



RENCANA KINERJA TAHUNAN (RKT)

RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA TAHUN 2023



**RENCANA KINERJA TAHUNAN
(RKT)
TAHUN ANGGARAN 2023**

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

KATA PENGANTAR

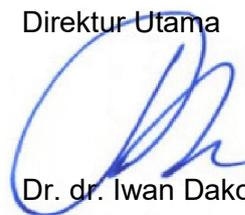
Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karuniannya Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh darah Harapan Kita (RSJPDHK) dapat diselesaikan dengan baik. RKT merupakan satu dokumen yang menjadi bagian dari fungsi manajemen dalam perencanaan kinerja selama 1 (satu) tahun kedepan. Oleh karena itu sebagai suatu organisasi maka menjadi kewajiban bagi setiap satuan kerja untuk menyusun RKT pada setiap akhir tahun perencanaan atau awal tahun berjalan.

Sebagai salah satu elemen penting dalam perwujudan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), maka penyusunan RKT RSJPDHK mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJPDHK, serta mempertimbangkan aspek yang dapat mempengaruhi keberlangsungan pelaksanaan kinerja selama 1 (satu) tahun kedepan. Sebagai penyesuaian terhadap perubahan Renstra Kemenkes yang menitikberatkan pada program transformasi bidang kesehatan maka pada akhir tahun 2022 dilakukan revisi ke-2 atas RSB RSJPDHK yang menjadi acuan dalam penyusunan RKT tahun 2023.

RKT RSJPDHK sebagai dokumen perencanaan yang bersifat terencana dan terukur memuat tujuan, sasaran, indikator kinerja dan targetnya, serta kemungkinan risiko yang akan timbul. Dokumen RKT 2023 diharapkan dapat menjadi acuan pelaksanaan kegiatan yang obyektif, efektif dan efisien sehingga pelaksanaan kegiatan dapat terarah.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dan berkontribusi dalam penyusunan, baik berupa arahan, masukan atau koreksi sehingga dokumen RKT 2023 dapat diselesaikan.

Jakarta, Januari 2023
Direktur Utama



Dr. dr. Iwan Dakota, Sp.JP(K), M.A.R.S.

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

RKT merupakan dokumen resmi yang disiapkan untuk menyusun perencanaan kegiatan yang merupakan penjabaran dari program baik di tingkat satuan kerja maupun Rumah Sakit. RKT disusun pada setiap akhir tahun / awal tahun berjalan yang berisikan rencana kerja tahun anggaran berikutnya atau tahun berjalan termasuk penganggaran yang dituangkan dalam dokumen Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA-K/L) yang dibutuhkan selama satu tahun anggaran, Oleh karena itu, RKT RSJPDHK merupakan perencanaan operasional yang memuat tentang rencana kerja/ kegiatan, indikator kinerja, target kinerja serta anggaran yang akan dilaksanakan dan dicapai dalam periode satu tahun.

Di samping sebagai dokumen perencanaan, RKT dapat berfungsi juga sebagai pedoman / acuan dalam melaksanakan kegiatan atau aktifitas di RSJPDHK satu tahun anggaran berikutnya / tahun berjalan. Atas dasar itu, maka RKT RSJPDHK disusun dengan tujuan :

1. Menjadi acuan dalam pelaksanaan program dan kegiatan di RSJPDHK pada tahun 2023 guna mendukung tercapainya tujuan yang ditetapkan Rumah Sakit sesuai RSB 2020-2024 Revisi ke-2.
2. Meningkatkan kualitas perencanaan, evaluasi dan pelaporan RSJPDHK
3. Meningkatkan kinerja RSJPDHK melalui dukungan operasional baik sarana dan prasarana, alat non medis, bahan habis pakai, maupun alat tulis kantor, dan lain- lain

Penyusunan RKT dimaksudkan juga sebagai perwujudan RSJPDHK untuk memenuhi kewajiban sebagai salah satu instrumen manajemen yang bertanggung jawab kepada Kementerian Kesehatan (perspektif vertikal) melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Di samping itu RKT dapat pula berfungsi sebagai media komunikasi dan koordinasi lintas fungsi di lini manajemen & lini teknis (perspektif horisontal), dan sebagai wujud dari upaya penjabaran rencana jangka panjang dan rencana tahunan Rumah Sakit. Akhirnya RKT yang tersusun secara baik dapat juga berfungsi sebagai alat pengendalian pelaksanaan kegiatan dalam rangka peningkatan mutu layanan dalam periode satu tahun.

B. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia No.18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Tahun 2020 tentang Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
5. Perdirjen Perbendaharaan Per-5/PB/2017 tentang Pedoman Penyusunan Kontrak Kinerja dan Penetapan Persetujuan Capaian Kinerja Pemimpin Badan Layanan Umum Bidang Kesehatan.
6. Keputusan Dirjen BUK No. HK.02.04/II/568/12 tentang Kontrak Kinerja.
7. Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Unit Pelaksana Teknis Vertikal di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2019 berdasarkan Surat Edaran Nomor : HK.02.02/II/2627/2019.
8. Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2020-2024 revisi ke-2.

C. KEDUDUKAN, TUGAS dan FUNGSI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 54 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita maka Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah sebagai berikut :

1. Kedudukan :

- a. RSJPDHK berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal.
- b. RSJPDHK merupakan rumah sakit khusus pusat tipe I-A sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. RSJPDHK secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2. Tugas dan Fungsi

RSJPDHK Jakarta 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 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.

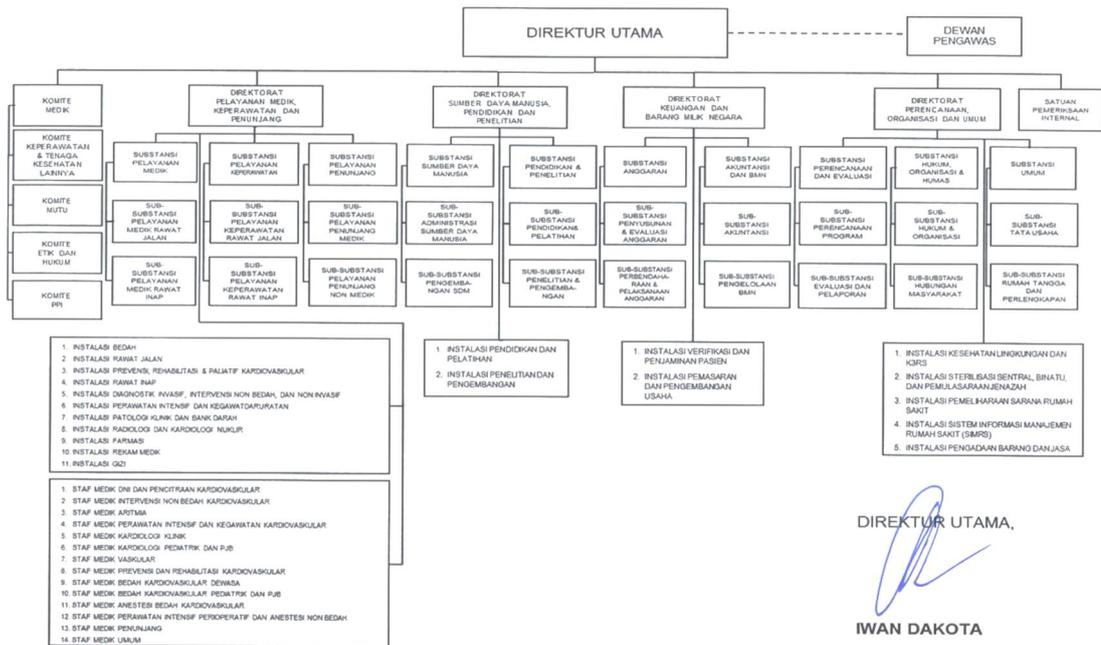
D. STRUKTUR ORGANISASI & TATA KERJA (SOTK)

Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita berdasarkan SK Direktur Utama No. HK.02.03/XX.4/0105/2021 tahun 2021

-3-

LAMPIRAN I
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA
NOMOR : HK.02.03/XX.4/0105/2021
TANGGAL : 12 APRIL 2021

Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita



E. GAMBARAN SINGKAT

RSJPDHK merupakan rumah sakit khusus yang menjadi Pusat Rujukan Nasional untuk penanganan penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular). Rumah sakit ini didirikan oleh Yayasan Harapan Kita diatas tanah seluas 22.389 m² di Jl. S. Parman kavling 87 Slipi, Jakarta Barat dan diresmikan pada tanggal 9 November 1985. Pada tanggal 27 Maret 1985 Yayasan Harapan Kita melalui Surat Keputusan No.02/1985 menyerahkan kepemilikan rumah sakit ini kepada pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan, tetapi pengelolaannya diserahkan kepada Yayasan Harapan Kita berdasarkan SK No. 57/Menkes/SK/II/1985. Pada tanggal 31 Juli 1997 Yayasan Harapan Kita menyerahkan kembali pengelolaan Rumah Sakit Jantung Harapan Kita kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan selanjutnya melalui Peraturan Pemerintah nomor 126 tahun 2000, status Rumah Sakit Jantung Harapan Kita pun berubah menjadi Perusahaan Jawatan dibawah naungan Kementerian BUMN. Terdapat beberapa layanan unggulan dari RSJPDHK diantaranya yaitu vaskular, aritmia, intervensi non bedah, bedah jantung anak, serta bedah jantung dewasa. Layanan tersebut merupakan pelayanan rujukan nasional yang ditangani oleh RSJPDHK.

Pada tanggal 13 Juni 2005, ditetapkan Peraturan Pemerintah nomor 23 tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, yang menyebutkan perubahan status rumah sakit yang semula berstatus Perusahaan Jawatan (Badan Usaha Milik Negara) menjadi Badan Layanan Umum (pasal 37 ayat 2). Dengan demikian, RSJPDHK pun berubah statusnya menjadi BLU-RSJPD Harapan Kita, yang berada di bawah Kementerian Kesehatan RI sebagai Unit Pelaksanaan Teknis dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU). Sebagai Pusat Jantung Nasional (National Cardiovascular Centre), selain menyediakan pelayanan kesehatan jantung, RSJPDHK juga dikembangkan sebagai wahana pendidikan serta pelatihan, dan penelitian dalam bidang kesehatan kardiovaskular. Berbagai upaya telah dilaksanakan untuk menciptakan Good Corporate Governance, yakni: transparansi, kemandirian, akuntabilitas, pertanggung jawaban dan kewajaran. Salah satu wujud pelaksanaannya adalah senantiasa meningkatkan mutu layanan yang salah satu upaya dilakukan melalui program akreditasi baik tingkat Nasional maupun Internasional.

Akreditasi dibidang pendidikan juga dilakukan terkait dengan penyelenggaraan pendidikan sebagai salah satu rumah sakit pendidikan dibidang kardiovaskular. Adapun jenis akreditasi dimaksud yang telah dicapai diantaranya akreditasi rumah sakit pendidikan oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2014, Akreditasi KARS Paripurna pada tahun 2018, Akreditasi KARS Internasional pada tahun 2019, serta Akreditasi Internasional Joint Commission International (JCI) pada tahun 2019, Akreditasi KARS Paripurna pada tahun 2022.

II. RENCANA STRATEGIS BISNIS RSJPD HARAPAN KITA 2020-2024

A. VISI dan MISI

Dalam upaya mendukung tujuan Dirjen Yankes yaitu Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan, RSJPDHK sebagai Pusat Pelayanan Jantung Nasional pada periode tahun 2020-2024 menetapkan visi **“Menjadi Pusat Kardiovaskular Berkualitas Setara Asia”**.

Untuk mewujudkan visinya, RSJPDHK menetapkan misi: “Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian berkualitas serta menjadi pengampu Jejaring Kardiovaskular di Indonesia”.

B. TUJUAN

Tujuan yang ditetapkan RSJPDHK berdasarkan RSB 2020-2024 Revisi ke-2 adalah 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

C. NILAI BUDAYA

Pada periode 2020-2024, telah ditentukan 5 poin nilai yang menjadi identitas RSJPDHK, yakni: *Integrity, Competence, Accessibility, Reliability* dan *Excellence* yang kemudian disingkat menjadi “I CARE”.

- *Integrity* Kesesuaian komitmen dan tindakan akan menjadi tolok ukur penilaian dari jasa yang ditawarkan oleh RSJPDHK
- *Competence* Sebagai rumah sakit rujukan terakhir kardiovaskular, RSJPDHK harus memiliki dan mengembangkan kompetensinya di bidang kardiovaskular lewat pelayanan, pendidikan dan riset yang berkualitas tinggi
- *Accessibility* RSJPDHK berupaya keras membuka pintu pelayanan selebar-lebarnya kepada seluruh pihak yang membutuhkan tanpa terkecuali
- *Reliability* Sebagai rumah sakit dengan kompetensi utama di bidang kardiovaskular, RSJPDHK akan mengedepankan kualitas demi menjadi rumah sakit yang paling dipercaya oleh seluruh pihak
- *Excellence* Selain kompetensi medis yang unggul, RSJPDHK berkomitmen memberikan pelayanan unggul yang berorientasi pada kebutuhan pasien.

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.

D. SASARAN STRATEGIS

Tujuan dan Sasaran strategis disusun pada RSB Revisi ke-2 merupakan suatu perwujudan dalam upaya mencapai visi dan misi yang ditetapkan RSJPDHK sampai pada akhir periode RSb (2024). Tujuan dan Sasaran strategis juga telah menyesuaikan terhadap upaya mendukung program transformasi bidang kesehatan Kemenkes yang harus diterapkan oleh seluruh satuan kerja / rumah sakit sebagai pemegang peranan vital dalam terlaksananya program tersebut.

Pada RSB Revisi ke-2 ditetapkan 17 Sasaran Strategis yang terangkum dalam 5 tujuan yang ditetapkan. Penetapan sasaran telah melalui proses Analisis SWOT yang menggambarkan kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman pada kondisi dan situasi terkini untuk kemudian menghasilkan inisiatif strategis sebagai dasar pemilihan sasaran strategis yang memiliki relevansi dalam pencapaian tujuan diatas. Secara rinci Sasaran Strategis dapat dilihat pada tabel berikut :

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

TUJUAN		SASARAN STRATEGIS	
		4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik
		5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit
		6	Terseleenggaranya 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 pengampunan	8	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring
		9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN
		10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal
4	Meningkatkan tata kelola RS melalui digitalisasi pelayanan	11	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi
		12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
		13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
		14	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola
5	Meningkatkan kemandirian BLU	15	Terwujudnya Efektifitas Anggaran
		16	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU
		17	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

III. INDIKATOR KINERJA TAHUN 2022

Pada RSB 2020-2024 revisi ke-2 ditetapkan 32 KPI yang menjadi indikator atas sasaran strategis yang ditetapkan, yang kemudian diukur sesuai target yang ditetapkan pada tahun 2023

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023	TARGET 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	Prosentase pegawai / SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	90 %	90 %
3	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	4	Indeks Kepuasan Masyarakat	80	80
		5	Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target	12 Laporan	12 Laporan

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023	TARGET 2024
		6	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan
4	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	7	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5 %	< 2.5 %
5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	8	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	2 Kali	2 Kali
6	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	9	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	1 layanan
		10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80	≥ 80
		11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80 %	≥ 80 %
		12	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3 %	≤ 3 %
		13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80 %	≥ 80 %
		14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80 %	≥ 80 %
		15	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	≥ 80	≥ 80
7	Terwujudnya peningkatan mutu dan cakupan pendidikan, pelatihan dan penelitian kardiovaskular	16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	87 %	87 %
		17	Jumlah produk inovasi layanan	1 produk	1 produk
8	Terwujudnya peningkatan aksesibilitas RS Jejaring	18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	1 RS	1 RS
9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	25 %	25 %
10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	20	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85 %	100 %
11	Terlaksananya pemutakhiran teknologi pelayanan dan teknologi informasi & komunikasi	21	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100 %	100 %
		22	Index Maturitas Digital RS	Level 3	Level 4
12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95 %	95 %
14	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	25	Skor GCG BLU	Skor 93	Skor 94
15	Terwujudnya Efektifitas Anggaran	26	POBO (Pendapatan Operasional & Biaya Operasional) (%)	85 %	90 %

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA		TARGET 2023	TARGET 2024
16	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	27	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	5 %	10 %
17	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	28	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%	92.5%
		29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	95%
		30	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	97%
		31	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	95%
		32	Persentase nilai EBITDA Margin	> 20%	> 20%

IV. PROGRAM DAN KEGIATAN TAHUN 2023

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

PROGRAM	2023
Program Utama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembangunan Gedung : <ul style="list-style-type: none"> - Operasional gedung baru private & paediatric wing - Perencanaan pembangunan Main Building (14 lantai) ▪ Inovasi Layanan : Stem cell non bedah, persiapan transplantasi jantung, Advanced Digital Services ▪ IT : Implementasi Integrasi Data Kesehatan, Implementasi Sistem Informasi Diklat ▪ SDM : Penataan dan pengelolaan, pemenuhan kebutuhan dalam pengembangan layanan
Program Pengampunan Jejaring KV Nasional:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Advokasi K/L terkait regulasi, SDM, sarpras ▪ Advokasi dan Visitasi ke Pemda dan RS jejaring ▪ Pembukaan layanan baru DINB dan bedah jantung terbuka sesuai target prioritas ▪ Proctorship DINB dan bedah jantung ▪ Analisa geospasial utk pemenuhan kebutuhan alkes dan SDM layanan KV <p>Target/Rencana Pengampunan</p> <ul style="list-style-type: none"> Menuju Paripurna : 3 RS Menuju Strata Utama : 3 RS Menuju Strata Madya : 7 RS

PROGRAM	2023
<p>Program Transformasi Kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program peningkatan pengalaman pasien <ul style="list-style-type: none"> ✓ Redesain ruang tunggu \ ✓ Menurunkan WTRJ dengan memperbaiki alur pelayanan dan menggunakan RaJa AMPAT ✓ Optimalisasi kerjasama penyediaan lahan parkir dengan RSAB Harapan Kita ▪ Program peningkatan kualitas pemberi pelayanan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Program Peningkatan Kompetensi Pegawai : <ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan dan pelatihan SDM bedah dan INB - Pelatihan IVAC/ LVAD - Pelatihan Transplantasi jantung ✓ Program Perbaikan Sistem Remunerasi dengan Peningkatan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang dengan Remunerasi Yang Berkeadilan <ul style="list-style-type: none"> - Penyusunan ulang sistem penilaian kinerja dan remunerasi - Sistem informasi penilaian dan pembayaran remunerasi ▪ Program peningkatan mutu klinis <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementasi PPK dan CP terpilih: Monev kepatuhan 9 CP ▪ Peningkatan program tata kelola RS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Digitalisasi Pelayanan <ul style="list-style-type: none"> - Integrasi antrian dengan aplikasi <i>mobile</i> JKN dan <i>finger print</i> - Penjadwalan online operasi dewasa - Sistem pembayaran terintegrasi (Kiosk) - Implementasi EMR 100% ▪ Kerjasama Internasional <ul style="list-style-type: none"> ✓ Program Sister Hospitals : <ul style="list-style-type: none"> - UCLA, step 1 MoU dan assessment kompetensi SDM dalam kerjasama heart transplan - NTUH, Kerjasama pediatric cardiology, ecmo, pengiriman 10 staf untuk pelatihan ECMO dan Transplan jantung ▪ Program Layanan Unggulan <ul style="list-style-type: none"> ✓ IVAC
<p>Program Pengembangan Riset</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Pembentukan <i>Clinical Research Unit</i> ▪ Program Pembentukan <i>Biobank</i>

2. Program Kerja berdasarkan KPI

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM 2023
1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan skill SDM • Review PPK • Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien. • Evaluasi Indikator mutu terkait dengan penurunan mortalitas • Menetapkan indikator lain utk menurunkan mortalitas.
2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan skill SDM • Review PPK tatalaksana kasus dan prosedur • Ponnambalam alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien. • Evaluasi indikator mutu terkait pelayanan perawatan pasien dengan diagnosis infak miokard • Penguatan sistem jejaring acute coronary syndrome
3	Prosentase pegawai / SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritas pelatihan pemenuhan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB • Monitoring dan evaluasi capaian pelatihan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB • Melakukan monitoring dan evaluasi capaian presentase pegawai yang telah mencapai 20 JPL setiap bulan
4	Indeks Kepuasan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Program perbaikan sarana penunjang pelayanan • Ruang Tunggu, Toilet, Taman
5	Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan supervisi pengumpulan data indikator nasional mutu (INM) • Melakukan monitoring dan analisis terhadap indikator nasional mutu (INM) • Memfasilitasi rapat koordinasi dengan unit pelayanan terkait analisa INM • Melaporkan indikator nasional mutu kepada pihak luar seperti Kementerian Kesehatan RI atas delegasi direktur utama
6	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf • Memastikan sarana prasarana tersedia dan sesuai standar. • Memastikan kompetensi staf • Meningkatkan <i>controlling</i> pelaksanaan asuhan • Melakukan mitigasi risiko, terutama untuk kondisi potensial cedera signifikan. • Rekapitulasi dan pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai prosedur
7	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring keterlibatan DPJP dalam pelayanan pasien • Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya
8	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring unit terkait kasus yang akan diaudit (STEMI). • Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan).
9	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kompetensi dalam melaksanakan tindakan khusus • Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal
10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar. • Monev alur penanganan pengaduan • Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi complain masyarakat.
11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	<ul style="list-style-type: none"> • Otomasi sistem pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan • Implementasi Sistem Aplikasi pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan implementasi • Peningkatan koordinasi antar lini terkait dalam pengelolaan data
12	Penundaan waktu Operasi Elektif	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan Evaluasi penyebab penundaan operasi elektif • Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi) • Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM 2023
13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	<ul style="list-style-type: none"> Percepatan penyelesaian program otomasi pengukuran waktu pelayanan Peningkatan pengawasan pengelolaan data secara manual Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan
14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	<ul style="list-style-type: none"> Re-edukasi kepada DPJP terkait kepatuhan melakukan tapping Identifikasi permasalahan penyebab downtime saat melakukan tapping. Perbaikan SOP (terkait kecepatan dan ketepatan penginputan untuk menghindari delay)
15	Door to Balloon Time \leq 90 Menit Pada Kasus STEMI	<ul style="list-style-type: none"> Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi Upaya peningkatan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT Peningkatan utilisasi ruangan cathlab untuk menghindari cathlab on <i>running</i>.
16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan sistem informasi dan supervisi interaktif untuk peserta didik
17	Jumlah produk inovasi layanan	<ul style="list-style-type: none"> Implementasi produk inovasi berbasis riset
18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	<ul style="list-style-type: none"> Penandatanganan Mou Pelatihan Proctorship DI-INB Proctorship Bedah Jantung Visitasi
19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi terkait strategi promosi di era digitalisasi Meningkatkan promosi melalui platform digital
20	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan Resosialisasi pada semua staf IGD Evaluasi ketenagaan untuk pemenuhan kebutuhan SPGDT Melakukan Review panduan SISROUTE
21	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	<ul style="list-style-type: none"> Penyempurnaan fitur aplikasi EMR Integrasi EMR dengan administasi pelayanan dan pelayanan penunjang Integrasi EMR dengan sistem satu data kesehatan nasional
22	Index Maturitas Digital RS	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan SIMRS dan tata kelola TIK untuk mencapai level 3 DMI
23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	<ul style="list-style-type: none"> Implementasi aplikasi NAR
24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	<ul style="list-style-type: none"> Inventarisasi SPA Pemeliharaan SPA secara periodik dan kalibrasi tepat waktu. Meningkatkan koordinasi dengan BPFK terkait pencatatan pada aplikasi ASPAK Meningkatkan koordinasi dengan pengelola BMN untuk SPA baru Melaksanakan movev secara berkala setiap 3 bulan
25	Skor GCG BLU	<ul style="list-style-type: none"> Perencanaan Implementasi Monitoring Evaluasi
26	POBO (Pendapatan Operasional & Biaya Operasional) (%)	<ul style="list-style-type: none"> Implementasi Perdir Pengadaan Barang dan Jasa Efisiensi biaya pelayanan Efisiensi biaya non pelayanan Penyusunan SOP Verifikasi penyelesaian klaim pending
27	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	<ul style="list-style-type: none"> Pemasaran lahan tenant Sewa ruang dan fasilitas RS (Auditorium, ruang diklat dll) Review tarif diklat
28	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan koordinasi dalam upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaan Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut Pelaporan berkala terkait proses penyelesaian.

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM 2023
29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring & Evaluasi produktifitas pelayanan Optimalisasi pelayanan Penyediaan SPA untuk menunjang beroperasinya penambahan layanan bedah pada Gedung baru (<i>ventrical building</i>) Operasional OK Dewasa dan Pediatrik pada Gedung baru (<i>ventrical building</i>)
30	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring implemetansi RUP secara berkala Monitoring ketersediaan dana Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran Monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
31	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring implemetansi RUP secara berkala Memastikan ketersediaan dana Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
32	Persentase nilai EBITDA Margin	<ul style="list-style-type: none"> Validitas data Reviu Data Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan

V. MANAJEMEN RISIKO

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia (%)	Ketepatan dalam penapisan kasus dan tindakan operasi	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> 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. DPJP yang memiliki pasien dengan kondisi <i>complex case</i> dan <i>Multi Organ Failure</i> (Severitas Level) Mendiskusikan terlebih dahulu dengan komite medik dalam konferensi kasus sulit, sehingga dapat ditentukan apakah pasien perlu dilakukan pembedahan atau menggunakan alternatif tatalaksana lainnya. Optimalisasi penggunaan data register (data base) untuk penapisan kasus
		Keterbatasan pembiayaan dari asuransi menjadikan pilihan terhadap langkah yang diambil dalam perawatan menjadi sulit	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan jumlah anggaran baik penyediaan alat, instrumen maupun terapi. Meningkatkan pemanfaatan dana CSR Upaya menjalin kerjasama dengan rekanan untuk dana CSR Surat Edaran mengenai pembiayaan pada pasien kasus sulit Monitoring pembiayaan <i>cost sharing</i> bagi pasien JKN Melakukan evaluasi anggaran pada pasien dengan kasus sulit
		Kemampuan operator/ dokter bedah jantung	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan pendidikan lanjutan fellowship untuk dokter bedah jantung baik bedah dewasa dan pediatrik untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal. Pelatihan dan peningkatan kemampuan sesuai kompetensi dilakukan secara berkala, diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas perawatan.
2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut (%)	Delay penatalaksanaan kasus pasien Infark Miocard Akut	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan evaluasi atas keputusan untuk tindakan Primary dan Early PCI (<i>Door To Balloon Time</i>) Monitoring, evaluasi dan RTL hasil pengukuran <i>Door To Balloon Time</i> Mempersiapkan ruang cath khusus kasus <i>urgent</i> dengan optimalisasi kamar cath di gedung Ventricle (jalur khusus) Percepatan pemenuhan SDM di ruang cath lab Gedung Ventricle sesuai dengan master plan Evaluasi <i>overcrowding</i> di IGD dan CVC
3	Prosentase pegawai / SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	Tidak terlaksananya kompetensi khusus bagi perawat/staf medis spesialis di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB.	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Memprioritaskan pelatihan pemenuhan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB Melakukan monitoring dan evaluasi capaian pelatihan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB
		Tidak tercapainya diklat 20 JPL pertahun bagi pegawai	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan monitoring dan evaluasi capaian presentase pegawai yang telah mencapai 20 JPL setiap bulan
4	Indeks Kepuasan Masyarakat	Ketidakuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan: fasilitas, sikap petugas dan administrasi.	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Mengalokasikan tempat parkir khusus pasien RSJPDHK (Valey parkir; Free Parkir; Area khusus) Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar. Monev alur penanganan pengaduan Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi complain masyarakat. Unit kerja terkait menyampaikan laporan tindak lanjut atas penanganan complain (fasilitas, sikap petugas dan administrasi) kepada Humas.

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
5	Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target	Delay pengumpulan laporan indikator nasional mutu dari unit pelayanan	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Menjadikan laporan indikator nasional mutu sebagai kinerja unit Monev penyebab delay
		Tidak tercapainya beberapa target indikator nasional mutu	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan analisis penyebab tidak tercapainya target indikator nasional mutu Meningkatkan sistem closed visitasi dokter Melakukan kampanye penggunaan APD yang benar Mengingatkan kembali identifikasi pasien
6	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Kejadian sentinel potensial terjadi	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf Memastikan sarana dan prasarana tersedia dan sesuai standar Memastikan kompetensi staf Meningkatkan controlling pelaksanaan asuhan
7	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	Jumlah seluruh kematian di RSJPDHK meningkat	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> DPJP terlibat langsung dalam pelayanan pasien Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya
8	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	Tidak terpenuhinya kriteria audit medik yang ditetapkan	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan Monitoring unit terkait kasus yang akan di audit (STEMI) Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan
9	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Tidak terlaksananya pelayanan unggulan bertaraf internasional	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan kemampuan melaksanakan tindakan khusus Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal
10	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"> Mengalokasikan tempat parkir khusus pasien RSJPDHK (Valey parkir; Free Parkir; Area khusus) Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar. Monev alur penanganan pengaduan Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi komplain masyarakat. Unit kerja terkait menyampaikan laporan tindak lanjut atas penanganan komplain (fasilitas, sikap petugas dan administrasi) kepada Humas.
11	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"> Melakukan koordinasi dengan SIRS dalam percepatan pengembangan program Menyusun kertas kerja WTRJ tanpa pemeriksaan penunjang
		Delay pengukuran data pada Triwulan I	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Mengambil sampel untuk triwulan I (satu) dengan cara manual Berkoordinasi dengan instalasi Farmasi dan Instalasi Rekam Medik dalam pengelolaan data
12	Penundaan Waktu Operasi Elektif	Kejadian penundaan operasi elektif meningkat	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Mengevaluasi penyebab penundaan operasi elektif Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi) Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi dimulai sejak KB
13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Sistem pendukung SIRS masih dalam proses pengembangan	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Mengawal SIRS dalam percepatan program Meningkatkan pengawasan pengelolaan data secara manual Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Menurunnya kepuasan pasien terhadap pelayanan di Rawat Inap	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan upaya penyelesaian permasalahan <i>downtime</i> yang dikoordinasikan dengan SIRS untuk menghindari timbulnya hambatan hasil input data terkait tapping Penginputan nama DPJP dalam sistem oleh petugas administrasi secara cepat dan tepat untuk menghindari delay. Re-edukasi kepada DPJP terkait kepatuhan melakukan tapping pada setiap rapat koordinasi SMF rutin
15	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"> Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi Strategi dan upaya untuk meningkatkan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT Meningkatkan utilisasi ruangan cathlab untuk menghindari cathlab <i>on running</i>.
16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	Ketidakpuasan rumah sakit pengguna diklat pasca pelatihan	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi terhadap peserta didik terkait evaluasi paska pelatihan di akhir kegiatan pelatihan Membuat jadwal evaluasi paska pelatihan Monitoring hasil evaluasi paska pelatihan
17	Jumlah produk inovasi layanan	Kurangnya jumlah produk inovasi layanan	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan sosialisasi serta motivasi staf RSJPDHK untuk mengajukan inovasi layanan baik berbasis riset maupun non riset melalui acara <i>research talk</i>. Melakukan kajian serta penilaian terhadap semua usulan inovasi yang masuk sepanjang tahun 2023. Melakukan penetapan inovasi layanan melalui ketetapan Direksi atau standar pelayanan.
18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	Tidak tercapainya RSUD untuk menjadi strata utama oleh karena ketidaksiapan sarana prasarana dan kurangnya jumlah SDM yang kompeten	5	4	20	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi monitoring RS Jejaring Optimalisasi proctorship Mendukung RS Jejaring untuk menyusun perencanaan pengembangan SDM Memberikan support SDM dari RS Pengampu Menyusun standarisasi sarana prasarana rumah sakit jejaring karviovaskular Memberikan arahan untuk mendapatkan anggaran dari DAK Kemenkes atau APBD untuk realisasi bangunan yang sesuai standar pelayanan Kardiovaskular Melakukan visitasi untuk melakukan asesmen awal serta melihat kesiapan RS Jejaring Mengusulkan RS Jejaring agar mengirimkan SDM nya untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan Melakukan proctorship pada SDM di RS Jejaring Melakukan supervisi terhadap kemampuan masing masing SDM
		Belum bekerjasama dengan BPJS untuk pembiayaan	4	4	16	<ul style="list-style-type: none"> Mengusulkan RS Jejaring agar melakukan kerjasama dengan BPJS Memberikan arahan dan penjelasan tentang kelengkapan pembiayaan BPJS Mengusulkan untuk studi banding ke pengampu
19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	Penurunan jumlah kunjungan pasien Non JKN ke rumah sakit	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Mengoptimalkan Pelayanan Rawat Jalan Online Mempercepat pelayanan IGD, laboratorium dan radiologi Mengurangi <i>overcrowding</i> di IGD Optimalkan pemulangan pasien kurang dari jam 12.00
		Penurunan jumlah pendapatan dari pasien Non JKN	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> Menganalisis kriteria pembagian prosentase jaminan Melakukan koordinasi dengan substansi pelayanan medik dan substansi pelayanan keperawatan dalam terkait strategi promosi di era digitalisasi

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
20	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"> Melakukan koordinasi dengan SIRS untuk proses perbaikan ketika sistem mengalami down Optimalisasi Grup WA Sistem Bantu Rujuk DKI Melakukan pembagian tugas pada staff perawat SPGDT dan perawat IGD untuk mengoperasikan aplikasi SISRUITE Mengusulkan pembelajaran / resosialisasi mengenai SISRUITE bagi dokter /perawat baru
21	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"> Mengembangkan order pemeriksaan laboratorium terintegrasi Mengevaluasi intregrasi CPPT di radiologi Berkoordinasi dengan pelayanan untuk downtime EMR Mengadakan kerjasama dengan vendor untuk mengintegrasikan bed monitor dan flowsheet ruang intensif
22	Index Maturitas Digital RS	Tidak tercapainya index maturitas digital RS	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan pengukuran level kematangan sesuai standar index maturitas (Kemenkes) Melakukan perbaikan berdasarkan hasil asesmen
23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem informasi surveillans berbasis digital belum terintegrasi	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi dengan pengampu Melakukan evaluasi penggunaan sistem informasi surveillans internal Melakukan pelaporan
24	Persentase Pemenuhan SPA (Sarana, Prasarana dan Alat) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	Keterlambatan Updating pada aplikasi ASPAK oleh yang berwenang	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK Melaksanakan kalibrasi tepat waktu Melakukan monev secara berkala setiap 3 bulan. Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru
25	Skor GCG BLU	Penerapan GCG belum dilakukan secara konsisten	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan GCG
26	POBO (Pendapatan Operasional & Biaya Operasional) (%)	Klaim Pending meningkat	5	2	10	<ul style="list-style-type: none"> Percepatan penyelesaian dokumen klaim Koordinasi Penyelesaian klaim pending Penyusunan SOP Verifikasi penyelesaian klaim pending
		Data pengukuran POBO tidak realtime dan masih manual	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Perbaikan penyempurnaan aplikasi SIMKEU Melakukan verifikasi data pendapatan dan belanja antara aplikasi SIMKEU dan aplikasi SAKTI secara rutin setiap bulan
27	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"> Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap seluruh aset BLU yang ada di RS Melakukan review tarif kerjasama secara berkala Melakukan penetapan dan pemberlakuan tarif yang update Melakukan koordinasi dengan unit terkait atas pelaporan hasil pengelolaan aset
28	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"> Berkoordinasi dengan SPI dan unit terkait untuk upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaan Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut Membuat laporan berkala terkait proses penyelesaian.

INDIKATOR KINERJA (KPI)		DAFTAR RISIKO	D	K	SKOR	RENCANA MITIGASI
29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Fraud terhadap pengelolaan pendapatan pelayanan	5	5	25	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membuat kebijakan dan prosedur pembatalan layanan ▪ Membuat monitoring pelayanan pendapatan per unit layanan manual, agar dapat di rekonsiliasi dengan unit terkait ▪ Rekonsiliasi dengan unit terkait ▪ Mensosialisasikan mengenai peraturan terkait Fraud
30	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"> ▪ Monitoring implemmentasi RUP secara berkala ▪ Memastikan ketersediaan dana ▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran ▪ Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
31	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"> ▪ Monitoring implemmentasi RUP secara berkala ▪ Memastikan ketersediaan dana ▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran ▪ Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
32	Persentase nilai EBITDA Margin	Nilai EBITDA Margin kurang dari 10%	5	2	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memastikan bahwa data valid untuk proses perhitungan EBITDA Margin ▪ Melakukan review perhitungan nilai EBITDA Margin. ▪ Menyampaikan hasil nilai EBITDA Margin terhadap pimpinan ▪ Membuat laporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan dan disampaikan ke pimpinan

VI. RENCANA KEGIATAN DAN ANGGARAN

Anggaran yang direncanakan dalam pelaksanaan kegiatan pada tahun 2023 sebesar **Rp. 871.452.460.000** ,-, bersumber dari Dana APBN (RM) dan Anggaran BLU.

1. APBN (RM)

Program :	Dukungan Manajemen	
	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	
1	Layanan Perkantoran (Gaji dan Tunjangan PNS)	: <u>76.387.460.000</u>
		Rp. 76.387.460.000

2. Anggaran BLU

Program :	Dukungan Pelayanan Kesehatan dan JKN	
	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	
1	Sarana Bidang Kesehatan	: 258.588.019.000
2	Prasarana Bidang Kesehatan	: 13.125.371.000
3	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan komunikasi	: 12.959.921.000
4	Dukungan Teknis (Pembangunan Prasarana)	: 17.401.687.000
5	OM Sarana Bidang Kesehatan	: 187.115.598.000
6	Pelatihan Bidang Kesehatan	: 15.668.904.000
7	Layanan Dukungan Manajemen Internal	: 288.505.500.000
8	Layanan Sarana Prasarana Internal	: 1.700000.000
		Rp. 795.065.000.000

VII. PENUTUP

Demikian RKT RSJPDHK tahun anggaran 2023 kami susun, sebagai salah satu elemen penting dalam perwujudan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang mengacu pada RSB RSJPDHK tahun 2020-2024 Revisi ke-2, serta mempertimbangkan aspek yang dapat mempengaruhi keberlangsungan pelaksanaan kinerja selama tahun 2022.

Dokumen RKT RSJPDHK tahun anggaran 2023, diharapkan dapat berfungsi juga sebagai pedoman / acuan dalam melaksanakan program dan kegiatan di RSJPDHK pada tahun 2023 guna mendukung tercapainya visi, misi dan tujuan yang ditetapkan Rumah Sakit.

LAMPIRAN

I. RENCANA AKSI

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)	TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN												
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	95.4%	Seleksi kasus												
			Konfrensi Bedah												
			Kordinasi dan komunikasi Tim terhadap kasus yang akan dlakukan tindakan operasi												
			Persiapan pasien perioperatif secara optimal												
			Monitoring dan Evaluasi Mortalitas												
2	Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	92.5%	Melakukan evaluasi atas keputusan untuk tindakan Primary dan Early PCI (<i>Door To Balloon Time</i>)												
			Monitoring, evaluasi dan RTL hasil pengukuran <i>Door To Balloon Time</i>												
			Mempersiapkan ruang cath khusus kasus <i>urgent</i> dengan optimalisasi kamar cath di gedung Ventricle (jalur khusus)												
			Percepatan pemenuhan SDM di ruang cath lab Gedung Ventricle sesuai dengan master plan												
			Evaluasi <i>overcrowding</i> di IGD dan CVC												
3	Prosentase pegawai / SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar	90%	Memprioritaskan pelatihan pemenuhan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB												
			Melakukan monitoring dan evaluasi capaian pelatihan kompetensi khusus di unit bedah dewasa, bedah anak dan INB												
			Melakukan monitoring dan evaluasi capaian presentase pegawai yang telah mencapai 20 JPL setiap bulan												
4	Indeks Kepuasan Masyarakat	80%	Optimalisasi pelayanan poliklinik online												
			Pengaturan antrian perjanjian dan pendaftaran poliklinik												
			Memprogramkan waktu tunggu pasien < 30 mnt												
			Program perbaikan pendaftaran dan verifikasi												
			Monitoring ketepatan visitasi dokter spesialis sebelum jam 10.00 WIB (Rawat Inap)												

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)	TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN														
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES			
		Kecepatan pemulangan pasien Rawat Inap (sbl jam 12)															
		Program perbaikan sarana penunjang pelayanan															
		Monitoring dan evaluasi program															
5	Tercapainya Indikator Nasional Mutu sesuai target	12 Laporan Melakukan supervisi pengumpulan data indikator nasional mutu (INM)															
		Melakukan monitoring dan analisis terhadap indikator nasional mutu (INM)															
		Memfasilitasi rapat koordinasi dengan unit pelayanan terkait analisa indikator nasional mutu															
		Melaporkan indikator nasional mutu kepada pihak luar seperti Kementerian Kesehatan RI atas delegasi direktur utama															
6	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan Memastikan seluruh regulasi update dan tersosialisasikan ke seluruh staf															
		Memastikan sarana dan prasarana tersedia dan sesuai standar.															
		Memastikan kompetensi staf															
		Meningkatkan controlling pelaksanaan asuhan															
		Melakukan mitigasi risiko, terutama untuk kondisi potensial cedera signifikan.															
		Laporan insiden keselamatan pasien sesuai prosedur															
7	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5 Monitoring keterlibatan DPJP dalam pelayanan pasien															
		Meningkatkan kualitas konferensi mortalitas untuk mengidentifikasi faktor penyebab kematian serta usaha mengatasinya															
8	Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan	2 Kali Melakukan Monitoring unit terkait kasus yang akan di audit (STEMI)															
		Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan															

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)		TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN													
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES		
9	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	Meningkatkan kemampuan melaksanakan tindakan khusus														
			Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal														
10	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80 %	Menyediakan ruang tunggu pasien dan kebersihan toilet sesuai standar.														
			Monev alur penanganan pengaduan														
			Optimalisasi media tambahan untuk penyampaian informasi komplain masyarakat.														
			Mengupayakan ketersediaan tempat parkir khusus pasien RSJPDHK (Valey parkir; Free Parkir; Area khusus)														
11	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80 %	Proses otomasi sistem pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan														
			Implementasi Sistem Aplikasi pengukuran waktu tunggu pelayanan rawat jalan implementasi														
			Peningkatan koordinasi antar lini terkait dalam pengelolaan data														
12	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3 %	Mengevaluasi penyebab penundaan operasi elektif														
			Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi)														
			Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi dimulai sejak KB														
13	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80 %	Percepatan penyelesaian program otomasi pengukuran waktu pelayanan														
			Meningkatkan pengawasan pengelolaan data secara manual														
			Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan														
14	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80 %	Re-edukasi kepada DPJP terkait kepatuhan melakukan tapping														
			Identifikasi permasalahan penyebab downtime saat melakukan tapping.														
			Perbaiki SOP (terkait kecepatan dan ketepatan penginputan untuk menghindari delay)														

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)		TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN														
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES			
15	Door to Balloon Time ≤ 90 Menit Pada Kasus STEMI	80%	Mempersingkat prosedur tindakan Cath pada pasien IGD dengan kecurigaan penyakit jantung tinggi															
			Strategi dan upaya untuk meningkatkan kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien PPCI oleh SPGDT															
			Meningkatkan utilisasi ruangan cathlab untuk menghindari cathlab on running.															
16	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	87%	Pengumpulan data atasan langsung peserta didik melalui pengisian link pedataan untuk koordinasi penilaian peserta didik pasca pelatihan															
			Pengiriman surat ke instansi peserta didik untuk penilaian pasca evaluasi															
			Menyusun laporan pencapaian target															
			Melakukan validasi terhadap target yang belum tercapai dengan pengecekan hasil penilaian peserta selama pelatihan di laporan pelatihan dan wawancara ke atasan langsung peserta															
17	Jumlah produk inovasi layanan	1 produk	Melakukan sosialisasi serta motivasi staf RSJPDHK untuk mengajukan inovasi layanan baik berbasis riset maupun non riset melalui acara research talk.															
			Melakukan kajian serta penilaian terhadap semua usulan inovasi yang masuk sepanjang tahun 2023.															
			Melakukan penetapan inovasi layanan melalui ketetapan Direksi atau standar pelayanan.															
18	Jumlah RSUD/RSV yang dibina menjadi strata utama	1 RS	Penandatanganan Mou															
			Pelatihan Daring															
			Proctorship DI-INB															
			Proctorship Bedah Jantung															
			Visitasi															
19	Pertumbuhan jumlah kunjungan pasien non JKN	25%	Melakukan koordinasi terkait strategi promosi di era digitalisasi															
			Meningkatkan promosi melalui platform digital															

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)		TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN												
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES	
20	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	Melakukan koordinasi dengan SIRS untuk proses perbaikan ketika sistem mengalami down													
			Optimalisasi Grup WA Sistem Bantu Rujuk DKI													
			Melakukan pembagian tugas pada staff perawat SPGDT dan perawat IGD untuk mengoperasikan aplikasi SISRUTE													
			Mengusulkan pembelajaran / resosialisasi mengenai SISRUTE bagi dokter /perawat baru													
21	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%	Mengembangkan order pemeriksaan laboratorium terintegrasi													
			Mengevaluasi intregrasi CPPT di radiologi													
			Berkoordinasi dengan pelayanan untuk downtime EMR													
			Mengadakan kerjasama dengan vendor untuk mengintegrasikan bed monitor dan flowsheet ruang intensif													
22	Index Maturitas Digital RS	Level 3	Melaksanakan pengukuran level kematangan sesuai standar index maturitas (Kemenkes)													
			Melakukan perbaikan berdasarkan hasil asesmen													
23	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem	Melakukan koordinasi dengan pengampu													
			Melakukan evaluasi penggunaan sistem informasi surveilans internal													
			Melakukan pelaporan													
24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%	Inventarisasi SPA													
			Pengecekan kondisi seluruh Sarana, Prasarana Alat Kesehatan yang ada													
			Pemeliharaan SPA													
			Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK													
			Melaksanakan kalibrasi tepat waktu													

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)	TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN												
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES	
		Melakukan money secara berkala setiap 3 bulan.													
		Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru													
25	Skor GCG BLU	Skor 93	Perencanaan												
			Implementasi dan Monitoring												
			Evaluasi												
26	POBO (Pendapatan Operasiona & Biaya Operasional) (%)	85%	Implementasi Perdir Pengadaan Barang dan Jasa												
			Efisiensi biaya pelayanan												
			Efisiensi biaya non pelayanan												
			Percepatan penyelesaian dokumen klaim												
			Koordinasi Penyelesaian klaim pending												
			Penyusunan SOP Verifikasi penyelesaian klaim pending												
27	Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	5%	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap seluruh aset BLU yang ada di RS												
			Melakukan review tarif kerjasama secara berkala												
			Melakukan penetapan dan pemberlakuan tarif yang update												
			Melakukan koordinasi dengan unit terkait atas pelaporan hasil pengelolaan aset												
28	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%	Meningkatkan koordinasi antara SPI dan unit terkait untuk upaya tindak lanjut atas hasil pemeriksaan												
			Monitoring proses penyelesaian tindak lanjut												
			Membuat laporan berkala terkait proses penyelesaian.												
29	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	Monitoring & Evaluasi produktifitas pelayanan												
			Optimalisasi pelayanan												

INDIKATOR KINERJA UTAMA (KPI)	TARGET	RENCANA AKSI 2023	BULAN												
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES	
		Penyediaan SPA untuk menunjang beroperasinya penambahan layanan bedah pada Gedung baru (<i>ventrical building</i>)													
		Operasional OK Dewasa dan Pediatrik pada Gedung baru (<i>ventrical building</i>)													
30	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	Monitoring implelementasi RUP secara berkala												
			Memastikan ketersediaan dana												
			Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran												
			Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.												
31	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	Monitoring implelementasi RUP secara berkala												
			Memastikan ketersediaan dana												
			Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran												
			Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.												
32	Persentase nilai EBITDA Margin	> 20%	Validitas data												
			Reviu Data												
			Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan hasil perhitungan EBITDA Margin setiap bulan												