



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



# **R K T**

## **( RENCANA KINERJA TAHUNAN )**

### **2019**

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



Jalan Let. Jend. S. Parman Kav.87 Slipi Jakarta 11420

Telepon 021.5684086 - 5681111, Faksilile 5684230

Surat Elektronik : [info@pjhk.go.id](mailto:info@pjhk.go.id)

<http://www.pjhk.go.id>

## RENCANA KINERJA TAHUNAN

**Unit Eselon II : RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH HARAPAN KITA, JAKARTA**

**Tahun Anggaran : 2019**

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya kepuasan stakeholders.	1. Tingkat kesehatan rumah sakit (PPK BLU). 2. Tingkat kepuasan karyawan. 3. Tingkat kepuasan peserta didik (S1 dan Sp1 FKUI). 4. Persentase pasien yang puas dan sangat puas.	85 85% 83% 87%
2.	Terwujudnya RSJPD Harapan Kita sebagai rujukan nasional.	5. Persentase keberhasilan operasi jantung secara mandiri di PJT Binaan. 6. Persentase kasus sulit yang berhasil.	90% 95%
3.	Terwujudnya peran strategis PJN.	7. Jumlah rekomendasi/kajian nasional yang dihasilkan. 8. Jumlah implementasi program preventif dan promotif.	1 1
4.	Terwujudnya layanan, pendidikan, dan penelitian yang ekselen dalam AHS.	9. Jumlah riset translasional yang diaplikasikan. 10. Persentase PPDS kardiologi yang lulus tepat waktu ( $\leq 9$ semester). 11. Persentase capaian indikator medik kardiovaskular 12. Persentase komplek yang ditangani dengan baik. 13. Akreditasi Nasional / Internasional. 14. Jumlah peserta fellowship dari LN.	1 72,50% 90% 95% Akreditasi 1
5.	Terwujudnya kerjasama nasional dan internasional pelayanan, pendidikan dan penelitian.	15. Jumlah publikasi internasional.	11
6.	Terwujudnya layanan unggulan PJN.	16. Persentase peningkatan jumlah pasien pada layanan unggulan.	5%
7.	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif.	17. Persentase rujukan yang tepat. 18. Persentase pasienujuk balik.	60% 30%
8.	Terjaminnya mutu dan integrasi proses bisnis.	19. Persentase kasus dengan door to balloon time < 90 menit. 20. Persentase hasil audit mutu yang ditindaklanjuti sampai implementasi.	95% 100%

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Terwujudnya sistem manajemen sarana dan fasilitas.	21. Persentase kesesuaian sarana dan fasilitas dengan standar MFK berdasarkan Masterplan bangunan tahun 2016-2019 .	95%
10.	Terwujudnya standar pelayanan dan pendidikan KV di berbagai strata pelayanan.	22. Jumlah PJT yang sudah menjalankan PPK KV.	1
11.	Terwujudnya integrasi HIS.	23. Tingkat maturitas IT korporasi.	2,7
12.	Terwujudnya staf yang memiliki kompetensi dan pengalaman yang unggul.	24. Persentase staf yang kinerja unggul (B dan BS). 25. Jumlah staf SMF yang mengikuti training di LN (mendapat sertifikasi kompeten).	95% 5
13.	Terwujudnya tatakelola dan remunerasi yang efektif.	26. Skor GCG Corporate.	95%
14.	Terwujudnya budaya kinerja dan teamwork yang efektif.	27. Indeks budaya kinerja PJN (PJNHK).	75%
15.	Termanfaatkannya sumber dana dari luar.	28. Jumlah pendapatan KSO yang di atas 1 milyar.	100%
16.	Terwujudnya pertumbuhan revenue.	29. Tingkat pertumbuhan revenue.	3%
17.	Terwujudnya efisiensi anggaran.	30. Rasio pendapatan BLU terhadap biaya operasional.	75%

Jakarta, 17 Desember 2018

Direktur Utama



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