	1.00
5	Angka kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	2	0.01%	2.00
<b>C</b>	<b>KEPEDULIAN PADA MASYARAKAT</b>	<b>4</b>		<b>4.00</b>
1	Pembinaan kepada puskes dan sarkes lain	1	ada program dilaksanakan	1.00
2	Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	1	ada program dilaksanakan	1.00
3	Ratio tempat tidur kelas III	2	57.35	2.00
<b>D</b>	<b>KEPUASAN PELANGGAN</b>	<b>2</b>		<b>1.99</b>
1	Penanganan komplain/persentase complain	1	97.40	1.00
2	Persentase kepuasan pelanggan (IKM tingkat kepuasan 4)	1	99.34	0.99
<b>E</b>	<b>KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN</b>	<b>3</b>		<b>2.60</b>
1	Hasil Penilaian RS berseri	2	8810	2.00
2	Hasil Penilaian Proper lingkungan (KLH)	1	Biru	0.60
<b>TOTAL ASPEK MUTU</b>		<b>35</b>		<b>32.84</b>

**TINGKAT KESEHATAN BLU  
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA  
TAHUN 2020**

	<b>KINERJA RSJPDHK</b>	<b>NILAI</b>	<b>BOBOT</b>
1	INDIKATOR KEUANGAN	<b>25,66</b>	<b>30</b>
2	INDIKATOR LAYANAN	<b>18,50</b>	<b>35</b>
3	INDIKATOR MUTU	<b>32,84</b>	<b>35</b>
<b>TOTAL</b>		<b>77,00</b>	<b>100</b>
	KATEGORI	<b>A</b>	

<b>BAIK</b>	
<b>A</b>	68 s/d 80
<b>AA</b>	80 s/d 95
<b>AAA</b>	>95

Jakarta, Januari 2021  
Direktur Utama



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