



LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH



2018

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



Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesainya penyusunan Buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun Anggaran 2018, sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan pengelolaan sumber daya di lingkungan RSJPD Harapan Kita.

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

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2018 berisi gambaran perkembangan / capaian pelaksanaan program dan kegiatan dari Perencanaan Kinerja Tahun Anggaran 2018, yang merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2015-2019.

Akhir kata semoga buku Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (LAKIP) RSJPD Harapan Kita tahun 2018 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 2019
Direktur Utama BLU RSJPD Harapan Kita,

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



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

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



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)
TAHUN 2018

JAKARTA, JANUARI 2019

Direktur Utama

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

Direktur Medik dan Keperawatan,

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

Direktur Penunjang,

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

Direktur Keuangan,

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

Direktur Umum & SDM,

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



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

Jalan Let. Jend. S. Parman Kav. 87 Slipi Jakarta 11420
Telpon 021.5684085 – 093, 5681111, Faksimile 5684230
Surat Elektronik : info@pnhk.go.id
<http://www.pnhk.go.id>



MENYETUJUI
ATAS

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)
TAHUN 2018

JAKARTA, JANUARI 2019

DEWAN PENGAWAS

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

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

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

dr. Slamet, M.H.P
Anggota

Dra. Humaniati
Anggota



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2018, disusun dengan menyajikan hasil pengukuran kinerja pencapaian sasaran yang diarahkan dalam mencapai tujuan, visi dan misinya.

Tahun 2018 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2015-2019 yang mengusung visi: *"Leader In Cardiovascular Care, Education and Research"* dengan misi: "Melaksanakan pelayanan kardiovaskular yang berkualitas; Menciptakan wahana pendidikan/pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik atau peserta pelatihan; Meningkatkan riset dan mengembangkan teknologi kardiovaskular; Mengampu pertumbuhan rujukan wilayah (lintas propinsi) dan Berkontribusi dalam pencapaian indikator kesehatan jantung nasional".

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

Dalam rangka mewujudkan *"good corporate governance"* maka RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama tahun 2018 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA APBN (*rupiah murni*), maupun dari dana intern RS (*DIPA BLU RSJPDHK*).

Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2018 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di tahun 2018 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2015-2019

Laporan Akuntabilitas kinerja sebagai sarana penyampaian pertanggung jawaban kinerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita kepada Direktorat



Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Sebagai bahan evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2018 tetapi juga memuat kendala atau kekurangan-kekurangan yang ada sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada tahun 2018 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU RSJPD Harapan Kita. Total pagu anggaran pada tahun 2018 adalah sebesar Rp. 1.056.322.444.000 yang terdiri dari Anggaran BLU sebesar Rp. 964.713.176.000,- dan Anggaran APBN sebesar Rp. 91.609.268.000,-.



DAFTAR ISI

	Hal
KATA PENGANTAR	i
IKHTISAR EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan.....	1
C. Tugas Pokok dan Fungsi RSJPDHK.....	2
D. Peran Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	4
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II. PERENCANAAN KINERJA	
A. Rencana Strategis	9
B. Rencana Kerja Tahunan dan Pernyataan Kinerja.....	13
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	17
1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	18
2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai rujukan nasional.....	22
3. Terwujudnya peran strategis PJN	27
4. Terwujudnya layanan, pendidikan & penelitian yang ekselen dalam AHS.....	28
5. Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.....	36
6. Terwujudnya layanan unggulan PJN	37
7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	39
8. Terwujudnya mutu dan integrasi proses bisnis.....	43



9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	50
10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan.....	52
11. Terwujudnya integrasi HIS.....	56
12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.....	59
13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.....	62
14. Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif.....	64
15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar.....	65
16. Terwujudnya pertumbuhan revenue	66
17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis.....	67
B. Capaian Kinerja Secara Keseluruhan.....	69
C. Sumber Daya Anggaran	71
D. Sumber Daya Manusia	74
E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	75

BAB IV. KESIMPULAN

LAMPIRAN :

- 1) Form Perjanjian Kinerja
- 2) Form Indikator Kinerja Tingkat Kesehatan BLU

**DAFTAR TABEL**

		Hal
1	Tabel 2.1 Indikator Kinerja Utama (KPI)	9
2	Tabel 2.2 Matriks KPI Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita (2015-2019) Revisi Ke- 2.....	11
3	Tabel 2.3 Perjanjian Kinerja Tahun 2017 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	14
4	Tabel 3.1 Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder	18
5	Tabel 3.2 Nilai Indikator Kinerja BLU	19
6	Tabel 3.3 Realisasi Pasien Puas dan Sangat Puas Tahun 2018	22
7	Tabel 3.4 Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional ...	22
8	Tabel 3.5 Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT	23
9	Tabel 3.6 Laporan kasus sulit yang berhasil Januari-Desember Tahun 2018	26
10	Tabel 3.7 Indikator kinerja sasaran terwujudnya peran strategis PJN	27
11	Tabel 3.8 Indikator kinerja dalam mewujudkan layanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen dalam AHS	29
12	Tabel 3.9 Jumlah PPDS yang menjalani proses pendidikan tepat waktu	30
13	Tabel 3.10 Capaian Indikator Medik Tahun 2018	33
14	Tabel 3.11 Indikator Publikasi Internasional	36
15	Tabel 3.12 Indikator sasaran kinerja terwujudnya layananunggulan PJN	37
16	Tabel 3.13 Persentase pelayanan unggulan Tahun 2018	37
17	Tabel 3.14 Jumlah Tindakan ASO, ADO,AMVo, TEVAR dan EVAR Tahun 2018.....	38
18	Tabel 3.15 Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	39
19	Tabel 3.16 Persentase rujukan yang tepat Tahun 2018.....	40
20	Tabel 3.17 Angka Indikator Persentase (%) rujuk balik Tahun 2018.....	42
21	Tabel 3.18 Indikator sasaran kinerja terjaminnya mutu dan intergritas proses bisnis	43
22	Tabel 3.19 Angka Indikator Persentase (%) angka door to ballon time Tahun 2018	44
23	Tabel 3.20 Kelompok Inklusi dan Ekslusi	45



24	Tabel 3.21	Kendala response time dari Door To Balloon Time < 90 menit dengan target 90%	46
25	Tabel 3.22	Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas	50
26	Tabel 3.23	Capaian % kesesuaian sarfas dengan standar MFK Tahun 2018	51
27	Tabel 3.24	Jumlah PJT yang sudah menjalan PPK KV	52
28	Tabel 3.25	Sarana dan Prasarana Penunjang PJT	54
29	Tabel 3.26	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya integrasi HIS	56
30	Tabel 3.27	Komposisi penilaian maturitas IT Tahun 2018	58
31	Tabel 3.28	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.....	59
32	Tabel 3.29	Capaian persentase karyawan tahun 2018:2017	60
33	Tabel 3.30	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.....	62
34	Tabel 3.31	Hasil pengukuran score GCG RSJPDHK Tahun 2018	63
35	Tabel 3.32	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif	64
36	Tabel 3.33	Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar	65
37	Tabel 3.34	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i> ...	66
38	Tabel 3.35	Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis	67
39	Tabel 3.36	Capaian kinerja Tahun 2018 secara keseluruhan	69
40	Tabel 3.37	Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK	72
41	Tabel 3.38	Realisasi Anggaran RSJPDHK Tahun 2018	72
42	Tabel 3.39	Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian	74
43	Tabel 3.40	Jumlah SDM berdasarkan status ketenagaan	74
44	Tabel 3.41	Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi.....	74
45	Tabel 3.42	Jumlah SDM berdasarkan kelompok pendidikan	75
46	Tabel 3.43	Laporan Barang Milik Negara (BMN) Tahun 2018.....	75



DAFTAR GRAFIK

		Hal
1	Grafik 3.1 Tren Pasien Puas dan Sangat Puas	22
2	Grafik 3.2 Penanganan Komplain Pelanggan.....	34
3	Grafik 3.3 Bulanan Persentase (%) angka rujuk balik pasien Tahun 2018	42
4	Grafik 3.4 Bulanan capain capaian Door To Balloon Time	44
5	Grafik 3.5 Persentase hasil penilaian kinerja karyawan Tahun 2018	60
6	Grafik 3.6 Persentase Penyerahan Anggaran BLU Tahun 2018	73



DAFTAR GAMBAR

	Hal
1 Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit & Pembuluh Darah Harapan Kita	4
2 Gambar 3.1 Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2018.....	57



BAB I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

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

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

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPD Harapan Kita Tahun 2018 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSJPDHK sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2018 sebagai tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis (2015-2019) RSJPD Harapan Kita.



Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJPD Harapan Kita merupakan rangkuman dari suatu proses di mana setiap Unit Kerja per Direktorat melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam pencapaian kinerja selama melaksanakan kegiatan tahun anggaran 2018 yang wajib dipertanggung jawabkan.

C. TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

1. Tugas Pokok

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

Berdasarkan SK Men-Kes No.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 2357/Menkes/Per/XI/2011 tanggal 22 November 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Adapun struktur organisasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah sebagai berikut :

**Misi**

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

Nilai Budaya

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

2. Arah Strategis

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



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

3. Tantangan Strategis

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

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



E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan yang dianjurkan adalah sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

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

Bab II Perencanaan Kinerja

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

Bab III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

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



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

B. Realisasi Anggaran

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

Bab IV Penutup

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

Lampiran:

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

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS

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

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

Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama (KPI)

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



Perspektif	Sasaran Strategis	KPI		
BPI	4 Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam RS pendidikan.	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.	
		10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester).	
		11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	
		12	Persentase complain yang ditangani dengan baik.	
		13	Akreditasi Nasional / Internasional	
		14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	
	5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional.
	6	Terwujudnya layanan unggulan PJN.	16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.
			17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.
	7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	18	Persentase rujukan yang tepat.
			19	Persentase pasien rujuk balik.
			20	Jumlah PJT binaan mandiri.
	8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon time</i> < 90 mnt
			22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.
	9	Terwujudnya sarana dan fasilitas (sarfas) yang bermutu dan aman dengan sistem manajemen yang baik.	23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Master Plan</i> bangunan tahun 2016-2019.
	10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.

Perspektif	Sasaran Strategis		KPI	
			No.	Indikator
LEARNING & GROWTH	11	Terwujudnya integrasi HIS.	25	Tingkat maturitas IT korporasi.
	12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.	26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).
			27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)
	13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	28	Skor GCG Corporate.
	14	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif.	29	Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).
FIN	15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	30	Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.
	16	Terwujudnya pertumbuhan revenue.	31	Tingkat pertumbuhan revenue.
	17	Terwujudnya efisiensi anggaran.	32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.

Untuk mencapai tujuannya, Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita menuangkan KPI dalam bentuk matriks yang memuat target per tahun selama periode Renstra tahun 2015 – 2019 Revisi Ke-2

Tabel 2.2 Matriks KPI Rencana Strategis RSJPD Harapan Kita (2015-2019) Revisi Ke -2

NO.	KPI	PIC	TARGET				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	DIREKSI	87	84	85	85	85
2	Tingkat kepuasan karyawan.	DIRUM	75%	80%	80%	80%	85%
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	DEKAN/KADEP	90%	80%	81%	82%	83%
4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	DIRMED, DIRUM	85%	85%	85%	87%	87%
5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	DIRMED	98%	90%	90%	88,8%	90%
6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	DIRMED	90%	92%	93%	94%	95%



NO.	KPI	PIC	TARGET				
			2015	2016	2017	2018	2019
7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.	Tim Pembina Jejaring, DIRUM	1	1	1	1	1
8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	DIRUM	1	1	1	1	1
9	Jumlah riset yang diaplikasikan ke klinis.	KaDiv Litbang	1	1	1	1	1
10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester).	KaDep	65%	65%	67,50%	67,50%	72,50%
11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	DIRMED, KMMR	80%	85%	88%	90%	90%
12	Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	DIRUM	85%	90%	95%	95%	95%
13	Akreditasi Nasional / Internasional	KMMR	Ter-akreditasi	Akreditasi	-	Akreditasi	Akredita si
14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	Ka.Div.Diklat	1	1	1	1	1
15	Jumlah publikasi internasional.	KaDiv. Litbang	7	8	9	10	11
16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	DIRMED	2 (vascular & valvular)	1 pediatrik	1	0	0
17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	DIRMED	20%	10%	10%	5%	5%
18	Persentase rujukan yang tepat	DIRMED	35%	65%	65%	55%	60%
19	Persentase pasien rujuk balik.	DIRMED	25%	25%	27%	29%	30%
20	Jumlah PJT binaan mandiri.	DIRMED	4	1	1	0	0
21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon time</i> < 90 mnt.	DIRMED	70%	80%	90%	90%	95%
22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	KMMR	100%	100%	100%	100%	100%
23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Masterplan</i> bangunan tahun 2016-2019 .	DIRJANG	80%	85%	90%	90%	95%
24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	DIRMED	Belum ada	1	1	1	1
25	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.	DIRUM	2.5	2	2.3	2.5	2.7
26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	DIRUM	90%	90%	95%	95%	95%
27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	DIRUM	5	5	5	5	5
28	Skor <i>GCG Corporate</i> .	Ka. SPI	75%	80%	85%	90%	95%
29	Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).	DIRUM	70%	70%	72%	75%	75%



NO.	KPI	PIC	TARGET				
			2015	2016	2017	2018	2019
30	Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.	DIRKEU	2	2	2	100%	100%
31	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	DIRKEU	7%	7%	3%	3%	3%
32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	DIRKEU	88%	90%	90%	75%	75%

B. RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PERNYATAAN KINERJA

Perencanaan kinerja tahunan merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan proses penetapan target indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita 2018 ini merupakan rencana kerja tahun keempat untuk pencapaian sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJPDHK 2015-2019 Revisi Ke-2

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada TA 2018 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 2018.



Tabel 2.3. Perjanjian Kinerja Tahun 2018 Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2018	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	85	%
		2	Tingkat kepuasan karyawan.	80	%
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	82	%
		4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	87	%
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	88,8	%
		6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	94	%
3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.	1	
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1	
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan.	1	
		10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester).	67,50	%
		11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	90	%
		12	Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	95	%
		13	Akreditasi Nasional/Internasional	Akredita si	



No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2018	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
		14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	1	
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional.	10	
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	0	
		17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	5	%
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	18	Persentase rujukan yang tepat	55	%
		19	Persentase pasien rujuk balik.	29	%
		20	Jumlah PJT binaan mandiri.	0	
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon</i> time < 90 mnt.	90	%
		22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100	%
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Masterplan</i> bangunan tahun 2016-2019 .	90	%
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1	
11	Terwujudnya integrasi HIS	25	Tingkat maturitas <i>IT</i> korporasi.	2,5	
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	26	Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).	95	%
		27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	5	
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	28	Skor <i>GCG Corporate</i> .	90	



No	Sasaran Program / Kegiatan	No KPI	Indikator	Target 2018	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	29	Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).	72	
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	30	Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.	100	%
16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	31	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i> .	3	%
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	75	%

Dalam pelaksanaan kegiatan tahun 2018, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mendapatkan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan sebesar **Rp.873.007.268.000,-**

Namun setelah tahun berjalan, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita melakukan Revisi anggaran DIPA sebesar **Rp. 1.056.322.444.000.-.**

Kegiatan	Anggaran
1. Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan	Rp. 964.713.176.000,-
2. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas lainnya Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 91.609.268.000,-
	<hr/> Rp. 1.056.322.444.000,-



BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam kurun waktu Januari – Desember 2018.

Tahun 2018 merupakan tahun keempat pelaksanaan dari Rencana Strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Tahun 2015–2019. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

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

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran pada tahun 2018 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 2018.

Sasaran strategis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada perencanaan kinerja 2018 mengacu pada Rencana Strategis RSJPDHK tahun 2015-2019



Revisi Ke-2 dan Pedoman Indikator Kinerja BLU Kementerian Kesehatan RI yang kemudian dituangkan dalam sebuah perjanjian kinerja tahun 2018.

Uraian capaian kinerja dari sasaran strategis dan indikator kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja RSJPD Harapan Kita Tahun 2018 dituangkan sebagai berikut :

1. Terwujudnya Kepuasan Stakeholder

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

Tabel 3.1. Sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	Nilai	85	86,75	82,42	83,42	1,21	Tidak Tercapai
2	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	78	75	83	10,67	Tercapai
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	82	72,19	83,67	96	14,74	Tercapai
4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	87	80,46	82,03	92,00	12,15	Tercapai

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

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

Capaian

Pada Tahun 2018 Tingkat kesehatan RS (PPK BLU) sebesar 83,42 tidak mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 85, namun nilai tersebut masih termasuk kategori SEHAT dengan dinilai AA. Dalam standar nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, hasil capaian termasuk dalam kategori SEHAT dengan nilai AA atau pada rentang nilai 80-N-95.

Analisa Capaian Kinerja

Pencapaian Tahun 2018 angka kesehatan BLU mengalami peningkatan sebesar 1,21% dengan tahun sebelumnya yaitu sebesar 82.42

Tabel 3.2. Nilai Indikator Kinerja BLU

KINERJA RSJPDHK	BOBOT	NILAI 2018
Aspek Keuangan	30	22,25
Aspek Layanan	35	29,25
Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat	35	31,92
TOTAL	100	83,42
KATEGORI		AA

Kendala

Pada Tahun 2018 Tingkat kesehatan RS (PPK BLU) tidak mencapai target disebabkan beberapa hal diantaranya :

1. Rendahnya presentase Dokdiknis yang mendapat TOT sebesar 45% (standar \geq 75%). Pada Periode Januari-Desember 2018, jumlah staf pengajar yang berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) Kementerian Kesehatan Indonesia dan telah mempunyai jabatan sebagai Dokter Pendidik Klinis (Dokdiknis) sebanyak 22 orang, sedangkan jumlah Dokdiknis yang mendapatkan TOT sebanyak 10 orang.
2. Tingginya waktu tunggu hasil radiologi sebesar 4 jam (standar \leq 3 Jam), disebabkan dokter radiologi hanya 1 orang.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

1. Lebih memperbanyak jumlah pelatihan Training of Trainer (TOT) karena merupakan salah satu kompetensi yang wajib dimiliki staf Pengajar/Dosen dalam menunjang aktivitasnya dalam mentransformasikan mengembangkan, dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan, teknologi dan seni melalui pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.
2. Sedang dalam proses rekrutmen untuk penambahan dokter radiologi.

**b. KPI 2.Tingkat Kepuasan Karyawan**

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

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

Capaian

Tingkat kepuasan karyawan RSJPDHK tahun 2018 terealisasi sebesar 83% telah melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 80%. Survey dilakukan oleh pihak ketiga yaitu Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, UGM.

Analisa Capaian Kinerja

Tingkat kepuasan karyawan RSJPDHK tahun 2018 terealisasi sebesar 83%, mengalami peningkatan 10,67 % dari hasil pengukuran tahun sebelumnya sebesar 75%.

Kendala

Tingkat kepuasan karyawan diatas 80% adalah capaian yang tinggi hasil survey diketahui adanya hal yang perlu diperhatikan terkait dengan penurunan komitmen yang dirasakan karena kurangnya dukungan pimpinan dan manajerial dan penyelesaian masalah yang berlarut-larut serta kepuasan dalam bidang kejelasan promosi.

Rekomendasi/ Upaya Tindak Lanjut

Meningkatkan faktor-faktor motivasi atau faktor intrisik seperti pendelegasian wewenang penghargaan atas capaian promosi dan pengembangan diri dan perbaikan dalam sistem dengan keterbukaan dan penanganan keluhan serta saran.



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

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

Capaian

Capaian Tingkat Kepuasan Peserta Didik (S1 dan Sp1 FKUI) mencapai 96%, merasakan puas dan sangat puas untuk menjalani pendidikan di RSJPDHK

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2018 sebesar 96% mengalami peningkatan sebesar 14,74% dari tahun 2017 sebesar 83,67%.

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

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

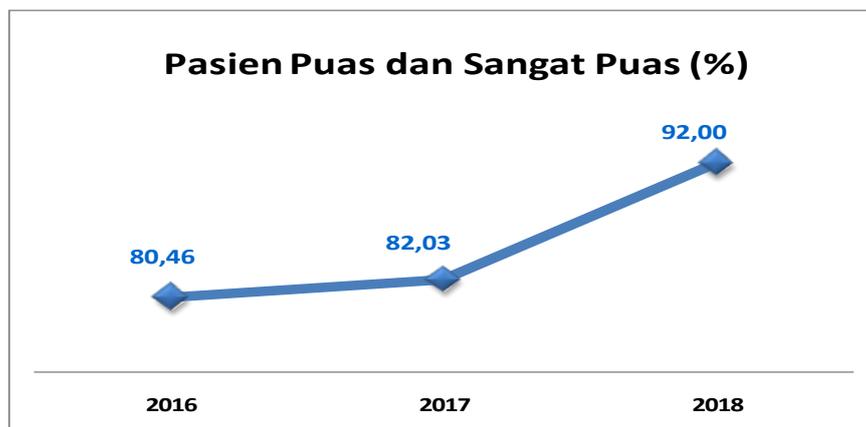
Capaian

Pada tahun 2018 persentase pasien yang menyatakan puas dan sangat puas sebesar 92,00 %, telah melampaui target dari yang ditetapkan sebesar 85%.

Analisa Capaian Kinerja

persentase pasien yang menyatakan puas dan sangat puas tahun 2018 sebesar 92,00 %, mengalami peningkatan dibandingkan dengan hasil survey tahun 2017 yang hanya mencapai 82,03%. Secara tren angka kepuasan pasien selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan seperti terlihat pada tabel dibawah.

Grafik 3.1 Tren Pasien Puas dan Sangat Puas



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

Tabel 3.3. Realisasi Pasien Puas dan Sangat Puas Tahun 2018

Kategori	Tw 1	Tw 2	Tw 3	Tw 4	Tahun
Pasien Puas	72%	75%	76%	70	92%
Sangat Puas	20%	15%	20%	20%	

2. Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

Tabel 3.4. Sasaran strategis terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	88,80	92,3	97,5	97,10	(0,41)	Tercapai
6	% kasus sulit yang berhasil	%	94	93	92,4	94,00	1,73	Tercapai



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

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

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

Capaian

Capaian presentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan pada tahun 2018 telah melebihi target, yaitu 97.10%, dimana target pada tahun 2018 adalah 88.80%.

Analisa Capaian Kinerja

Tabel 3.5 Angka keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan

NO	Nama PJT Binaan	Tahun 2017		Tahun 2018	
		Jumlah Tindakan	Mortalitas	Jumlah Tindakan	Mortalitas
1.	DR. Zainoel Abidin - Banda Aceh	25	1	2	1
2.	RSUD A Wahab Sjahranie - Samarinda	15	0	67	1
TOTAL		40	1	69	2
(%) Keberhasilan Operasi Jantung		97,5%		97,1%	

Pada tahun 2018 Capaian presentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan sebesar 97,10% jika dibandingkan tahun 2017 mengalami penurunan sebesar 0,41%. PJT Binaan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita diantaranya adalah RS DR. Zainoel Abidin – Banda Aceh dan RSUD Wahab Sjahranie – Samarinda yang telah disahkan oleh walikota setempat dan pembuatan Perjanjian Kerjasama Jejaring baik pelayanan, Pendidikan dan Pelatihan. Kedua rumah sakit tersebut sudah menjadi PJT Binaan mandiri selama lebih dari 1 tahun. Jika dibandingkan



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

Kendala

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

1. Terdapat konflik internal RS Zainoel Abidin, Aceh dimana adanya perbedaan persepsi pelayanan antara dokter bedah dengan dokter jantungnya, sehingga menyebabkan sistem penjadwalan tindakan bedah jantung tidak berjalan sebagaimana mestinya.
2. Adanya pengunduran diri dari penanggung jawab Pusat Jantung Terpadu di RS Zainoel Abidin, Banda Aceh sehingga program tindakan bedah jantung menjadi vakum dan belum ada tindak lanjut yang lebih jauh.
3. Staf Medis Bedah Jantung di RS Zainoel Abidin mengikuti pendidikan *fellowship* di RSJPDHK sejak bulan Juli – Oktober 2018, sehingga tindakan bedah jantung yang terjadwal hanya 1 pada bulan Agustus 2018.
4. Adanya kerusakan sarana dan prasarana penunjang tindakan bedah jantung di RS Zainoel Abidin, Aceh yaitu meja operasi tidak dapat dilakukan *maneuver head up, head Down*, posisi ke kanan dan ke kiri. Saat ini dalam proses meja operasi yang digunakan untuk tindakan bedah jantung sedang dalam masa *maintenance* dan diperkirakan pada awal Februari tahun 2019 sudah dapat melakukan tindakan bedah kembali.
5. Tidak adanya pembatasan tindakan mandiri yang dapat dilakukan di PJT Binaan.
6. RS AW Sjahranie saat ini memasuki PJT Binaan Mandiri tahun ke 2 dimana akan melakukan tindakan dengan kasus yang lebih kompleks namun dikarenakan keterbatasan tenaga SDM terutama untuk perawat perfusi, dan spesialis KIC belum ada sehingga belum optimalnya



cardiac *intensivist* dalam melakukan tatalaksana paska bedah. Dikarenakan RSUD Wahab sjahranie masih memiliki keterbatasan SDM, maka saat ini RSUD AW Sjahranie masih melakukan tindakan yang *simple*.

Rekomendasi/Upaya Tindaklanjut

1. Perlu dilaksanakan kembali kunjungan ke PJT Binaan terutama RS Zainoel Abidin, Aceh untuk evaluasi dan pendekatan mendalam kepada direksi dan tim manajemen Pusat Jantung Terpadu RS Zainoel Abidin, Aceh agar pelayanan bedah jantung dan kardiovaskular dapat berjalan kembali sebagai mestinya.
2. Pendampingan tindakan yang lebih *continue* di RS AW Sjahranie dan Zainoel Abidin dikarenakan telah memasuki waktu pembinaan yang telah lebih dari 1 tahun, sehingga tindakan mandiri yang lebih kompleks sudah dapat dikerjakan di PJT Binaan sesuai lokasinya masing – masing.
3. Monitoring dan evaluasi berkelanjutan mengenai kriteria tindakan mandiri yang dapat dikerjakan di PJT Binaan untuk menurunkan angka mortalitas dan peningkatan angka hidup pasien paska bedah jantung.

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

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

Capaian

Tahun 2018 Persentase (%) kasus sulit yang berhasil sebesar 94% melebihi dari ditetapkan target yang diterapkan sebesar 93% .



Analisa Capaian Kinerja

Persentase kasus sulit yang berhasil tahun 2018 sebesar 94,00 %, mengalami peningkatan sebesar 1,73% dibandingkan dengan hasil survey tahun 2017 (92,40%).

Tabel 3.6 Laporan kasus sulit yang berhasil Jan-Des Tahun 2018

No	Bulan	Jumlah Tindakan CABG	Ejection Fraction		Mortalitas CABG Inklusi	Mortalitas (%)	Kasus sulit Yang Berhasil (%)
			> 40%	<40%			
1	Januari	48	42	6	0	0%	100%
2	Februari	58	46	12	0	0%	100%
3	Maret	60	48	12	1	8%	92%
4	April	64	57	7	1	14%	86%
5	Mei	62	50	12	2	17%	83%
6	Juni	46	40	6	1	17%	83%
7	Juli	57	46	11	0	0%	100%
8	Agustus	53	41	12	0	0%	100%
9	September	49	40	9	0	0%	100%
10	Oktober	58	51	7	0	0%	100%
11	November	64	58	6	1	17%	83%
12	Desember	61	52	9	1	11%	89%
JUMLAH		680	571	109	7	6,4%	94%

Persentase kasus sulit yang berhasil yang dilaporkan adalah keberhasilan operasi jantung (*in-hospital survival*) operasi CABG pasien dengan *ejection fraction* < 40%, karena sesuai dengan pembagian kasus sulit yang tertera pada *clinical pathway* dengan batas EF 40%. Saat ini didapatkan hasil capaian realisasi tahun 2018 adalah 94% (mencapai target) dimana target yang ditetapkan adalah 94%.

Kendala

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

1. Kasus yang dikerjakan adalah kasus rujukan yang sudah mengalami gangguan organ lainnya (*multiple organ failure*) dengan komorbiditas yang tinggi.



2. Pasien yang dilakukan tindakan intervensi sebelumnya seperti PCI atau pemasangan IABP atau alat bantu hidup dasar lebih lanjut.

Rekomendasi/Upaya Tindaklanjut

Mengurangi angka kematian dengan menggunakan EURO SCORE II dimana nilai EURO SCORE < 8 dapat dilakukan tindakan dan jika nilai EURO SCORE > 8 tidak dapat dilakukan tindakan. Jika EURO Score > 8 pasien dalam perawatan, maka untuk melakukan tindakan perlu persetujuan dari Direksi dengan menggunakan protokol terapi.

3. Terwujudnya peran strategis PJN

Tabel. 3.7 Indikator Kinerja Sasaran Terwujudnya peran strategis PJN

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

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

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

Capaian

Kajian nasional / rekomendasi yang dilakukan Tahun 2018 adalah pemilihan stent koroner dengan sistem skoring yang dibuat TIM RSJPDHK dan pengadaan stent koroner dengan konsolidasi beberapa RS sehingga didapatkan stent bermutu, efektif dan efisien dengan harga kompetitif dan diikuti oleh banyak RS.

**Analisa Capaian Kinerja**

Pada tahun 2017 jumlah rekomendasi /kajian nasional yang dihasilkan yaitu menyusun buku PPK (Panduan Praktik Klinis) edisi 2 (2017-2019) dan pada tahun 2018 berjumlah 1 rekomendasi /kajian dengan pemilihan stent koroner dengan sistem skoring.

b. KPI 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif

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

Capaian

Tahun 2018 terealisasi 1 kegiatan implementasi program preventif/promotif sesuai dengan target yang ditetapkan pada tahun 2018. Pada akhir periode RSB (2019) ditetapkan target 1 implementasi program preventif dan promotif, dari capaian yang didapat selama 3 tahun terakhir serta program rumah sakit yang tidak hanya mengedepankan kuratif tapi juga hal preventif dan promotif maka target tersebut dapat dicapai.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2017 terealisasi 1 kegiatan implementasi program preventif/promotif dan tahun 2018 telah terealisasi 1 kegiatan implementasi program preventif/promotif yaitu berupa penyuluhan atau edukasi kepada masyarakat di luar lingkungan rumah sakit.



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

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

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan	Jumlah	1	1	0	1	~	Tercapai
10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester)	%	67,50	26,98	32,54	75	130	Tercapai
11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	90	96	99	99	-	Tercapai
12	% komplain yang ditangani dengan baik	%	95	92,80	97,8	99,10	1,33	Tercapai
13	Akreditasi Nasional/Internasional	-	Akreditasi	-	-	Akreditasi	-	Tercapai
14	Jumlah peserta fellowship dari LN	Jumlah	1	1	1	2	100	Tercapai

a. KPI 9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan

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

Capaian :

Target yang ditetapkan pada tahun 2018 sebanyak 1 riset yang diaplikasikan dan pada tahun ini terdapat 1 riset telah diaplikasikan dengan judul "A novel approach to reduce radial artery occlusion after trasradial catheterization : post procedural/prehemostasis intra-a terial nitroglycerin.



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

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

Capaian

Pencapaian tahun 2018 sebesar 75% telah tercapai dari target yang ditetapkan sebesar 67,50%

Analisa Capaian Kinerja

Pencapaian tahun 2018 adalah hasil penjumlahan dari pencapaian pada semester I dan II tahun akademik 2018, yang mana PPDS tersebut telah dinyatakan lulus, sebagai berikut :

Tabel 3.9. Jumlah PPDS yang menjalani proses pendidikan tepat waktu

Periode Lulusan	Jumlah Penerimaan	Ekslusi	Inklusi	Jml Lulusan Tepat Waktu	Persentase
(A)	(B)	(C)	(B-C)	(D)	(D / (B-C) * 100%)
Semester I	10	0	10	10	100%
Semester II	10	0	10	5	50,00%
Pencapaian Lulusan Tepat Waktu Thn 2018 : (Persentase Smt I + Persentase Smt II) / 2					75,00%

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

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



meylesaikan pendidikan tepat waktu ≤ 9 semester dikarenakan PPDS tersebut menjalani: cuti sakit, cuti akademik, tugas keluar, cuti hamil sehingga mengganggu kelancaran proses pendidikan yang bersangkutan.

Pencapaian Lulusan Tepat Waktu tahun 2018

Capaian lulusan tepat waktu pada tahun 2018 :

$$= \Sigma \text{ Realisasi Semester I} + \text{ Realisasi Semester II} / 2$$

$$= \Sigma ((100\% + 50\%) / 2) = \mathbf{75\%}$$

Indikator kinerja % PPDS Kardiologi yang Lulus Tepat Waktu (≤ 9 Semester) mengalami kenaikan sebesar 130% dibandingkan pada periode tahun 2017 yaitu sebesar 32,54%, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa target indikator tersebut tercapai.

Kendala

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

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

Rekomendasi /Upaya Tindak Lanjut

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

1. Mempertahankan persentase jumlah lulusan tepat waktu, sesuai dengan target KPI tahun 2018.
2. Membuat aturan untuk PPDS dalam rangka mempercepat penelitian, yaitu dengan mewajibkan agar PPDS mengajukan proposal penelitian sejak tahap 1.
3. Membuat aturan bahwa selama masa pendidikan PPDS tidak diperkenankan untuk hamil.



4. Memperbaiki mutu pendidikan (Revisi : BRP, Log Book dan Buku Kurikulum Pendidikan).
5. Membuat aturan baru tentang stase PPDS.
6. Memberlakukan peraturan PPDS yang diperkuat dengan SK Ketua Departemen Kardiologi Kedokteran Vaskular FKUI/RSJPDHK.

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

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

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

Persentase Indikator Medik Kardiovaskular yang dilaporkan yaitu:

1. *Rerata Door to balloon time* kurang dari 90 menit
2. Angka mortalitas *Acute Myocardial Infarction* (AMI)
3. Persentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 hari
4. Angka *survival* pasien bedah jantung
5. Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi

Indikator keselamatan pasien yang dianalisa diantaranya adalah:

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



Capaian

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

Tabel 3.10. Capaian Indikator Medik tahun 2018

Persentase capaian indikator medik kardiovaskular		Target	Realisasi
1	Rerata <i>Door To Balloon Time</i>	90 menit	62 menit
2	Angka mortalitas <i>Acute Myocardial Infarction (AMI)</i>	8,00%	6,24%
3	Prosentase pasien gagal jantung yang dirawat dengan <i>Length of Stay (LoS) ≤ 7 hari</i>	≥65%	70,8%
4	Angka <i>Survival</i> Pasien Bedah Jantung	95%	94%
5	Waktu utilisasi laboratorium kateterisasi	85%	89,3%
6	Kepatuhan identifikasi sebelum tindakan diagnostik/terapeutik	100%	99,96%
7	Implementasi prosedur TBaK di rawat inap	100%	88,6%
8	Kepatuhan verifikasi pada pemberian obat <i>high alert</i>	100%	99,9%
9	Kepatuhan melakukan verifikasi pada pemberian elektrolit pekat	100%	100%
10	Penerapan keselamatan operasi	100%	99,8%
11	Kepatuhan cuci tangan	90%	91%
12	Risiko jatuh	85%	98,8%
Rata-rata capaian 99%			

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2017 capaian indikator medik kardiovaskuler sebesar 99% sedangkan tahun 2018 capaian sebesar 99% telah tercapai dengan target sebesar 90%.

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

Komplain adalah keluhan yang disampaikan oleh *stakeholder* (dalam hal ini adalah pasien) secara tertulis dan disampaikan kepada RS. Penanganan komplain dilakukan oleh Instalasi Pemasaran & Pelayanan Pelanggan, dengan

mengelompokkan komplain berdasarkan tingkat masalahnya (merah-kuning-hijau). Komplain yang ditangani dengan baik adalah komplain yang dapat ditindaklanjuti dalam batas waktu sesuai dengan tingkat masalahnya.

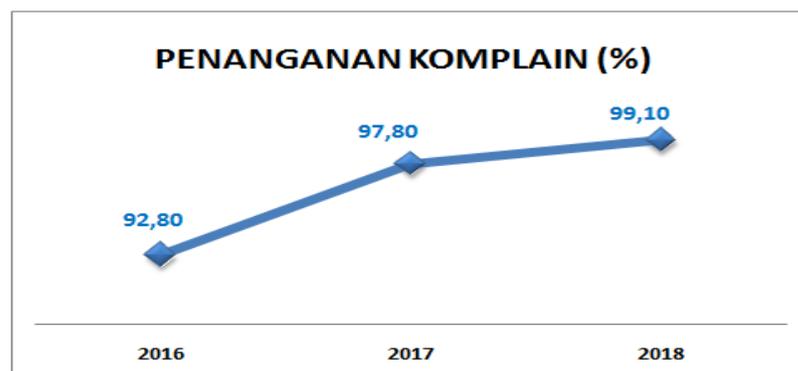
Capaian

Pencapaian tahun 2018 sebesar 99,10 telah tercapai dari target yang telah ditentukan sebesar 95%.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2018 tercapai persentase komplain yang ditangani dengan baik sebesar 99,10 meningkat 1,33% tahun 2017 sebesar 96,80%. Angka capaian juga sudah melebihi target dari yang ditetapkan pada tahun 2019 atau periode akhir RSB sebesar 95%. Pengukuran dilaksanakan setiap bulan dengan formula : Jumlah komplain pasien yang ditangani dengan baik dibagi jumlah keseluruhan komplain pasien dikali 100%. Data tahunan merupakan hasil rekapitulasi pengukuran bulanan, secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah :

Grafik 3.2 Penanganan Komplain Pelanggan



Walaupun realisasi telah melampaui target, namun upaya untuk tetap memberikan yang terbaik kepada pelanggan harus terus dilakukan agar hubungan jangka panjang dapat dipertahankan.



e. KPI 13. Akreditasi Nasional / Internasional

Sasaran yang ingin dicapai pada indikator ini adalah terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam *AHS*. Akreditasi merupakan salah satu tolak ukur suatu keteraturan dalam peng-organisasian dari lembaga independen yang profesional.

Capaian

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah terakreditasi baik secara nasional (2015) dan Internasional (2016), selanjutnya pada tahun 2017 dilaksanakan kegiatan survey akreditasi verifikasi ke-2 oleh KARS yang dilaksanakan pada tanggal 6 dan 7 November 2017 dan pada tahun 2018 kembali melaksanakan survey akreditasi SNARS yang dilaksanakan 8 Oktober hingga 12 Oktober 2018 dan dinyatakan lulus paripurna.

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

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

Capaian

Pencapaian *Fellowsship* luar negeri tahun 2018 telah tercapai sebanyak 2 orang yaitu Hazleena Mohamed Hasnan, MB BCh BAO, Mmed dari Hospital Sultanah Bahiyah Alor Selatan, Kedah Malaysia dan Dr Kyaw Swar dari Defence Service General Hospital, Nay Pyi Taw, Myanmar.

Analisa Capaian Kinerja

Pada tahun 2017 pencapaian *Fellowsship* luar negeri sebesar 1 orang yaitu dr. Kyaw Swar bersar dari Departmen of Cardiovascular Medicine Nay Pyi Taw Myanmar dan pada tahun 2018 sebanyak 2 orang.



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

Tabel. 3.11 Indikator Publikasi Internasional

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
15	Jumlah Publikasi internasional	Jumlah	10	12	10	23	130	Tercapai

a. KPI 15. Jumlah publikasi internasional

Capaian :

Target yang ditetapkan pada tahun 2018 sebesar 10 penelitian dan terealisasi sebesar 23 hasil penelitian staf RS Jantung Harapan Kita yang dipublikasikan dalam jurnal bertaraf internasional dan dalam beberapa proses publikasi.

Analisa Capaian Kinerja

Karya ilmiah (*scientific paper*) merupakan publikasi tertulis dan diterbitkan, menjelaskan hasil dari *research* yang telah dilakukan oleh ilmuwan dengan memenuhi kaidah dan etika akademik. Tahun 2018 terealisasi 23 hasil penelitian mengalami peningkatan sebesar 130% dari tahun 2017 sebesar 10 penelitian. Meskipun tingkat capaian indikator ini sangat tinggi dokter yang meneliti sangat sedikit, penelitian yang membutuhkan waktu, kemampuan menulis peneliti yang masih kurang serta motivasi menulis yang masih kurang.

Rekomendasi/Upaya Tindak Lanjut

Pada akhir tahun 2018, untuk meningkatkan jumlah dan kualitas publikasi ilmiah, Divisi Penelitian dan Pengembangan RSJPDHK mengajukan kerjasama dengan *medical writing professional (transmedical)*. Serta mengajukan insentif bagi peneliti yang karya ilmiahnya dipublikasikan dalam jurnal berskala internasional untuk meningkatkan motivasi peneliti.



6. Terwujudnya layanan unggulan PJN

Tabel. 3.12 Indikator sasaran kinerja terwujudnya layanan unggulan PJN

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
16	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	5	19	36	16	60,00	Tercapai

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

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

Capaian

Capaian indikator persentase layanan unggulan tahun 2018 dibandingkan dengan tahun 2017 adalah 16%. Capaian jumlah pasien layanan unggulan pada tahun 2018 sebesar 407 tindakan, terlihat peningkatan jumlah pasien pelayanan unggulan sebesar 55 tindakan dibandingkan tahun sebelumnya.

Tabel 3.13 Persentase Pelayanan Unggulan Tahun 2018

No	Jenis Pelayanan Unggulan	SM I 2017	SM I 2018	NAIK/ TURUN	SM II 2017	SM II 2018	NAIK/ TURUN	2017	2018	NAIK/ TURUN	TARGET 2018
1	Vaskular	TEVAR	20	31	20	14	0%	40	45	16%	Naik 10%
2		EVAR	10	12		18		13	28		
3	Pediatrik	ASO	51	71	69	100	120	171			
4		ADO	48	61	69	55	117	116			
5		AMVo	11	20	36	30	47	50			
TOTAL		140	195		212	212		352	407		

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2018 (16%) mengalami peningkatan dari tahun 2017 sebesar 36%. Tahun 2018 layanan unggulan dievaluasi adalah layanan



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

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

Tabel 3.14 Jumlah Tindakan ASO, ADO, AMVo, TEVAR dan EVAR Tahun 2018

NO	TINDAKAN	SM 1	SM 2	TAHUN 2018
1	TEVAR	31	14	45
2	EVAR	12	13	25
3	ASO	71	100	171
4	ADO	61	55	116
5	AMVo	20	30	50
TOTAL		195	212	407

Kendala

Tindakan ASO, ADO, AMVo, TEVAR dan EVAR adalah tindakan dengan biaya besar untuk alat dan biaya tindakannya. Namun masih ada beberapa tindakan tersebut diatas belum mempunyai ketetapan kode ICD 9 dan masih disetarakan, seperti ADO, yang mana tarif kode penyetaraan tersebut dibayarkan oleh BPJS lebih kecil dibandingkan total biaya.

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



operator untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas paska tindakan intervensi.

Berdasarkan peraturan mengenai pengadaan alat, barang dan jasa di tahun 2018, terdapat beberapa hal yang membuat pengadaan alat tidak semudah beberapa tahun kebelakang. Hal ini membuat pengadaan barang habiis pakai untuk tindakan intervensi pediatric (ASO,AmVO, ADO) mengalami beberapa kesulitan dalam pengadaannya.

Rekomendasi/Upaya Tindak Lanjut

Berdasarkan kendala – kendala diatas maka diusulkan pelayanan unggulan yang akan dikerjakan beberapa tahun kedepan disesuaikan dengan perencanaan dan pelaksanaan dari *Master Plan* RSJPDHK hingga tahun 2022. Melakukan efisiensi pelayanan untuk menunjang pelayanan unggulan yang akan diusulkan selanjutnya, meningkatkan *learning curve* dari masing – masing operator dengan pelatihan atau *fellowship* ke center – center jantung terbaik, melakukan perencanaan alat, barang dan jasa untuk layanan unggulan yang lebih terencana dikarenakan alur pengadaan barang dan jasa tidak semudah beberapa tahun yang lalu, mengusulkan beberapa tindakan pelayanan unggulan yang masih menggunakan kode penyetaraan untuk masuk ke dalam *top up* BPJS.

7. Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

Tabel. 3.15 Terwujudnya sistem rujukan yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
17	% rujukan yang tepat	%	55	70	83	87	4,82	Tercapai
18	% pasien rujuk balik	%	29	30	30	29	(3,33)	Tercapai

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

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



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

Capaian

Persentase rujukan yang tepat tahun 2018 sebesar 87% telah melebihi dari target sebesar 55%

Analisa Capaian Kinerja

Persentase rujukan yang tepat pada tahun 2018 (87%) mengalami peningkatan sebesar 4,82% dari tahun 2017 (83%). Persentase rujukan pasien dari luar RS sudah mencapai target tahun 2018 dari 55%, tercapai rujukan yang tepat sebesar 87%. Data tersebut merupakan data yang diambil dari pasien yang datang ke IGD melalui SPGDT maupun pasien yang datang langsung dengan membawa rujukan, baik dengan jaminan BPJS maupun non jaminan. Karena RSJPDHK merupakan rujukan nasional untuk kasus penyakit jantung, maka diharapkan mendapat rujukan dengan tingkat severitas yang tinggi

Tabel 3.16 Persentase Rujukan yang tepat Tahun 2018

NO	BULAN	RUANGAN & TINDAKAN	TINDAKAN TAMBAHAN	TOTAL RUJUKAN	RUJUKAN YANG TEPAT	PERSENTASE
1	Januari	90	2	102	92	90,20%
2	Februari	64	1	81	65	80,25%
3	Maret	107	1	127	108	85,04%
4	April	81	0	85	81	95,29%
5	Mei	106	0	121	106	87,60%
6	Juni	117	2	142	119	83,80%
7	Juli	117	2	142	119	83,80%
8	Agustus	97	2	110	99	90,00%
9	September	72	0	96	72	75,00%
10	Oktober	64	0	68	64	94,12%
11	November	68	0	71	68	95,77%
12	Desember	58	0	63	58	92,06%
TOTAL		1041	10	1208	1051	87,00%



Kendala

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

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

Rekomendasi/Upaya Tindak Lanjut

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

b. KPI 18. % pasien rujuk balik

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

Capaian

Persentase pasien rujuk balik tahun 2018 sebesar 29% telah tercapai dari target yang ditetapkan sebesar 29%.

Analisa Capaian Kinerja

Persentase pasien rujuk balik pada tahun 2018 terealisasi sebesar 29 % menurun 3,33% dari tahun 2017 sebesar 30%, namun jika dibandingkan

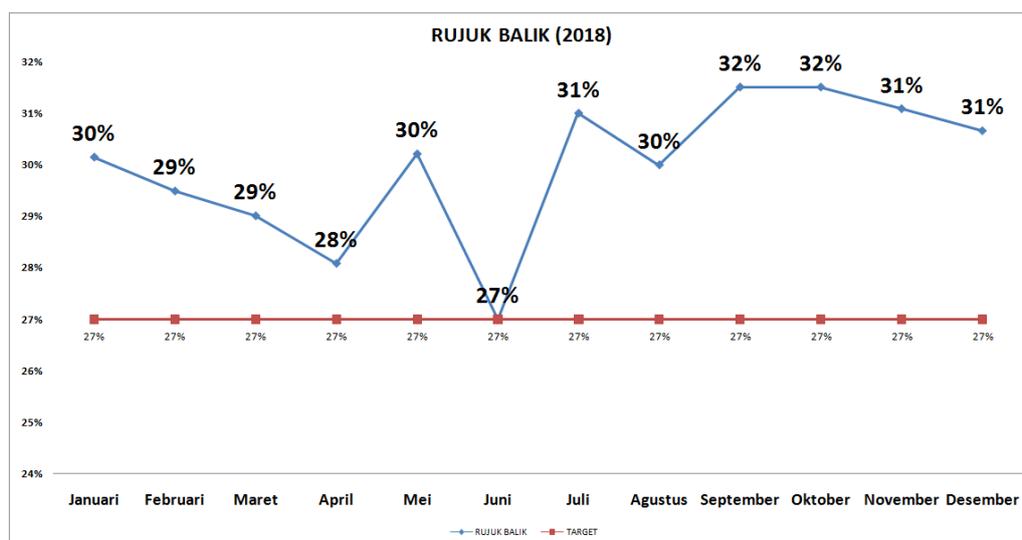


dengan target yang ditetapkan tahun 2018 telah tercapai, ini sesuai dengan komitmen RSJPD Harapan Kita sebagai rumah sakit yang mendukung program pemerintah (JKN).

Tabel 3.17 Angka indikator Persentase (%) rujuk balik tahun 2018

No	Bulan	Jumlah Pasien	RUJUK BALIK	Persentasi
1	Januari	6576	1998	30%
2	Februari	6099	1797	29%
3	Maret	6929	1891	29%
4	April	5989	1761	28%
5	Mei	6280	1661	30%
6	Juni	4405	1009	27%
7	Juli	6444	1969	31%
8	Agustus	5833	1768	30%
9	September	5399	1701	32%
10	Oktober	5896	1894	32%
11	November	5652	1757	31%
12	Desember	5261	1613	31%
JUMLAH		70763	20819	29%

Grafik 3.3 Bulanan Persentase (%) angka rujuk balik pasien tahun 2018



Kendala

- Persentase rujuk balik belum tentu dapat meningkat, oleh karena beberapa keterbatasan pada PPK I seperti persediaan obat, kenyamanan berobat, pasien-pasien tertentu yang tidak dapat dirujuk balik baik karena ketersediaan obat di PPK I/ apotik yang bekerja sama dengan BPJS, pemeriksaan yang harus dilakukan atau kenyamanan.
- Adanya pasien tertentu yang tidak mau dirujuk karena merasa sudah menjadi pasien lama RSJPDHK.
- Beberapa dokter SpJP tidak merujuk balik pasiennya padahal kondisi pasien tersebut sudah stabil dengan kasus kronis.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

- Tetap mengupayakan sosialisasi dan mendorong pasien stabil kronik untuk di rujuk balik agar pelayanan pasien yg belum stabil lebih baik, walaupun tetap terkendala dengan sumber daya yang tersedia di luar RSJPDHK.
- Mengingatkan dokter SpJP yang melakukan pelayanan di poliklinik umum agar merujuk pasien sesuai dengan kriteria rujuk balik yang telah ditetapkan

8. Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis

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

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
19	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	90	84,88	91,31	94,91	4,00	Tercapai
20	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100	100	100	-	Tercapai

a. KPI 19. % kasus dengan door to balloon time \leq 90 Menit

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



Capaian

Presentase kasus dengan *door to ballon time* \leq 90 Menit tahun 2018 sebesar 94,91% telah melebihi dari target yang ditetapkan sebesar 90%.

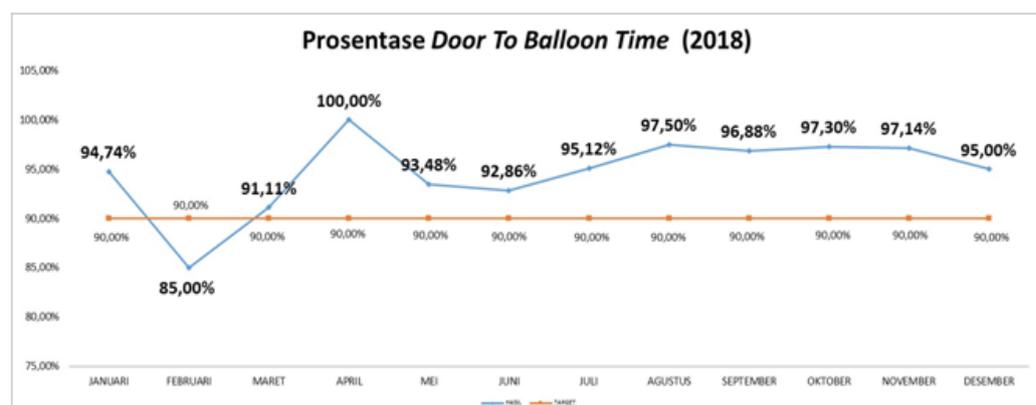
Analisa Capaian Kinerja

Tabel 3.19 Angka indikator Persentase (%) angka door to balloon time tahun 2018

Bulan	Jumlah DTBT < 90 Mnt	Jumlah Tindakan masuk inklusi	(%)	Target
Januari	54	57	94,74	90%
Februari	34	40	85,00	
Maret	41	45	91,11	
April	37	37	100,00	
Mei	43	46	93,48	
Juni	39	42	92,86	
Juli	39	41	95,12	
Agustus	39	40	97,50	
September	31	32	96,88	
Oktober	36	37	97,30	
Nopember	34	35	97,14	
Desember	38	40	95,00	
Tahun 2018	541	570	94,91	

Berdasarkan tabel diatas, pada tahun 2018 didapatkan capaian persentase DTBT kurang dari 90 menit sebesar 94,91% dan meningkat sebesar 4 % dari tahun 2017

Grafik 3.4 Bulanan capaian Door to Balloon Time





Berdasarkan data diatas didapatkan prosentase door to balloon time tahun 2018 terlihat dimana pada bulan Februari tidak mencapai target (85%) namun pada bulan berikutnya hingga seterusnya mencapai target. Hal ini dikarenakan adanya beberapa kendala dalam pelaksanaan door to balloon time. Berdasarkan kamus indikator, dimana data door to balloon time yang dieksklusi diantaranya pasien dengan diagnose SKA dengan ST elevasi belum dapat ditegakkan pada pembacaan EKG pertama, diagnosa SKA dengan ST elevasi terjadi saat perawatan, pasien direncanakan untuk tindakan trombolitik namun pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk tindakan angioplasty coroner, persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien atau keluarga dalam waktu 30 menit setelah didiagnosis dan rencana tindakan diinformasikan, diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan angioplasty coroner primer, bila kasus atau kondisi pasien disertai dengan penyulit seperti syok, gagal jantung akut, *respiratory failure*, aritmia maligna (VT-VF).

Tabel 3.20 Kelompok Inklusi dan Eksklusi

Kelompok Inklusi (n=497)	Kelompok Eksklusi (n=223)
< 90 menit	< 90 menit
• ≤ 70 menit 328 kasus	• ≤ 70 menit 27 kasus
• 71 - 80 menit 86 kasus	• 71 - 80 menit 17 kasus
• 81 - 89 menit 55 kasus	• 81 - 89 menit 8 kasus
≥ 90 menit	≥ 90 menit
• 90 - 120 menit 14 kasus	• 90 - 120 menit 53 kasus
• 121 - 150 menit 6 kasus	• 121 - 150 menit 45 kasus
• 151 - 200 menit 7 kasus	• 151 - 200 menit 36 kasus
• > 200 menit 1 kasus	• > 200 menit 37 kasus

Berdasarkan data diatas didapatkan kelompok inklusi dengan jumlah total 479 kasus, dimana terdapat 14 kasus (2,8%) waktu DTBT antara 90 – 120 menit dan 1 kasus (0,2%) waktu DTBT lebih dari 200 menit. Untuk kelompok eksklusi dengan total 223 pasien terdapat 53 kasus (23.8%) dengan waktu door to



balloon time antara 90 – 120 menit dan 37 kasus (16.6%) waktu DTBT lebih dari 200 menit.

Kendala

Terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan response time dari *Door To Balloon Time* < 90 menit dengan target 90%, diantaranya adalah:

Tabel 3.21 Kendala response time dari *Door To Balloon Time* < 90 menit dengan target 90%

Kelompok Eksklusi dengan keterangan (n=223)	
Menolak trombolitik	73 kasus; (32,7%)
Ada tindakan lain sebelum Primary PCI (TPM, IABP, Trakeostomi, intubasi, CPR, Pemasangan Vena dalam)	65 kasus; (29,1%)
Kesulitan teknis (Kanulasi koroner sulit, batal PPCI karena autolisis, hanya PAC saja)	47 kasus; (21%)
Keputusan pasien/keluarga lebih dari 30 menit	38 kasus; (17%)

Berdasarkan data diatas didapatkan beberapa kendala dalam pelaksanaan *door to balloon time* pasien yang diesklusi (n=233 kasus) dimana 32,7% (73 kasus) keluarga atau pasien menolak untuk dilakukan tindakan trombolitik; 29,1% (65 kasus) dimana adanya tindakan bantuan hidup lain sebelum dilakukan tindakan primary PCI seperti dilakukannya pemasangan TPM, IABP, trakeostomi dan pemasangan vena dalam, intubasi, CPR; 21% (47 kasus) dimana adanya kesulitan teknis seperti kanulasi coroner sulit, pembatalan PPCI karena autolisis atau hanya dilakukan PAC saja; 16.6% (37 kasus) keputusan pasien atau keluarga lebih dari 30 menit dalam memutuskan untuk dilakukan tindakan atau tidak. Selain hal implementasi klinis, terdapat beberapa masalah teknis dalam pelaksanaan *door to balloon time*, diantaranya adalah adanya beberapa pasien yang dilakukan PPCI namun tidak ada lembar audit medik *door to balloon timenya*, hal ini dikarenakan adanya kehabisan persediaan formulir audit medik tersebut.



Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

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

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

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



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

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

Capaian :

Tahun 2018 hasil audit mutu yang ditindaklanjuti terealisasi 100%, sesuai target yang ditetapkan 100%.

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada Tahun 2017 hasil audit mutu yang ditindaklanjuti capaian sebesar 100% dan pada tahun 2018 Hasil Audit Mutu yang ditindaklanjuti adalah "Kepatuhan Kebersihan Tangan di Unit Gawat Darurat. Sebagai rumah sakit yang telah terakreditasi baik secara nasional maupun internasional, serta berkomitmen untuk terus memberikan jaminan kualitas sesuai dengan budaya organisasinya maka capaian 100% ini akan terus dipertahankan hingga target sampai akhir periode RSB (2019) dapat tercapai. Skema tindak lanjut hasil Audit Mutu yang dilaksanakan pada tahun 2018 :

PLAN

Timeline: September - November 2018

Rencana

- a. Membuat jadwal supervisi kebersihan tangan untuk para PPA
- b. Melakukan supervisi kebersihan tangan kepada PPA setiap minggu bersama dengan IPCLN
- c. Melakukan edukasi berdasarkan hasil supervisi mingguan

Harapan

- a. Dalam bulan September sudah ada jadwal supervisi kebersihan tangan untuk para PPA



- b. Mulai bulan September hingga November sudah dilakukan supervisi kebersihan tangan untuk para PPA
- c. Mulai bulan September hingga November sudah dilakukan edukasi kebersihan tangan untuk para PPA

Tindakan :

Tindakan (a)

- 1. Disampaikan dalam darah serah terima tugas shift pagi akan dilakukan supervisi kebersihan tangan kepada PPA
- 2. Menyampaikan jadwal supervise kebersihan tangan kepada PPA yang mana jadwal dapat dilihat dipapan pengumuman (board)

Tindakan (b)

- 1. PJ Unit bersama IPCLN mempersiapkan instrumen supervisi kebersihan tangan kepada PPA
- 2. PJ Unit bersama IPCLN melakukan supervisi kebersihan tangan kepada PPA pada shift pagi dan sore
- 3. PJ Unit bersama IPCLN mendokumentasikan hasil supervisi kebersihan tangan.

Tindakan (c)

- 1. PJ Unit mempersiapkan SPO kebersihan tangan
- 2. PJ Unit melakukan edukasi ulang kebersihan tangan berdsarkan hasil supervisi dengan cara simulasi berdasarkan SPO

DO

Timeline: September –November 2018

Pengamatan

- a. PPA melakukan kebersihan tangan
 - 1. Sebelum kontak dengan pasien
 - 2. Sebelum melakukan tindakan aseptik
 - 3. Setelah kontak dengan cairan tubuh
 - 4. Setelah kontak dengan pasien



5. Setelah kontak dengan lingkungan

STUDY

Timeline: September- November 2018

Kajian

- a. Telah dibuat jadwal supervise kebersihan tangan kepada PPA
- b. Telah tersedia instrument supervise kebersihan tangan
- c. Telah tersedia SPO kebersihan tangan
- d. Telah dilakukan supervise kebersihan tangan PPA
- e. Telah dilakukan edukasi tentang kebersihan tangan kepada PPA

ACT

Timeline: September - November 2018

Kesimpulan

- a. Peningkatan kepatuhan kebersihan tangan secara bertahap. Pada September terjadi peningkatan dari 87,1 % menjadi 89,1%
- b. Tidak ada regulasi yang harus direvisi atau diperbaharui
- c. Supevisi dan edukasi dan edukasi dilakukan sesuai jadwal sampai dengan bulan November 2018

9. Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas

Tabel 3.22 Indikator kinerja sasaran mutu manajemen sarana dan fasilitas

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
21	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 206-2019	%	90	86	91	94	3,30	Tercapai

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

Keandalan sarana fasilitas dapat menjamin kelancaran pelayanan RS dan menjamin keamanan/patient safety, sehingga perlu pengawasan terhadap prasarana/sarana yang memenuhi persyaratan MFK (*Overall Equipment*



Effectiveness) sesuai *best practise* yang mencakup ketersediaan, kinerja, dan kualitas.

Capaian

Pencapaian pada tahun 2018 94% telah tercapai dari target yang ditetapkan sebesar 90% atau mengalami kenaikan 3,30% dibandingkan capaian tahun 2017 sebesar 91%.

Tabel 3.23 Capaian % kesesuaian sarfas dengan standar MFK Tahun 2018

SARANA / PRASARANA	JUMLAH OEE
CATHLAB	87%
GAMMA CAMERA	91%
OK DEWASA	120%
OK ANAK	81%
ECHOCARDIOGRAPHY	97%
RADIOLOGY	103%
MRI	83%
TATA UDARA	86%
LISTRIK	96%
TOTAL OEE	94%

Analisa Capaian Kinerja

Tingkat kesesuaian Sarana Prasarana RSJPD Harapan Kita pada tahun 2018 adalah 94%, mengalami peningkatan 3,30 % dari tahun 2017 (91%). Kesesuaian sarana dan prasarana diharapkan terus meningkat, sehingga target akhir yang ditetapkan sebesar 95% dapat terpenuhi.

Kendala

Faktor yang dinilai adalah tingkat kehandalan sarana dan prasarana dengan menghitung OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) yang mencakup Ketersediaan (Ke, Kinerja (Ki) dan Kualitas (Ku) dari fasilitas sarana medik yang terdapat pada ruang cathlab, Bedah Jantung Dewasa, Bedah Jantung

Anak, Echocardiography, Radiologi, MRI, Kardiologi Nuklir. Sedangkan fasilitas sarana non medik yang dinilai tingkat keandalannya adalah sistem kelistrikan dan tata udara. Dalam komponen OEE faktor yang berkaitan dengan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) adalah faktor ketersediaan (Ke), sedangkan faktor Kinerja (Ke) dan Kualitas (Ku) lebih banyak berkaitan dengan unsur pelayanan (user). Dalam hal ini tinggi rendahnya capaian OEE sangat bergantung dengan kinerja unsur penunjang dan pelayanan. Kondisi SPA yang telah masuk masa end of life berpotensi menyumbang risiko *downtime* yang relative tinggi sehingga nilai capaian ketersediaan (Ke) akan rendah.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

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

10. Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan

Tabel 3.24. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV

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

**KPI 22. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV**

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

Capaian

Pada bulan September tahun 2018, tim PJT Binaan beserta Direktur Utama Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah melakukan kunjungan ke RS Kandau, Manado dalam rangka survey fasilitas pelayanan yang tersedia hingga sosialisasi pembuatan serta penerapan Panduan Praktik Klinis Kardiovaskular.

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2017 sebanyak 1 jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV yaitu RSUD Zainoel Abidin dan pada tanggal 21 September tahun 2018, telah dilaksanakan kunjungan kerja tim PJT Binaan Bersama Direktur Utama Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita untuk melakukan evaluasi kesiapan RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado dalam pelaksanaan Pusat Jantung Terpadu baik untuk tindakan bedah jantung dewasa dan pediatrik serta tindakan Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah. Berdasarkan kunjungan tersebut dilakukan sosialisasi mengenai penggunaan dan pembuatan Panduan Praktik Klinis (PPK) Tata Laksana Kasus dan Panduan Praktik Klinis (PPK) Prosedur yang telah diterapkan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita agar dapat di implementasikan di RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado sesuai dengan kebutuhan di RS tersebut serta presentasi mengenai capaian kinerja pelayanan pusat jantung terpadu di RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado.

Berdasarkan hasil kunjungan didapatkan adanya dukungan pendanaan yang jelas dari Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado dalam melakukan perencanaan Pusat Jantung Terpadu, adanya Perjanjian Kerjasama yang jelas dengan RSJPDHK, adanya *support* pelatihan dan Pendidikan untuk seluruh tim untuk dokter dan perawat sehingga SDM pelaksana pusat jantung terpadu di RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado menjadi lebih memadai.

Pelayanan Pusat Jantung Terpadu (PJT) di RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado dilengkapi oleh SDM, sarana dan prasarana yang memadai, diantaranya:

Tabel 3.25 Sarana dan Prasarana Penunjang PJT

NO	Sarana dan Prasarana Penunjang PJT	Jumlah	Keterangan
1.	ICU Pasca bedah	3 <i>bed</i>	Ruang OK, ICU Pasca bedah dan ruang kateterisasi telah 1 lantai
2.	OK bedah jantung	2 ruangan	
3.	Ruang kateterisasi	4 ruang kateterisasi	3 di gedung PJT 1 di Bedah sentral
4.	ICVCU	8 <i>bed</i>	Lokasi berbeda lantai dengan ruang kateterisasi/ruang OK
5.	Sp. BTKV	2 orang	
6.	Sp. An (KAKV)	1 orang	
7.	Perawat bedah	2 orang	
8.	Perawat ICU pasca bedah	4 orang	
9.	Perfusionis	1 orang	
10.	Perawat anestesi jantung	1 orang	

Kendala

Dalam pelaksanaan penerapan Panduan praktek klinis di PJT setara PJT terdapat beberapa kendala, diantaranya adalah terdapat perbedaan kultur, sarana dan prasarana penunjang pusat jantung terpadu di PJT binaan sehingga PPK yang akan diimplementasikan adalah PPK yang sesuai dengan kemampuan dari kandidat PJT Binaan RSJPDHK. Selain hal



tersebut, kendala yang dihadapi RSJPDHK diantaranya adanya program realisasi *Masterplan* RSJPDHK sehingga pelayanan terfokus pada demolish dan proses pemindahan ruang operasional agar pelayanan di RSJPDHK dapat berjalan dengan baik dan lancar tanpa mengurangi kualitas dan keselamatan pasien. Selain hal tersebut, berdasarkan hasil kunjungan tim RSJPDHK didapatkan beberapa kendala dalam pelaksanaan pelayanan jantung terpadu di RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado yaitu diantaranya jadwal tindakan operasi yang bertabrakan antara RSJPDHK dengan RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado; kasus – kasus pasien cenderung berat dengan severity level 3 yang berisiko tinggi.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

Akan tetap dilakukannya pembinaan beberapa rumah sakit pilihan hingga mampu melaksanakan pelayanan kardiovaskular secara mandiri dan terpadu. Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita akan berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk menetapkan dan mendapatkan dukungan agar salah satu rumah sakit yang nantinya akan menjadi rumah sakit rujukan kasus jantung yang setara dengan RSJPDHK yaitu rumah sakit yang dapat mengimplementasikan PPK setara dengan RSJPDHK.

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi tim PJT Binaan RSJPDHK, didapatkan 2 kandidat calon rumah sakit jejaring yang akan menjadi focus PJT Binaan RSJPDHK, diantaranya adalah RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado dan RSUD Arifin Achmad, Pekanbaru. Saat ini tim RSJPDHK telah melakukan kunjungan ke RSUP Prof.DR.R.D. Kandou, Manado dan direncanakan untuk program tahun 2019 kunjungan tim RSJPDHK akan terfokus di RSUD Arifin Achmad, Pekanbaru. Berdasarkan hasil kunjungan, maka akan ditentukan calon PJT Binaan yang akan menjadi fokus binaan RSJPDHK ditahun berikutnya. Kunjungan akan berfokus pada kesiapan calon PJT binaan dan sosialisasi dan penyusunan Panduan Praktek Klinis

dan *Clinical Pathway* kardiovaskular yang disesuaikan dengan kebutuhan calon PJT Binaan untuk dapat diimplementasikan dalam pelayanan jantung terpadu kedepannya.

11. Terwujudnya integrasi HIS

Tabel 3.26 Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya integrasi HIS

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
23	Tingkat maturitas IT korporasi	%	2,5	1,8	2,02	2,41	19,31	Tidak Tercapai

KPI 23. Tingkat maturitas IT korporasi

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

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

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

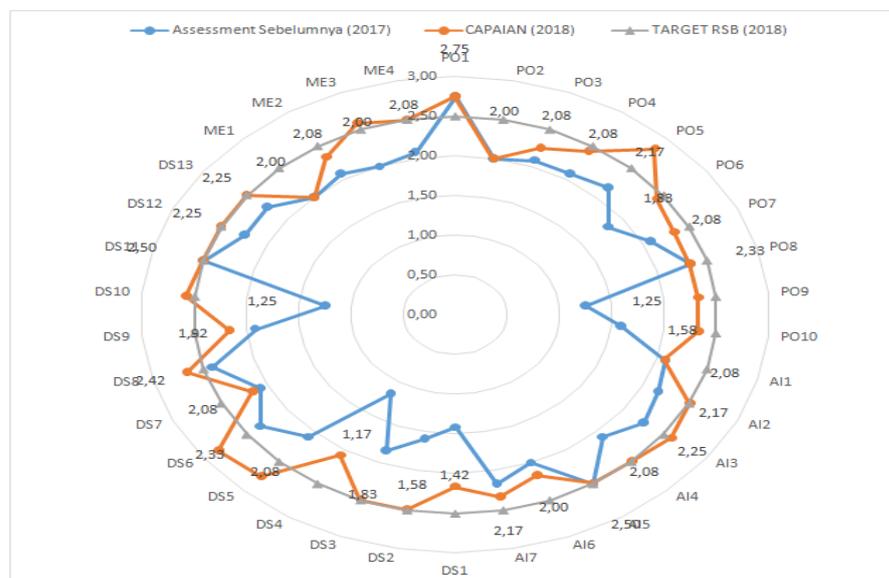
Pendekatan six maturity ini cukup memadai untuk mengimplementasikan tata kelola dan manajemen TI yang baik karena memberikan konfirmasi bahwa tata kelola bukan hanya sekedar menyusun perencanaan, kebijakan dan prosedur saja, melainkan:

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

Capaian

Hasil pengukuran tingkat maturitas IT pada tahun 2018 terealisasi nilai sebesar 2,41, nilai belum mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2018 sebesar 2,5. Hasil pengukuran juga belum mencapai target dari yang ditetapkan pada periode akhir Renstra (RSB) tahun 2019 sebesar 2,7, namun dalam upaya untuk mencapai target tersebut maka diberikan beberapa rekomendasi sebagai upaya tindak lanjut.

Gambar 3.1. Spider Chart Pengukuran Maturitas IT tahun 2018





Tabel 3.27 Komponen penilaian Maturitas IT tahun 2018

Proses	COBIT 4.1 Processes	Assessment Sebelumnya (2017)	CAPAIAN (2018)	TARGET RSB (2018)
PO1	Define a strategic IT plan	2,75	2,75	2,50
PO2	Define the information architecture	2,00	2,00	2,50
PO3	Determine technological direction	2,08	2,25	2,50
PO4	Define the IT processes, organisation and relation	2,08	2,42	2,50
PO5	Manage the IT investment	2,17	2,83	2,50
PO6	Communicate management aims and direction	1,83	2,42	2,50
PO7	Manage IT Human resources	2,08	2,33	2,50
PO8	Manage quality	2,33	2,33	2,50
PO9	Assess and manage IT risks	1,25	2,33	2,50
PO10	Manage projects	1,58	2,33	2,50
AI1	Identify automated solutions	2,08	2,08	2,50
AI2	Acquire and maintain application software	2,17	2,50	2,50
AI3	Acquire and maintain technology infrastructure	2,25	2,58	2,50
AI4	Enable operation and use	2,08	2,50	2,50
AI5	Procure IT resources	2,50	2,50	2,50
AI6	Manage changes	2,00	2,17	2,50
AI7	Install and accredit solutions and changes	2,17	2,33	2,50
DS1	Define and manage service levels	1,42	2,17	2,50
DS2	Manage third-party services	1,58	2,50	2,50
DS3	Manage performance and capacity	1,83	2,50	2,50
DS4	Ensure continuous service	1,17	2,08	2,50
DS5	Ensure systems security	2,08	2,75	2,50
DS6	Identify and allocate costs	2,33	2,83	2,50
DS7	Educate and train users	2,08	2,17	2,50
DS8	Manage service desk and incidents	2,42	2,67	2,50
DS9	Manage the configuration	1,92	2,17	2,50
DS10	Manage problems	1,25	2,58	2,50
DS11	Manage data	2,50	2,50	2,50
DS12	Manage the physical environment	2,25	2,50	2,50
DS13	Manage operations	2,25	2,50	2,50
ME1	Monitor and evaluate IT performance	2,00	2,00	2,50
ME2	Monitor and evaluate internal control	2,08	2,33	2,50
ME3	Ensure compliance with external requirements	2,00	2,58	2,50
ME4	Provide IT governance	2,08	2,50	2,50
		2,02	2,41	2,50

Analisa Capaian Kinerja

Cobit merupakan standar international dalam bidang tata kelola dan audit IT, baik Manajemen, Instalasi SIRS dan Auditor Internal harus memahami standarisasi tersebut. Pendekatan harus dilakukan secara komprehensif dari semua aspek yang dinilai (34 aspek) dari standar Cobit. Pada tahun 2018 capaian realisasi sebesar 2,41 meningkat 19,31 dari tahun 2017 sebesar



2,02 namun jika dibandingkan dengan target yang ditetapkan tahun 2018 belum tercapai.

Kendala

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

Upaya Tindak Lanjut :

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

12. Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

Tabel 3.28 Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
24	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	95	95,2	95,2	97,69	2,62	Tercapai
25	jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	%	5	5	5	6	20	Tercapai

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

Kualitas kinerja karyawan sangat mempengaruhi kinerja RS secara keseluruhan. Maka sesuai sasarannya untuk mewujudkan staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul perlu pemantauan,

indikator dipilih untuk menghitung persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS).

Capaian :

Pada tahun 2018 tercapai persentase Karyawan / Staf yang memiliki kinerja unggul (Nilai B dan BS) sebesar 97,69% angka mencapai target yang ditetapkan sebesar 95%

Analisa Capaian Kinerja

Capaian hasil penilaian pegawai tahun 2018 sebesar 97,69% meningkat 2,62% dari tahun 2017 (95,20%).

Tabel 3.29 Capaian persentase karyawan tahun 2018:2017

Kriteria Penilaian	2017 (%)	2018 (%)
Baik Sekali	4,40	39,22
Baik	90,80	58,47
Cukup	4,80	2,06
Kurang	0	0,25

Grafik 3.5 Persentase hasil penilaian karyawan tahun 2018



Kendala :

Belum semua penilaian kinerja staf bersifat kuantitatif.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut :

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

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

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

Capaian

Tahun 2018 terealisasi 6 orang staf SMF mengikuti pelatihan di LN (luar negeri), yaitu dr. Yogi Kurniawati, dr. Olfy Lelya, dr Liza Fitria, dr. Yudi Hadinata, dr. Prieta Adriane, dr. Cindy Elfira Boom, dari realisasi ini maka target yang ditetapkan pada tahun 2018 dapat terpenuhi. Capaian yang secara konstan terpenuhi dari tahun-tahun sebelumnya diharapkan dapat terus dipertahankan hingga akhir periode RSB (2019), dimana pada tahun 2018 ditetapkan target yang sama sebanyak 5 orang staf SMF yang mengikuti pelatihan di luar negeri.

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2018 mengalami peningkatan sebesar 20% dari tahun 2017 sebesar 5 orang staf.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

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

13. Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

Tabel 3.30 Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
26	Skor GCG Corporate	%	90	95,44	87,70	90,16	2,81	Tercapai

KPI 26. Skor GCG Corporate

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

Pengukuran dilaksanakan melalui metoda kuantitatif, meliputi :

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

Capaian

Nilai penerapan GCG (Good Corporate Governance) di RSJPD Harapan Kita tahun 2018 terealisasi sebesar 90,16. Nilai mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 90%. Hasil penilaian penerapan GCG pada tahun 2018 sudah melebihi target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Revisi ke-2. Komitmen yang kuat dari semua lini dan unsur untuk menjadikan RSJPD Harapan Kita sebagai Good Corporate Governance diharapkan dapat meningkatkan skor pengukuran pada akhir periode tersebut.

Analisa Capaian Kinerja

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



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

Tabel 3.31 Hasil pengukuran Score GCG RSJPDHK tahun 2018

No	Aspek Penilaian	Jumlah Parameter	Skor Maksimal	Capaian	Persentase Capaian
I	Hak dan Tanggung Jawab Pemilik	24	24	22,83	95,13
II	Kebijakan GCG	10	10	9,50	95,00
III	Penerapan GCG :				
	1. Dewan Pengawas	37	37	32,00	86,49
	2. Direksi	40	40	37,40	93,50
	3. Komite Medik	10	10	9,50	95,00
	4. Satuan Pemeriksaan Intern	10	10	9,32	93,30
	5. Kehumasan RS	6	6	5,00	83,33
IV	Pengungkapan Informasi (<i>disclosure</i>)	5	5	4,00	80,00
V	Komitmen	10	10	7,50	75,00
	Jumlah	152	152	137,05	90,16
	Nilai dikonversikan ke jumlah 100%				90,16

Berdasarkan hasil penilaian telah meningkat sebesar 2,81 dari tahun 2017 sebesar 87,70% secara keseluruhan penerapan GCG sudah sesuai dengan konsep penerapan GCG pada umumnya. Pemenuhan penilaian penerapan disebabkan karena adanya perbaikan dokumentasi, kebijakan dan perangkat manajemen, khususnya yang berkaitan dengan terpenuhinya persyaratan standar Akreditasi Nasional (KARS) maupun Akreditasi Internasional (JCI) serta terpenuhinya ketentuan yang berlaku dalam akuntabilitas BLU-RSJPD Harapan Kita.

Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

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

14. Terwujudnya budaya kinerja dan *teamwork* yang efektif

Tabel 3.32 Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya budaya kinerja dan *teamwork* yang efektif

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
27	Indeks budaya kinerja PJJN (PJJNKK)	%	75	78	75	90	20	Tercapai

KPI 27. Indeks budaya kinerja PJJN (PJJNKK)

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

Capaian

Pada tahun 2018 angka Indeks Budaya Kinerja (PJJNKK) terukur sebesar 90%, Angka telah memenuhi target dari yang ditetapkan sebesar 75%,

Analisa Capaian Kinerja

Tahun 2018 dimana tercapai hasil pengukuran sebesar 90%, mengalami kenaikan 20% dari Tahun 2017 sebesar 75%. Hasil pengukuran merupakan rata-rata dari beberapa elemen yang diukur yaitu: Profesional, jaminan kualitas, inovatif, harmoni dan kerja sama.



Rekomendasi / Upaya Tindak Lanjut

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

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

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

15. Termanfaatkannya sumber dana dari luar

Tabel 3.33 Indikator kinerja sasaran mutu termanfaatkannya sumber dana dari luar

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

KPI 28. Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar

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

Capaian

Pencapaian tahun 2018 sebesar 284,55 telah tercapai dari target yang telah ditetapkan sebesar 100%.

Perhitungan :

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{Pendapatan Netto KSO}}{\text{Rp. 1 Milyar}} \times 100\% \\ &= \frac{\text{Rp. 2.845.533.985}}{\text{Rp. 1.000.000.000}} \times 100\% = \mathbf{284,55\%} \end{aligned}$$

16. Terwujudnya pertumbuhan *revenue*

Tabel 3.34 Indikator kinerja sasaran mutu Terwujudnya pertumbuhan *revenue*

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
29	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i>	%	3	3	3,75	4,77	27,20	Tercapai

KPI 29. Tingkat pertumbuhan *revenue*

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

Capaian

Pertumbuhan *revenue* dari tahun 2017 ke tahun 2018 tercapai sebesar 4,77%, angka tersebut mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 3 % di tahun 2018. Dengan Pendapatan tahun berjalan sebesar Rp.902.137.869.084 dan Pendapatan tahun sebelumnya sebesar Rp. 861.064.640.102. Angka pertumbuhan *revenue* diharapkan dapat meningkat pada tahun selanjutnya, karena pada tahun 2019 sebagai akhir periode Renstra (RSB) 2014-2019 telah ditetapkan target sebesar 3%.

Analisa Capaian Kinerja

Pertumbuhan *revenue* dari tahun 2017 ke tahun 2018 mengalami peningkatan sebesar 27,20% angka tersebut mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 3 % di tahun 2018.



17. Terwujudnya efisiensi proses bisnis

Tabel 3.35. Indikator kinerja sasaran mutu terwujudnya efisiensi proses bisnis

KPI	Indikator Kinerja / Keberhasilan	Satuan	Target 2018	Realisasi			Naik/turun (%)	Capaian 2018
				2016	2017	2018		
30	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	75	81,91	82,60	102,80	24,46	Tercapai

KPI 30. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional

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

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

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

Capaian :

Perhitungan POBO berdasarkan laporan keuangan *unaudited* tahun 2018 adalah 102,80%, atau telah melampaui target dari target yang ditetapkan sebesar 75% pada tahun 2018.



Hasil Perhitungan POBO tahun 2018

$$\begin{aligned} \text{POBO} &= \frac{\text{Pendapatan BLU}}{\text{Biaya operasional} - \text{Biaya penyusutan}} \times 100\% \\ &= \frac{902,1371869,084}{877,603,293,125} \times 100\% \\ &= \mathbf{102,80\%} \end{aligned}$$

Analisa Capaian Kinerja

Realisasi pada tahun 2018 sebesar 102,80 mengalami peningkatan sebesar 24,46% dari tahun 2017 sebesar 82,60. Namun angka POBO yang dihasilkan pada tahun 2018 telah melebihi dari angka /skor rasio maksimal yang ditetapkan secara nasional dalam Perdirjen Perbendaharaan nomor 36 tahun 2016 sebagai elemen indikator pengukur tingkat kesehatan BLU, dimana skor maksimal dapat dihasilkan jika mendapat nilai/rasio >65%.

Untuk target yang ditetapkan pada akhir periode Renstra (RSB) tahun 2019, dimana ditetapkan target yang sama sebesar 75% untuk akhir periode tersebut diharapkan pada tahun tersebut capaian dapat melebihi target yang ditetapkan.



B. Capaian Kinerja Secara Keseluruhan

Capaian Kinerja RSJPD Harapan Kita pada tahun 2018, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.36. Capaian Kinerja tahun 2018 secara keseluruhan

NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2018	REALISASI TAHUN 2018
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat kesehatan RS (PPK BLU)	Nilai	85	83,42
		2	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	83
		3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI)	%	82	96
		4	% pasien yang puas dan sangat puas	%	87	92
2	Terwujudnya RSJPDHK sebagai Rujukan Nasional	5	% keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan	%	88,80	97,10
		6	% kasus sulit yang berhasil	%	94	94
3	Terwujudnya peran strategis PJN	7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan	Jumlah	1	1
		8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif	Jumlah	1	1
4	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS	9	Jumlah riset translasional yang diaplikasikan	Jumlah	1	1
		10	% PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester)	%	67,5	75
		11	% capaian indikator medik kardiovaskular	%	90	99
		12	% komplek yang ditangani dengan baik	%	95	99,10
		13	Akreditasi Nasional/Internasional		Akreditasi	Akreditasi
		14	Jumlah peserta fellowship dari LN	Jumlah	1	2



NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2018	REALISASI TAHUN 2018
5	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15	Jumlah publikasi internasional	Jumlah	10	23
6	Terwujudnya layanan unggulan PJN	16	% peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	%	5	16
7	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	17	% rujukan yang tepat	%	55	87
		18	% pasien rujuk balik	%	29	29
8	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis	19	% kasus dengan door to balloon time \leq 90 mnt	%	90	94,91
		20	% hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi	%	100	100
9	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas	21	% kesesuaian sarfas dengan standar MFK	%	90	94
10	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV diberbagai strata pelayanan	22	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV setara PJN	Jumlah	1	1
11	Terwujudnya integrasi HIS	23	Tingkat maturitas IT korporasi	Jumlah	2,5	2,41
12	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul	24	% staf yang kinerja unggul (B dan BS)	%	95	97,69
		25	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	Jumlah	5	6
13	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif	26	Skor GCG Corporate	Jumlah	90	90,16



NO	PROGRAM /SASARAN KEGIATAN	KPI	INDIKATOR	SATUAN	TARGET 2018	REALISASI TAHUN 2018
14	Terwujudnya budaya kinerja dan <i>teamwork</i> yang efektif	27	Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK)	%	75	90
15	Termanfaatkannya sumber dana dari luar	28	Jumlah Pendapatan KSO yang di atas 1 milyar	%	100	284,55
16	Terwujudnya pertumbuhan <i>revenue</i>	29	Tingkat pertumbuhan <i>revenue</i>	%	3	4,77
17	Terwujudnya efisiensi proses bisnis.	30	Tercapainya persentase rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional	%	75	102,80

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 30 indikator kinerja yang diterapkan di RSJPD Harapan Kita pada tahun 2018 dari 30 indikator kinerja tersebut yang telah mencapai target sebanyak 28 indikator kinerja melampaui target yang ditetapkan, sementara terdapat 2 indikator belum tercapai target yaitu KPI-1 dan KPI-25 Tingkat maturitas IT. Dari data tersebut bila dipersentasekan maka capaiannya sebesar 93,33%.

C. Sumber Daya Anggaran

Revisi DIPA TA 2018

Dalam pelaksanaan kegiatannya pada tahun 2008, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita didukung oleh dua sumber anggaran yaitu anggaran BLU dan APBN. Pada awalnya Pagu Definitif RSJPDHK sebesar Rp 873.007.268.000,- yang ditetapkan pada tanggal 5 Desember 2017. Dalam pelaksanaan kegiatan terjadi perubahan Pagu Anggaran disebabkan oleh adanya Ijin Pencantuman Saldo (Revisi 1), Buka Blokir dan Pergeseran Belanja (Revisi 2), Ijin Penggunaan Saldo (Revisi 3), Rencana Penarikan Dana (RPD) DIPA (Revisi 4) secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini.



Tabel 3.37 Perubahan Pagu Anggaran RSJPDHK

No	Belanja	Pagu Definif SP.DIPA.02.04.2.52 0628/2018 05-Des-17	Rev. Ke 1 06-Feb-18	Rev. Ke 2 06-Apr-18	Rev. Ke 3 12-Apr-18	Rev. Ke 4 09-Agust-18
1	2	3	4	5	6	6
A	Rupiah Murni (RM) Bealnja Pegawai	91.609.268.000 91.609.268.000	91.609.268.000 91.609.268.000	91.609.268.000 91.609.268.000	91.609.268.000 91.609.268.000	91.609.268.000 91.609.268.000
B	PNBP / BLU	781.398.000.000	781.398.000.000	781.398.000.000	964.713.176.000	964.713.176.000
1	Belanja Barang	629.115.521.000	629.115.521.000	629.980.521.000	791.559.066.000	791.559.066.000
2	Belanja Modal	152.282.479.000	152.282.479.000	151.417.479.000	173.154.110.000	173.154.110.000
TOTAL		873.007.268.000	873.007.268.000	873.007.268.000	1.056.322.444.000	1.056.322.444.000

Realisasi Anggaran

Pagu Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2018 sebesar Rp.1.056.322.444.000,- terealisasi sebesar Rp. 846.432.359.452,30,- atau dengan tingkat capaian serapan 80,13%. Anggaran RSJPDHK terdiri dari dua sumber yaitu : Anggaran APBN dan Anggaran BLU.

Tabel 3.38. Realisasi Anggaran RSJPD Harapan Kita tahun 2018

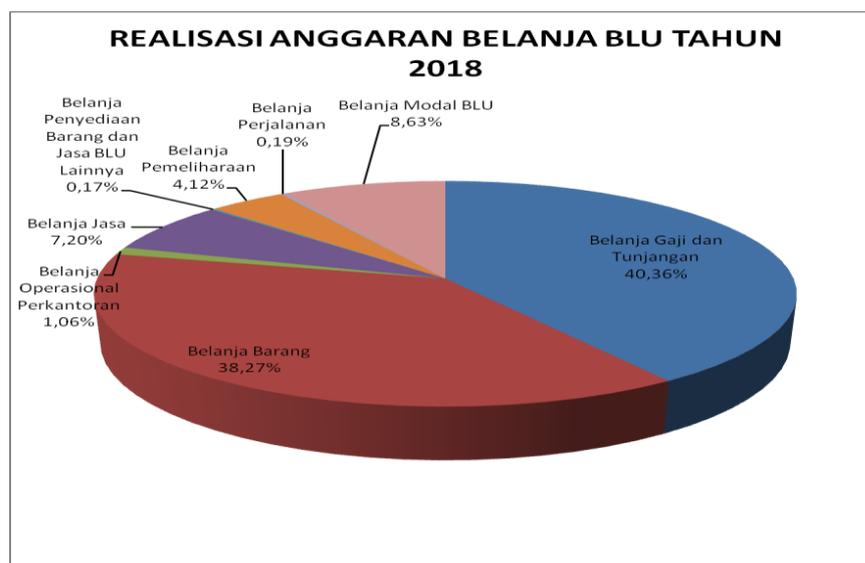
No.	Uraian	Pagu RBA 2018	Realisasi 2018	% Real
	PAGU BELANJA BLU RSJPDHK (DIPA APBN + BLU)	1.056.322.444.000,00	846.432.359.452,30	80,13%
A	Belanja Negara (Dipa APBN)	91.609.268.000,00	82.353.840.182,00	89,90%
1	Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	91.609.268.000,00	82.353.840.182,00	89,90%
B	Belanja Barang BLU (Bel. Opers + Modal)	964.713.176.000,00	764.078.519.270,30	79,20%
1	Belanja Gaji dan Tunjangan	327.215.002.000,00	308.377.265.487,30	94,24%
2	Belanja Barang	324.654.660.000,00	292.424.080.291,00	90,07%
3	Belanja Operasional Perkantoran	15.570.861.000,00	8.102.623.415,00	52,04%
4	Belanja Jasa	68.221.639.000,00	55.024.362.704,00	80,66%
5	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	2.743.744.000,00	1.280.961.762,00	46,69%
6	Belanja Pemeliharaan	48.903.160.000,00	31.494.915.376,00	64,40%

No.	Uraian	Pagu RBA 2018	Realisasi 2018	% Real
7	Belanja Perjalanan	4.250.000.000,00	1.468.529.958,00	34,55%
8	Belanja Modal BLU	173.154.110.000,00	65.905.780.277,00	38,06%

Realisasi Belanja APBN sebesar Rp. 82.353.840.182 terserap untuk penggunaan : Belanja Gaji dan Tunjangan PNS.

Realisasi BLU sebesar Rp. 764.078.519.270,- terserap untuk penggunaan : Belanja pegawai, belanja barang/bahan, belanja jasa, belanja pemeliharaan, belanja perjalanan dinas, belanja modal dan belanja lainnya. Secara komposisi pemanfaatan anggaran BLU RSJPDHK tahun 2018 dapat dilihat pada gambar berikut :

Grafik 3.6 Persentase Penyerapan Anggaran BLU tahun 2018



Analisa Penyerapan Anggaran

Realisasi anggaran yang disampaikan pada LAKIP 2018 belum menyampaikan informasi berdasarkan program / sasaran maupun indikator, karena model penganggaran di RSJPD Harapan Kita disusun berdasarkan pada kode mata

anggaran, seperti mata anggaran belanja modal, belanja barang, belanja pegawai, belanja operasional, jasa dan lain-lain.

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

D. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM RSJPDHK per 30 Desember 2018 adalah : 1850 orang

1. Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

Tabel 3.39 Jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian

A.Status Kepegawaian	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1831	1836	1833	1828	1893	1884	1881	1875	1871	1864	1857	1850
PNS	1231	1230	1226	1224	1222	1218	1213	1208	1207	1203	1199	1193
CPNS	33	31	32	32	32	32	34	34	34	34	34	34
Non PNS	567	575	575	572	639	634	634	633	630	627	624	623

2. Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

Tabel 3.40 Jumlah SDM berdasarkan struktur ketenagaan

B.Struktur Ketenagaan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1831	1836	1833	1828	1893	1884	1881	1875	1871	1864	1857	1850
Direksi (Pejabat Eselon)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Manajerial (Pejabat Eselon)	32	32	31	31	31	30	30	32	32	32	32	32
Manajerial (Pejabat Non Eselon)	323	322	328	328	328	329	327	326	325	324	325	322
Non Manajerial (Staf Pelaksana)	1471	1477	1469	1464	1529	1520	1519	1512	1509	1503	1495	1491

3. Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

Tabel 3.41 Jumlah SDM berdasarkan kelompok profesi

C. Kelompok Profesi	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1831	1836	1833	1828	1893	1884	1881	1875	1871	1864	1857	1850
SMF	108	108	108	107	107	106	106	105	104	105	104	104
Perawat	758	762	761	759	785	783	780	778	777	774	771	769
Umum	652	650	648	647	673	668	669	667	665	661	659	654
Penunjang	313	316	316	315	328	327	326	325	325	324	323	323

4. Jumlah SDM Berdasarkan kelompok pendidikan

Tabel 3.42 Jumlah SDM berdasarkan kelompok pendidikan

D. Tingkat Pendidikan	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
	1831	1836	1833	1828	1893	1884	1881	1875	1871	1864	1857	1850
1. SD	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2. SMP	22	22	22	22	22	22	22	22	22	21	21	21
3. SMA	393	390	389	379	379	377	372	370	370	369	368	365
4. D1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
5. D2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
6. D3	684	688	687	687	709	708	702	699	699	694	693	692
7. D4	9	9	8	9	13	13	14	15	16	16	16	16
8. S1	571	575	575	579	618	615	616	615	611	611	604	602
9. S2	131	131	131	131	131	128	132	131	130	131	133	132
10.S3	14	14	14	14	14	14	17	17	17	17	17	17

E. Sumber Daya Sarana dan Prasarana (SIMAK)

Laporan perkembangan Barang Milik Negara (BMN) RSJPD Harapan Kita per 31 Desember 2018 :

Tabel 3.43 Laporan Barang Milik Negara (BMN) Tahun 2018

URAIAN	SALDO PER 1 JULI 2018		MUTASI				SALDO PER 30 DESEMBER 2018		KONDISI
	Kuantitas	Nilai	BERTAMBAH		BERKURANG		Kuantitas	Nilai	
			Kuantitas	Nilai	Kuantitas	Nilai			
INTRAKOMPTABEL									
Tanah	22389	1.004.482.485.000	0	0	0	0	22389	1.004.482.485.000	Baik
Peralatan Mesin	19816	583.176.343.103	1264	59.822.897.887	19	9.838.645.400	20821	633.160.595.590	Baik
Gedung dan Bangunan	12	286.258.109.005	0	84.274.226.000	0	19.806.761.390	12	350.725.573.615	Baik
Ingasi	0	-	1	1.299.308.000	0	-	1	1.299.308.000	Baik
Jaringan	14	432.000.000	0	0	0	0	14	432.000.000	Baik
Aset Tetap Lainnya	1040	444.279.683	0	-	0	0	1040	444.279.683	Baik
Aset tetap yang tidak digunakan	890	71.813.516.893	5	9.665.988.000	142	4.857.965.655	753	76.621.539.238	Rusak Berat
Total		1.946.606.733.684		155.062.419.887		34.503.372.445		2.067.165.781.126	
EKSTRAKOMPTABEL									
Peralatan Mesin	665	143.090.974	80	47.855.000	0	0	745	190.945.974	Baik
Gedung dan Bangunan	1	7.892.500	0	0	0	0	1	7.892.500	Baik
Aset tetap yang tidak digunakan	12	2.214.000	0	0	1	100.000	11	2.114.000	Baik
Total		153.197.474		47.855.000		100.000		200.952.474	
ASET TIDAK BERWALID									
Hak Cipta	2	276.100.000	0	0	0	0	2	276.100.000	Baik
Paten	2	22.500.000	0	0	0	0	2	22.500.000	Baik
Software	132	24.835.822.919	4	144.526.149	0	0	136	26.281.349.068	Baik
Total		25.134.422.919		1.445.526.149				26.579.949.068	

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 2018 mengacu kepada Tugas Pokok & Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan dalam Rencana Strategis.

Pencapaian Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2018 dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program Pembinaan Upaya Kesehatan sesuai Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian/Subbagian.

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

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya didukung oleh Anggaran DIPA APBN dan DIPA BLU, sebesar **Rp.1.056.322.444.000,-** dengan rincian sebagai berikut :

1. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA APBN dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 91.609.268.000,-**, penyerapan terealisasi 89,90% sebesar **Rp. 82.353.840.182,-**
2. Belanja yang bersumber dari anggaran DIPA BLU dengan pagu anggaran sejumlah **Rp 964.713.176.000,-**, penyerapan terealisasi 79,20% sebesar **Rp. 764.078.519.270,-**.

Secara umum upaya pencapaian sasaran strategis RSJPD Harapan Kita tahun 2018 tidak mengalami hambatan yang berarti, namun demikian untuk menjaga kinerja dan bahkan peningkatan kinerja di masa mendatang perlu kiranya beberapa saran sebagai berikut :

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

Demikian uraian Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2018 yang disusun sebagai pertanggung jawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita

Direksi

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

LAMPIRAN

A. PENILAIAN KINERJA ASPEK KEUANGAN

NO	SUB ASPEK INDIKATOR	SKOR	TAHUN 2018	
			HAPER	NILAI
1	RASIO KEUANGAN	19		11,25
	Rasio Kas (Cash Ratio)	2	353,22%	0,25
	Rasio Lancar	2,5	513,08%	2,50
	Periode Penagihan Piutang	2	59,30	2,00
	Perputaran Aset Tetap	2	42,64%	2,00
	Imbalan Atas Aset Tetap	2	0,02%	0,00
	Imbalan Ekuitas	2	0,02%	0,00
	Perputaran Persediaan	2	21,28	2,00
	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,5	103,93%	2,50
	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	0,05%	0,00
2	KEPATUHAN PENGELOLAAN KEUANGAN BLU	11		11,00
	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	jadwal = "ya" kelengkapan = "ya"	2,00
	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2	-	2,00
	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	disampaikan sesuai jadwal dan saldo kas sesuai	2,00
	Tarif Layanan	1	telah ditetapkan	1,00
	Sistem Akuntansi	1	ak.keuangan "ya", ak.biaya "ya", ak.aset tetap "ya"	1,00
	Persetujuan Rekening	0,5	ya	0,50
	SOP Pengelolaan Kas	0,5	ya	0,50
	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	ya	0,50
	SOP Pengelolaan Utang	0,5	ya	0,50
	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	ya	0,50
	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	ya	0,50
JUMLAH SKOR ASPEK KEUANGAN (1+2)		30		22,25

B. PENILAIAN KINERJA ASPEK LAYANAN

NO.	SUB ASPEK INDIKATOR	BOBOT	HAPER	NILAI
1	LAYANAN			
A	Pertumbuhan Produktivitas	18		13,75
1	Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Jalan	2	1,01	1,50
2	Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2	1,09	1,50
3	Pertumbuhan Hari perawatan Rawat Inap	2	1,04	1,50
4	Pertumbuhan Rata-rata Pemeriksaan Penunjang Kardiologi/hari	2	1,05	1,50
5	Pertumbuhan Rata-rata Pemeriksaan Laboratorium	2	0,97	1,25
6	Pertumbuhan Rata-rata Operasi	2	1,00	1,50
7	Pertumbuhan Rata-rata Rehab Medik	2	1,03	1,50
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	1,17	2,00
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	2	1,00	1,50
B	Efektivitas Pelayanan	14		13,00
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	2	94,00%	2,00
2	Pengembalian Rekam Medik	2	90,12%	2,00
3	Angka Pembatalan Operasi	2	0,00%	2,00
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	2	1,75%	1,50
5	Penulisan resep sesuai formularium	2	95,18%	2,00
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,03%	2,00
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	67,38%	1,50
C	Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran	3		2,50
1	Rata-rata jam pelatihan / karyawan	1	0,99	1,00
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	1	45,45%	0,50
3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	1	Ada program	1,00
TOTAL (ASPEK LAYANAN)		35		29,25

C. PENILAIAN KINERJA ASPEK MUTU

NO	SUB ASPEK INDIKATOR	BOBOT	TAHUN 2018	NILAI
2	MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT			
A	MUTU & Manfaat Kepada Masyarakat	14		
1	Emergency response time rate	2	3,00	2,00
2	Waktu tunggu rawat jalan	2	25 Menit 43 Detik	2,00
3	LOS (length of stay)	2	6 hari	2,00
4	Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	9 Menit	1,50
5	Waktu tunggu sebelum operasi	2	23 Jam (< 1 hari)	2,00
6	Waktu tunggu hasil laboratorium	2	1 Jam 17 Menit	2,00
7	Waktu tunggu hasil radiologi	2	4 Jam 26 Menit	1,00
B	MUTU KLINIK	12		
1	Angka kematian di Gawat Darurat	2	0,72%	2,00
2	Angka kematian > 48 jam	2	3,09%	2,00
3	Post operative death rate	2	6,00%	1,00
4	Angka infeksi nosokomial :	4		
	a. Infeksi Luka Operasi (ILO) / IDO		0,76%	1,00
	b. Infeksi Jarum Infus (Plebitis)		0,48%	1,00
	c. Decubitus		0,16%	1,00
	d. ISK		0,20%	1,00
5	Angka kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	2	0,01%	2,00
C	KEPEDULIAN PADA MASYARAKAT	4		
1	Pembinaan kepada puskes dan sarkes lain	1	ada program dilaksanakan	1,00
2	Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	1	ada program dilaksanakan	1,00
3	Ratio tempat tidur kelas III	2	56,51%	2,00
D	KEPUASAN PELANGGAN	2		
1	Penanganan komplain/persentase complain	1	99,10%	1,00
2	Persentase kepuasan pelanggan (IKM tingkat kepuasan 4)	1	82,19%	0,82
E	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN	3		
1	Hasil Penilaian RS berseri	2	9520	2,00
2	Hasil Penilaian Proper lingkungan (KLH)	1	Biru	0,60
	TOTAL	35		31,92

**TINGKAT KESEHATAN BLU
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA
TAHUN 2018**

	KINERJA RSJPDHK	NILAI	BOBOT
1	INDIKATOR KEUANGAN	22,25	30
2	INDIKATOR LAYANAN	29,25	35
3	INDIKATOR MUTU	31,92	35
	TOTAL	83,42	100
	KATEGORI	AA	

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

Jakarta, Januari 2019

Direktur Utama



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

NIP. 196601011996031001



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

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

Nama : Dr. dr. Iwan Dakota, SpJP(K), MARS, FACC, FESC

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

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

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

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

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

Jakarta, Mei 2018

Pihak kedua,

Pihak Pertama,

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

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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018
RS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya kepuasan stakeholders.	1. Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU). 2. Tingkat kepuasan karyawan. 3. Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI). 4. Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85 80% 82% 87%
2.	Terwujudnya RSJPD Harapan Kita sebagai rujukan nasional.	5. Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan. 6. Persentase kasus sulit yang berhasil.	88,8% 94%
3.	Terwujudnya peran strategis PJN.	7. Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan. 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1 1
4.	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekzellen dalam AHS.	9. Jumlah riset yang diaplikasikan ke klinis. 10. Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu (≤ 9 semester). 11. Persentase capaian indikator medik kardiovaskular. 12. Persentase komplek yang ditangani dengan baik. 13. Akreditasi Nasional / Internasional. 14. Jumlah peserta fellowship dari LN.	1 67,50% 90% 95% Akreditasi 1
5.	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15. Jumlah publikasi internasional.	10
6.	Terwujudnya layanan unggulan PJN.	16. Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	5%
7.	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	17. Persentase rujukan yang tepat. 18. Persentase pasien rujuk balik.	55% 29%
8.	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	19. Persentase kasus dengan door to balloon time < 90 mnt. 20. Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	90% 100%
9.	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas.	21. Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2016-2019 .	90%
10.	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	22. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1
11.	Terwujudnya integrasi HIS.	23. Tingkat maturitas IT korporasi.	2,5

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.	24. Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS). 25. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	95% 5
13.	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	26. Skor GCG Corporate.	90%
14.	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif.	27. Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).	75%
15.	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	28. Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.	100%
16.	Terwujudnya pertumbuhan revenue.	29. Tingkat pertumbuhan revenue.	3%
17.	Terwujudnya efisiensi anggaran.	30. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	75%

Kegiatan

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan. Rp. 873.007.268.000,-

Direktur Jenderal,



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

Jakarta, Mei 2018

Direktur Utama



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



RS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

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

Telp. 021 5684086 - 5681111, Faks 5684230

Email : website@pjnhk.go.id

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