

# RENCANA STRATEGIS BISNIS

RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA

TAHUN 2020-2024

REVISI KE-3

*Integrity*      *Competence*      *Accessibility*      *Reliability*      *Excellence*



**BerAKHLAK**  
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten  
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif

## KATA PENGANTAR



Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, maka Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) yang merupakan salah satu Unit Pelayanan Teknis Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024. RSB merupakan salah satu perangkat strategis bagi manajemen suatu organisasi dalam memandu dan mengendalikan arah gerak dan perkembangan organisasi. Manajemen akan menjadikan RSB sebagai kompas dalam menentukan berbagai kebijakan organisasi. RSB menjadi sangat penting untuk menjawab tantangan perubahan dan tuntutan internal maupun eksternal yang disebabkan adanya dinamika dalam kegiatan organisasi. Dengan adanya RSB, maka penyimpangan kegiatan organisasi dari tujuan yang telah ditetapkan dapat dicegah.

Adanya perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sebagai penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Kesehatan Nasional yang kemudian dirumuskan sebagai Transformasi Bidang Kesehatan, harus diterjemahkan sampai ke tingkat UPT (RS Vertikal) yang memiliki peran vital dalam pelaksanaan program tersebut.

Sebagai penyesuaian terhadap perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan serta keberlanjutan dukungan terlaksananya program Transformasi Kesehatan, maka RSJPDHK melaksanakan penyusunan revisi ke-3 atas dokumen RSB 2020-2024.

Kami menyadari bahwa RSB 2020-2024 Revisi ke-3 yang kami susun masih jauh dari sempurna, sehingga kritik dan saran dari semua pihak sangat kami harapkan, kemudian kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaganya dalam penyusunan RSB 2020-2024 Revisi ke-3 kami sampaikan terima kasih.

Direktur Utama



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

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Adanya perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sebagai penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Kesehatan Nasional yang kemudian dirumuskan sebagai Transformasi Bidang Kesehatan, harus diterjemahkan sampai ke tingkat UPT (RS Vertikal) yang memiliki peran vital dalam pelaksanaan program tersebut.

Sebagai penyesuaian terhadap perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan serta keberlanjutan dukungan terhadap terlaksananya program Transformasi Kesehatan maka RSJPDHK melaksanakan revisi ke-3 atas RSB 2020-2024, selain sebagai bentuk kesinambungan terhadap penerapan beberapa Key Performance Indikator (KPI) Organisasi pada tahun 2024 yang menjadi mandatory / penugasan langsung pada seluruh Rumah Sakit Vertikal di lingkungan Kementerian Kesehatan. Terdapat 9 KPI mandatori baru dan 9 KPI yang mendapat perubahan baik target, satuan maupun pemecahan indicator.

Dengan adanya RSB revisi ini diharapkan nilai kunci pelayanan, pendidikan dan penelitian dapat tetap berjalan sesuai harapan, melalui kerjasama yang sinergis dengan para pemangku kepentingan, khususnya Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI). RSB ini juga diharapkan dapat menjadi pedoman bagi RSJPDHK dalam mencapai visi **“Menjadi Pusat Kardiovaskular Berkualitas Setara Asia”**.

Untuk mewujudkan visinya serta dalam upaya mendukung transformasi kesehatan Kementerian Kesehatan, RSJPDHK menetapkan misi: “Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian berkualitas serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia”. RSJPDHK kemudian menetapkan tujuan : Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien; Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas; Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan; Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan; serta Meningkatkan kemandirian BLU

Perubahan kebijakan Kementerian Kesehatan telah menjadi pertimbangan RSJPDHK dalam menentukan arah strategis berdasarkan butir-butir yang menjadi kekuatan, kelemahan, peluang serta ancaman berdasarkan situasi terkini. Hasil analisa dan perhitungan melalui metoda matriks IFE dan EFE terhadap butir-butir tersebut menyatakan bahwa posisi organisasi RSJPDHK saat ini berada pada posisi II, dimana kekuatan yang dimiliki masih lebih

besar daripada kelemahannya, sedangkan peluang yang tersedia masih sebanding dengan ancamannya.

Pada RSB 2020-2024 Revisi ke-3, RSJPDHK dalam menjalankan programnya tetap mengacu pada tiga fase perkembangan sesuai *roadmap* strategis yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu : *Fase I “Commitment to Change”* (tahun 2020-2022), *Fase II “Strong Empowerment”* (tahun 2023) dan *Fase III* yaitu fase final *“Setara Asia”* (tahun 2024).

RSB 2020-2024 Revisi ke-3 juga memberikan pemaparan mengenai Program Utama, Program Pengampunan dan Program Transformasi Kesehatan sesuai yang tertuang pada dokumen sebelumnya.

Sebagai suatu identitas, maka Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada periode RSB 2020-2024 telah membangun dan menetapkan suatu nilai budaya yang terdiri dari : *“Integrity”*, *“Competence”*, *“Accessibility”*, *“Reliability”* dan *“Excellence” (I CARE)*. Butir-butir nilai budaya ini diharapkan memiliki sinergi dengan nilai-nilai dasar **ASN** yaitu **BerAKHLAK** yang memiliki makna sebagai berikut : Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif.

Dalam upaya pengembangan layanan, RSJPDHK pada periode 2020-2024 telah merencanakan kelanjutan pengembangan fasilitas dan gedung pelayanan ventrikan (*Ventrical Building*) yang proses pelaksanaannya telah dimulai sejak tahun 2019 (multi years), berkesinambungan perencanaan tersebut dicerminkan dengan pemenuhan kelengkapan peralatan kesehatan dan pengembangan SDM guna mendukung terlaksananya pengembangan layanan tersebut.

Selanjutnya RSJPDHK merencanakan *masterplan* tahap ke-3 berupa pembangunan gedung layanan *Harapan Kita-Tokushukai Building* melalui dana hibah dari *Tokushukai Medical Group* Jepang. *Ground breaking* direncanakan pada tahun 2024, sehingga untuk menuju kesiapannya perlu dilakukan migrasi pelayanan dan perkantoran sebelum pelaksanaan *demolish* gedung utama yang menjadi area pembangunan tersebut.

**RENCANA STRATEGIS BISNIS**  
**RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA**  
**TAHUN 2020 - 2024**  
**(REVISI KE-3)**

**JAKARTA, JANUARI 2024**

**DIREKSI**

Direktur Utama



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

Direktur Pelayanan  
Medik dan Keperawatan

dr. Muhadi, Sp.PD, KKV.



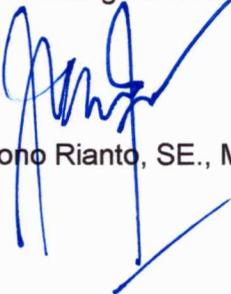
Pt. Direktur Sumber Daya Manusia,  
Pendidikan dan Penelitian

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



Direktur Keuangan  
dan Barang Milik Negara

Tri Hartono Rianto, SE., M.Bus, Ak.



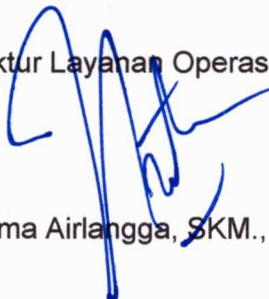
Direktur Perencanaan,  
dan Pengembangan Strategi Layanan

Dr. drg. Maya Marinda Montain, M.Kes.



Direktur Layanan Operasional

Ghotama Airlangga, SKM., MKM.



**MENYETUJUI**  
**ATAS**  
**RENCANA STRATEGIS BISNIS**  
**RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA**  
**TAHUN 2020 - 2024**  
**(REVISI KE-3)**

**JAKARTA,    JANUARI 2024**

**DEWAN PENGAWAS**

**Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita**

Ketua



Kunta Wibawa Dasa Nugraha, SE., MA., Ph.D.

Anggota



drg. Oscar Primadi, MPH.

Anggota



Ludiro, SE., MM.

Anggota



Ronaldus Mujur, MBA.

Anggota



Ir. Isa Rachmatarwata, M.Math.

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	
Lembar Pengesahan.....	
Daftar Isi .....	i
Daftar Tabel .....	iii
Daftar Gambar .....	iv
<b>BAB I. Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
A. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020 - 2024.....	1
1. Visi dan Misi Kementerian Kesehatan .....	1
2. Arah Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan.....	2
B. Visi dan Misi RSJPDHK.....	4
1. Visi dan Misi .....	4
2. Tugas dan Fungsi BLU .....	4
C. Target Rencana Strategis Bisnis (RSB).....	5
 <b>BAB II. Analisis dan Strategi</b>	
A. Evaluasi Kinerja BLU .....	6
1. Evaluasi Kinerja RSB 2015 – 2019 (Periode Sebelumnya).....	6
2. Evaluasi Kinerja RSB 2020 – 2022 .....	8
3. Kinerja Keuangan 2020 – 2024 .....	8
B. Analisis SWOT dan Balance Score Card (BSC) .....	9
Analisi SWOT .....	9
1. Kekuatan (Strength).....	9
2. Kelemahan (Weakness).....	9
3. Peluang (Oppurtunity).....	10
4. Ancaman (Threat).....	10
Posisi Strategis Organisasi .....	10
C. Inisiatif Strategis .....	11
Balance Score Card.....	12

BAB III. Rencana Strategis Bisnis .....	14
A. Program Kementerian Kesehatan.....	14
B. Strategi Bisnis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita .	15
C. Kegiatan dan Indikator.....	17
1. Sasaran Strategis .....	17
2. Indikator Kinerja ( Key Performance Indicator /KPI) .....	18
3. Program / Kegiatan.....	20
BAB IV. Penutup.....	26
1. Kesimpulan.....	26
2. Saran.....	26

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indikator Kinerja, Target dan capaian 2017-2019 .....	6
Tabel 2.2 Indikator Kinerja, Target dan capaian 2020-2022 .....	8
Tabel 2.3 Butir – Butir Kekuatan .....	9
Tabel 2.4 Butir – Butir Kelemahan .....	9
Tabel 2.5 Butir – Butir Peluang .....	10
Tabel 2.4 Butir – Butir Ancaman .....	10
Tabel 3.1 Tujuan dan Sasaran Strategis .....	17
Tabel 3.2 Key Performance Indikator .....	18
Tabel 3.3 Program Utama, Program Pengampunan dan Transformasi Kesehatan dan RSJPDHK 2020-20234 .....	20
Tabel 3.4 Program Kerja berdasarkan KPI.....	22

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kinerja Keuangan.....	8
Gambar 2.2 Diagram IFE dan EFE RSJPDHK 2020-2024 .....	11
Gambar 2.3 Posisi Organisasi RSJPDHK 2020-2024 .....	11
Gambar 2.4 Peta Strategi <i>Balance Score Card</i> RSJPD 2020-2024.....	12
Gambar 3.1 Arah Pengembangan Rumah Sakit .....	15
Gambar 3.2 Fase Perkembangan Rumah Sakit 2020-2024 .....	16

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024

#### 1. Visi dan Misi Kementerian Kesehatan

Visi Nasional pembangunan jangka panjang adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan.

Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, Presiden sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 telah menetapkan Visi yaitu “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”.

Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan yaitu “Menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan”.

Pembangunan manusia dilakukan berlandaskan pada Tiga Pilar Pembangunan, yakni layanan dasar dan perlindungan sosial, produktivitas, dan pembangunan karakter. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai pondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan sumber daya manusia sebagai modal insani (*human capital*).

Dalam rangka mencapai terwujudnya visi Presiden yakni: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, maka telah ditetapkan 9 (sembilan) misi Presiden tahun 2020-2024, yakni:

- a. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia;
- b. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya Saing;
- c. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan;
- d. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan;
- e. Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa;
- f. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya;

- g. Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga;
- h. Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya;
- i. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab besar untuk pencapaian target strategi nasional di bidang kesehatan, yaitu kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dan penguatan sistem kesehatan melalui transformasi kesehatan. Kementerian Kesehatan terus melakukan terobosan dan inovasi guna percepatan pencapaian target nasional pada tahun 2024 dan target *Sustainable Development Goals (SDGs)* tahun 2030 di bidang kesehatan.

## **2. Arah Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan**

Arah Kebijakan Kesehatan Nasional diketahui akan membawa penyelenggaraan kesehatan nasional menuju pada cakupan kesehatan semesta dengan akses dan mutu layanan yang prima, dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar, serta mendorong adanya peningkatan upaya promotif dan preventif dengan memanfaatkan teknologi. Arah kebijakan Kementerian Kesehatan hingga 2024 merupakan penjabaran lebih lanjut dari arah kebijakan nasional tersebut dengan memperhatikan lingkungan kewenangan yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan. Sejak ditetapkannya Renstra Kementerian Kesehatan pada tahun 2020, telah terjadi disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi COVID-19. Wabah COVID-19 yang kemudian diperkirakan akan menjadi endemik, memaksa pemerintah di seluruh dunia untuk menyesuaikan kebijakan sekaligus membangun konsep untuk perubahan cara hidup masyarakat. Salah satu sektor yang terkait langsung dengan pandemi ini adalah sektor kesehatan

Hal tersebut mempengaruhi arah kebijakan Kementerian Kesehatan yang mana menggambarkan perubahan cara dan lingkup kerja kementerian ke depan yang akan memasuki situasi penuh ketidakpastian dan dinamika, baik dalam bidang kesehatan maupun bidang lainnya yang mempengaruhi kesehatan. Perubahan tersebut dikonsepsikan sebagai Transformasi Bidang Kesehatan yang mencakup penguatan kontribusi Kementerian Kesehatan dalam perwujudan pelayanan

kesehatan primer dan sekunder yang lebih baik, sistem ketahanan kesehatan, penyediaan SDM kesehatan yang berkualitas dan merata, perluasan cakupan sistem pembiayaan, serta digitalisasi pada sistem pelayanan kesehatan.

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan kemudian dirumuskan dan/atau ditetapkan sejalan dengan Transformasi Kesehatan yang menjadi jiwa dari perubahan Renstra Kemenkes 2020-2024, yaitu dengan rumusan: “Menguatkan sistem kesehatan dengan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta, dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*), melalui penyediaan pelayanan kesehatan primer dan sekunder yang berkualitas, sistem ketahanan kesehatan yang tangguh, SDM kesehatan yang kompeten, sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, serta penyelenggaraan kesehatan dengan tata kelola pemerintahan yang baik, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi”.

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

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

Transformasi Teknologi Kesehatan, yang mencakup: (1) integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan, (2) integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan, dan (3) pengembangan ekosistem (teknologi kesehatan

(regulasi/ kebijakan yang mendukung, memberikan kemudahan/ fasilitasi, pendampingan, pembinaan serta pengawasan yang memudahkan atau mendukung bagi proses pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan) yang disertai peningkatan tatakelola dan kebijakan kesehatan. Kebijakan transformasi kesehatan bergerak dinamis sehingga proses penerapannya dapat bersifat langsung / mandatory yang kemudian didelegasikan ke Rumah Sakit Vertikal sehingga RSB perlu disesuaikan agar evaluasinya bisa dilaksanakan secara berkesinambungan.

## **B. Visi dan Misi RSJPDHK**

### **1. Visi dan Misi**

RSJPDHK sebagai salah satu UPT Kementerian Kesehatan telah menyelaraskan Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020-2024 dengan mengevaluasi serta merumuskan kembali baik Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Program dan Indikator. Visi yang ditetapkan RSJPDHK sebagai Pusat Pelayanan Jantung Nasional pada RSB 2020-2024 yaitu **“Menjadi Pusat Kardiovaskular Berkualitas Setara Asia”**.

Untuk mewujudkan visinya serta dalam upaya mendukung transformasi kesehatan Kementerian Kesehatan, RSJPDHK menetapkan misi: **“Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian berkualitas serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia”**.

Sebagai suatu identitas organisasi, RSJPDHK menetapkan 5 nilai budaya yaitu : **“Integrity”, “Competence”, “Accessibility”, “Reliability” dan “Excellence”** yang kemudian disingkat menjadi **“I CARE”**. Nilai Budaya yang dirumuskan diharapkan sejalan dengan nilai-nilai dasar **ASN** yaitu **BerAKHLAK**, yang memiliki makna sebagai berikut : Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif.

### **2. Tugas dan Fungsi BLU**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 54 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJPDHK sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat type I/A mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jantung dan pembuluh darah.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, RSJPDHK Jakarta menyelenggarakan fungsi:

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

### **C. Target Rencana Strategis Bisnis (RSB)**

Dalam upaya mendukung program transformasi kesehatan sebagaimana tertera dalam perubahan Renstra Kementerian Kesehatan, serta untuk mewujudkan visi dan misi RSJPDHK maka telah ditetapkan tujuan yang akan dicapai selama periode 2020-2024 sebagai berikut :

1. Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien
2. Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas
3. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan
4. Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan
5. Meningkatkan kemandirian BLU

## BAB II ANALISIS DAN STRATEGI

### A. Evaluasi Kinerja BLU

#### 1. Evaluasi Kinerja RSB 2015-2019 (Periode Sebelumnya)

Sebagai alat pengukuran kinerja pada periode RSB 2015-2019 RSJPDHK telah menentukan beberapa indikator kinerja dalam bentuk *Key Performance Indicator* (KPI) yang diturunkan dari sasaran-sasaran strategik organisasi.

Tabel 2.1. Indikator Kinerja, Target dan Capaian 2017-2019

INDIKATOR KINERJA		TARGET DAN CAPAIAN					
		2017		2018		2019	
		TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN
1	Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU).	85	82,42	85	83,42	85	84,65
2	Tingkat kepuasan karyawan.	80%	75%	80%	83%	85%	83,86%
3	Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI).	81%	83,67%	82%	96%	83%	86,34%
4	Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85%	82,03%	87%	92%	87%	92,88%
5	Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan.	90%	97,50%	88,80%	97,10%	90%	90,60%
6	Persentase kasus sulit yang berhasil.	93%	92,40%	94%	94%	95%	90,68%
7	Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan.	1	1	1	1	1	1
8	Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1	1	1	1	1	1
9	Jumlah riset yang diaplikasikan ke klinis.	1	0	1	1	1	1
10	Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu ( $\leq 9$ semester).	67,50%	32,54%	67,50%	75%	72,50%	76,47%
11	Persentase capaian indikator medik kardiovaskular.	88%	99%	90%	99%	90%	93%
12	Persentase komplek yang ditangani dengan baik.	95%	97,80%	95%	99,10%	95%	86,09%
13	Akreditasi Nasional / Internasional	-	-	Akreditasi	Akreditasi	Akredita si	SNARS Intl + JCI
14	Jumlah peserta <i>fellowship</i> dari LN.	1	1	1	2	1	3
15	Jumlah publikasi internasional.	9	10	10	23	11	37
16	Jumlah jenis layanan unggulan yang baru.	1	1	-	-	-	-
17	Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	10%	36%	5%	16%	5%	36%
18	Persentase rujukan yang tepat.	65%	83%	55%	87%	60%	91,60%
19	Persentase pasien rujuk balik.	27%	30%	29%	29%	30%	27%
20	Jumlah PJT binaan mandiri.	1	1	-	0	0	0
21	Persentase kasus dengan <i>door to balloon time</i> < 90 mnt	90%	91,31%	90%	94,91%	95%	91,39%
22	Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
23	Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan <i>Master Plan</i> bangunan tahun 2016-2019.	90%	91%	90%	94%	95%	90%

INDIKATOR KINERJA		TARGET DAN CAPAIAN					
		2017		2018		2019	
		TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN
24	Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1	1	1	1	1	1
25	Tingkat maturitas IT korporasi.	2,3	2,02	2,5	2,41	2,7	2,71
26	Persentase staf yang kinerja unggul	95%	95,20%	95%	97,69%	95%	96,34%
27	Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikat kompeten)	5	5	5	6	5	5
28	Skor GCG Corporate.	85%	87,70%	90%	90,16%	95%	95,02%
29	Indeks budaya kinerja PJN (PJN HK).	72%	75%	75%	90%	75%	89,89%
30	Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 M.	2	2	100%	284,55%	100%	328,98%
31	Tingkat pertumbuhan revenue.	3%	3,75%	3%	4,77%	3%	-9,79%
32	Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	90%	82,60%	75%	102,80%	75%	100,35%

Dari evaluasi periodik terhadap capaian RSB 2015-2019, terdapat beberapa indikator yang secara berulang tidak memenuhi target korporasi, yakni: 1) tingkat maturitas TI, 2) tingkat kepuasan karyawan dan 3) tingkat kepuasan pelanggan.

Untuk indikator tingkat maturitas TI, kendala yang dihadapi adalah:

1. Keterbatasan SDM (kompetensi dan kualifikasi) yang memahami standar Cobit.
2. Teknologi Informasi masih dalam tahap pengembangan sesuai dengan prioritasnya.

Untuk indikator tingkat kepuasan karyawan, kendala yang dihadapi, yakni :

1. Masih adanya hambatan komunikasi yang mempengaruhi hubungan karyawan dengan manajemen, serta penyampaian gagasan dan keterlibatan dalam pengembangan rumah sakit.

Untuk indikator tingkat kepuasan pelanggan, beberapa kendala yang jadi penyebab:

1. Kemampuan komunikasi petugas
2. Kurangnya fasilitas pelayanan dan pendukungnya seperti ruang rawat untuk kasus tertentu, ruang tunggu keluarga dan lain-lain.

## 2. Evaluasi Kinerja RSB 2020-2024 (Periode 2020-2023)

Evaluasi dilaksanakan mengacu pada hasil capaian RSB 2020-2024 yang pada pelaksanaannya mengalami beberapa kali revisi. Pada RSB 2020-2024 awal terdapat 21 KPI yang ditetapkan, dengan capaian keberhasilan 63,15%.

RSB 2020-2024 kemudian mendapat perubahan pertama (revisi ke-1) dengan mengampu 10 KPI, perubahan didasari karena banyaknya indikator yang tidak tercapai sebagai dampak mewabahnya virus covid-19 hingga terjadi penyesuaian dan

pembatasan pelayanan. Perubahan didasari juga oleh arahan Inspektorat Jenderal untuk hanya menuangkan indikator yang bersifat *outcome*. RSB revisi ke-1 diimplementasikan pada tahun 2021 dan 2022, dengan capaian keberhasilan sebesar 90%.

RSB 2020-2024 mendapatkan perubahan kembali pada tahun 2023 sebagai bentuk penyesuaian terhadap perubahan arah kebijakan Renstra Kemenkes yang dikonsepsikan sebagai transformasi bidang kesehatan. Program transformasi kesehatan kemudian diterjemahkan pada semua Rumah Sakit Vertikal (RSV) melalui penerapan beberapa indikator direktif yang bersifat mandatori untuk diampu seluruh RSV. RSB RSJPDHK 2020-2024 revisi ke-2 terdiri dari 32 KPI dengan capaian keberhasilan sebesar 97%.

Dari evaluasi periodik terhadap capaian RSB 2020-2024, terdapat 7 Indikator yang tetap dijadikan KPI sejak tahun 2020 samapai tahun 2023 yaitu : Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan ToF dengan Angka Setara Asia, Keberhasilan Perawatan Infark Miokard Akut, Kepuasan Rumah Sakit Pengguna Peserta Diklat Pasca Pelatihan, Jumlah Produk Inovasi Layanan, Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi Di RS UPT Vertikal, Skor GCG BLU dan POBO.

### 3. Kinerja Keuangan 2020-2024

Gambar 2.1. Kinerja Keuangan

	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Total Belanjaan,</b> IDR miliar	726	796	896	1.041	1.111
<b>Revenue,</b> IDR miliar	536	754	814	1.012	1.100
<b>EBITDA margin,</b> %	-18%	8%	4%	15%	15%
<b>Net profit,</b> %	-10%	2%	-5%	1%	2%
<b>Investasi CAPEX*,</b> IDR miliar	282	231	445	104	130

Dari kinerja keuangan diatas tren total beban dan revenue cenderung meningkat tiap tahunnya. Untuk Ebitda margin pada tahun 2020 ke tahun 2021 mengalami peningkatan dari yaitu dari -18% menjadi 8% namun pada tahun 2022 turun menjadi 4% dikarenakan tingginya beban operasional pada tahun 2022, tahun 2023 Ebitda margin kembali meningkat secara signifikan dari 4% menjadi 15% serta diproyeksikan sebesar 15% tahun 2024. Begitu pula terhadap net profit tahun 2020 ke tahun 2021 mengalami peningkatan dari -10% menjadi 2% namun pada tahun tahun 2022 turun menjadi -5%

tetapi di tahun 2023 mengalami peningkatan kembali sebesar 1% dan diproyeksikan pada tahun 2024 net profit sebesar 2%.

## B. Analisis SWOT dan Balance Score Card (BSC)

### Analisis SWOT

Tantangan strategis dalam hal reformasi sistem kesehatan sebagai arahan Presiden yang kemudian diterjemahkan Kementerian Kesehatan kedalam transformasi Kesehatan dalam rumusan perubahan Renstra Kemenkes menjadi hal logis bagi RSJPDHK sebagai dasar melakukan redesain perencanaan dalam upaya mendukung program transformasi tersebut.

Analisis SWOT kemudian disusun sebagai penentuan arah strategis berdasarkan kondisi dan situasi terkini, yang terdiri dari :

#### 1. Kekuatan (Strength)

Tabel 2.3. Butir-Butir Kekuatan

No.	Deskripsi	Bobot	Rating	Nilai
1	Rujukan Kardiovaskular Nasional	0,09	4	0,4
2	Rumah Sakit Pendidikan Kardiovaskular afiliasi	0,09	4	0,3
3	Kualitas dan kompetensi Staf Medis dan perawat yang bertaraf internasional (sub spesialis kardiovaskular terlengkap)	0,06	4	0,2
4	Memiliki layanan yang terbaru dan terunggul	0,07	3	0,2
5	Pelayanan Kardiovaskular berbasis bukti ilmiah	0,04	3	0,1
6	Penambahan fasilitas dan peralatan kesehatan terbaru	0,04	3	0,1
7	Rumah Sakit Pengampu Kardiovaskular Nasional	0,07	4	0,3
8	Rumah Sakit terakreditasi nasional dan internasional	0,07	4	0,3
9	Memiliki kerjasama dalam bidang kardiovaskular dengan institusi internasional	0,05	3	0,2
10	Instititusi penyelenggara pelatihan bidang kesehatan terakreditasi terbaik	0,03	4	0,1
Total		0,61		2,3

#### 2. Kelemahan (Weakness)

Tabel 2.4. Butir-Butir Kelemahan

No.	Deskripsi	Bobot	Rating	Nilai
1	IT System yang belum terintegrasi	0,07	1	0,066
2	Belum optimal menarik pasien swasta dan jaminan perusahaan dari dalam dan luar negeri	0,04	2	0,076
3	Kurangnya fasilitas umum (parkir, Toilet, RTH, Ruang Tunggu Pasien dan Penginapan keluarga pasien)	0,05	1	0,052
4	Alur pasien umum belum one stop service	0,02	2	0,048
5	Nilai-nilai organisasi belum diterapkan secara konsisten	0,07	2	0,131
6	Keterbatasan anggaran untuk melengkapi fasilitas kesehatan gedung baru dan master plan rumah sakit.	0,07	1	0,066
7	Turn Over Pegawai	0,03	2	0,062
8	Penguasaan teknologi, informasi dan komunikasi masih belum optimal	0,04	2	0,090
Total		0,39		0,59

### 3. Peluang (Opportunity)

Tabel 2.5. Butir-Butir Peluang

No.	Deskripsi	Bobot	Rating	Nilai
1	Perkembangan teknologi di bidang kardiovaskular yang maju pesat	0,05	3	0,1
2	Peningkatan kebutuhan masyarakat akan pelayanan di bidang kardiovaskular	0,07	4	0,3
3	Kerjasama dengan institusi lain, baik dari sisi	0,03	4	0,1
4	Peningkatan pendapatan masyarakat	0,10	4	0,4
5	Kebijakan transformasi kesehatan	0,09	4	0,4
6	Dukungan pemerintah dalam program kardiovaskular nasional	0,11	4	0,4
7	Perkembangan teknologi komunikasi (media sosial)	0,05	4	0,2
8	Kebijakan penggunaan barang dalam negeri (TKDN)	0,06	3	0,2
<b>Total</b>		<b>0,54</b>		<b>2,1</b>

### 4. Ancaman (Threat)

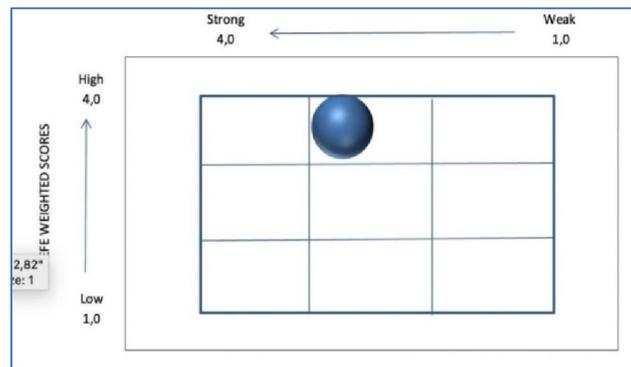
Tabel 2.6. Butir-Butir Ancaman

No.	Deskripsi	Bobot	Rating	Nilai
1	Tarif BPJS yang belum sesuai dengan unit cost	0,10	3	0,3
2	Alat kesehatan teknologi tinggi dan obat yang masih impor (biaya tinggi)	0,07	3	0,2
3	Persaingan Global	0,06	2	0,1
4	Tuntutan pasien yang semakin meningkat	0,07	4	0,3
5	Regulasi pengangkatan pegawai yang belum jelas	0,03	4	0,1
6	Isue Resesi Dunia	0,05	1	0,0
7	Mutasi virus covid-19 yang terus berkembang	0,04	4	0,2
8	Bencana alam	0,04	3	0,1
		<b>0,46</b>		<b>1,3</b>

### Posisi Strategis Organisasi

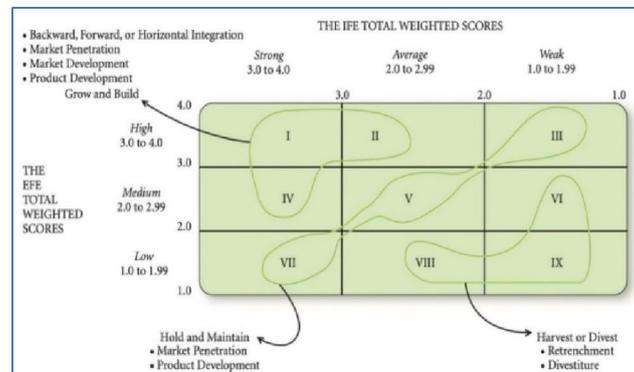
Berdasarkan metoda matriks IFE dan EFE dalam penentuan posisi organisasi dari hasil analisis dan perhitungan analisis SWOT diatas, posisi RSJPDHK berada pada posisi II, sebagaimana gambar dibawah.

Gambar 2.2. Diagram IFE dan EFE RSJPDHK 2020-2024



Berdasarkan gambar diatas, maka posisi RSJPDHK saat ini berada posisi II (*Growth and Build*) dimana kekuatan yang dimiliki masih lebih besar daripada kelemahannya, sedangkan peluang yang tersedia masih sebanding dengan ancamannya serta berbagai strategi pengembangan dapat dilakukan seperti ditunjukkan pada gambar berikut:

Gambar 2.3. Posisi Organisasi RSJPDHK 2020-2024



Dari posisi organisasi sebagaimana digambarkan dalam matriks SWOT di atas, maka strategi organisasi dalam lima tahun ke depan dapat dibagi menjadi tiga fase, yakni: (1) Fase *Commitment*, (2) *Empowerment* dan (3) *Setara Asia*. Strategi yang digunakan dapat berupa **product development, market penetration atau market development**.

### C. Inisiatif Strategis

Mengacu pada butir-butir SWOT diatas, maka dibuatlah Analisis TOWS yang dilakukan berdasarkan posisi bersaing RSJPDHK untuk periode tahun 2020-2024, yang menekankan arah strategis pada penguatan mutu kelembagaan RSJPD. (Analisa TOWS dapat dilihat secara rinci pada tabel lampiran)

Inisiatif strategis yang dihasilkan dari hasil Analisa TOWS diantaranya adalah sebagai berikut:

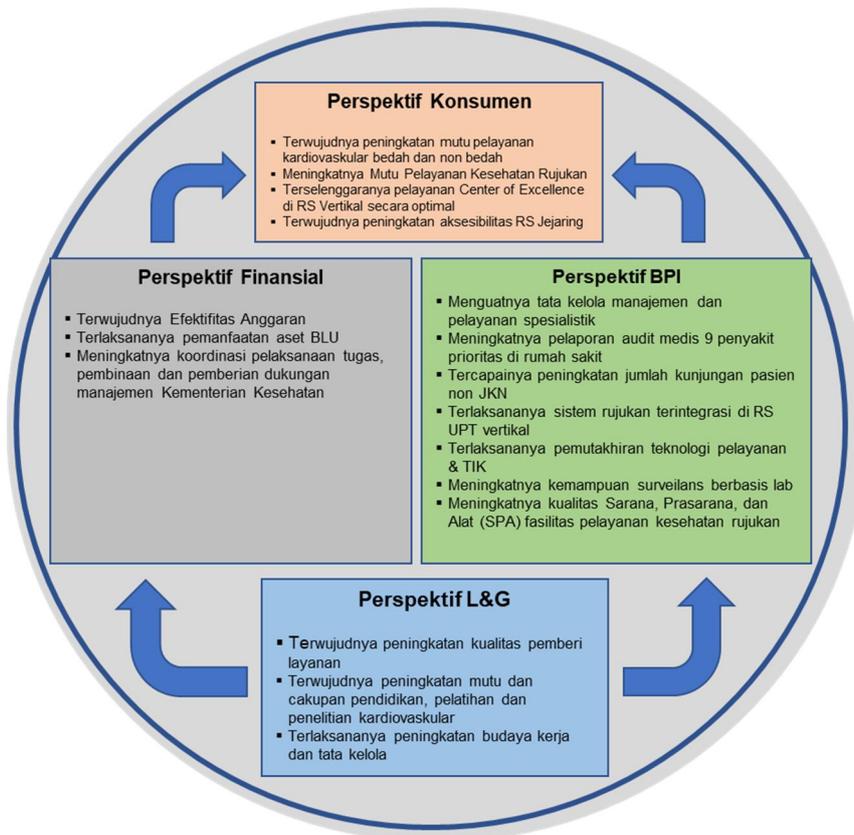
1. Memperkuat sistem rujukan dan akselerasi pengampunan jejaring kardiovaskular.

2. Perbaiki dan penambahan pelayanan serta fasilitas pendukungnya.
3. Mengembangkan strategi *branding* dan *marketing* RSJPDHK.
4. Mengembangkan teknologi informasi dan komunikasi pelayanan kardiovaskular terintegrasi
5. Mengembangkan pelayanan unggulan berbasis riset
6. Pemberdayaan kompetensi pegawai dalam peningkatan pelayanan kardiovaskular
7. Memanfaatkan kerjasama dengan institusi internasional untuk memenangkan persaingan global

### Balance Score Card

Inisiatif strategis kemudian dikembangkan menjadi sasaran strategis yang relevan dengan tujuan RSB, serta selaras dengan program transformasi kesehatan Kementerian Kesehatan yang kemudian dituangkan dalam peta strategi *Balance Score Card* dengan gambaran sebagai berikut :

Gambar 2.4. Peta Strategi *Balance Score Card* RSJPD 2020-2024



Sasaran strategis RSJPDHK dirangkum dalam empat perspektif yang diharuskan memiliki keseimbangan satu sama lain. Empat perspektif itu adalah (1) Perspektif *Learning & Growth* (L&G), (2) Perspektif *Business Process Integration* (BPI), (3) Perspektif Konsumen dan (4) Perspektif Finansial.

Pada perspektif pertama yaitu ***Learning & Growth***, berkaitan dengan inti dari organisasi yakni seputar peningkatan kerja tim dan peningkatan kualitas SDM, baik medis maupun non medis. Selain dalam bidang pendidikan dan pelatihan, budaya kerja dan tata kelola harus memiliki identitas dan kekuatan untuk mendorong kinerja SDM RSJPDHK. Sasaran perspektif ini adalah: **Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan; Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular; dan Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola.**

Pada perspektif kedua, yakni **perspektif *Bussiness Process internal***, Sasaran strategis yang akan dicapai adalah : **Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik; Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit; Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN; Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal; Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi; Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium; dan Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.**

Pada perspektif ketiga yaitu **perspektif konsumen**. RSJPDHK diharuskan memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien dengan mengedepankan budaya keselamatan pasien. Sasaran dari Perspektif ini adalah : **Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah; Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan; Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal; dan Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring.**

Terakhir adalah **perspektif finansial**, pada perspektif ini adalah dibutuhkan efektivitas anggaran dan tidak hanya sekedar efisiensi. Dalam hal ini, anggaran dapat digunakan secara maksimal untuk tujuan tertentu rumah sakit (*value for money*). Selain itu, investasi yang baik juga harus dimiliki RSJPDHK agar dapat memiliki daya saing untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Sasaran perspektif ini adalah : **Terwujudnya efektifitas anggaran; Terlaksananya pemanfaatan aset BLU; dan Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan.**

## BAB III RENCANA STRATEGIS BISNIS

### A. Program Kementerian Kesehatan

Rumusan Program yang dituangkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan hingga 2024 terdiri dari :

1. Program Kesehatan Masyarakat dengan sasaran :
2. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
3. Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
4. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi
5. Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan
6. Program Dukungan Manajemen

Program pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang memiliki relevansi dengan Rumah Sakit Vertikal meliputi :

1. Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan Sasaran Program :
  - a. Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
  - b. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4
  - c. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal
  - d. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan
  - e. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
  - f. Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri
  - g. Terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal
2. Program Dukungan Manajemen  
Sasaran Program Dukungan Manajemen pada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan meliputi :
  - a. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan. .
  - b. Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan pengelolaan keuangan bersih dan efektif serta meningkatnya efektivitas pengendalian intern pemerintah melalui SPIPT

## B. Strategi Bisnis Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

### 1. Arah dan Kebijakan

Dengan mempertimbangkan analisis SWOT, *re-focusing* Tujuan dan Sasaran Strategis, maka arah pengembangan **Rumah Sakit Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita** pada periode RSB 2020-2024 adalah sebagai berikut:

Gambar 3.1. Arah pengembangan Rumah Sakit

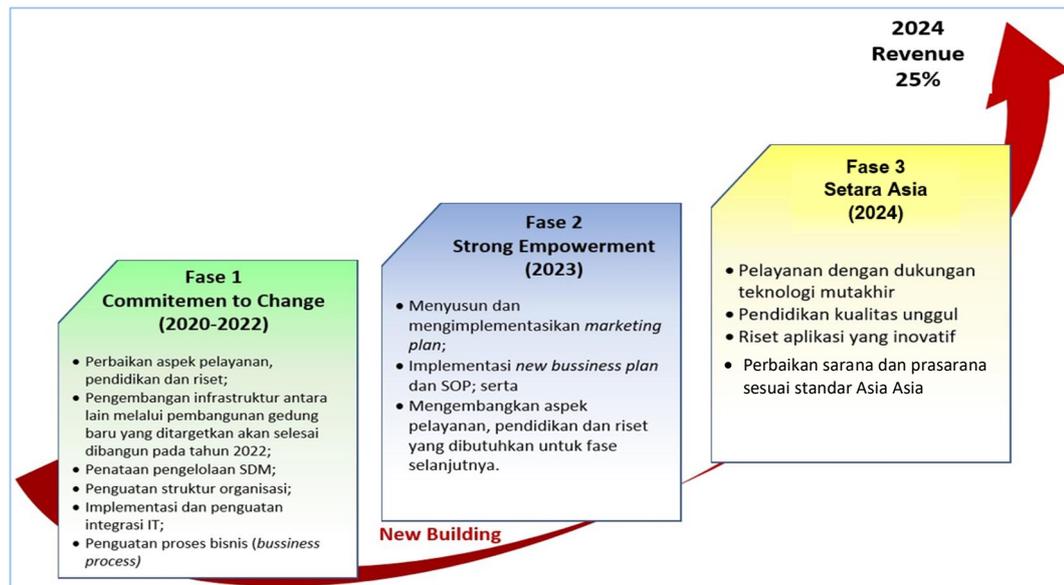


Posisi RSJPDHK pada awal periode RSB 2020-2024 telah memenuhi tujuan yang dibuat pada periode RSB sebelumnya, yakni terdepan dalam pelayanan, pendidikan dan pendidikan kardiovaskular. Berdasar evaluasi data pelayanan, RSJPDHK bisa dikategorikan sebagai rumah sakit yang sejajar dengan rumah sakit-rumah sakit bonafid di Singapura dan Malaysia, atau masuk dalam 3 besar di ASEAN. Oleh karena itu, pada periode RSB 2020-2024 RSJPDHK diharapkan memiliki pengembangan sehingga pada akhir periode RSB dapat menjadi rumah sakit yang memiliki kualitas "Setara Asia". Untuk itu RSJPDHK harus melakukan penguatan dan pengembangan daya saing untuk menghadapi baik pesaing lokal maupun internasional.

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

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

Gambar 3.2. Fase Perkembangan Rumah Sakit 2020-2024



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

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

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

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

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

perbaikan fasilitas dengan standar Asia melalui *masterplan* tahap III yaitu pembangunan *Harapan Kita-Tokushukai Building*.

Dalam menjalani tahap tahapan tersebut, tidak dapat dilepaskan peranan pegawai yang mempunyai keterikatan kuat dengan organisasi yang salah satunya harus dicapai melalui peningkatan kepuasan kerja pegawai dan internalisasi budaya kerja organisasi melalui program program penataan pengelolaan SDM agar seluruh pegawai mendukung keberhasilan rencana strategis yang disusun.

### C. Kegiatan dan Indikator

#### 1. Sasaran Strategis

Dengan mempertimbangkan inisiatif strategis yang dihasilkan melalui analisis SWOT serta beberapa perspektif pada peta strategi RSJPDHK, maka ditetapkan Sasaran Strategis dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan pada RSB 2020-2024 revisi ke-2. Sasaran strategis yang ditetapkan juga telah menyelaraskan dengan program transformasi kesehatan sebagai Rumah Sakit Vertikal dibawah Kementerian Kesehatan

Tabel 3.1. Tujuan dan Sasaran Strategis

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

Sebagai benchmarking pada awal penyusunan RSB 2020-2024 dalam menentukan KPI dan target yang menjadi ukuran kualitas kesetaraan Asia, RSJPDHK mengacu pada :

- Prosentase keberhasilan tindakan bedah jantung pintas koroner (CABG) di India pada tahun 2019 mencapai 93,6%.
- Prosentase keberhasilan Tindakan bedah jantung *Tetralogy of Fallot* (ToF) seluruh kasus di negara Vietnam sebesar 96% dan negara Jepang mencapai 99%.
- Prosentase keberhasilan perawatan pasien infark miokard akut baik dengan diagnosis STEMI maupun Non-STEMI di Korea Selatan pada tahun 2018 mencapai 96,2% dan di Singapura *in-hospital mortality myocardial infarction* tahun 2017 sebesar 7.64% dan prosentase keberhasilannya 92.36% (*Singapore Myocardial Infarction Registry Annual Report, 2017*).

## 2. Indikator Kinerja (Key Performance Indicator/KPI)

RSJPDHK menetapkan KPI sebagai ukuran keberhasilan dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, seperti tertuang dalam matriks KPI berikut :

Tabel 3.2. Key Performance Indikator

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET	
				2023	2024
1	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	95.4 %	96%
		2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	92.5 %	93%
2	Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan	3	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	-	100%
		4	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	-	80%
		5	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	-	10%
		6	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	-	1 laporan
3	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	7	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	80	80
		8	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	12 Laporan	100%
		9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	-	>75%
4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	10	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2,5 %	<2,5 %
5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	11	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis	2 laporan	2 laporan
6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	12	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	1 layanan
		13	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	-	80%
		14	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%	≤3%
		15	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%	≥80%
		16	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%	≥80%

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET	
				2023	2024
		17	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥80%	≥80%
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	-	80%
7	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	19	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	87%	87%
		20	Jumlah produk inovasi layanan	1 produk	1 produk
		21	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri	-	1 orang
		22	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	-	10%
		23	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	-	3 layanan
		24	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	-	500 sampel
		8	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna
9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	25%	10%
10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	27	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	100%
11	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	28	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100%	100%
		29	Index Maturitas Digital RS	Level 3	Level 4
12	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	30	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	-	90%
		31	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	-	90%
13	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	32	Skor GCG BLU	Skor 93	Skor 94
		33	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	-	100%
14	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	34	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	5%	10%
15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	35	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5	95%
		36	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	>90%
		37	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96%
		38	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	95%
		39	Persentase nilai EBITDA Margin	> 20%	> 20%

Susunan KPI diatas telah menyesuaikan juga dengan tugas RSJPDHK sebagai Rumah Sakit Vertikal yang harus mengampu / menerapkan beberapa indikator direktif tahun 2024 yang menjadi mandatory / penugasan langsung Kementerian Kesehatan.

Beberapa indikator Direktif baru yang menjadi mandatory pada tahun 2024 meliputi : 1) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan; 2) Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja; 3) Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan; 4) Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan; 5) Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan; 6) Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan; 7) Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS; 8) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS; 9) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna.

Selain beberapa indikator baru, terdapat juga beberapa indikator direktif yang mendapat perubahan baik dari sisi target, satuan maupun nomenklatur indikator diantaranya : 1) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target; 2) Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri; 3) Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN; 4) Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar; 5) Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar; 6) Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik; 7) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan; 8) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU; 9) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.

### 3. Program / Kegiatan

#### a. Program Strategis dan Transformasi Kesehatan

Tabel 3.3. Program Utama, Program Pengampunan dan Transformasi Kesehatan dan RSJPDHK 2020-2024

PROGRAM	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Program Utama</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembangunan Gedung: Private dan Pediatric Cardiology Wing (multiyears)</li> <li>Inovasi Layanan : ECP (External Counter Pulsation) therapy, telemedicine poliklinik online</li> <li>IT : Pengembangan Sistem Pendaftaran Online, EMR, Sistem Informasi untuk peserta Diklat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembangunan Gedung: Private dan Pediatric Cardiology Wing (multiyears)</li> <li>Inovasi Layanan : Paliatif Care, Cardiac homecare</li> <li>IT : Implementasi Sistem RME, Pengembangan sitem terintegrasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembangunan Gedung: Private dan Pediatric Cardiology Wing (multiyears) tahap akhir</li> <li>Inovasi Layanan : Persiapan transplantasi jantung, Stem cell bedah, advanced digital services (ADS) processs</li> <li>IT : Pengembangan Sist.Informasi Diklat, Integrasi Data Kesehatan</li> <li>SDM : Penataan dan pengelolaan, pemenuhan kebutuhan dalam pengembangan layanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembangunan Gedung : Operasional gedung baru private &amp; paediatric wing</li> <li>Perencanaan pembangunan Main Building (Masterplan Tahap 3)</li> <li>Inovasi Layanan : Stem cell non bedah, persiapan transplantasi jantung, Advanced Digital Services</li> <li>IT : Implementasi Integrasi Data Kesehatan, Implementasi Sistem Informasi Diklat</li> <li>SDM : Penataan dan pengelolaan, pemenuhan kebutuhan dalam pengembangan layanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembangunan Gedung : Proses Pembangunan Main Building (multiyears) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>proses legal sumber pembiayaan dan bank garansi</li> <li>proses migrasi</li> </ul> </li> <li>proses demolish Gedung Utama eksisting</li> <li>Ground breaking</li> <li>IT : Penguatan integrasi dan sistem Big Data Kardiovaskuler, Peningkatan Maturitas Sistem EMR,</li> </ul>

PROGRAM	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Program Pengampunan Jejaring KV Nasional:</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Advokasi K/L terkait regulasi, SDM, sarpras</li> <li>Advokasi dan Visitasi ke Pemda dan RS jejaring</li> <li>Pembukaan layanan baru DINB dan bedah jantung terbuka sesuai target prioritas</li> <li>Proctorship DINB dan bedah jantung</li> <li>Analisa pemenuhan kebutuhan alkes dan SDM layanan KV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advokasi K/L terkait regulasi, SDM, sarpras</li> <li>Advokasi dan Visitasi ke Pemda dan RS jejaring</li> <li>Pembukaan layanan baru DINB dan bedah jantung terbuka sesuai target prioritas</li> <li>Proctorship DINB dan bedah jantung</li> <li>Analisa geospasial utk pemenuhan kebutuhan alkes dan SDM layanan KV</li> </ul> <p><b>Target/Rencana Pengampunan</b>            Menuju Paripurna : 3 RS            Menuju Strata Utama : 3 RS            Menuju Strata Madya : 7 RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advokasi K/L terkait regulasi, SDM, sarpras</li> <li>Advokasi dan Visitasi ke Pemda dan RS jejaring</li> <li>Pembukaan layanan baru DINB dan bedah jantung terbuka sesuai target prioritas</li> <li>Proctorship DINB dan bedah jantung</li> <li>Penguatan strategi pengampunan jejaring KV</li> </ul> <p><b>Target/Rencana Pengampunan</b>            Menuju Paripurna : 13 RS            Menuju Strata Utama : 43 RS            Menuju Strata Madya : 278 RS</p>
<b>Program Transformasi Kesehatan</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Program peningkatan pengalaman pasien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan fasilitas (toilet, ruang tunggu, parkir, dll)</li> </ul> </li> <li><b>Program peningkatan kualitas pemberi pelayanan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan LN bersertifikat</li> </ul> </li> <li><b>Program peningkatan mutu klinis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penyusunan PPK dan CP</li> <li>Monitoring Capaian indikator medik</li> <li>Clinical review, audit medik, audit keperawatan</li> </ul> </li> <li><b>Peningkatan program tata kelola RS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>integrasi Sistem aplikasi inventory RS</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Program peningkatan pengalaman pasien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redesain ruang tunggu \</li> <li>Menurunkan WTRJ dengan memperbaiki alur pelayanan dan menggunakan <b>RaJa AMPAT</b></li> <li>Optimalisasi kerjasama <b>penyediaan lahan parkir dengan RSAB Harapan Kita</b></li> </ul> </li> <li><b>Program peningkatan kualitas pemberi pelayanan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Program Peningkatan Kompetensi Pegawai :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan dan pelatihan SDM <b>bedah dan INB</b></li> <li>Pelatihan IVAC/ LVAD</li> <li>Pelatihan Transplantasi jantung</li> </ul> </li> <li>Program Perbaikan Sistem Remunerasi dengan Peningkatan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang dengan Remunerasi Yang Berkeadilan               <ul style="list-style-type: none"> <li>Penyusunan ulang sistem penilaian kinerja dan remunerasi</li> <li>Sistem informasi penilaian dan pembayaran remunerasi</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Program peningkatan mutu klinis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementasi PPK dan CP terpilih: Monev kepatuhan 9 CP</li> </ul> </li> <li><b>Peningkatan program tata kelola RS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Digitalisasi Pelayanan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Integrasi antrian dengan aplikasi <i>mobile</i> JKN dan <i>finger print</i></li> <li>Penjadwalan online operasi dewasa</li> <li>Sistem pembayaran terintegrasi (Kiosk)</li> <li>Implementasi EMR 100%</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Kerjasama Internasional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Program Sister Hospitals :               <ul style="list-style-type: none"> <li>UCLA, step 1 MoU dan assessment kompetensi SDM dalam kerjasama heart transplan</li> <li>NTUH, Kerjasama pediatric cardiology, ecmo, pengiriman 10 staf untuk pelatihan ECMO dan Transplan jantung</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Program Layanan Unggulan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>IVAC</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Program peningkatan pengalaman pasien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penyediaan <b>lahan parkir valley</b> di basement Gedung Ventrikel</li> <li>Membuat pedestrian dan pagar keamanan/ reling kaca</li> </ul> </li> <li><b>Program peningkatan kualitas pemberi pelayanan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Program Peningkatan Kompetensi Pegawai :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan IVAC/ LVAD</li> <li>Pelatihan Transplantasi jantung</li> </ul> </li> <li>Program Perbaikan Sistem Remunerasi dengan Peningkatan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang dengan Remunerasi Yang Berkeadilan               <ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan penilaian kinerja dan penggunaan sistem aplikasi HRM</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Program peningkatan mutu klinis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementasi PPK dan CP terpilih: Monev kepatuhan 12 CP</li> </ul> </li> <li><b>Peningkatan program tata kelola RS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Digitalisasi Pelayanan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementasi sistem penjadwalan operasi online</li> <li>Sistem <b>tracking pasien di ruang bedah anak</b></li> <li>IntelliSpace Critical Care and Anesthesia</li> <li>ECG management system</li> <li>Implementasi EMR 100%</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Kerjasama Internasional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Program Sister Hospitals :               <ul style="list-style-type: none"> <li>UCLA, step 2 training kesiapan <i>heart trasplant</i>,</li> <li>NTUH Kerjasama <i>heart transplan, pediatric heart</i></li> <li>Training Fellowship di Wuhan China dan Sapporo Jepang</li> <li>MoU dengan Tokusukhai MG, Jepang → Untuk Pembangunan Gedung MB dengan konsep pendanaan hibah.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Program Layanan Unggulan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>LVAD</li> </ul> </li> </ul>
<b>Program Pengembangan Riset</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Program Pembentukan Clinical Research Unit</b></li> <li><b>Program Pembentukan Biobank</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Program Pengembangan Clinical Research Unit</b></li> <li><b>Program Pengembangan dan Penguatan Biobank dan BGSi</b></li> </ul>

Selain menetapkan program prioritas sebagai rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan, RSJPDHK memiliki program utama pada tahun 2024 yaitu Masterplan tahap III berupa Pembangunan Harapan Kita-Tokushukai Building. Pembangunan Gedung tersebut direncanakan tahun 2024 – 2026 melalui skema pembiayaan hibah dari *Tokushukai Medical Group* Jepang dimana telah dilaksanakan proses penandatanganan *Letter of Intents (LOI)* di Jepang pada 11 Desember 2023 yang dihadiri oleh Menteri Kesehatan. Tahapan yang direncanakan pada tahun 2024 meliputi : proses legal sumber pembiayaan dan bank garansi, proses migrasi pelayanan dan perkantoran serta proses demolish Gedung Utama eksisting yang akan menjadi area pembangunan, *Ground Breaking* Pembangunan *Harapan Kita-Tokushukai Building* tersebut direncanakan bulan September 2024.

Tabel 3.4. Program Kerja berdasarkan KPI

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM		
		2022	2023	2024
1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peningkatan skill SDM</li> <li>▪ Review PPK</li> <li>▪ Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien.</li> <li>▪ Evaluasi Indikator mutu terkait dengan penurunan mortalitas</li> <li>▪ Menetapkan indikator lain utk menurunkan mortalitas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peningkatan skill SDM</li> <li>▪ Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien.</li> <li>▪ Evaluasi Indikator mutu terkait dengan penurunan mortalitas</li> </ul>
2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peningkatan skill SDM</li> <li>▪ Review PPK tatalaksana kasus dan prosedur</li> <li>▪ Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien.</li> <li>▪ Evaluasi indikator mutu terkait pelayanan perawatan pasien dengan diagnosis infak miokard</li> <li>▪ Penguatan sistem jejaring acute coronary syndrome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peningkatan skill SDM</li> <li>▪ Review PPK tatalaksana kasus dan prosedur</li> <li>▪ Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien.</li> <li>▪ Evaluasi indikator mutu terkait pelayanan perawatan pasien dengan diagnosis infak miokard</li> <li>▪ Penguatan sistem jejaring acute coronary syndrome</li> </ul>
3	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terkait pengaduan pelanggan dan tindak lanjut penyelesaiannya</li> <li>▪ Menjadikan layanan pengaduan pelanggan sebagai bagian/masukan manajemen dalam Upaya perbaikan pelayanan.</li> </ul>
4	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melakukan monev capaian persentase pegawai yang telah mencapai 20 JPL setiap bulannya</li> </ul>
5	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pendayagunaan pegawai secara efektif, pemanfaatan teknologi informasi, dan rotasi/mutasi pegawai</li> <li>▪ Monev perencanaan kebutuhan pegawai serta pemanfaatan teknologi informasi</li> </ul>
6	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluasi Kinerja pegawai melalui penilaian kinerja individu</li> <li>▪ Koordinasi dengan seluruh unit kerja</li> </ul>
7	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar.</li> <li>▪ Monev alur penanganan pengaduan</li> <li>▪ Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi complain masyarakat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengalokasikan tempat parkir khusus pasien RSJPDHK (Valey parkir; Free Parkir; Area khusus)</li> <li>▪ Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar.</li> <li>▪ Monev alur penanganan pengaduan</li> <li>▪ Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi complain masyarakat.</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM		
		2022	2023	2024
8	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan supervisi pengumpulan data indikator nasional mutu (INM)</li> <li>Melakukan monitoring dan analisis terhadap indikator nasional mutu (INM)</li> <li>Memfasilitasi rapat koordinasi dengan unit pelayanan terkait analisa INM</li> <li>Melaporkan indikator nasional mutu kepada pihak luar seperti Kementerian Kesehatan RI atas delegasi direktur utama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan supervisi pengumpulan data indikator nasional mutu (INM)</li> <li>Melakukan monitoring dan analisis terhadap indikator nasional mutu (INM)</li> <li>Memfasilitasi rapat koordinasi dengan unit pelayanan terkait analisa INM</li> <li>Melaporkan indikator nasional mutu kepada pihak luar seperti Kementerian Kesehatan RI atas delegasi direktur utama</li> </ul>
9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf</li> <li>Memastikan sarana prasarana tersedia dan sesuai standar.</li> <li>Memastikan kompetensi staf</li> <li>Meningkatkan <i>controlling</i> pelaksanaan asuhan</li> <li>Melakukan mitigasi risiko, terutama untuk kondisi potensial cedera signifikan.</li> <li>Rekapitulasi dan pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai prosedur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf</li> <li>Memastikan sarana prasarana tersedia dan sesuai standar.</li> <li>Memastikan kompetensi staf</li> <li>Meningkatkan <i>controlling</i> pelaksanaan asuhan</li> <li>Melakukan mitigasi risiko, terutama untuk kondisi potensial cedera signifikan.</li> <li>Rekapitulasi dan pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai prosedur</li> </ul>
10	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring keterlibatan DPJP dalam pelayanan pasien</li> <li>Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring keterlibatan DPJP dalam pelayanan pasien</li> <li>Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya</li> </ul>
11	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring unit terkait kasus yang akan diaudit (STEMI).</li> <li>Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring unit terkait kasus yang akan diaudit (STEMI).</li> <li>Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan).</li> </ul>
12	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional		<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kompetensi dalam melaksanakan tindakan khusus</li> <li>Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kompetensi dalam melaksanakan tindakan khusus</li> <li>Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal</li> </ul>
13	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien			<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring dan evaluasi secara berkala terkait implementasi standarisasi fasilitas pendukung (a. Parkir, b. Ruang Tunggu, c. Taman, d. Toilet).</li> <li>Tindaklanjuti atas hasil monitoring dan evaluasi.</li> </ul>
11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang		<ul style="list-style-type: none"> <li>Otomasi sistem pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan</li> <li>Implementasi Sistem Aplikasi pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan implementasi</li> <li>Peningkatan koordinasi antar lini terkait dalam pengelolaan data</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan Sistem Aplikasi pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan</li> <li>Peningkatan koordinasi antar lini terkait dalam pengelolaan data</li> </ul>
14	Penundaan waktu Operasi Elektif		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring dan Evaluasi penyebab penundaan operasi elektif</li> <li>Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi)</li> <li>Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring dan Evaluasi penyebab penundaan operasi elektif</li> <li>Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi)</li> <li>Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi</li> </ul>
15	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik		<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepatan penyelesaian program otomasi pengukuran waktu pelayanan</li> <li>Peningkatan pengawasan pengelolaan data secara manual</li> <li>Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan program otomasi pengukuran waktu pelayanan</li> <li>Peningkatan pengawasan pengelolaan data secara manual</li> <li>Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM		
		2022	2023	2024
16	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI		<ul style="list-style-type: none"> <li>Re-dukasi kepada DPJP terkait kepatuhan melakukan tapping</li> <li>Identifikasi permasalahan penyebab downtime saat melakukan tapping.</li> <li>Perbaiki SOP (terkait kecepatan dan ketepatan penginputan untuk menghindari delay)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Re-dukasi kepada DPJP terkait kepatuhan tapping</li> </ul>
17	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi</li> <li>Upaya peningkatan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT</li> <li>Peningkatan utilisasi ruangan cathlab untuk menghindari cathlab on <i>running</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi</li> <li>Upaya peningkatan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT</li> <li>Peningkatan utilisasi ruangan cathlab untuk menghindari cathlab on <i>running</i>.</li> </ul>
18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara periodic terkait indicator mutu layanan klinik</li> </ul>
19	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan sistem informasi dan supervisi interaktif untuk peserta didik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monev sistem informasi dan supervisi interaktif untuk peserta didik</li> </ul>
20	Jumlah produk inovasi layanan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementasi produk inovasi berbasis riset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi Implementasi produk inovasi berbasis riset</li> </ul>
21	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri			<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengkoordinir pendaftaran peserta fellowship</li> <li>Melakukan pengecekan dokumen persyaratan fellowship</li> <li>Mengkoordinir pengelolaan administrasi (persuratan) terkait penyelenggaraan fellowship dan berkoordinasi dengan unit terkait di internal RSJPDHK</li> <li>Melakukan koordinasi dengan Koordinator Fellowship terkait kuota, penjadwalan dan penerbitan sertifikat Fellowship</li> </ul>
22	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit pendidikan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kepuasan pengguna layanan penelitian</li> <li>Peningkatan jumlah layanan pemeriksaan laboratorium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan kepuasan pengguna layanan penelitian</li> <li>Peningkatan jumlah layanan pemeriksaan laboratorium</li> </ul>
23	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS		<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan jumlah layanan CRU</li> <li>Peningkatan minat peneliti dalam menggunakan fasilitas layanan Instalasi Litbang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan jumlah layanan CRU</li> <li>Peningkatan minat peneliti dalam menggunakan fasilitas layanan Instalasi Litbang</li> </ul>
24	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS		<ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan dan pengembangan proses kerja penelitian</li> <li>Pemenuhan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan penelitian dan pengembangan pelayanana dalam RSB 2020-2024. Penyelarasan database penelitian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan dan pengembangan proses kerja penelitian</li> <li>Pemenuhan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan penelitian dan pengembangan pelayanana dalam RSB 2020-2024. Penyelarasan database penelitian</li> </ul>
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna		<ul style="list-style-type: none"> <li>Penandatanganan Mou</li> <li>Pelatihan</li> <li>Proctorship DI-INB</li> <li>Proctorship Bedah Jantung</li> <li>Visitasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penandatanganan Mou</li> <li>Pelatihan</li> <li>Proctorship DI-INB</li> <li>Proctorship Bedah Jantung</li> <li>Visitasi</li> </ul>
26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi terkait strategi promosi di era digitalisasi</li> <li>Meningkatkan promosi melalui platform digital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi terkait strategi promosi di era digitalisasi</li> <li>Meningkatkan promosi melalui platform digital</li> </ul>
27	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan Resosialisasi pada semua staf IGD</li> <li>Evaluasi ketenagaan untuk pemenuhan kebutuhan SPGDT</li> <li>Melakukan Review panduan SISRUITE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan Resosialisasi pada semua staf IGD</li> <li>Evaluasi ketenagaan untuk pemenuhan kebutuhan SPGDT</li> <li>Melakukan Review panduan SISRUITE</li> </ul>
28	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyempurnaan fitur aplikasi EMR</li> <li>Integrasi EMR dengan administasi pelayanan dan pelayanan penunjang</li> <li>Integrasi EMR dengan sistem satu data kesehatan nasional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyempurnaan fitur aplikasi EMR</li> <li>Integrasi EMR dengan administasi pelayanan dan pelayanan penunjang</li> <li>Integrasi EMR dengan sistem satu data kesehatan nasional</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM		
		2022	2023	2024
29	Index Maturitas Digital RS		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan SIMRS dan tata kelola TIK untuk mencapai level 3 DMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengembangan SIMRS dan tata kelola TIK untuk mencapai level 4 DMI</li> </ul>
30	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventarisasi SPA</li> <li>Pemeliharaan SPA secara periodik dan kalibrasi tepat waktu.</li> <li>Meningkatkan koordinasi dengan BPFK terkait pencatatan pada aplikasi ASPAK</li> <li>Meningkatkan koordinasi dengan pengelola BMN untuk SPA baru</li> <li>Melaksanakan movev secara berkala setiap 3 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventarisasi SPA</li> <li>Pemeliharaan SPA secara periodik dan kalibrasi tepat waktu.</li> <li>Meningkatkan koordinasi dengan BPFK terkait pencatatan pada aplikasi ASPAK</li> <li>Meningkatkan koordinasi dengan pengelola BMN untuk SPA baru</li> <li>Melaksanakan movev secara berkala setiap bulan</li> </ul>
31	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan movev secara berkala setiap 3 bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan movev secara berkala setiap bulan</li> </ul>
32	Skor GCG BLU		<ul style="list-style-type: none"> <li>Perencanaan</li> <li>Implementasi</li> <li>Monitoring Evaluasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perencanaan</li> <li>Implementasi</li> <li>Monitoring Evaluasi</li> </ul>
33	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik		<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementasi Perdir Pengadaan Barang dan Jasa</li> <li>Efisiensi biaya pelayanan</li> <li>Efisiensi biaya non pelayanan</li> <li>Penyusunan SOP Verifikasi penyelesaian klaim pending</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementasi Perdir Pengadaan Barang dan Jasa</li> <li>Efisiensi biaya pelayanan</li> <li>Efisiensi biaya non pelayanan</li> </ul>
34	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemasaran lahan tenant</li> <li>Sewa ruang dan fasilitas RS (Auditorium, ruang diklat dll)</li> <li>Review tarif diklat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemasaran lahan tenant</li> <li>Sewa ruang dan fasilitas RS (Auditorium, ruang diklat dll)</li> <li>Review tarif diklat</li> </ul>
35	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan		<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan koordinasi dalam upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaan</li> <li>Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut</li> <li>Pelaporan berkala terkait proses penyelesaian.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan koordinasi dalam upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaan</li> <li>Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut</li> <li>Pelaporan berkala terkait proses penyelesaian.</li> </ul>
36	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring &amp; Evaluasi produktifitas pelayanan</li> <li>Optimalisasi pelayanan</li> <li>Penyediaan SPA untuk menunjang beroperasinya penambahan layanan bedah pada Gedung baru (<i>ventrical building</i>)</li> <li>Operasional OK Dewasa dan Pediatrik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring &amp; Evaluasi produktifitas pelayanan</li> <li>Optimalisasi pelayanan</li> <li>Penyediaan SPA untuk menunjang beroperasinya penambahan layanan bedah</li> <li>Optimalisasi operasional OK Dewasa dan Pediatrik</li> </ul>
37	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring impelementasi RUP secara berkala</li> <li>Monitoring ketersediaan dana</li> <li>Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran</li> <li>Monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring impelementasi RUP secara berkala</li> <li>Monitoring ketersediaan dana</li> <li>Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran</li> <li>Monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.</li> </ul>
38	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring impelementasi RUP secara berkala</li> <li>Memastikan ketersediaan dana</li> <li>Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran</li> <li>Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring impelementasi RUP secara berkala</li> <li>Memastikan ketersediaan dana</li> <li>Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran</li> <li>Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.</li> </ul>
39	Persentase nilai EBITDA Margin		<ul style="list-style-type: none"> <li>Validitas data</li> <li>Reviu Data</li> <li>Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validitas data</li> <li>Reviu Data</li> <li>Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan</li> </ul>

## BAB IV PENUTUP

### 1. Kesimpulan

RSB 2020-2024 Revisi ke-3 disusun sebagai bentuk kesinambungan atas perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 dengan titik berat program transformasi kesehatan yang harus diterapkan oleh seluruh rumah sakit vertikal serta adanya beberapa indikator direktif sebagai mandatary / penugasan langsung yang harus dilaksanakan di tahun 2024.

Visi “Menjadi Pusat Kardiovaskuler dengan Kualitas Setara Asia” tetap diusung RSJPDHK pada RSB 2020-2024 revisi ke-3, dengan misi “Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia”. RSB disusun dengan mempertimbangkan perkembangan perubahan lingkungan yang dinamis dengan memanfaatkan kemampuan /kekuatan RSJPD dalam meraih peluang dan meminimalisir kelemahan dengan mengantisipasi ancaman.

Arah Kebijakan dan Strategi yang diambil adalah dengan Penguatan dan Pengembangan Daya Saing melalui 3 fase yaitu *Commitment to change, Strong Empowerment dan Setara Asia*. Sasaran Strategis meliputi 4 Perspektif dengan 15 Sasaran dan 39 Indikator Utama/Kunci yang diharapkan dapat membantu pencapaian tujuan yang telah ditetapkan pada RSB 2020-2024.

Pilar utama pada transformasi Kesehatan yang diemban RSJPDHK sebagai rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan yaitu transformasi layanan rujukan melalui peningkatan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier. Peningkatan mutu baik dari sisi pelayanan maupun fasilitas layanan diharapkan bisa memberikan pengalaman dan kepuasan pasien.

### 2. Saran

Hal- hal yang harus diperhatikan :

- a. Perlunya antisipasi dalam menghadapi segala sesuatu kemungkinan yang bisa memberikan risiko (perubahan lingkungan, bencana, situasi global, dan lain-lain).
- b. Perlunya pengawasan terhadap terlaksananya Masterplan RS agar pembangunan dapat selesai tepat waktu.
- c. Perlunya pengembangan teknologi informasi dan komunikasi Rumah Sakit yang terintegrasi dan terstruktur
- d. Perlunya peningkatan kapasitas SDM dalam transformasi sektor kesehatan menuju era digitalisasi dalam menghadapi persaingan global.
- e. Perlunya inovasi layanan di bidang kardiovaskuler

# LAMPIRAN

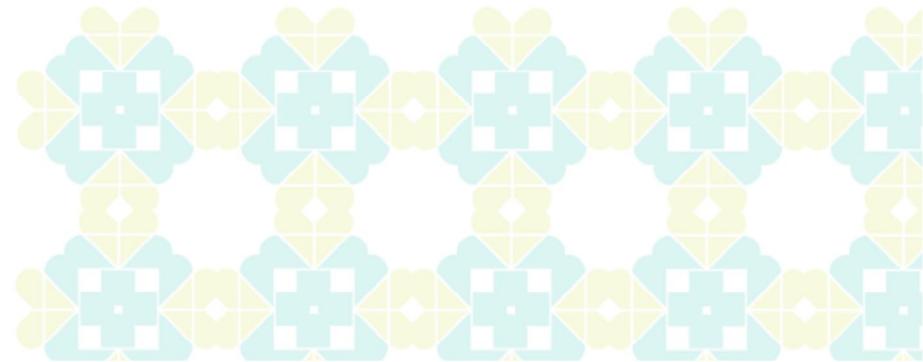
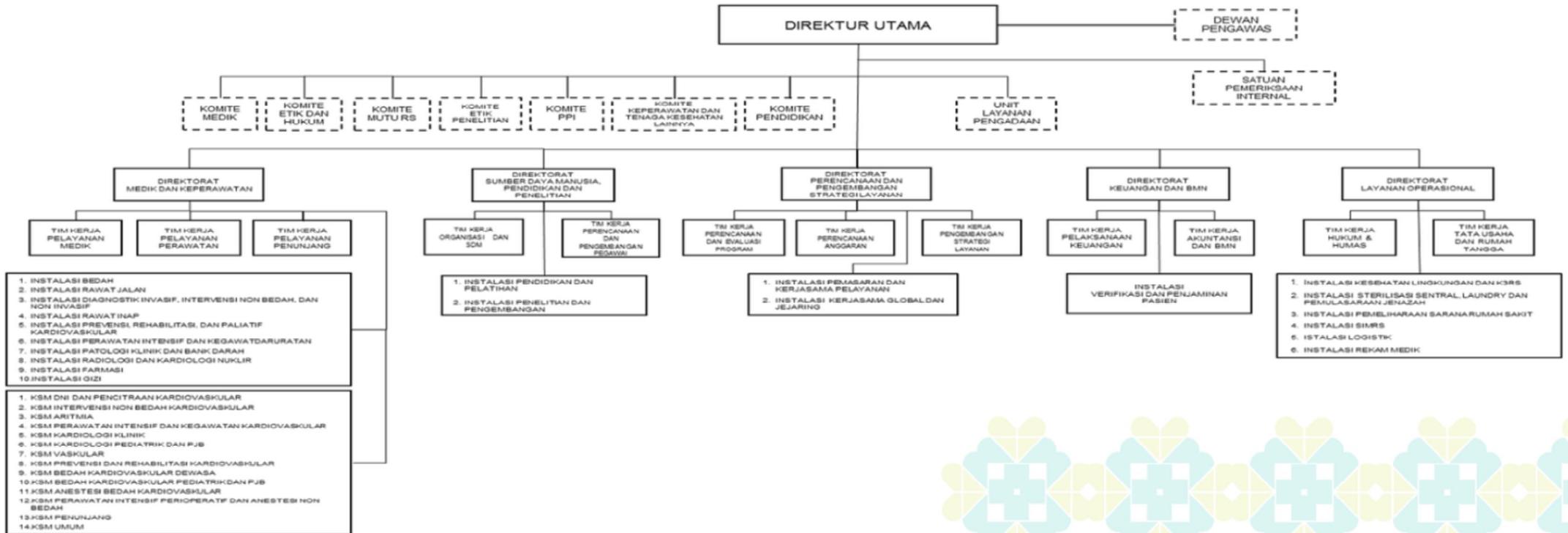
RSB 2020-2024 REVISI KE-3

## MATRIKS RSB 2020-2024 REVISI 3

VISI	MISI	TUJUAN	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA		TARGET		
						2023	2024	
Menjadi Pusat Kardiovaskular Berkualitas Setara Asia	Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian berkualitas serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia	1 Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	1 Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	95.4 %	96%	
				2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	92.5 %	93%	
			2 Terwujudnya peningkatan kualitas pemberi layanan	3	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	-	100%	
				4	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	-	80%	
				5	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	-	10%	
				6	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	-	1 laporan	
			3 Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	7	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	80	80	
				8	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	12 Laporan	100%	
				9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	-	>75%	
			4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	10	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2,5 %	<2,5 %
			5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	11	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis	2 laporan	2 laporan
			6 Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	12	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	1 layanan	
				13	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	-	80%	
				14	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%	≤3%	
				15	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%	≥80%	
				16	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%	≥80%	
				17	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥80%	≥80%	
			18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	-	80%		
		2 Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas	7 Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	19	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	87%	87%	
				20	Jumlah produk inovasi layanan	1 produk	1 produk	
				21	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri	-	1 orang	
				22	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	-	10%	
				23	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	-	3 layanan	
				24	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	-	500 sampel	

VISI	MISI	TUJUAN	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA		TARGET				
						2023	2024			
		Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampunan	8	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	-	1 RS		
			9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	25%	10%		
			10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	27	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	100%		
		Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan	11	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	28	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100%	100%		
					29	Index Maturitas Digital RS	Level 3	Level 4		
			12	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	30	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	-	90%		
					31	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	-	90%		
			13	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	32	Skor GCG BLU	Skor 93	Skor 94		
		33			Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	-	100%			
		Meningkatkan kemandirian BLU	14	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	34	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	5%	10%		
					15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	35	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5	95%
							36	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	>90%
							37	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96%
							38	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	95%
		39	Persentase nilai EBITDA Margin	> 20%	> 20%					

## STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA INTERNAL RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA



## LAMPIRAN

### ANALISIS RISIKO BERDASARKAN KPI RSB 2020-2024 REVISI 3

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia (%)	Ketidaktepatan dalam penafsiran kasus tindakan bedah	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki SOP pada kasus kompleks/ sulit melalui konferensi dan kolaborasi, pemilihan pasien dalam konferensi bedah dapat benar-benar memilih pasien yang akan dilakukan pembedahan, pada pasien dengan harapan kualitas hidup yang baik.</li> <li>DPJP yang memiliki pasien dengan kondisi <i>complex case</i> dan <i>Multi Organ Failure</i> (Severitas Level)</li> <li>Mendiskusikan terlebih dahulu dengan komite medik dalam konferensi kasus sulit, sehingga dapat ditentukan apakah pasien perlu dilakukan pembedahan atau menggunakan alternatif tatalaksana lainnya.</li> <li>Optimalisasi penggunaan data register (data base) untuk penapisan kasus</li> </ul>
		Perdarahan post operasi (redo) pada pasien CABG	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepada semua tim bedah tentang proses penutupan dinding dada yang sesuai dengan standar</li> <li>Menentukan indikator mutu redo yaitu &lt; 3%</li> <li>Melakukan reviu SPO kriteria pasien redo</li> <li>Mendiskusikan dengan komite medik tentang kriteria redo, jenis perdarahan dan rencana tindak lanjut redo</li> </ul>
		Komunikasi tidak efektif antar Tim Bedah	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan handover setiap shift atau pergantian scrube</li> <li>Memastikan seluruh tim bedah mengikuti briefing sebelum operasi dimulai.</li> <li>Melakukan time out sebelum operasi dimulai</li> <li>Membudayakan komunikasi dengan metode ESBAR</li> </ul>
		Kemampuan tim bedah jantung	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan pendidikan lanjutan fellowship untuk dokter bedah jantung baik bedah dewasa dan pediatrik untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal.</li> <li>Pelatihan dan peningkatan kemampuan sesuai kompetensi dilakukan secara berkala, diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas perawatan.</li> </ul>
2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut (%)	Delay penatalaksanaan kasus pasien Infark Miocard Akut	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan evaluasi atas keputusan untuk tindakan Primary dan Early PCI (<i>Door To Balloon Time</i>)</li> <li>Monitoring, evaluasi dan RTL hasil pengukuran <i>Door To Balloon Time</i></li> <li>Mempersiapkan ruang cath khusus kasus <i>urgent</i> dengan optimalisasi kamar cath di gedung Ventricle (jalur khusus)</li> <li>Percepatan pemenuhan SDM di ruang cath lab Gedung Ventricle sesuai dengan master plan</li> <li>Evaluasi <i>overcrowding</i> di IGD dan CVC</li> </ul>
3	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	Keluhan pelanggan tidak ditindaklanjuti	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan unit terkait</li> <li>Pengelolaan form survey kepuasan pelanggan secara digital</li> </ul>
4	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	Keterlambatan pengembangan kompetensi	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi panduan pengembangan kompetensi kepada pegawai di seluruh unit kerja</li> <li>Reviu panduan jenjang karir PNS dan Non PNS</li> <li>Melakukan percepatan pembuatan SK Kenaikan pangkat</li> <li>Memastikan alokasi anggaran sesuai pengembangan kompetensi</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
5	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	Keterlambatan kegiatan mutasi pegawai antar unit	3	2		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan evaluasi Analisa beban kerja di setiap unit</li> <li>Melakukan koordinasi dengan kepala unit untuk kemudian dilakukan kajian.</li> <li>Melakukan evaluasi laporan pembinaan pegawai</li> </ul>
6	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	Refokusing / Efisiensi anggaran	4	2		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi dengan tim kerja anggaran</li> <li>Menyusun kegiatan yang dapat memfasilitasi pemberian reward</li> </ul>
		Ketidaktepatan pemberian punishment	4	2		<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan sosialisasi kebijakan yang mengatur tentang kepegawaian</li> </ul>
7	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	Ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan : fasilitas, sikap petugas dan administrasi.	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengalokasikan tempat parkir khusus pasien RSJPDHK (Valey parkir; Free Parkir; Area khusus)</li> <li>Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar.</li> <li>Monev alur penanganan pengaduan</li> <li>Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi komplain masyarakat.</li> <li>Unit kerja terkait menyampaikan laporan tindak lanjut atas penanganan komplain (fasilitas, sikap petugas dan administrasi) kepada Humas.</li> </ul>
8	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	Delay pengumpulan laporan indikator nasional mutu dari unit pelayanan	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menjadikan laporan indikator nasional mutu sebagai kinerja unit</li> <li>Monev penyebab delay</li> </ul>
		Tidak tercapainya beberapa target indikator nasional mutu	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan analisis penyebab tidak tercapainya target indikator nasional mutu</li> <li>Meningkatkan sistem closed visitasi dokter</li> <li>Melakukan kampanye penggunaan APD yang benar</li> <li>Mengingatkan kembali identifikasi pasien</li> </ul>
9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	Kejadian sentinel potensial terjadi	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf</li> <li>Memastikan sarana dan prasarana tersedia dan sesuai standar</li> <li>Memastikan kompetensi staf</li> <li>Meningkatkan controlling pelaksanaan asuhan</li> </ul>
10	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	Jumlah seluruh kematian di RSJPDHK meningkat	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPJP terlibat langsung dalam pelayanan pasien</li> <li>Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya</li> </ul>
11	Jumlah Pelaporan pelaksanaan audit medis	Tidak terpenuhinya kriteria audit medik yang ditetapkan	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan Monitoring unit terkait kasus yang akan di audit (STEMI)</li> <li>Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan</li> </ul>
12	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Tidak terlaksananya pelayanan unggulan bertaraf internasional	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kemampuan melaksanakan tindakan khusus</li> <li>Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal</li> </ul>
13	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang selama 2 jam	Pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang belum didukung oleh sistem SIRS	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi dengan SIRS dalam percepatan pengembangan program</li> <li>Menyusun kertas kerja WTRJ tanpa pemeriksaan penunjang</li> </ul>
		Delay pengukuran data pada Triwulan I	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengambil sampel untuk triwulan I (satu) dengan cara manual</li> <li>Berkoordinasi dengan instalasi Farmasi dan Instalasi Rekam Medik dalam pengelolaan data</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
14	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Kejadian penundaan operasi elektif meningkat	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengevaluasi penyebab penundaan operasi elektif</li> <li>Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi)</li> <li>Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi dimulai sejak KB</li> </ul>
15	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Sistem pendukung SIRS masih dalam proses pengembangan	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengawal SIRS dalam percepatan program</li> <li>Meningkatkan pengawasan pengelolaan data secara manual</li> <li>Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan</li> </ul>
16	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Menurunnya kepuasan pasien terhadap pelayanan di Rawat Inap	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan upaya penyelesaian permasalahan <i>downtime</i> yang dikoordinasikan dengan SIRS untuk menghindari timbulnya hambatan hasil input data terkait tapping</li> <li>Penginputan nama DPJP dalam sistem oleh petugas administrasi secara cepat dan tepat untuk menghindari delay.</li> <li>Re-edukasi kepada DPJP terkait kepatuhan melakukan tapping pada setiap rapat koordinasi SMF rutin</li> </ul>
17	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	Penurunan persentase pasien dengan DTBT ≤90 Menit Pada Kasus STEMI menurunkan prognosis pasien	4	4	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi</li> <li>Strategi dan upaya untuk meningkatkan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT</li> <li>Meningkatkan utilisasi ruangan cathlab untuk menghindari cathlab <i>on running</i>.</li> </ul>
18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	Kepatuhan pada SPO layanan klinis	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pelatihan berkala setiap tahun</li> <li>Penerapan pengawasan serta insentif bagi pegawai yang patuh terhadap SPO</li> </ul>
		Rendahnya keterlibatan pasien dalam program peningkatan mutu layanan klinis jantung	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimalisasi program edukasi pasien baik melalui platform internal dan eksternal</li> <li>Melakukan survey kepuasan pasien</li> <li>Meningkatkan komunikasi antara tenaga medis dan pasien</li> </ul>
19	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	Ketidakpuasan rumah sakit pengguna diklat paska pelatihan	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi terhadap peserta didik terkait evaluasi paska pelatihan di akhir kegiatan pelatihan</li> <li>Membuat jadwal evaluasi paska pelatihan</li> <li>Monitoring hasil evaluasi paska pelatihan</li> </ul>
20	Jumlah produk inovasi layanan	Kurangnya jumlah produk inovasi layanan	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan sosialisasi serta motivasi staf RSJPDHK untuk mengajukan inovasi layanan baik berbasis riset maupun non riset melalui acara <i>research talk</i>.</li> <li>Melakukan kajian serta penilaian terhadap semua usulan inovasi yang masuk sepanjang tahun 2023.</li> <li>Melakukan penetapan inovasi layanan melalui ketetapan Direksi atau standar pelayanan.</li> </ul>
		Kurangnya sumber daya manusia yang kreatif dan inovatif	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan proses pengembangan keterampilan staf yang ada</li> <li>Rekrutmen tenaga profesional yang memiliki kemampuan inovatif</li> </ul>
		Keterbatasan anggaran untuk penelitian dan pengembangan	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mencair sumber dana tambahan dengan meningkatkan layanan non JKN</li> <li>Melakukan efisiensi anggaran</li> <li>Melakukan Kerjasama dengan institusi penelitian</li> </ul>
21	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri	Kesulitan dalam memenuhi persyaratan administrasi / visa	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membentuk tim khusus untuk membantu dalam proses pengurusan administrasi dan visa</li> <li>Melakukan persiapan yang cukup</li> <li>Melakukan koordinasi yang rutin dengan pihak eksternal</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI	
		Kesulitan beradaptasi dengan Bahasa dan budaya	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan persiapan dengan menyiapkan staff yang memiliki kemampuan berbahasa yang baik</li> <li>Berkoodinasi dengan kedutaan</li> </ul>	
22	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	Kurangnya sumber daya untuk penelitian	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyiapkan alokasi anggaran yang memadai untuk penelitian, pengadaan peralatan yang diperlukan dan menjalin kemitraan dengan institusi penelitian lain</li> <li>Pengaturan beban kerja yang seimbang</li> <li>Memberikan reward dan insentif untuk penelitian</li> <li>Mengangkat Tenaga peneliti khusus</li> </ul>	
		Kendala dalam akses data dan subjek penelitian	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membuat system pengelolaan data yang terintegrasi</li> <li>Membuat strategi yang efektif untuk rekrut subjek penelitian</li> <li>Memastikan penerapan SPO keamanan data yang ketat agar privasi subjek terjaga</li> </ul>	
23	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	Kurangnya sumber daya manusia yang kompeten	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rekrutmen tenaga ahli genomic</li> <li>Menyiapkan pelatihan dan pengembangan kompetensi staf yang ada</li> </ul>	
		Kurangnya sinergi antar departemen	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membuat system yang terintegrasi</li> <li>Mengadakan workshop untuk meningkatkan kolaborasi</li> </ul>	
24	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	Kurangnya partisipasi pasien	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan edukasi kepada pasien tentang manfaat hWGS</li> <li>Melakukan kampanye kesararan dan partisipasi pemeriksaan hWGS</li> </ul>	
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	kurangnya jumlah Sumber Daya Manusia yang kompeten	5	4	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimalisasi monitoring RS Jejaring</li> <li>Optimalisasi proctorship</li> <li>Mendukung RS Jejaring untuk menyusun perencanaan pengembangan SDM</li> <li>Memberikan support SDM dari RS Pengampu</li> <li>Menyusun standarisasi sarana prasarana rumah sakit jejaring karviovaskular</li> <li>Memberikan arahan untuk mendapatkan anggaran dari DAK Kemenkes atau APBD untuk realisasi bangunan yang sesuai standar pelayanan Kardiovaskular</li> <li>Melakukan visitasi untuk melakukan asesmen awal serta melihat kesiapan RS Jejaring</li> <li>Mengusulkan RS Jejaring agar mengirimi SDM nya untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan</li> <li>Melakukan proctorship pada SDM di RS Jejaring</li> <li>Melakukan supervisi terhadap kemampuan masing masing SDM</li> </ul>	
			Keterbatasan Anggaran dan Sumber Daya	4	4	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengusulkan RS Jejaring agar melakukan kerjasama dengan BPJS</li> <li>Memberikan arahan dan penjelasan tentang kelengkapan pembiayaan BPJS</li> <li>Mengusulkan untuk studi banding ke pengampu</li> </ul>
			Keterbatasan infrastruktur dan teknologi	5	4	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemeliharaan rutin infrastruktur yang sudah ada</li> <li>Melakukan investasi dalam peralatan dan teknologi terbaru</li> </ul>
26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	Penurunan jumlah kunjungan pasien Non JKN ke rumah sakit	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengoptimalkan Pelayanan Rawat Jalan Online</li> <li>Mempercepat pelayanan IGD, laboratorium dan radiologi</li> <li>Mengurangi <i>overcrowding</i> di IGD</li> <li>Optimalkan pemulangan pasien kurang dari jam 12.00</li> </ul>	
		Penurunan jumlah pendapatan dari pasien Non JKN	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganalisis kriteria pembagian prosentase jaminan</li> <li>Melakukan koordinasi dengan substansi pelayanan medik dan substansi pelayanan keperawatan dalam terkait strategi promosi di era digitalisasi</li> </ul>	

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
27	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RSJPDHK tidak mencapai target 85%	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan koordinasi dengan SIRS untuk proses perbaikan ketika sistem mengalami down</li> <li>Optimalisasi Grup WA Sistem Bantu Rujuk DKI</li> <li>Melakukan pembagian tugas pada staff perawat SPGDT dan perawat IGD untuk mengoperasikan aplikasi SISRUITE</li> <li>Mengusulkan pembelajaran / resosialisasi mengenai SISRUITE bagi dokter /perawat baru</li> </ul>
28	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Implementasi RME belum terintegrasi pada seluruh pelayanan	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengembangkan order pemeriksaan laboratorium terintegrasi</li> <li>Mengevaluasi integrasi CPPT di radiologi</li> <li>Berkoordinasi dengan pelayanan untuk downtime EMR</li> <li>Mengadakan kerjasama dengan vendor untuk mengintegrasikan bed monitor dan flowsheet ruang intensif</li> </ul>
29	Index Maturitas Digital RS	Tidak tercapainya index maturitas digital RS	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan pengukuran level kematangan sesuai standar index maturitas (Kemenkes)</li> <li>Melakukan perbaikan berdasarkan hasil asesmen</li> </ul>
30	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	Keterlambatan Updating pada aplikasi ASPAK oleh yang berwenang	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK</li> <li>Melaksanakan kalibrasi tepat waktu</li> <li>Melakukan move secara berkala setiap 3 bulan.</li> <li>Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru</li> </ul>
31	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	Keterlambatan Updating pada aplikasi ASPAK oleh yang berwenang	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK</li> <li>Melaksanakan kalibrasi tepat waktu</li> <li>Melakukan move secara berkala setiap 3 bulan.</li> <li>Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru</li> </ul>
32	Skor GCG BLU	Penerapan GCG belum dilakukan secara konsisten	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan GCG</li> </ul>
33	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	Klaim Pending meningkat	5	2	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepatan penyelesaian dokumen klaim</li> <li>Koordinasi Penyelesaian klaim pending</li> <li>Penyusunan SOP Verifikasi penyelesaian klaim pending</li> </ul>
		Data pengukuran POBO tidak realtime dan masih manual	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan penyempurnaan aplikasi SIMKEU</li> <li>Melakukan verifikasi data pendapatan dan belanja antara aplikasi SIMKEU dan aplikasi SAKTI secara rutin setiap bulan</li> </ul>
34	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	Tidak tercapainya target pendapatan pengelolaan aset BLU sebesar 5%.	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap seluruh aset BLU yang ada di RS</li> <li>Melakukan review tarif kerjasama secara berkala</li> <li>Melakukan penetapan dan pemberlakuan tarif yang update</li> <li>Melakukan koordinasi dengan unit terkait atas pelaporan hasil pengelolaan aset</li> </ul>
35	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Rekomendasi hasil pemeriksaan tidak selesai dalam waktu 60 hari setelah laporan hasil pemeriksaan terbit	5	5	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berkoordinasi dengan SPI dan unit terkait untuk upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaan</li> <li>Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut</li> <li>Membuat laporan berkala terkait proses penyelesaian.</li> </ul>

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
36	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Fraud terhadap pengelolaan pendapatan pelayanan	5	5	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membuat kebijakan dan prosedur pembatalan layanan</li> <li>▪ Membuat monitoring pelayanan pendapatan per unit layanan manual, agar dapat di rekonsiliasi dengan unit terkait</li> <li>▪ Rekonsiliasi dengan unit terkait</li> <li>▪ Mensosialisasikan mengenai peraturan terkait Fraud</li> </ul>
37	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Pengeluaran tidak sesuai rencana penarikan dana (RPD). Target Realisasi anggaran rupiah murni 97%/tahun	5	5	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoring implelementasi RUP secara berkala</li> <li>▪ Memastikan ketersediaan dana</li> <li>▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran</li> <li>▪ Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.</li> </ul>
38	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Pengeluaran tidak sesuai rencana penarikan dana (RPD). Target Realisasi anggaran rupiah BLU 95%/tahun	5	5	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoring implelementasi RUP secara berkala</li> <li>▪ Memastikan ketersediaan dana</li> <li>▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran</li> <li>▪ Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.</li> </ul>
39	Persentase nilai EBITDA Margin	Nilai EBITDA Margin kurang dari 10%	5	2	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memastikan bahwa data valid untuk proses perhitungan EBITDA Margin</li> <li>▪ Melakukan review perhitungan nilai EBITDA Margin.</li> <li>▪ Menyampaikan hasil nilai EBITDA Margin terhadap pimpinan</li> <li>▪ Membuat laporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan dan disampaikan ke pimpinan</li> </ul>

# PROFIL INDIKATOR

# KPI 1

Judul Indikator	Keberhasilan Tindakan Bedah Jantung CABG dan ToF Repair Setara Asia	
Dasar Pemikiran	1. Kasus pasien yang membutuhkan operasi CABG dan TOF adalah yang terbanyak di RSJPDHK 2. Sebagai indikator yang menjadi tolak ukur kesetaraan kualitas setara asia	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>Continium of Care</i> ), integrasi pelayanan dan keselamatan pasien	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	Prosentase keberhasilan tindakan bedah jantung Coronary Arterial Bypass Graft (CABG) dan Tetralogy of Fallot (ToF) Repair murni tanpa kelainan tambahan seperti Absent Pulmonary Valve Repair, Unifokalisasi, Rastelli maupun dengan CAVSD yang pulang dalam keadaan hidup.	
Jenis Indikator	<i>Outcome</i> : untuk menilai dampak layanan yang diberikan terhadap pengguna layanan	
Satuan Pengukuran	% (persentase)	
Numerator	Seluruh pasien tindakan bedah jantung Coronary Arterial Bypass (CABG) dan Tetralogy of Fallot (ToF) Repair murni tanpa kelainan tambahan seperti Absent Pulmonary Valve Repair, Unifokalisasi, Rastelli maupun dengan CAVSD yang pulang dalam keadaan hidup.	
Denominator	Seluruh pasien yang dilakukan Tindakan CABG dan ToF periode yang sama.	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	95,40%	96,00%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Seluruh tindakan Coronary Arterial Bypass (CABG) dan Tetralogy of Fallot (ToF) Repair murni tanpa kelainan tambahan	
	Kriteria eksklusi: Absent Pulmonary Valve Repair, Unifokalisasi, Rastelli maupun dengan CAVSD dan pasien yang termasuk dalam kasus suspek, probable atau kasus konfirmasi COVID-19 baik di saat awal perawatan, saat ataupun sebelum pasien dipulangkan	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien tindakan CABG dan ToF yang pulang dalam keadaan hidup}}{\text{Seluruh pasien yang dilakukan Tindakan CABG dan ToF periode yang sama}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Rekam Medis	
Instrumen Pengambilan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data. ( formulir ceklist pasien-pasien yang berhasil dilakukan tindakan CABG dan TOF sesuai kriteria inklusi dan eksklusi	
Besar Sampel	Total populasi	
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Stratified Random Sampling</i> (berdasarkan unit pelayanan)	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 2

Judul Indikator	Keberhasilan Perawatan Infark Miokard Akut	
Dasar Pemikiran	Kasus penyakit kardiovaskular yang banyak terjadi di masyarakat adalah kasus Akut Miokard Infark (AMI) dimana sering tidak disadari oleh pasien apabila masih belum terasa pada gejala yang ringan, hal ini karena pola hidup yang tidak baik dan, tingkat stresor yang tinggi di masyarakat.	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan (Continuum of Care) dan keselamatan pasien dan tepat waktu pemberian layanan (Timely)	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	Prosentase keberhasilan perawatan pasien dengan Infark Miokard Akut baik ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) maupun Non-ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI) pada usia lebih dari 18 tahun.	
Jenis Indikator	<i>Outcome: untuk menilai dampak layanan yang diberikan terhadap pengguna layanan (tingkat keberhasilan penanganan pasien dengan AMI terhadap harapan hidup pasien)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah pasien infark miokard akut STEMI dan NSTEMI yang pulang dalam keadaan hidup.	
Denominator	Jumlah pasien infark miokard akut.	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	92,50%	93%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Pasien dengan diagnosis STEMI dan NSTEMI pada usia lebih dari 18 tahun.	
	Kriteria eksklusi: Pasien end of life dan komplikasi mekanik (IVS rupture, freewall rupture, chordae rupture)	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien infark miokard akut STEMI dan NSTEMI yang pulang dalam keadaan hidup}}{\text{Jumlah pasien infark miokard akut}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Rekam Medis	
Instrumen Pengambilan Data	Alat atau tools atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data. (tools perhitungan data dari <i>Medical Record</i> )	
Besar Sampel	Total populasi	
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 3

Judul Indikator	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	
Dasar Pemikiran	Penanganan keluhan yang baik dapat memberikan citra positif pada rumah sakit dan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan	
Dimensi Mutu	Berorientasi Pasien, Proses Bisnis Internal	
Tujuan	Meningkatkan kualitas rumah sakit sebagai pemberi layanan melalui respon yang cepat dalam penanganan keluhan pelanggan	
Definisi Operasional	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan diukur melalui capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Keluhan Non medis yang dimaksud sikap pemberi layanan, fasilitas tersedia, lingkungan pendukung (non medis) Terpenuhi jika capaian 100%	
Jenis Indikator	Output ( <i>Indikator Direktif</i> )	
Satuan Pengukuran	%	
Numerator	Jumlah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam	
Denominator	Jumlah keseluruhan keluhan dengan kategori non medis	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		100%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Keluhan / komplek non medis yang dapat diterima dan dapat ditelusuri serta permasalahan terselesaikan dengan baik	
	Kriteria eksklusi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keluhan dengan kategori medis</li> <li>▪ Keluhan non medis yang tidak dapat ditelusuri (surat kaleng)</li> </ul>	
Formula	$\frac{\text{Jumlah keluhan kategori non medis yang ditangani <24 jam}}{\text{Jumlah keseluruhan keluhan kategori non medis}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	1. Observasi 2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV	
Instrumen Pengambilan Data	Media Elektronik dan Non Elektronik	
Besar Sampel	Total Populasi	
Cara Pengambilan Sampel	Keluhan langsung melalui tatap muka (langsung), Kotak Saran, Telepon, Email, Contact Center / Sentral Telepon, WA/SMS, WEB, IG dan Barcode	
Periode Pengumpulan Data	Setiap hari	
Periode Pelaporan Data	Setiap bulan	
Periode Analisis Data	Setiap bulan	
Penyajian Data	Laporan (tabel, grafik)	
Penanggung Jawab	Direktur Layanan Operasional	

## KPI 4

Judul Indikator	<b>Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja</b>	
Dasar Pemikiran	Transformasi Internal melalui akselerasi penataan dan pengembangan pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kementerian Kesehatan.	
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keselamatan, kesinambungan layanan	
Tujuan	Pemenuhan pendidikan dan pelatihan pada pegawai sebagai upaya pengembangan SDM dan peningkatan mutu layanan	
Definisi Operasional	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja dengan target 80%	
Jenis Indikator	<i>Outcome (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	%	
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi	
Denominator	Jumlah seluruh pegawai	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		80%
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi}}{\text{Jumlah seluruh pegawai}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	Laporan Kegiatan pengembangan kompetensi	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	Total Populasi	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 5

Judul Indikator	<b>Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan</b>	
Dasar Pemikiran	Transformasi Internal melalui akselerasi penataan dan pengembangan pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kementerian Kesehatan.	
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menempatkan pegawai yang sesuai dengan kebutuhan organisasi</li> <li>2. Meningkatkan semangat dan kegairahan kerja pegawai</li> <li>3. Upaya pengembangan pegawai</li> <li>4. Sebagai tindakan preventif dalam upaya mengamankan pegawai dan organisasi.</li> </ol>	
Definisi Operasional	Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan dengan target 10%.	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	%	
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan mutasi sesuai ketentuan	
Denominator	Jumlah seluruh pegawai	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		10%
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapatkan mutase sesuai ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh pegawai}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	Laporan Kegiatan mutasi pegawai	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	Total Populasi	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

## KPI 6

Judul Indikator	<b>Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan</b>	
Dasar Pemikiran	Transformasi Internal melalui akselerasi penataan dan pengembangan pegawai Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kementerian Kesehatan.	
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan	
Tujuan	Memotivasi pegawai untuk melakukan memberikan pelayanan prima dan meningkatkan prestasinya melalui pemberian Reward dan Punishment sesuai dengan mekanisme reformasi birokrasi di Kementerian/Lembaga Pemerintahan.	
Definisi Operasional	Tersedianya laporan atas implementasi kegiatan pemberian reward dan Punishment pegawai di lingkungan unit kerja	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	laporan	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		1 laporan
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	Jumlah Laporan Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan dalam kurun waktu 1 tahun	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	Laporan Kegiatan pengembangan kompetensi	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	Total Populasi	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 7

Judul Indikator	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik</li> <li>2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik</li> <li>3. Salah satu komponen utama dari transformasi RS Vertikal adalah peningkatan pengalaman pasien yang dilakukan antara lain dengan upaya mengurangi jumlah keluhan dan mempercepat penanganan keluhan pasien.</li> <li>4. Survei kepuasan pasien dilakukan dengan menggunakan form survei kepuasan pasien yang sudah distandarisasi.</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien/pengguna layanan	
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien di semua unit pelayanan	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.</li> <li>5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.</li> </ol>	
Jenis Indikator	<i>Outcome (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Indeks	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	≥ 80	≥ 80
Kriteria:	Kriteria inklusi : Seluruh pasien	
	Kriteria eksklusi : Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi	
Formula	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Hasil Survey	
Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner	
Besar Sampel	Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan	
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random Sampling</i>	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran	
Periode Pelaporan Data	Semesteran	
Periode Analisis Data	Semesteran dan Tahunan	
Penyajian Data	Tabel, Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan	

# KPI 8

Judul Indikator	Tercapainya Indikator Nasional Mutu Sesuai Target	
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit</li> <li>Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan</li> </ul>	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>Continium of Care</i> ) dan keselamatan pasien ( <i>Safe</i> )	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	
Definisi Operasional	Prosentase capaian indikator nasional mutu (INM) pelayanan kesehatan di rumah sakit yang ditetapkan dan dilaporkan setiap tanggal 10 bulan berikutnya.	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Laporan	
Numerator	Jumlah INM yang mencapai target sesuai kriteria	
Denominator	Jumlah Total INM (12 INM)	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	12 laporan	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi : 12 INM (Kepatuhan penggunaan APD, Kepatuhan identifikasi pasien, Waktu tunggu rawat jalan, Penundaan operasi elektif, Kepatuhan waktu visit dokter, Pelaporan hasil kritis laboratorium, Kepatuhan Fornas, Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway), Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, Kecepatan waktu tanggap komplain, Kepuasan Pasien)	
	Kriteria eksklusi : Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	
Formula	$\frac{\text{Jumlah INM yang mencapai target sesuai kriteria}}{\text{Jumlah Total INM}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Unit Kerja, Laporan INM dari Aplikasi SIMAR	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Unit Kerja	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Komite Mutu Rumah Sakit	

# KPI 9

Judul Indikator	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	
Dasar Pemikiran	1. Permenkes RI no. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 3. Panduan Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien RSJPDHK	
Dimensi Mutu	keselamatan (safe), tepat waktu (timely), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (people-centred)	
Tujuan	Mengukur sejauh mana budaya keselamatan pasien telah diterapkan di RSJPDHK	
Definisi Operasional	<p>Budaya keselamatan: budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.</p> <p>Persentase rata-rata dari capaian 12 dimensi budaya keselamatan pasien sesuai dengan panduan pengukuran budaya keselamatan pasien yang telah ditetapkan Direktur Utama.</p> <p>12 Dimensi budaya keselamatan pasien meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Supervisor/ manager action promoting safety.</i></li> <li>2) <i>Organizational learning</i> – perbaikan berkelanjutan.</li> <li>3) <i>Teamwork within units</i> – kerja sama dalam unit di rumah sakit.</li> <li>4) <i>Communication openness</i> – komunikasi terbuka.</li> <li>5) <i>Feedback and communication about errors</i> – umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan.</li> <li>6) <i>Nonpunitive response to errors</i> – respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan.</li> <li>7) <i>Staffing</i> – penempatan staf (kepegawaian).</li> <li>8) <i>Management support for patient safety</i> – dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien.</li> <li>9) <i>Teamwork across units</i> – kerja sama antar unit di rumah sakit.</li> <li>10) <i>Handsoffs and transitions</i> – atau perpindahan dan transisi pasien.</li> <li>11) <i>Overall perceptions of patient safety</i> – persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien.</li> <li>12) <i>Frequency of events reported</i> – frekuensi pelaporan kejadian.</li> </ol>	
Jenis Indikator	<i>Proses (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	%	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		>75%
Kriteria:	Kriteria Inklusi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenaga medis (dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi) termasuk perfusionis</li> <li>2. Tenaga keperawatan (termasuk perawat perfusi)</li> <li>3. Teknisi kardiovaskular</li> <li>4. Tenaga gizi (ahli gizi/ ahli madya gizi/ dietisien)</li> <li>5. Tenaga teknik biomedika (antara lain radiografer)</li> <li>6. Tenaga kefarmasian (apoteker, asisten apoteker)</li> <li>7. Ahli teknologi laboratorium kesehatan (petugas laboratorium)</li> <li>8. Fisioterapi</li> <li>9. Psikologi klinik</li> <li>10. Penata anestesi</li> </ol>	
	Kriteria eksklusi: ..	

Formula	Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Sumber Data	Hasil Survey Budaya keselamatan
Instrumen Pengambilan Data	Form Survey
Besar Sampel	sampling
Cara Pengambilan Sampel	Survey
Periode Pengumpulan Data	Semester
Periode Pelaporan Data	Semester
Periode Analisis Data	Semester
Penyajian Data	Tabel dan Grafik
Penanggung Jawab	Komite Mutu Rumah Sakit

# KPI 10

Judul Indikator	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	
Dasar Pemikiran	Pasien safety	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continium of care</i> ) dan keselamatan pasien ( <i>safe</i> )	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan	
Jenis Indikator	<i>Outcome (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun	
Denominator	jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	< 2.5%	< 2.5%
Kriteria:	Kriteria inklusi : Laporan NDR	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun}}{\text{jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun}} \times 100\%$ <p><b>Jika capaian NDR RS tahun 2024 <math>\geq 2,5</math> maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5%</b>            Cara perhitungan persentase penurunan NDR = Persentase NDR 2023 – Persentase NDR 2024</p>	
Desain Pengumpulan Data	<i>Retrospektif</i>	
Sumber Data	Rekam Medis	
Instrumen Pengambilan Data	<i>RME</i>	
Besar Sampel	Total populasi	
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Tahunan	
Penyajian Data	Grafik dan Tabel	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 11

Judul Indikator	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis	
Dasar Pemikiran	KMK Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit	
Dimensi Mutu	Kualitas mutu pelayanan dan Kesiambungan pelayanan ( <i>continium of care</i> )	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	Hasil pelaksanaan audit medis yang dilaporkan setiap 6 bulan	
Jenis Indikator	Proses ( <i>indikator Direktif</i> )	
Satuan Pengukuran	Kali	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	2 Laporan	2 Laporan
Kriteria:	Kriteria inklusi : STEMI dengan onset dibawah 12 jam	
	Kriteria eksklusi : Killip 3 dan 4 dengan multiple komorbiditas	
Formula	Jumlah laporan hasil audit setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Komite Medik	
Instrumen Pengambilan Data	Rekam Medis	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran	
Periode Pelaporan Data	Semesteran	
Periode Analisis Data	Semesteran, Tahunan	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Komite Medik	

# KPI 12

Judul Indikator	<b>RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional</b>	
Dasar Pemikiran	RS Vertikal sebagai <i>Center of Excellent</i>	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan ( <i>continium of care</i> )	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan luar negeri terkait layanan unggulannya	
Jenis Indikator	<i>Outcome (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Layanan	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	1 layanan (IVAC)	1 layanan (LVAD)
Kriteria:	Inklusi : -	
	Eksklusi : -	
Formula	Jumlah layanan unggulan yang memiliki Kerjasama dgn RS / institusi Kesehatan LN. Proses kerja sama yang dijalani yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil.	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Dokumen rumah sakit berupa proposal, <i>Feasibility Study</i> , Rencana Strategis Bisnis, Perjanjian Kerjasama, rekomendasi hasil <i>assessment</i> internal	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Tahunan	
Periode Pelaporan Data	Tahunan	
Periode Analisis Data	Semester, Tahunan	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 13

Judul Indikator	<b>Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien</b>	
Dasar Pemikiran	Remah Sakit harus meningkatkan perbaikan pengalaman pasien dalam mewujudkan Pelayanan Level Asia RS Vertikal	
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, Ketepatan waktu,	
Tujuan	Untuk memberikan pengalaman pasien yang baik selama berkunjung ke rumah sakit melalui terstandarnya fasilitas pendukung layanan serta ketepatan waktu pelayanan	
Definisi Operasional	Capaian perbaikan pengalaman pasien diukur melalui 2 parameter : 1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar yang terdiri dari 4 aspek, yaitu: a. Parkir, b. Ruang Tunggu. c. Taman, d. Toilet. Metode pengukuran menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung. 2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit. Memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan	
Jenis Indikator	<i>Output</i> (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	%	
Numerator	Jumlah persentase parameter 1 dan Persentase parameter 2	
Denominator	Jumlah parameter yang diukur	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		80%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Parameter 1 : Pengukuran ruang tunggu hanya pada Poli Umum Parameter 2 : -	
	Kriteria eksklusi: Parameter 1 : Poli Eksekutif Parameter 2 : Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan	
Formula	$\frac{\text{Persentase parameter 1} + \text{Persentase parameter 2}}{\text{Jumlah parameter yang diukur}} \times 100\%$ <p><u>Keterangan :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosentase parameter 1 : (jumlah skor/400) x 100%</li> <li>• Prosentase parameter 2 : (jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit / jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ) X 100%</li> </ul>	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	1. Observasi 2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV	
Instrumen Pengambilan Data	Formulir perhitungan waktu pelayanan rawat jalan. Formulir penilaian cross audit RSV	
Besar Sampel	<i>Total Populasi</i>	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Tabel, Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Layanan Operasional Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 14

Judul Indikator	Penundaan Waktu Operasi Elektif	
Dasar Pemikiran	Rumah Sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi	
Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien.	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara Asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.</li> <li>Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</li> </ol>	
Jenis Indikator	Proses (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam.	
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	≤ 3 %	≤ 3 %
Kriteria:	Kriteria inklusi : Pasien operasi elektif	
	Kriteria eksklusi : Penundaan operasi atas indikasi medis Operasi dengan penyulit Penundaan karena persyaratan administrasi memerlukan persetujuan khusus	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda} \geq 1 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Jadwal operasi elektif	
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penjadwalan dan Pelaksanaan Operasi Elektif	
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> <li>Total sampling (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li> <li>Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li> </ol>	
Cara Pengambilan Sampel	<i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan	
Periode Analisis Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan	
Penyajian Data	Tabel, Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 15

Judul Indikator	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang tentang Pelayanan Publik 2. Rumah sakit menetapkan waktu pelayanan dokter	
Dimensi Mutu	Tepat waktu, berorientasi pada pasien	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.</li> <li>Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis</li> </ul>	
Jenis Indikator	Proses (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai jadwal	
Denominator (penyebut)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	≥ 80 %	≥ 80 %
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik	
	Kriteria Eksklusi: Perawat, Penunjang Medis, Administrasi	
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai jadwal}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan pelayanan poliklinik	
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan pelayanan poliklinik	
Besar Sampel	Total populasi	
Cara Pengambilan Sampel	Total populasi	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, semesteran	
Periode Analisis Data	Bulanan, Triwulanan, semesteran	
Penyajian Data	Tabel, Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

## KPI 16

Judul Indikator	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	
Dasar Pemikiran	1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik	
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, Mutu layanan, efektif, efisien	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. <i>Visite</i> yang dihitung adalah <i>visite</i> yang dilakukan pada hari kerja	
Jenis Indikator	Proses (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah pasien yang divisite dokter pada hari kerja mulai pukul 06.00-12.00 WIB di rawat inap	
Denominator	Jumlah pasien rawat inap	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	≥ 80 %	≥ 80 %
Kriteria:	Kriteria Inklusi: <i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap di hari kerja	
	Kriteria Eksklusi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu</li> </ul>	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite dokter pada hari kerja mulai pukul 06.00-12.00 WIB}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik	
Instrumen Pengambilan Data	RME, Formulir kepatuhan visite dokter	
Besar Sampel	Total populasi (DPJP, dokter pengganti)	
Cara Pengambilan Sampel	Total <i>sampling</i>	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Tabel, Grafik	
Periode Analisis Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan	
Penyajian Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 17

Judul Indikator	<b>Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI</b>	
Dasar Pemikiran	1. <i>High risk</i> : keterlambatan penanganan pasien ST <i>elevation myocardial infarction</i> (STEMI) menjadi penyebab tingginya mortalitas dan kejadian MACE ( <i>MAJOR Adverse Cardiac Events</i> ) 2. <i>High volume</i> : Prevalensi infark miokard akut dengan ST-elevasi saat ini meningkat dari 25% ke 40%. 3. <i>High cost</i> : pasien STEMI yang tidak ditangani secara tepat memiliki potensi komplikasi yang dikeluarkan lebih besar.	
Dimensi Mutu	Efektif, efisien, keselamatan pasien, mutu layanan	
Tujuan	Meningkatkan mutu pelayanan kardiovaskular setara asia yang berorientasi pasien	
Definisi Operasional	Terapi reperfusi PCI primer, <i>Door to Balloon Time / door to device time</i> adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga <i>device</i> melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan ST Elevasi. Waktu <i>Door to Balloon</i> yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 90 menit	
Jenis Indikator	<i>outcome</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan <i>Door to Balloon Time</i> ≤ 90 menit	
Denominator	Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer (Primary PCI ) sesuai indikasi	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	≥ 80 %	≥ 80 %
Kriteria:	Kriteria Inklusi ; Pasien IGD dengan SKA dengan ST Elevasi (STEMI)	
	Kriteria eksklusi ; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosa SKA dengan ST Elevasi belum dapat ditegaskan pada pembacaan EKG pertama.</li> <li>• Diagnosa SKA dengan ST Elevasi terjadi saat perawatan.</li> <li>• Pasien yang direncanakan tindakan trombolitik tetapi pasien atau keluarga menolak dan tetap memilih untuk dilakukan tindakan angioplasti koroner primer.</li> <li>• Persetujuan tindakan tidak didapatkan dari pasien/ keluarga dalam waktu 30 menit setelah di diagnosa dan rencana tindakan sudah diinformasikan.</li> <li>• Diperlukan tindakan penyelamatan lain sebelum dilakukan angioplasty koroner primer.</li> <li>• Kondisi pasien yang disertai dengan penyulit seperti: syok, gagal jantung akut, respiratory failure, aritmia maligna (VT-VF)</li> <li>• STEMI yang disertai dengan covid baik suspek terkonfirmasi maupun probable.</li> </ul>	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan } \textit{Door to Balloon Time} \leq 90 \text{ menit}}{\text{Total pasien IGD yang menjalani angioplasti koroner primer sesuai indikasi}} \times 100 \%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan tindakan PCI di UGD	
Instrumen Pengambilan Data	RME	
Besar Sampel	Pasien di UGD dengan SKA yang dilakukan PCI	
Cara Pengambilan Sampel	<i>c</i>	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Grafik, <i>Run Chart</i>	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 18

Judul Indikator	<b>Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis</b>	
Dasar Pemikiran	Pelaksanaan transformasi rumah sakit vertikal melalui peningkatan mutu layanan klinis	
Dimensi Mutu	Safety, Efisiensi, Efektifitas	
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan responsif.</li> <li>• Menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan.</li> </ul>	
Definisi Operasional	<p><b>Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis</b> diukur melalui persentase capaian output klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas.</p> <p>Terdapat 4 Output klinis layanan kardiovaskular :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI</li> <li>• Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit</li> <li>• Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1</li> <li>• Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1</li> </ul> <p>Rumus:            - terlebih dulu cut-off capaian indicator dikonversi ke 80%            - (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indicator klinis yang diukur)</p>	
	<p><b>“Door To Balloon” Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI</b>            Terapi reperfusi PCI Primer, Door to balloon time/ door to device time adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 90 menit.</p>	
	<p><b>Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi reperfusi dengan farmakokinetik/ <i>door to needle time</i> adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk IGD hingga dilakukan tindakan trombolitik.</li> <li>• Waktu door to needle yang ditargetkan oleh RS adalah ≤ 30 menit</li> </ul> </p>	
	<p><b>Mortalitas CABG/Bedah Pintas Arteri Koroner Severitas 1</b>            Angka kematian dalam perawatan di rumah sakit untuk pasien yang menjalani Bedah Pintas Koroner Elektif dengan Ejection Fraction ≥ 60% (Isolated; hanya ada kelainan koroner tanpa kelainan katup)(Severitas 1)</p>	
	<p><b>Lama Rawat ≤ 5 Hari Pada Kasus Dengan STEMI Klasifikasi KILLIP 1</b>            Lama perawatan kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1 (tanpa disertai dengan tanda gagal jantung, dan kelainan lainnya seperti edema paru dan syok kardiogenik) ≤ 5 hari dan keluar hidup</p>	
	Jenis Indikator	<i>Output</i> (Indikator Direktif)
Satuan Pengukuran	%	
Numerator	total kumulatif capaian setelah konversi	
Denominator	jumlah indikator klinis yang diukur	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		80%
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	$\frac{\text{total kumulatif persentase capaian setelah konversi}}{\text{jumlah indikator klinis yang diukur}} \times 100 \%$	
Desain Pengumpulan Data	Retrospektif	
Sumber Data	Data Rekam Medis, Laporan Tindakan terkait	
Instrumen Pengambilan Data	Aplikasi RME, Formulir terkait	
Besar Sampel	Total pasien terkait indikator	

Cara Pengambilan Sampel	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Pelaporan Data	Bulanan
Periode Analisis Data	Bulanan
Penyajian Data	Tabel, Grafik
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan

# KPI 19

Judul Indikator	Kepuasan Rumah Sakit Pengguna Peserta Didik Pasca Pelatihan	
Dasar Pemikiran	Data : Jumlah pegawai yang telah selesai melaksanakan pendidikan dan atau pelatihan tiap tahun diharapkan memberi dampak pada peningkatan kualitas pelayanan di RS pengguna	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan	
Tujuan	Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas	
Definisi Operasional	Prosentase pernyataan puas dan sangat puas dari pengguna lulusan Diklat	
Jenis Indikator	<i>Outcome</i> : untuk menilai dampak layanan yang diberikan terhadap pengguna layanan	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah pengguna/pengirim peserta diklat yang menyatakan puas dan sangat puas	
Denominator	Jumlah seluruh pengguna/pengirim peserta diklat yang membalas / mengisi survey	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	87%	87%
Kriteria:	Kriteria inklusi: semua unsur di RS yang menerima peserta didik pasca pelatihan /pendidikan	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pengguna/pengirim peserta diklat yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah seluruh pengguna/pengirim peserta diklat yang membalas/mengisi survey}} \times 100 \%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Hasil survei kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	
Instrumen Pengambilan Data	<i>Tools</i> atau formulir yang digunakan untuk mengumpulkan data.	
Besar Sampel	Total populasi	
Cara Pengambilan Sampel	Total populasi	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Tabel dan grafik	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 20

Judul Indikator	Jumlah Produk Inovasi Layanan	
Dasar Pemikiran	• UU RI No.18 Tahun 2002 Tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan mutu pelayanan	
Tujuan	Mewujudkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular yang berkualitas	
Definisi Operasional	Inovasi adalah hasil penelitian atau pemikiran metode kerja baru yang dapat diaplikasikan dalam manajemen pelayanan dengan penetapan direksi atau menjadi standar pelayanan	
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>	
Satuan Pengukuran	Produk	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	1 produk	1 produk
Kriteria:	Kriteria inklusi :	
	Kriteria eksklusi :	
Formula	Jumlah hasil penelitian atau pemikiran metode kerja baru yang dapat diaplikasikan dalam manajemen pelayanan dengan penetapan direksi atau menjadi standar pelayanan	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan kegiatan produk inovasi layanan	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	Semua hasil penelitian baru	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran	
Periode Pelaporan Data	Semesteran	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 21

Judul Indikator	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri	
Dasar Pemikiran	Upaya dalam implementasi visi organisasi dalam hal terlaksananya pendidikan unggul setara Asia	
Dimensi Mutu	Mutu layanan, kesinambungan	
Tujuan	Meningkatkan mutu dan cakupan pendidikan dan pelatihan kardiovaskular	
Definisi Operasional	Jumlah peserta diklat yang berasal dari Luar Negeri baik peserta pelatihan, fellowship dan Pendidikan pada tahun berjalan.	
Jenis Indikator	Outcome	
Satuan Pengukuran	Jumlah	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		1 orang
Kriteria:	Kriteria inklusi: Peserta pelatihan, fellowship dan pendidikan berasal dari Luar Negeri pada tahun berjalan	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	Jumlah peserta diklat, fellowship dari Luar Negeri di tahun berjalan	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	Laporan Kegiatan	
Instrumen Pengambilan Data	Daftar peserta Diklat	
Besar Sampel	Peserta pelatihan, fellowship dan pendidikan berasal dari Luar Negeri pada tahun berjalan	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Laporan, Tabel	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 22

Judul Indikator	<b>Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit pendidikan</b>	
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019 tentang Sistem Nasional Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.</li> <li>Penelitian dilaksanakan untuk penguatan penguasaan ilmu dasar dan ilmu terapan, termasuk ilmu sosial yang digunakan untuk menciptakan dan/atau mengembangkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi serta dapat menjadi solusi permasalahan pembangunan.</li> <li>Hasil Penelitian dan Pengembangan wajib dipublikasikan dan didiseminasikan oleh sumber daya manusia Ilmu Pengetahuan dan Teknologi dan/atau Kelembagaan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, kecuali dinyatakan lain oleh peraturan perundang-undangan</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Mutu layanan	
Tujuan	Perwujudan capaian kegiatan penelitian, pengembangan, pengkajian, dan penerapan yang dilakukan staf RSJPDHK yang dapat meningkatkan ilmu pengetahuan di bidang kardiovaskular	
Definisi Operasional	persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.	
Jenis Indikator	<i>Output</i> (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	Jumlah	
Numerator	Jumlah penelitian klinik terpublikasi	
Denominator	Jumlah seluruh penelitian klinik	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		10%
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	$\frac{\text{jumlah penelitian klinik terpublikasi}}{\text{jumlah seluruh penelitian klinik}} \times 100 \%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit	
Instrumen Pengambilan Data	<i>Google Web</i>	
Besar Sampel	Seluruh penelitian yang terpublikasi	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik disertai deskriptif	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 23

Judul Indikator	<b>Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS</b>	
Dasar Pemikiran	<b>Sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi</b>	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan mutu pelayanan	
Tujuan		
Definisi Operasional	Jumlah layanan genomic yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Layanan	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		3 layanan
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	Jumlah kumulatif layanan genomic yang tersedia di Hubs RS	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	SK Dirut tentang penetapan pelayanan berbasis genomik	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran	
Periode Pelaporan Data	Semesteran	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 24

Judul Indikator	<b>Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS</b>	
Dasar Pemikiran	<b>Sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi</b>	
Dimensi Mutu	Efektifitas dan mutu pelayanan	
Tujuan		
Definisi Operasional	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS sesuai dengan kekhususannya	
Jenis Indikator	<i>Proses (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	sampel	
Numerator	-	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
		500
Kriteria:	Kriteria inklusi: ..	
	Kriteria eksklusi: ..	
Formula	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Sistem Manajemen Sampel BGSi	
Instrumen Pengambilan Data	-	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	

# KPI 25

Judul Indikator	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepmenkes RI Nomor HK.01.07/Menkes/602/2017 tentang Rumah Sakit jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagai Pusat Jantung Nasional</li> <li>• Kepmenkes RI Nomor HK.01.07/Menkes/1965/2022 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kardiovaskuler</li> </ul>	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan	
Definisi Operasional	rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama	
Jenis Indikator	<i>Outcome (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	RS	
Numerator	Jumlah RS yang menjadi strata paripurna	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	1 RS	1 RS
Kriteria:	Kriteria inklusi : RS Provinsi	
	Kriteria eksklusi :	
Formula	Jumlah RS <b>yang menjadi strata paripurna</b>	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan assesmen (data SDM, alkes dan pelayanan yang dilakukan) dan laporan kegiatan Tim Pengampu	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan assesmen dan laporan kegiatan	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran	
Periode Pelaporan Data	Semesteran	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan / Tim Pengampu	

# KPI 26

Judul Indikator	<b>Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN</b>	
Dasar Pemikiran	Proses Bisnis Internal	
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular dan Meningkatkan pendapatan rumah sakit selain dari JKN	
Definisi Operasional	Pertumbuhan pasien Non JKN meliputi pasien dengan jaminan Pribadi, Asuransi, maupun perusahaan dibandingkan antara tahun sebelumnya dengan tahun periode berjalan di rawat inap, rawat jalan dan MCU	
Jenis Indikator	<i>Outcome (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah kunjungan Pasien Non JKN tahun berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun sebelumnya	
Denominator	Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun sebelumnya	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	-	10%
Kriteria:	Kriteria inklusi: Pasien Non JKN (Pribadi, Asuransi, Perusahaan)	
	Kriteria eksklusi: Pasien JKN	
Formula	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun berjalan} - \text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun sebelumnya}}{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun sebelumnya}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Retrospektif</i>	
Sumber Data	Laporan kunjungan pasien dengan jaminan Non JKN	
Instrumen Pengambilan Data	RME	
Besar Sampel	Total Populasi	
Cara Pengambilan Sampel	Total sampling	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Tabel dan grafik	
Penanggung Jawab	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direktur Keuangan dan BMN</li> <li>Direktur Medik dan Keperawatan</li> </ul>	

# KPI 27

Judul Indikator	<b>Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di RS UPT Vertikal</b>	
Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan	
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kestinambungan Pelayanan, Akses	
Tujuan	Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kardiovaskular di Indonesia melalui jejaring pengampuan	
Definisi Operasional	Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.	
Jenis Indikator	Proses- <i>Outcome</i> (Indikator Direktif 2020)	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah data yang masuk ke SISRUTE dan direspon < 1 jam	
Denominator	Jumlah total data yang masuk ke SISRUTE	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	85%	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi: -	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	$\frac{\text{Jumlah data yang masuk ke SISRUTE dan direspon < 1 jam}}{\text{Jumlah total data yang masuk ke SISRUTE}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan SPGDT	
Instrumen Pengambilan Data	SISRUTE	
Besar Sampel	Seluruh data pasien rujukan melalui aplikasi SISRUTE	
Cara Pengambilan Sampel	Total <i>Sampling</i>	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Triwulanan	
Penyajian Data	Laporan rincian dalam Tabel / Grafik yang disertai analisisnya.	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 28

Judul Indikator	<b>Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.</b>	
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis</li> <li>Pemanfaatan teknologi dan informasi dalam menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang menjadi kebutuhan yang harus dipenuhi untuk peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan</li> </ol>	
Dimensi Mutu	Efektifitas efisien, akses, dan kesinambungan pelayanan	
Tujuan	Meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan rumah sakit	
Definisi Operasional	<p><i>Medical Record</i> adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. <i>Electronic Medical Record</i> adalah <i>Medical Record</i> yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital pada seluruh unit kerja layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi</p>	
Jenis Indikator	Proses ( <i>Indikator Direktif</i> )	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah unit kerja layanan yang mengimplementasikan EMR	
Denominator	Jumlah unit kerja layanan yang wajib mengimplementasikan EMR	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	100%	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi: -	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	$\frac{\text{Jumlah unit kerja layanan yang mengimplementasikan EMR}}{\text{Jumlah unit kerja layanan yang wajib mengimplementasikan EMR}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	<i>Medical Record</i>	
Instrumen Pengambilan Data	Aplikasi EMR	
Besar Sampel	Unit kerja layanan yang wajib mengimplementasikan EMR	
Cara Pengambilan Sampel	<i>Total Sampling</i>	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Triwulan (Akumulatif)	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur Medik dan Keperawatan	

# KPI 29

Judul Indikator	Index Maturitas Digital RS	
Dasar Pemikiran	1. Penyelenggaraan teknologi informasi dan komunikasi pada satuan kerja rumah sakit untuk mendukung program 6 pilar transformasi pelayanan kesehatan yaitu pilar Transformasi Teknologi Kesehatan	
Dimensi Mutu	Efektivitas dan <i>Responsiveness</i>	
Tujuan	Meningkatkan level kematangan pengelolaan sistem digital di rumah sakit	
Definisi Operasional	Merupakan alat ukur untuk menilai level kematangan implementasi digitalisasi pada institusi yang meliputi komponen pengukuran yang mencakup : 1. Sistem Informasi dan Infrastruktur 2. Standar dan Interoperabilitas 3. Manajemen Sumber Data Sistem Informasi 4. Data Analitik 5. Kompetensi, Ketrampilan dan Penggunaan 6. Keamanan, Privasi dan Kerahasiaan Data 7. Rekam Medik Elektronik	
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>	
Satuan Pengukuran	Level	
Numerator	Level kematangan yang dapat dicapai pada setiap komponen penilaian DMI	
Denominator	-	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	Level 3	Level 4
Kriteria:	Kriteria inklusi: Komponen penilaian indikator kematangan pada alat ukur <i>Digital Maturity Index (DMI)</i>	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	Level kematangan yang dapat dicapai pada setiap komponen penilaian DMI	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="https://dmi.kemkes.go.id/">https://dmi.kemkes.go.id/</a></li> <li>Laporan indikator kematangan DMI</li> </ul>	
Instrumen Pengambilan Data	Data asesmen pengukuran maturitas digital ( <i>Digital Maturity Index</i> ) rumah sakit ( <a href="https://dmi.kemkes.go.id/">https://dmi.kemkes.go.id/</a> )	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	Sampel diambil dari portal <a href="https://dmi.kemkes.go.id/">https://dmi.kemkes.go.id</a> sebagai tools untuk menilai capaian level maturitas digital rumah sakit	
Periode Pengumpulan Data	Triwulanan	
Periode Pelaporan Data	Triwulanan	
Periode Analisis Data	Triwulanan	
Penyajian Data	Laporan rincian dalam Tabel / Grafik yang disertai analisisnya.	
Penanggung Jawab	Direktur Layanan Operasional	

# KPI 30

Judul Indikator	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> <li>Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya</li> <li>Permenkes Nomor 40 tahun 2022 tentang Persyaratan teknis bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan</li> </ol>	
Dimensi Mutu	<i>Effective efficient, Patient Oriented</i>	
Tujuan	Peningkatan kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan Rumah Sakit	
Definisi Operasional	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) di RS	
Denominator	Standar acuan SPA	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	95%	90%
Kriteria:	Kriteria inklusi :	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{Jumlah SPA di RS}}{\text{Standar Acuan SPS}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	ASPAK dan atau Survei lapangan	
Instrumen Pengambilan Data	Data Aspak	
Besar Sampel	Total sampling	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	

# KPI 31

Judul Indikator	<b>Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar</b>	
Dasar Pemikiran	1. Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya 2. Permenkes Nomor 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan	
Dimensi Mutu	<i>Patient Oriented, Patient Safety</i>	
Tujuan	Peningkatan kualitas alkes sesuai standar keamanan dan keselamatan pasien	
Definisi Operasional	Persentase alkes yang dilakukan kalibrasi sesuai dengan Permenkes Nomor 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah Alkes yang dikalibrasi	
Denominator	Jumlah Alkes yang wajib kalibrasi	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	95%	90%
Kriteria:	Kriteria inklusi : -	
	Kriteria eksklusi : alat rusak	
Formula	$\frac{\text{Jumlah Alkes yang dikalibrasi}}{\text{Jumlah Alkes yang wajib dikalibrasi}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	ASPAK dan atau Survei lapangan (SAMRS)	
Instrumen Pengambilan Data	Aplikasi ASPAK dan atau Survei lapangan (SAMRS)	
Besar Sampel	Total populasi	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Tabel dan Grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Layanan Operasional	

# KPI 32

Judul Indikator	Skor GCG BLU	
Dasar Pemikiran	Peningkatan akuntabilitas tata kelola pelayanan kesehatan	
Dimensi Mutu	Efektifitas Tata Kelola	
Tujuan	Meningkatkan tata kelola RS	
Definisi Operasional	Nilai persentase dari <i>Good Corporate Governance</i> (GCG)	
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah parameter GCG yang terpenuhi	
Denominator	Jumlah parameter GCG	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	Skor 93	Skor 94
Kriteria:	Kriteria inklusi : -	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{Jumlah parameter GCG yg terpenuhi}}{\text{Jumlah parameter GCG}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Satuan Pengawas Internal	
Instrumen Pengambilan Data	Form Laporan kegiatan pengukuran GCG	
Besar Sampel	Sesuai instrument penilaian GCG	
Cara Pengambilan Sampel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengumpulan data oleh SPI</li> <li>• Penilaian dan Analisa data</li> <li>• Pembuatan laporan</li> </ul>	
Periode Pengumpulan Data	Semesteran	
Periode Pelaporan Data	Semesteran	
Periode Analisis Data	Semesteran	
Penyajian Data	Laporan Hasil Penilaian GCG	
Penanggung Jawab	Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum	

# KPI 33

Judul Indikator	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	
Dasar Pemikiran	1. PMK 129 tahun 2020 tentang Pengelolaan BLU 2. SK Dirjen Pelayanan Kesehatan HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal	
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas	
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien.	
Definisi Operasional	<b>Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran</b>	
Jenis Indikator	Outcome (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah Skor Rasio Kas dan Rasio POBO	
Denominator	Total Skor Maksimal	
Target Pencapaian	Th 2023	Th 2024
	-	100%
Kriteria:	Kriteria inklusi: -	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	$\frac{\text{Skor Rasio Kas} + \text{Skor Rasio POBO}}{\text{Total Skor Maksimal}} \times 100\%$	
	<p><b>Keterangan Formula :</b></p> <p><b>Rasio Kas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100</li> <li>Rasio kas diluar rentang standar (180-360%) diberikan skor 50</li> </ul> <p><b>Rasio POBO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rasio POBO diatas nilai standar (80%) diberikan skor 100</li> <li>Rasio POBO dibawah nilai standar (80%) diberikan skor 50</li> </ul> <p>Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100 Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99</p>	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	Laporan Operasional Tingkat Satuan Kerja BLU, yang dihasilkan Aplikasi SAKTI setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU.	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Operasional	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulasi)	
Periode Pelaporan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulasi)	
Periode Analisis Data	Triwulanan	
Penyajian Data	Laporan	
Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN	

# KPI 34

Judul Indikator	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	
Dasar Pemikiran	1. PMK 129 tahun 2020 tentang Pengelolaan BLU 2. SK Dirjen Pelayanan Kesehatan HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal 3. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per 11/PB/2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum	
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas	
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP dan APBN yang efektif dan efisien	
Definisi Operasional	Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset, baik aset pada BLU maupun aset pihak lain. Pendapatan yang diperoleh dari hasil pengelolaan aset adalah sebagaimana yang dimaksudkan dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum ((Pasal 127 s.d. 168) Pendapatan dari hasil pengelolaan aset tersebut adalah pendapatan PNBP BLU yang telah disahkan selama periode waktu penghitungan realisasi capaian.	
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset pada periode tertentu (Y)	
Denominator	Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset pada periode tertentu tahun sebelumnya (Y-1)	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	5%	10%
Kriteria:	Kriteria inklusi : Kategori akun Pendapatan Hasil Kerjasama (4243xx) dan/ atau Pendapatan BLU Lainnya dari sewa (42492x) dan / atau Pendapatan lain-lain BLU (424919) dari pengelolaan aset	
	Kriteria eksklusi: -	
Formula	$\frac{(Y) - (Y-1)}{(Y-1)} \times 100\%$ Keterangan : (Y) = Pendapatan dari hasil pengelolaan aset periode yang bersangkutan (Y-1) = Pendapatan dari hasil pengelolaan aset periode yang sama tahun sebelumnya	
Desain Pengumpulan Data	<i>Retrospektif</i>	
Sumber Data	Laporan Opesional tingkat satuan kerja BLU yang dihasilkan aplikasi SAKTI BLU setelah diverifikasi oleh SPI dan disahkan oleh Pemimpin BLU	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Besar Sampel	Seluruh pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulasi)	
Periode Pelaporan Data	Triwulanan (Perhitungan Akumulasi)	
Periode Analisis Data	Triwulanan	
Penyajian Data	Tabel	
Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN	

# KPI 35

Judul Indikator	<b>Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan</b>	
Dasar Pemikiran	Peraturan BPK No 2 tahun 2017 ttg pemantauan pelaksanaan tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK	
Dimensi Mutu	Akuntabel	
Tujuan	Meningkatkan kualitas sistem pengendalian intern yang dilaksanakan oleh RSJPDHK	
Definisi Operasional	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti	
Denominator	Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	92.5%	95%
Kriteria:	Kriteria inklusi : Seluruh rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang belum selesai di tindaklanjuti sampai tuntas	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di TL}}{\text{Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Hasil pemantauan TLHP BPK	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Hasil pemantauan TLHP BPK	
Besar Sampel	Seluruh rekomendasi hasil pemeriksaan BPK	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Triwulan	
Periode Pelaporan Data	Triwulan	
Periode Analisis Data	Triwulan	
Penyajian Data	Triwulan	
Penanggung Jawab	Satuan Pemeriksaan Internal	

# KPI 36

Judul Indikator	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	
Dasar Pemikiran	1. PMK 129 tahun 2020 tentang Pengelolaan BLU 2. SK Dirjen Pelayanan Kesehatan HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal	
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas	
Tujuan	Meningkatkan kemandirian BLU	
Definisi Operasional	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Realisasi Pendapatan BLU	
Denominator	Target Pendapatan BLU	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	95%	>90%
Kriteria:	Kriteria Inklusi : Seluruh penerimaan RS yg bersumber dari jasa layanan, hibah, hasil Kerjasama, hasil resiprokal, jasa perbankan dan potongan harga / diskon.	
	Kriteria Eksklusi : Pendapatan yang berasal dari APBN/RM	
Formula	$\frac{\text{Realisasi Pendapatan BLU}}{\text{Target Pendapatan BLU}} \times 100\%$ <p>Ket : Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya</p>	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Besar Sampel	-	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan (perhitungan akumulasi)	
Periode Pelaporan Data	Bulanan (perhitungan akumulasi)	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Laporan, tabel, grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN	

# KPI 37

Judul Indikator	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	
Dasar Pemikiran	1. PMK 129 tahun 2020 tentang Pengelolaan BLU 2. SK Dirjen Pelayanan Kesehatan HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal	
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas	
Tujuan	Meningkatkan kemandirian BLU	
Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	
Jenis Indikator	Output (Indikator Direktif)	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	
Denominator	Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	97%	96%
Kriteria:	Kriteria inklusi : Seluruh belanja pegawai, belanja operasional dan belanja modal yang bersumber dana RM	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	Concurrent	
Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Instrumen Pengambilan Data	Nilai realisasi belanja cash basis dari Aplikasi SAKTI	
Besar Sampel	Seluruh laporan realisasi anggaran RM	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan (perhitungan akumulasi)	
Periode Pelaporan Data	Bulanan(perhitungan akumulasi)	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Laporan, grafik, tabel	
Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN	

# KPI 38

Judul Indikator	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	
Dasar Pemikiran	1. PMK 129 tahun 2020 tentang Pengelolaan BLU 2. SK Dirjen Pelayanan Kesehatan HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal	
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas	
Tujuan	Meningkatkan kemandirian BLU	
Definisi Operasional	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	
Denominator	Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	95%	95%
Kriteria:	Kriteria inklusi : Seluruh belanja pegawai, belanja operasional dan belanja modal yang bersumber dana BLU	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Instrumen Pengambilan Data	Nilai realisasi belanja <i>cash basis</i> dari Aplikasi SAKTI	
Besar Sampel	Seluruh laporan realisasi anggaran rupiah BLU	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan (perhitungan akumulasi)	
Periode Pelaporan Data	Bulanan (perhitungan akumulasi)	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Laporan, table, grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN	

# KPI 39

Judul Indikator	Persentase nilai EBITDA Margin	
Dasar Pemikiran	1. PMK 129 tahun 2020 tentang Pengelolaan BLU 2. SK Dirjen Pelayanan Kesehatan HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal	
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas	
Tujuan	EBITDA margin merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit vertikal	
Definisi Operasional	EBITDA Margin adalah perbandingan antara surplus atau defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi dari usaha atau pelayanan rumah sakit vertikal dengan Pendapatan usaha rumah sakit vertikal. Pendapatan usaha yaitu dari usaha/upaya layanan operasional.	
Jenis Indikator	<i>Output (Indikator Direktif)</i>	
Satuan Pengukuran	Persentase (%)	
Numerator	EBITDA	
Denominator	Pendapatan Usaha	
Target Pencapaian	Tahun 2023	Tahun 2024
	> 20%	> 20%
Kriteria:	Kriteria inklusi : -	
	Kriteria eksklusi : -	
Formula	$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan}} \times 100\%$	
Desain Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>	
Sumber Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit	
Besar Sampel	Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi	
Cara Pengambilan Sampel	-	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan	
Periode Pelaporan Data	Bulanan	
Periode Analisis Data	Bulanan	
Penyajian Data	Laporan, tabel, grafik	
Penanggung Jawab	Direktur Keuangan dan BMN	