



**RENCANA KINERJA TAHUNAN
(RKT)**

**RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA
TAHUN 2024**



**RENCANA KINERJA TAHUNAN
(RKT)
TAHUN ANGGARAN 2024**

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

KATA PENGANTAR

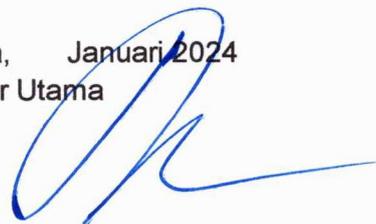
Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunianya Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) dapat diselesaikan dengan baik. RKT merupakan penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB), yang akan dilaksanakan oleh RSJPDHK melalui berbagai kegiatan tahunan. Penyusunan RKT meliputi penetapan sasaran/uraian, indikator, dan target yang ingin dicapai dalam tahun yang bersangkutan, program serta kebijakan. 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.

Penyusunan Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Tahun 2024 ini merupakan kelanjutan dari pelaksanaan penetapan kinerja Tahun 2024 sebagai pedoman dalam upaya pencapaian indikator kinerja kegiatan Tahun 2024 dimana merupakan tahun ke-5 (kelima) atau tahun terakhir penjabaran Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024 dengan visi mencapai kesetaraan Asia. RKT telah menyesuaikan terhadap keberlanjutan dukungan terhadap terlaksananya program Transformasi Kesehatan dengan adanya penerapan beberapa Key Performance Indikator (KPI) Organisasi pada tahun 2024 yang menjadi mandatory / penugasan langsung dari Kementerian Kesehatan pada seluruh Rumah Sakit Vertikal di lingkungan Kementerian Kesehatan. Terdapat 9 KPI mandatori baru dan beberapa KPI yang mendapat perubahan baik target, satuan maupun nomenklatur indikator selaras dengan RSB 2020-2024 revisi ke-3 dan Perjanjian Kinerja (PK) Direktur Utama 2024.

RKT Tahun 2024 diharapkan dapat menjadi pedoman dalam upaya pencapaian kinerja kegiatan selama Tahun 2024 serta menjadi bahan evaluasi atas pelaksanaan RKT di tahun sebelumnya.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dan berkontribusi dalam penyusunan, baik berupa arahan, masukan atau koreksi sehingga dokumen RKT 2024 dapat diselesaikan.

Jakarta, Januari 2024
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 2024 guna mendukung tercapainya tujuan yang ditetapkan Rumah Sakit sesuai RSB 2020-2024 Revisi ke-3.
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.

Di dalam RKT ditetapkan rencana tingkat capaian kinerja tahunan, sasaran, dan seluruh indikator kinerja kegiatan. Indikator kinerja yang dipergunakan telah menyesuaikan dengan RSB revisi ke-3 yang memuat beberapa indikator yang bersifat direktif dan menjadi mandatori/penugasan langsung dari Kementerian Kesehatan untuk diterapkan pada tahun 2024 oleh seluruh rumah sakit vertikal. 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. 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 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Tahun 2020 tentang Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
4. Perdirjen Perbendaharaan Per-5/PB/2017 tentang Pedoman Penyusunan Kontrak Kinerja dan Penetapan Persetujuan Capaian Kinerja Pemimpin Badan Layanan Umum Bidang Kesehatan.
5. Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Unit Pelaksana Teknis Vertikal di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2019 berdasarkan Surat Edaran Nomor : HK.02.02/I/2627/2019.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
7. Keputusan Direktur Utama Badan Layanan Umum Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita No. HK.02.03/D.XIII/2691/2024 tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja Internal Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita
8. Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2020-2024 revisi ke-2.
9. Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tahun 2020-2024 revisi ke-3.

C. KEDUDUKAN, TUGAS dan FUNGSI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan maka Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah sebagai berikut :

1. Kedudukan :

- a. RSJPDHK sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat (RSKP) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal.
- b. RSJPDHK merupakan RSKP tipe I 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 sebagai RSKP mempunyai tugas tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

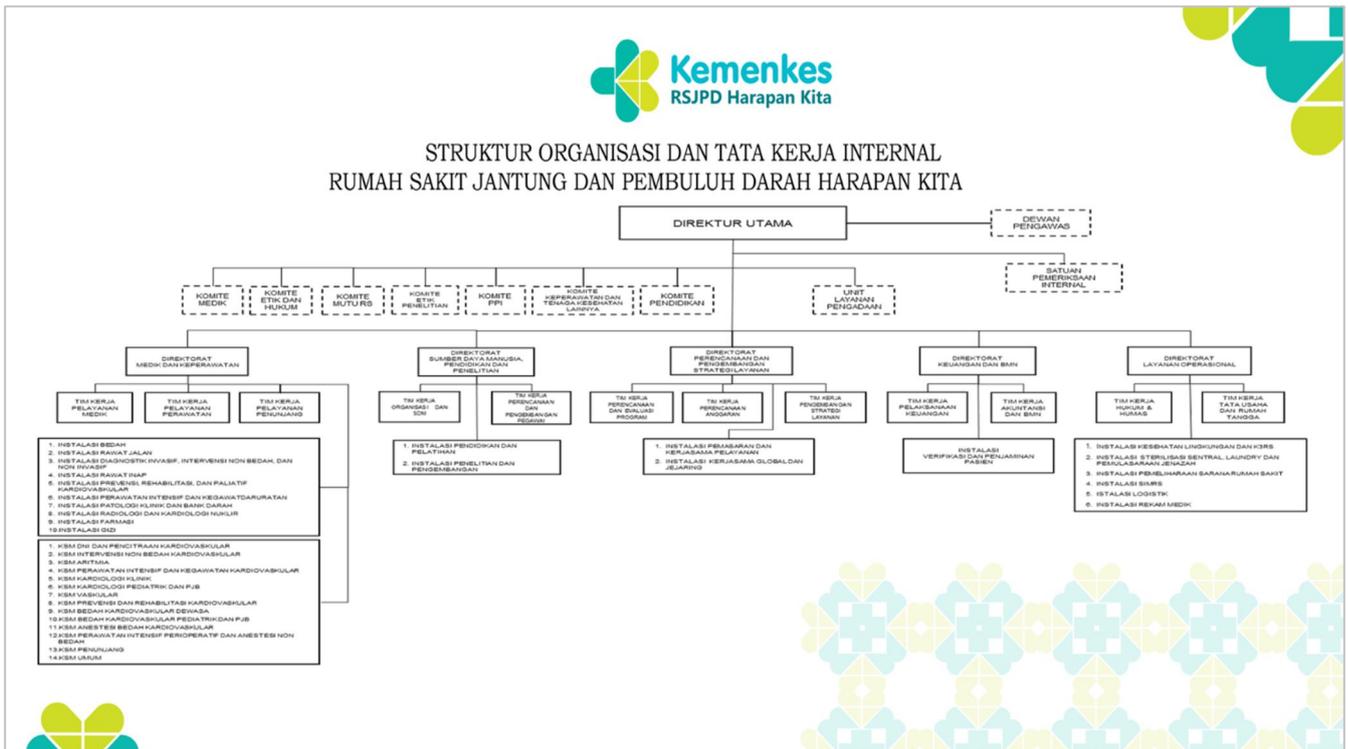
Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, RSJPDHK menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
- c. sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
- d. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- e. pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan;
- f. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- g. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- h. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- i. pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- j. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- k. pengelolaan sistem informasi;
- l. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan 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/D.XIII/2691/2024

Gambar 1. SOTK RSJPDHK



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.

Pada tanggal 13 November 2017 sesuai SK Menkes Nomor HK.01.07/MENKES/602/2017 RSJPDHK ditetapkan sebagai Pusat Jantung Nasional yang mempunyai tugas memberikan pelayanan kardiovaskular tersier khusus, melakukan pengampuan jejering rujukan kardiovaskular dan rujukan nasional di bidang kardiovaskular. Keputusan tersebut mengganti SK sebelumnya yang terbit pada tahun 2007.

Dalam Upaya melaksanakan pemerataan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kardiovaskular di seluruh Indonesia, maka berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1965/2022 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kardiovaskuler, RSJPDHK ditetapkan sebagai Koordinator Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kardiovaskular di Indonesia

RSJPDHK mendapatkan penetapan sebagai RS Pendidikan Afiliasi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Pada tanggal 18 Oktober 2019, berdasarkan Surat

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/680/2019, setelah sebelumnya mendapatkan penetapan pada tahun 2014. Dengan demikian RSJPDHK disamping sebagai Pusat Jantung Nasional untuk rujukan pelayanan kesehatan kardiovaskular, juga merupakan pusat pendidikan dan penelitian kardiovaskular di Indonesia, bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) dan beberapa fakultas kedokteran lainnya di Indonesia.

Penghargaan lain yang diperoleh antara lain 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

Berdasarkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2020-2024, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita merumuskan visi yaitu **“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

Mengacu pada Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 – 2024 , maka tujuan yang ingin dicapai 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. Tahun 2024 terdapat indikator direktif atau indikator yang menjadi penugasan langsung dari Kementerian Kesehatan, sehingga susunan sasaran strategis pada

Perjanjian Kinerja 2024 berubah menjadi 15 sasaran sebagai bentuk penyesuaian dengan indikator direktif tersebut. Secara rinci Sasaran Strategis dapat dilihat pada tabel berikut 3.1.

Tabel 1. Tujuan dan Sasaran Strategis RSB Revisi ke-3

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 UPT 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 dan tata kelola
		14	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU
		15	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

III. INDIKATOR KINERJA TAHUN 2024

Pada RSB 2020-2024 revisi ke-2 ditetapkan 32 KPI yang menjadi indikator atas sasaran strategis yang ditetapkan, namun dengan adanya penugasan langsung / mandatori untuk mengampu beberapa indikator direktif maka susunan KPI bertambah menjadi 39 KPI yang melingkupi 15 sasaran sesuai dengan **RSB 2020-2024 revisi ke-3** dan **Perjanjian Kinerja (PK)** Direktur Utama dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2024, sesuai table 2.

Tabel 2. Sasaran dan Indikator Kinerja RSB Revisi ke-3

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kardiovaskular bedah dan non bedah	1 Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	96 %
		2 Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	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
		8 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	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 %
5	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	11 Jumlah laporan pelaksanaan audit medis	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
		13 Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80 %
		14 Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3 %
		15 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80 %
		16 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80 %

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
		17 Door to Balloon Time ≤90 Menit Pada Kasus STEMI	≥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 %
		20 Jumlah produk inovasi layanan	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	1 RS
9	Tercapainya Peningkatan jumlah kunjungan pasien non JKN	26 Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10 %
10	Terlaksananya sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	27 Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	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 %
		29 Index Maturitas Digital RS	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		32 Skor GCG BLU	Skor 94

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
	Terlaksananya peningkatan budaya kerja dan tata kelola	33 Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100 %
14	Terlaksananya pemanfaatan aset BLU	34 Pertumbuhan realisasi pendapatan dari pengelolaan aset BLU	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	95 %
		36 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90 %
		37 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96 %
		38 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95 %
		39 Persentase nilai EBITDA Margin	>20 %

IV. PROGRAM DAN KEGIATAN TAHUN 2024

1. Program Prioritas sebagai RS Vertikal tahun 2024

Tabel 3. Program prioritas RSJPDHK

PROGRAM PRIORITAS	TAHUN 2024	KPI	TARGET
Pilar 1. Layanan Terbaik Level Asia			
Perbaikan Pengalaman Pasien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyediaan lahan parkir <i>valet</i> di basement Gedung Ventrikel ▪ Membuat pedestrian dan pagar keamanan/relling kaca 	<p>“Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien Ket: Terdapat pada KPI Dirut dan sebagai indikator direktif tahun 2024</p> <p>“Ketersediaan layanan parkir <i>valet</i>”, Ket : Indikator diampu oleh Direktur Layanan Operasional</p>	<p>80%</p> <p>1 layanan.</p>
Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Peningkatan Kompetensi Pegawai Sesuai Standar <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pelatihan IVAC/ LVAD ✓ Pelatihan Transplantasi jantung ✓ Pendidikan profesi keuangan & akuntansi CA / CPMA 	<p>Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja Ket: Terdapat pada KPI Dirut dan sebagai indikator direktif tahun 2024</p> <p>“Prosentase pegawai/SDM di bedah dewasa, bedah anak dan intervensi non bedah yang memiliki kompetensi sesuai standar”, Ket : Terdapat pada KPI Dirut</p>	<p>80%</p> <p>90%</p>

PROGRAM PRIORITAS	TAHUN 2024	KPI	TARGET
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Perbaikan Sistem Remunerasi dengan Peningkatan Kepatuhan Pada Jam Kerja Ditunjang dengan Remunerasi Yang Berkeadilan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Internalisasi core values BerAkhlaq ✓ Pengembangan penilaian kinerja dan penggunaan sistem aplikasi HRM 	<p>“Angka Kepuasan pegawai terhadap Remunerasi” Ket : Terdapat pada indikator Dir. SDM dan Diklit</p>	50%
Peningkatan Mutu Layanan Kinis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementasi Pedoman Praktek Klinis (PPK) dan <i>Clinical Pathway</i> (CP) terpilih → Monev kepatuhan 12 CP ▪ Peningkatan Sarana, Prasarana, Alkes 	<p>“Pelaporan pelaksanaan audit medis setiap 6 bulan”, Ket : Terdapat pada KPI Dirut</p>	2 kali setahun
Peningkatan Tata Kelola RS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitalisasi Pelayanan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementasi sistem penjadwalan operasi online ✓ Sistem tracking pasien di ruang bedah anak ✓ IntelliSpace Critical Care and Anesthesia ✓ ECG management system ✓ Monev Cost Control CP ✓ Integrasi modul-modul kedalam aplikasi berbasis ERP, dengan dukungan dari Kemenkes ▪ Pengembangan Elektronik Medical Record ▪ Tata Kelola Manajemen Risiko Program 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Index Maturitas Digital RS”, Ket : Terdapat pada KPI Dirut ▪ “Implementasi RME terintegrasi”, Ket : Terdapat pada KPI Dirut ▪ Indikator pemantauan manajemen risiko prioritas program pada setiap Direktorat 	<p>Level 4</p> <p>100%</p> <p>4x setahun</p>
Kerja sama Internasional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program Sister Hospitals <ul style="list-style-type: none"> ✓ UCLA step 2 training dalam kesiapan heart trasplan, ✓ NTUH Kerjasama heart trasplan, pediatric heart ✓ Training Fellowship di Wuhan China dan Sapporo Jepang ▪ MoU dengan Tokusukhai MG, Jepang → Pembangunan Gedung MB 	<p>“Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional”, Ket : Terdapat pada KPI Dirut</p>	1 layanan
Layanan Non JKN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperkuat strategi branding dan marketing. ▪ Mulai merencanakan membuka unit usaha bisnis sejalan dengan adanya Kebijakan BLU bisa mendirikan unit usaha bisnis 	<p>“Peningkatan pendapatan pasien non JKN” Ket : Terdapat pada KPI Dirut</p>	10%
Pilar 2. Pengampu Nasional			
Pengampu Nasional Pelayanan Jantung dan Kardiovaskular	<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 ▪ Penguatan strategi pengampuan jejaring KV 	<p>“Jumlah RSUD yg dibina menjadi strata paripurna” Ket: Terdapat pada KPI Dirut dan sebagai indikator direktif tahun 2024</p>	1 RS
Pilar 3. Pengembangan Riset			

PROGRAM PRIORITAS	TAHUN 2024	KPI	TARGET
Program Pengembangan Riset	<p>Pembentukan dan Pengembangan <i>Clinical Research Unit (CRU)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi dan penguatan jejaring kerjasama dengan institusi akademik, lembaga penelitian serta mitra sponsor Penguatan SDM dan Sarpras CRU Penelitian klinik khususnya uji klinik obat dan alat Kesehatan (obat warfarin) <i>Pharmacogenomic study of statin in ACS</i> <p>Pembentukan Pengembangan <i>Biorepository</i> dan Fasilitas <i>Biobank</i> Kardiovaskular</p> <ul style="list-style-type: none"> Tahap 2: Freezer -80, Liquid nitrogen, dan monitoring suhu Pelatihan SDM tahap 1: Pelatihan GCLP, <i>Biosecurity</i>, <i>Biorepository</i>, dan manajemen biobank) Koordinasi pelaksanaan pemasangan alat Biobank antar unit kerja Perencanaan pembuatan program data <i>biobank</i> yang terafiliasi dengan EMR 	<p>“Jumlah publikasi internasional yg terakreditasi”, Ket : Terdapat pada KPI Dirut</p> <p>“Jumlah penelitian klinis yang diselenggarakan di RSJPDHK” Ket : Terdapat pada indikator Dir.SDM dan Diklit</p>	15 Publikasi 10 Penelitian

2. Program Kerja berdasarkan KPI

Tabel 5. Program Kerja berdasarkan KPI RSB Revisi ke-3

INDIKATOR KINERJA	PROGRAM 2024
1 Keberhasilan tindakan bedah jantung CABG dan ToF Repair setara asia	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan skill SDM Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien. Evaluasi Indikator mutu terkait dengan penurunan mortalitas
2 Keberhasilan perawatan Infark Miocard Akut	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan skill SDM Review PPK tatalaksana kasus dan prosedur Penambahan alat medik yg mutakhir dan aman untuk pasien. Evaluasi indikator mutu terkait pelayanan perawatan pasien dengan diagnosis infark miokard Penguatan sistem jejaring acute coronary syndrome
3 Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terkait pengaduan pelanggan dan tindak lanjut penyelesaiannya Menjadikan layanan pengaduan pelanggan sebagai bagian/masukan manajemen dalam Upaya perbaikan pelayanan.
4 Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan monev capaian persentase pegawai yang telah mencapai 20 JPL setiap bulannya
5 Implementasi mutasi pegawai antar unit kerja sesuai ketentuan	<ul style="list-style-type: none"> Pendayagunaan pegawai secara efektif, pemanfaatan teknologi informasi, dan rotasi/mutasi pegawai Monev perencanaan kebutuhan pegawai serta pemanfaatan teknologi informasi
6 Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi Kinerja pegawai melalui penilaian kinerja individu Koordinasi dengan seluruh unit kerja
7 Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	<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.
8 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

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM 2024
9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	<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
10	Persentase NDR 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
11	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring unit terkait kasus yang akan diaudit (STEMI). Sosialisasi mengenai standar prosedur yang harus dilakukan).
12	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama 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
13	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring dan evaluasi secara berkala terkait implementasi standarisasi fasilitas pendukung (a. Parkir, b. Ruang Tunggu, c. Taman, d. Toilet). Tindaklanjut atas hasil monitoring dan evaluasi.
14	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
15	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	<ul style="list-style-type: none"> Pengembangan program otomasi pengukuran waktu pelayanan Peningkatan pengawasan pengelolaan data secara manual Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap faktor penyebab delay pelayanan
16	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	<ul style="list-style-type: none"> Re-dukasi kepada DPJP terkait kepatuhan tapping
17	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>.
18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara periodic terkait indicator mutu layanan klinik
19	Kepuasan Rumah Sakit pengguna peserta didik pasca pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> Monev sistem informasi dan supervisi interaktif untuk peserta didik
20	Jumlah produk inovasi layanan	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi Implementasi produk inovasi berbasis riset
21	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan Kerjasama fellowship dengan mitra LN.
22	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan kepuasan pengguna layanan penelitian Peningkatan jumlah layanan pemeriksaan laboratorium Peningkatan jumlah layanan CRU Peningkatan minat peneliti dalam menggunakan fasilitas layanan Instalasi Litbang Perbaikan dan pengembangan proses kerja penelitian Pemenuhan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan penelitian dan pengembangan pelayanana dalam RSB 2020-2024. Penyelarasan database penelitian
23	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	
24	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	<ul style="list-style-type: none"> Penandatanganan Mou Pelatihan Proctorship DI-INB dan Proctorship Bedah Jantung Visitasi
26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi terkait strategi promosi di era digitalisasi Meningkatkan promosi melalui platform digital
27	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

INDIKATOR KINERJA		PROGRAM 2024
28	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyempurnaan fitur aplikasi EMR ▪ Integrasi EMR dengan administrasi pelayanan dan pelayanan penunjang ▪ Integrasi EMR dengan sistem satu data kesehatan nasional
29	Index Maturitas Digital RS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengembangan SIMRS dan tata kelola TIK untuk mencapai level 4 DMI
30	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 monev secara berkala setiap bulan
31	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	
32	Skor GCG BLU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perencanaan ▪ Implementasi ▪ Monitoring Evaluasi
33	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementasi Perdir Pengadaan Barang dan Jasa ▪ Efisiensi biaya pelayanan ▪ Efisiensi biaya non pelayanan
34	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
35	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	<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.
36	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 ▪ Optimalisasi operasional OK Dewasa dan Pediatrik
37	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoring implemmentasi RUP secara berkala ▪ Monitoring ketersediaan dana ▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran ▪ Monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
38	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	<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.
39	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

Tabel 5. Manajemen Risiko berdasarkan KPI RSB Revisi ke-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"> 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
		Perdarahan post operasi (redo) pada pasien CABG	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi kepada semua tim bedah tentang proses penutupan dinding dada yang sesuai dengan standar Menentukan indikator mutu redo yaitu < 3% Melakukan reuiu SPO kriteria pasien redo Mendiskusikan dengan komite medik tentang kriteria redo, jenis perdarahan dan rencana tindak lanjut redo
		Komunikasi tidak efektif antar Tim Bedah	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan handover setiap shift atau pergantian scrube Memastikan seluruh tim bedah mengikuti briefing sebelum operasi dimulai. Melakukan time out sebelum operasi dimulai Membudayakan komunikasi dengan metode ESBAR
		Kemampuan tim bedah jantung	3	2	6	<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	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	Keluhan pelanggan tidak ditindaklanjuti	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan unit terkait Pengelolaan form survey kepuasan pelanggan secara digital
4	Pegawai yang mendapatkan pengembangan kompetensi di lingkungan unit kerja	Keterlambatan pengembangan kompetensi	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi panduan pengembangan kompetensi kepada pegawai di seluruh unit kerja Reviu panduan jenjang karir PNS dan Non PNS Melakukan percepatan pembuatan SK Kenaikan pangkat Memastikan alokasi anggaran sesuai pengembangan kompetensi

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"> Melakukan evaluasi Analisa beban kerja di setiap unit Melakukan koordinasi dengan kepala unit untuk kemudian dilakukan kajian. Melakukan evaluasi laporan pembinaan pegawai
6	Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan	Refokusing / Efisiensi anggaran	4	2		<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi dengan tim kerja anggaran Menyusun kegiatan yang dapat memfasilitasi pemberian reward
		Ketidaktepatan pemberian punishment	4	2		<ul style="list-style-type: none"> Melakukan sosialisasi kebijakan yang mengatur tentang kepegawaian
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"> 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.
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"> 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
9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	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
10	Persentase NDR 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
11	Jumlah Pelaporan pelaksanaan audit medis	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
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"> Meningkatkan kemampuan melaksanakan tindakan khusus Mengusulkan tindakan khusus masuk ke dalam jaminan asuransi karena umumnya berbiaya mahal
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"> 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

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"> Mengevaluasi penyebab penundaan operasi elektif Penambahan fasilitas ruang intensif (paska operasi) Optimalisasi penapisan kriteria pasien operasi dimulai sejak KB
15	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
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"> 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
17	Door to Balloon Time \leq 90 Menit Pada Kasus STEMI	Penurunan persentase pasien dengan DTBT \leq 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>.
18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	Kepatuhan pada SPO layanan klinis	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pelatihan berkala setiap tahun Penerapan pengawasan serta insentif bagi pegawai yang patuh terhadap SPO
		Rendahnya keterlibatan pasien dalam program peningkatan mutu layanan klinis jantung	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi program edukasi pasien baik melalui platform internal dan eksternal Melakukan survey kepuasan pasien Meningkatkan komunikasi antara tenaga medis dan pasien
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"> Sosialisasi terhadap peserta didik terkait evaluasi paska pelatihan di akhir kegiatan pelatihan Membuat jadwal evaluasi paska pelatihan Monitoring hasil evaluasi paska pelatihan
20	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.
		Kurangnya sumber daya manusia yang kreatif dan inovatif	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan proses pengembangan keterampilan staf yang ada Rekrutmen tenaga profesional yang memiliki kemampuan inovatif
		Keterbatasan anggaran untuk penelitian dan pengembangan	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Mencair sumber dana tambahan dengan meningkatkan layanan non JKN Melakukan efisiensi anggaran Melakukan Kerjasama dengan institusi penelitian
21	Jumlah peserta pelatihan, fellowship, pendidikan dari luar negeri	Kesulitan dalam memenuhi persyaratan administrasi / visa	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Membentuk tim khusus untuk membantu dalam proses pengurusan administrasi dan visa Melakukan persiapan yang cukup Melakukan koordinasi yang rutin dengan pihak eksternal

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"> Melakukan persiapan dengan menyiapkan staff yang memiliki kemampuan berbahasa yang baik Berkoodinasi dengan kedutaan 	
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"> Menyiapkan alokasi anggaran yang memadai untuk penelitian, pengadaan peralatan yang diperlukan dan menjalin kemitraan dengan institusi penelitian lain Pengaturan beban kerja yang seimbang Memberikan reward dan insentif untuk penelitian Mengangkat Tenaga peneliti khusus 	
		Kendala dalam akses data dan subjek penelitian	4	2	8	<ul style="list-style-type: none"> Membuat system pengelolaan data yang terintegrasi Membuat strategi yang efektif untuk rekrut subjek penelitian Memastikan penerapan SPO keamanan data yang ketat agar privasi subjek terjaga 	
23	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	Kurangnya sumber daya manusia yang kompeten	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Rekrutmen tenaga ahli genomic Menyiapkan pelatihan dan pengembangan kompetensi staf yang ada 	
		Kurangnya sinergi antar departemen	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Membuat system yang terintegrasi Mengadakan workshop untuk meningkatkan kolaborasi 	
24	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	Kurangnya partisipasi pasien	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan edukasi kepada pasien tentang manfaat hWGS Melakukan kampanye keserasan dan partisipasi pemeriksaan hWGS 	
25	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	kurangnya jumlah Sumber Daya Manusia yang kompeten			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 mengirimmkan SDM nya untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan Melakukan proctorship pada SDM di RS Jejaring Melakukan supervisi terhadap kemampuan masing masing SDM 	
			Keterbatasan Anggaran dan Sumber Daya	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
			Keterbatasan infrastruktur dan teknologi	5	4	20	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemeliharaan rutin infrastruktur yang sudah ada Melakukan investasi dalam peralatan dan teknologi terbaru
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"> 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
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"> 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
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"> Mengembangkan order pemeriksaan laboratorium terintegrasi Mengevaluasi integrasi CPPT di radiologi Berkoordinasi dengan pelayanan untuk downtime EMR Mengadakan kerjasama dengan vendor untuk mengintegrasikan bed monitor dan flowsheet ruang intensif
29	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
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"> Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK Melaksanakan kalibrasi tepat waktu Melakukan move secara berkala setiap 3 bulan. Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru
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"> Mengajukan permohonan kepada BPFK Jakarta untuk input kalibrasi secara periodik ke aplikasi ASPAK Melaksanakan kalibrasi tepat waktu Melakukan move secara berkala setiap 3 bulan. Berkoordinasi dengan pengelola BMN dalam proses input data alkes yang baru
32	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
33	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	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"> Perbaiki penyempurnaan aplikasi SIMKEU Melakukan verifikasi data pendapatan dan belanja antara aplikasi SIMKEU dan aplikasi SAKTI secara rutin setiap bulan
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"> 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
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"> 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
36	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
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"> ▪ Monitoring implelementasi RUP secara berkala ▪ Memastikan ketersediaan dana ▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran ▪ Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
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"> ▪ Monitoring implelementasi RUP secara berkala ▪ Memastikan ketersediaan dana ▪ Percepatan pengesahan, penerimaan dan pengeluaran ▪ Melakukan monitoring evaluasi realisasi anggaran dengan para penanggung jawab program.
39	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 2024 sebesar **Rp. 1.075.280.673.000,-**, berdasarkan DIPA No: SP DIPA-024.04.2.520628/2024 BLU meliputi :

1 Dukungan Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 997.000.000.000,-
- Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan	: Rp. 1.000.000.000,-
- Program Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	: Rp. 996.000.000.000,-
2 Dukungan Manajemen	Rp. 78.280.673.000,-
- Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	: Rp. 78.280.673.000,-
Total Anggaran (1+2)	: Rp. 1.075.280.673.000,-

VII. PENUTUP

Demikian RKT RSJPDHK tahun 2024 kami susun, sebagai salah satu elemen penting dalam perwujudan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang mengacu pada RSB RSJPDHK tahun 2020-2024, serta mempertimbangkan aspek yang dapat mempengaruhi keberlangsungan pelaksanaan kinerja selama tahun 2024, termasuk adanya arahan implementasi indikator direktif dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2024.

Dokumen RKT RSJPDHK tahun anggaran 2024, diharapkan dapat berfungsi juga sebagai pedoman / acuan dalam melaksanakan program dan kegiatan di RSJPDHK pada tahun 2024 guna mendukung tercapainya visi, misi dan tujuan yang ditetapkan Rumah Sakit.