



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR

# RENCANA STRATEGI BISNIS (RSB) RSUP SANGLAH 2020-2024



**RSUP SANGLAH DENPASAR**

Jalan Diponegoro Denpasar Bali (80114)

Telephone : (0361) 227911 – 15, 225482, 223869 Faximile: (0361) 224206

Email : [info@sanglahhospitalbali.com](mailto:info@sanglahhospitalbali.com)

Website : [www.sanglahhospitalbali.com](http://www.sanglahhospitalbali.com)

## KATA PENGANTAR

Om Swastyastu,

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa/Ida Sang Hyang Widhi Wasa karena atas Asung Kertha Wara Nugraha Nya sampai saat ini kita diberikan kesehatan dan kekuatan sehingga dapat melaksanakan tugas dengan baik.

Adalah suatu kewajiban bagi rumah sakit untuk melakukan evaluasi terhadap hasil-hasil pelaksanaan kegiatan yang sudah berjalan. Evaluasi atas pelaksanaan kegiatan rumah sakit akan disajikan dalam bentuk Rencana Bisnis Strategi RSUP Sanglah tahun 2020-2024 revisi ke pertama yang diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam penyusunan program – program berikutnya.

Secara keseluruhan Revisi Rencana Strategi Bisnis tahun 2020-2024 telah dilaksanakan kan tetapi belum dapat diukur capaiannya karena ada beberapa indikator yang perhitungannnya setahun, meskipun demikian kami menyadari masih terdapat banyak kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan dimasa yang akan datang, sehingga RSUP Sanglah dapat mendukung terwujudnya visi, misi pemerintah yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terimakasih kepada seluruh jajaran Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, baik struktural, fungsional maupun administrasi dan karyawan lainnya karena atas kerja keras dan usaha – usaha yang tiada henti – hentinya sehingga kegiatan Revisi Rencana Strategi Bisnis revisi ke pertama dapat berjalan dengan baik. Semoga Tuhan Yang Maha Esa akan selalu memberikan bimbingan Nya kepada kita semua sehingga dimasa yang akan datang kita dapat melaksanakan tugas dengan lebih baik

Om, Santhi Santhi Shanti, Om

Denpasar, Januari 2021

Direktur Utama

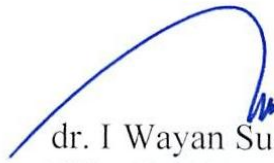
dr. I Wayan Sudana, M.Kes

NIP. 196504091995091001

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DENPASAR.

RENCANA STRATEGI BISNIS  
RSUP SANGLAH DENPASAR  
TAHUN 2020-2024.

DIREKTUR UTAMA



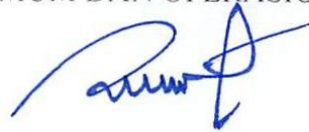
dr. I Wayan Sudana.M.Kes  
NIP. 196504091995091001

DIREKTUR  
MEDIK DAN KEPERAWATAN



DR.dr. I Ketut Sudartana, SpB.KBD  
NIP. 196005151988021001

Plt. DIREKTUR  
UMUM DAN OPERASIONAL



DR.dr. I Ketut Sudartana, SpB.KBD  
NIP. 196005151988021001

DIREKTUR  
SDM DAN PENDIDIKAN



DR.dr. I Ketut Surya Negara, SpOG (K).MARS  
NIP. 196709031997031001

DIREKTUR  
KEUANGAN



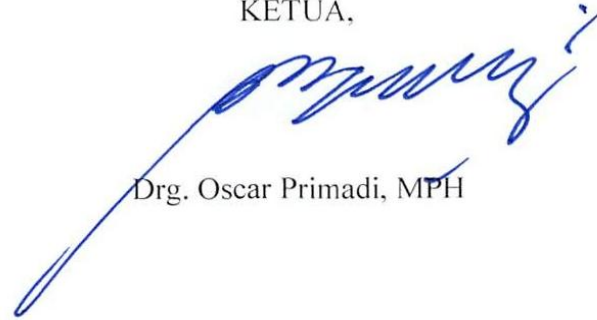
Yulis Quarti, SE. Ak. MSi  
NIP. 196707261995022002

# LEMBAR PERSETUJUAN

## RENCANA STRATEGI BISNIS RSUP SANGLAH DENPASAR TAHUN 2020-2024

DEWAN PENGAWAS

KETUA,



Drg. Oscar Primadi, MPH

ANGGOTA



Dr.dr. Ina Rosalina, SpA (K). M.Kes.MH.Kes

ANGGOTA



Dr. Kuncoro Adi Purjanto, MKes

ANGGOTA



Prof. Dr.dr. Ahmad Djoyosugito, SpOT.(K)

ANGGOTA



Ngakan Putu Tagel, SE

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga penyedia layanan kesehatan rujukan memiliki peranan penting untuk menjaga, dan meningkatkan mutu derajat kesehatan. Sesuai dengan arah pembangunan nasional yang merupakan manifestasi pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia, maka pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak-hak dasar manusia.

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan Perencanaan Strategis Kementerian Kesehatan. Sasaran pembangunan jangka menengah 2020 – 2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang. Tatanan masyarakat yang mandiri, maju, adil dan makmur khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan:

1. Terjaminnya keamanan kesehatan negara melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi dan respon terhadap ancaman kesehatan global.
2. Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat.
3. Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal.

Landasan yang dijadikan acuan oleh Kementerian Kesehatan dalam menetapkan Visi dan Misinya adalah Visi dan Misi Presiden/Pemerintah 2020-2024. Adapun Visi Presiden di Bidang Kesehatan adalah **Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan.**

Untuk mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan, yakni meningkatkan pelayanan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi, maka ditetapkan arah kebijakan Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

1. Penguatan layanan kesehatan primer dengan mengutamakan UKM tanpa meninggalkan Upaya Kesehatan Masyarakat tanpa meninggalkan Upaya

Kesehatan Perorangan serta mensirgenikan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP ) Pemerintah dan FKTP swasta.

2. Pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, mulai dari ibu hamil, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, dan lansia, dan intervensi secara kontinum ( promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.
3. Penguatan pencegahan faktor resiko, deteksi dini, dan aksi multisektoral (pemberdayaan GERMAS), guna pencegahan dan pengendalian penyakit.
4. Penguatan sistem kesehatan di semua level pemerintahan menjadi responsif dan tangguh, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya didukung inovasi teknologi.
5. Peningkatan sinergisme lintas sektor, pusat dan daerah, untuk menuju konvergensi dalam intervensi sasaran prioritas dan program prioritas, termasuk integrasi lintas program.

Kementerian Kesehatan Menjabarkan Misi Presiden menjadi:

1. Menurunkan angka Kematian Ibu dan Bayi.
2. Menurunkan angka Stunting pada balita.
3. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional.
4. Meningkatkan Kemandirian dan Penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

RSUP Sanglah Denpasar sebagai rumah sakit pendidikan yang merupakan UPT Kementerian Kesehatan, maka perlu mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan sehingga sasaran atau goal yang telah ditetapkan setahap demi setahap dapat diwujudkan. Tahun 2019 ini Visi Kementerian maupun Unit Kerja diharapkan mengacu pada Visi dan Misi Presiden Indonesia. Visi Presiden tahun 2020-2024 adalah **”Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, berlandaskan Gotong royong”**. Untuk mewujudnya Visi Presiden tahun 2020-2024 tersebut, **Kementerian Kesehatan** menjabarkan Visi Presiden di bidang kesehatan menjadi: **Menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan**. Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar sebagai UPT Kementerian Kesehatan menjabarkan Visi Presiden dengan tetap mengacu pada

penjabaran Kementerian Kesehatan menetapkan **Visi RSUP Sanglah Denpasar** sbb: **“Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024”**.

Misi Presiden dan penjabaran Kementerian Kesehatan digunakan sebagai pedoman dalam menyusun **Misi RSUP Sanglah Denpasar**. **Misi RSUP Sanglah Denpasar** sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau
2. Menyelenggarakan Pendidikan Terintegrasi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.
3. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit.
4. Menciptakan Tata Kelola Rumah Sakit yang baik.
5. Membangun jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait

Tujuan Penyusunan Rencana Strategi Bisnis RSUP Sanglah adalah:

1. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan yang sejalan dengan Rencana Aksi Ditjen Pelayanan Kesehatan.
2. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RSUP Sanglah.
3. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Sanglah dalam pencapaian visi yang telah ditentukan.
4. Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholder* di RSUP Sanglah

Berdasarkan analisa SWOT dan perhitungan dengan menggunakan Diagram Kartesius, maka posisi RSUP Sanglah terletak pada Kuadran 1 yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman, maka strategi yang ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, strategi pengembangan konglomerasi, strategi Integrasi horizontal dan strategi Integrasi kedepan (forward).

Dengan mengacu pada Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan serta berdasarkan analisa *Balance Score Card*, maka RSUP Sanglah Denpasar, menetapkan **5 (lima) Tujuan Strategis**, yang terdiri dari: 1.Peningkatan Sumber Daya Kesehatan, 2.Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan, 3.Peningkatan tata Kelola Rumah sakit Yang baik dan Bersih, 4.Peningkatan Kepuasan Steakholder, 5.Peningkatan Produktifitas Rumah sakit. **RSUP Sanglah juga menetapkan 9 (Sembilan) Sasaran Strategis** pada RSB 2020-2024 sebagai

berikut: 1. Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar, 2. Terlaksananya Akreditasi Modul Diklat mendukung peningkatan kualitas SDM, 3. Meningkatnya respon time di Unit Pelayanan, 4. Terwujudnya Pelayanan Unggulan, 5. Meningkatnya Pengelolaan System Informasi menuju Digitalisasi, 6. Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan, 7. Meningkatnya Kepuasan Pelanggan, 8. Terwujudnya peningkatan pendapatan, 9. Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat. Kesembilan Sasaran Strategis tersebut kemudian dibuatkan Indikator menjadi 25 Indikator yang masing masing dilengkapi kegiatan dan target setiap tahun. **Kegiatan Pelayanan yang dijadikan unggulan** di RSUP Sanglah Denpasar dalam tahun 2020-2024 adalah: 1. **Pelayanan Estetik**, 2. **Pelayanan Jantung Terpadu** dan, 3. **Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**.



## DAFTAR ISI

Halaman Depan.....	i
Kata Pengantar .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Ikhtisar Executive.....	v
Daftar Isi .....	ix
<b>BAB I</b> <b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan rencana Strategis (RSB).....	2
1.3 Dasar Hukum.....	3
1.4 Sistematika Penyusunan Rencana Strategi Bisnis (RSB).....	4
<b>BAB II</b> <b>KONDISI SATKER.....</b>	<b>5</b>
2.1 Profil Satker .....	8
2.2 Gambaran Kinerja.....	12
2.3 Tantangan Strategis.....	24
2.4 Benchmark.....	25
2.5 Analisa SWOT.....	25
2.6 Diagram Kartesius dan Program Strategis.....	26
2.7 Analisa TWOS.....	29
2.8 Analisa dan Mitigasi Resiko.....	31
<b>BAB III</b> <b>ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS.....</b>	<b>40</b>
3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Falsafah dan Keyakinan Dasar .....	40
3.2 Arah dan Kebijakan <i>Stakeholders</i> Inti.....	44
3.3 Rancangan Peta Strategi <i>Balanced Scorecard</i> (BSC).....	46
3.4 Indikator Kinerja Utama.....	47
<b>BAB IV</b> <b>PROYEKSI FUINANSIAL.....</b>	<b>53.</b>
4.1 Estimasi Pendapatan.....	53
4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran.....	54
4.3 Rencana Pendanaan .....	55
<b>BAB V</b> <b>PENUTUP.....</b>	<b>56</b>
Lampiran	

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 LATAR BELAKANG

*Sustained Development Goals (SDGs)* yang dicanangkan oleh PBB mengawali pembangunan global abad ini. Tema global ini menyiratkan betapa pentingnya upaya peningkatan status kesehatan masyarakat sebagai salah satu indikator pembangunan manusia (*human development indeks*). Rumah sakit sebagai salah satu lembaga penyedia layanan kesehatan rujukan memiliki peranan penting untuk menjaga, dan meningkatkan mutu derajat kesehatan. Target tahun 2030, untuk Ibu adalah penurunan angka kematian ibu menjadi < 70/100.000 kelahiran hidup, tahun 2030 pelayanan kesehatan reproduksi yang meliputi keluarga berencana, edukasi dan informasi, integrasi pelayanan kesehatan reproduksi ke dalam program strategis pemerintah. Target tahun 2030, untuk anak adalah penurunan angka kematian neonatus menjadi < 12/1000 kelahiran hidup, penurunan angka kematian anak balita menjadi < 25/1000 kelahiran hidup, tidak ada kejadian malnutrisi, penelitian dan pengembangan vaksinasi.

Sesuai dengan arah pembangunan nasional yang merupakan manifestasi pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia, maka pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak-hak dasar manusia (*basic human needs*) di bidang kesehatan dengan mensukseskan program *SDGs*.

Sesuai dengan pasal 4 Undang-Undang no 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit, menyebutkan bahwa rumah sakit mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan paripurna (promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif). Pasal 5 menyebutkan fungsi rumah sakit, adalah melaksanakan: pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia bidang kesehatan, dan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan. Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan perencanaan strategis Kementerian Kesehatan.

Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi suatu organisasi pemerintah merupakan suatu kewajiban dalam upaya mewujudkan tatakelola system yang modern. RSB

merupakan perangkat strategis bagi pimpinan organisasi dalam mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi, tuntunan bagi unit kerja dibawahnya, dan *stakeholder* yang terkait untuk bergerak bersama dan bersinergi untuk mencapai visi organisasi. RSB organisasi merupakan perwujudan aspirasi yang bersumber dari seluruh *stakeholder* kunci dan juga sebagai pertanggungjawaban utama pimpinan organisasi terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholder* kunci. Oleh karena itu RSB menjadi pedoman utama dan tolok ukur yang membantu pimpinan di berbagai tingkatan organisasi untuk mengetahui arah perjalanan organisasi dalam mencapai visinya dan target kinerja jangka pendek dan jangka panjang organisasi serta pengambilan keputusan strategis bila ada perubahan atas dinamika tuntutan *stakeholder* kunci organisasi.

Dalam rangka memenuhi prinsip tatakelola organisasi modern (*Good Governance*) dan menunjang inisiatif strategis transformasi kelembagaan pemerintah, Direktorat Jenderal (Ditjen) Pelayanan Kesehatan memandang perlu bahwa bahwa pelaksanaan penetapan kinerja serta pengembangan organisasi dan pelayanan hendaknya berbasis RSB bagi Satuan Kerja Unit Pelaksana teknis (UPT) vertikal yang sudah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK BLU) di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Surat Edaran Nomor HK.02.02/I/2627/2019 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan).

RSUP Sanglah Denpasar merupakan Rumah Sakit Pendidikan, merupakan rumah sakit rujukan untuk NTT dan NTB. Disamping itu rumah sakit Sanglah terletak di Provinsi Bali yang merupakan daerah pariwisata yang banyak dikunjungi oleh wisatawan mancanegara. Karena posisi geografisnya pasien RSUP Sanglah tidak hanya berasal dari Bali, NTB dan NTT akan tetapi banyak juga melayani pasien yang berasal dari Jawa bagian Timur. Dari segi SDM, RSUP Sanglah memiliki SDM yang lengkap dan kompeten di bidangnya. Walaupun posisi RSUP Sanglah sangat strategis akan tetapi ada banyak pusat pelayanan kesehatan yang dapat merupakan pesaing bagi RSUP Sanglah (di Bali terdapat 13 RS Swasta). Hal lain yang berpengaruh dalam penyusunan rencana ini adalah hampir 90% pasien adalah pasien BPJS, yang mana regulasi BPJS sering berubah-ubah dan pembayaran klaimnya juga tidak tepat waktu, sehingga sering mempengaruhi operasional RS.

## **1.2 TUJUAN RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)**

Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah disusun untuk bisa menjadi instrumen navigasi bagi pimpinan dan manajemen rumah sakit dalam menentukan kebijakan, program dan rencana kerja operasional. Selain itu, dapat menjadi pedoman kerja

*Rencana Strategis Bisnis RSUP Sanglah Tahun 2020-2024*

bagi para direktur dan jajarannya dalam menyelaraskan proses penyusunan anggaran dan program kerja masing-masing instalasi, terutama unit-unit pelayanan strategis yang akan menjadi sumber pendapatan utama (*revenue centre*) rumah sakit. Secara umum penyusunan Rencana Strategi bisnis RSUP Sanglah bertujuan untuk mendapatkan :

5. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan yang sejalan dengan Rencana Aksi Ditjen Pelayanan Kesehatan.
6. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RSUP Sanglah.
7. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Sanglah dalam pencapaian visi yang telah ditentukan
8. Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholder* di RSUP Sanglah

### **1.3 DASAR HUKUM**

Dasar hukum penyusunan Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar ini adalah:

1. Undang-undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025
3. Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
4. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatus Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor: 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 74 tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
7. Peraturan Dirjen Perbendaharaan No PER-54/PB 2013 tentang Penilaian Kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan
8. Peraturan Menteri Keuangan No.92/PMK.05/2014 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran serta pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum

9. Peraturan Menteri Kesehatan No 659/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Pencanaan RSUP Sanglah menjadi rumah sakit kelas dunia tahun 2014
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 64 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata kerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
11. Surat Edaran Nomor HK.02.02/I/2627/2019 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

#### **1.4 SISTEMATIKA PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)**

Buku Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020-2024 dibagi menjadi 5 (Lima) Bab yaitu:

##### Bab I : Pendahuluan

- 1.1 Latar belakang
- 1.2 Tujuan RSB
- 1.3 Dasar Hukum
- 1.4 Sistematika Penyusunan RSB

##### Bab II : Kondisi Satker

- 2.1 Profil Satker
- 2.2 Gambaran Kinerja
  - A. Kinerja Aspek Pelayanan
  - B. Kinerja Aspek Keuangan
  - C. Kinerja Aspek SDM
  - D. Kinerja Aspek Prasarana dan Sarana
- 2.3 Tantangan Strategis
- 2.4 Bench marking
- 2.5 Analisa SWOT
- 2.6 Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis
- 2.7 Analisa TOWS
- 2.8 Analisa dan Mitigasi Resiko
  - A. Identifikasai Resiko
  - B. Penilaian Tingkat Resiko
  - C. Rencana Mitigasi resiko

##### Bab III : Arah dan Prioritas Strategi

- 3.1 Rumusan pernyataan visi, misi dan tata nilai
- 3.2 Arah dan Kebijakan *Stakeholders* inti

3.3 Rancangan Peta Strategi *Balanced Scorecard* (BSC)

3.4 Indikator Kinerja Utama (IKU)

A. Matriks IKU

B. Kamus IKU

3.5 Roadmap 5 tahun ke depan

3.6 Program Kerja Strategis

Bab IV : Proyeksi Keuangan

8.1 Estimasi Pendapatan

8.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

8.3 Anggaran Kelangsungan Operasional

8.4 Anggaran Pengembangan

8.5 Rencana Pendanaan

Bab V : Penutup

## BAB II

### KONDISI SATKER

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Denpasar menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian. Sifat kegiatan jasa PPK-BLU adalah fungsi sosial, profesional dan etis dengan pengelolaan yang ekonomis.

Gambaran kinerja yang akan disampaikan di bawah ini meliputi pencapaian kinerja aspek pelayanan, kinerja aspek keuangan, kinerja aspek SDM, dan kinerja aspek sarana prasarana RSUP Sanglah selama 3 tahun terakhir (dari tahun 2016-2018). Hasil pencapaian indikator dari *Aspek Layanan* dijelaskan di bawah ini.

**Tabel 1. Aspek Layanan**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN					
		2014	2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
<b>II.1</b>	<b>Layanan</b>						
<b>A</b>	<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>						
1	Rata – rata kunjungan rawat jalan/hari	1.03	1.18	1.11	1.12	1.04	0.87
2	Rata – rata kunjungan rawat darurat/hari	0.88	0.92	0.99	0.95	0.93	1.04
3	Hari perawatan	1.1	1.02	1.11	0.93	0.93	0.79
4	Rata – rata Pemeriksaan radiologi/hari	1	1.15	0.72	1.1	0.78	0.92
5	Rata – rata Pemeriksaan laboratorium/hari	0.95	0.91	1.18	0.93	0.81	0.90
6	Rata – rata operasi/hari	0.95	0.98	0.99	1.04	1.05	1.06
7	Rata – rata rehab medik/hari	1.03	1.21	1.05	0.98	0.36	0.89
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	1.1	1.1	1.02	1.04	1.12	0.99
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	1.5	5.67	4	1.12	0.87	2.74
<b>B</b>	<b>Efektivitas Pelayanan</b>						
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	97.21	96.97	95.99	96	97.43	88.19
2	Pengembalian Rekam Medik	100	96.86	94.67	99.17	70.48	74
3	Angka Pembatalan Operasi	2.21	0.56	0.53	3.09	1.84	3.23
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	4.03	2.37	1.83	0.89	0.1	2.84
5	Penulisan resep sesuai formularium	75	90.06	95.42	98.85	100	100
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0	10.08	0	0.02	0	14.50
7	BOR	93.93	91.49	100.51	92.96	87.78	73
<b>C</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran</b>						
1	Rata-rata jam pelatihan / karyawan	0.02	0.16	1.38	1.4	1.59	0.48
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	0	63.48	72.37	67%	67%	75

3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada dilaksanakan
<b>TOTAL INDIKATOR PELAYANAN</b>							

Pada *Tabel 1* terlihat, hasil perhitungan *sub-aspek pertumbuhan produktivitas* secara umum, menunjukkan fluktuasi hasil perhitungan. Item yang cenderung mengalami peningkatan adalah rata-rata operasi per hari, hal ini antara lain disebabkan karena RSUP Sanglah merupakan PPK III sehingga kasus-kasus yang dirujuk ke RSUP Sanglah adalah kasus-kasus yang sulit dan kompleks yang lebih banyak membutuhkan tindakan/pembedahan. Sedangkan item yang tampak mengalami penurunan adalah rata-rata rehab medik per hari, hal ini disebabkan antara lain karena semakin optimalnya sistem rujukan berjenjang sehingga pelayanan rehab medis lebih banyak dilakukan di PPK II.

Dari *sub-aspek efektivitas pelayanan* dapat dilihat, beberapa indikator seperti penulisan resep formularium, pengulangan pemeriksaan laboratorium sudah optimal, sedangkan pengembalian rekam medis masih belum menunjukkan capaian yang optimal, sehingga masih perlu dilakukan usaha-usaha untuk meningkatkannya. Di pihak lain, selama beberapa tahun, BOR rumah sakit diatas batas normal, yaitu di diatas 80 %, sehingga dapat dikatakan pemakaian tempat tidur di rumah sakit masih overload. Idealnya pemakaian tempat tidur 60-80%

Dalam *sub-aspek pertumbuhan dan pembelajaran* dapat dilihat, Training Of Trainer (TOT) untuk dokter pendidik klinis belum mencapai hasil yang optimal.

Hasil pencapaian indikator dari *Aspek Kinerja Keuangan* dijelaskan di bawah ini.

**Tabel 2. Aspek Keuangan**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN			
		2016	2017	2018	SMT I 2019
I.1	Rasio Keuangan				
1	Ratio Kas ( Cash Ratio)	59.79%	44.11%	17.97%	18.78%
2	Rasio Lancar ( Current Ratio)	165.39%	143.85%	157.60%	215.61%
3	Periode Penangihan Utang ( Collection Periode	15.64 hr	26.35 hr	96.98 hr	95.96 hr
4	Perputaran Aset Tetap ( Return on asset)	114.69%	138.50%	23.49%	10.18%
5	Imbalan atas asset tetap ( Return on asset )	5.20%	4.93%	-6.74%	-0.25%
6	Imbalan Ekuitas ( Return enequity )	5.11%	4.76%	-8.11%	-0.31%
7	Perputaran Persediaan ( inventory turn over )	14.36 hr	19.15 hr	16.20 hr	13.44 hr



8	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasiona	81.43%	87.27%	77.68%	76.52%
9	Rasio Subsidi biaya pasien ( corporate social responsibility)	16.84%	18.39		

Pada **Tabel 2** terlihat, hasil perhitungan *sub-aspek Rasio Keuangan* secara umum, menunjukkan fluktuasi hasil perhitungan.

## 2.1 Profil Satker

2.1.1 Nama Satker : Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

### 2.1.2 Sejarah RSUP Sanglah

Tahun 1956 : RS Sanglah mulai dibangun

Tahun 1959 : Diresmikan oleh Presiden Ir. Soekarno sbg RS kelas C dengan 150 TT

Tahun 1962 : Kerjasama dengan FK UNUD → tempat pendidikan calon dokter

Tahun 1978 : RS Kelas B Pendidikan dan RS Rujukan Bali, NTB, NTT & Timor Leste

Tahun 2005 : Menjadi RS Kelas A Pendidikan

Tahun 2011 : Ditetapkan sebagai RS Pendidikan Utama

Tahun 2013 : Rumah Sakit dengan akreditasi JCI

Tahun 2014 : Rumah Sakit dengan akreditasi KARS

Tahun 2014 : Rumah Sakit Rujukan Nasional Indonesia bagian timur

Tahun 2016 : Telah Ter Re-Akreditasi JCI Edisi V

Tahun 2017 : Telah berhasil Lulus KARS Tingkat Paripurna

Tahun 2018 : Tanda Penghargaan Wilayah Bebas dari Korupsi

### 2.1.3 Struktur Organisasi

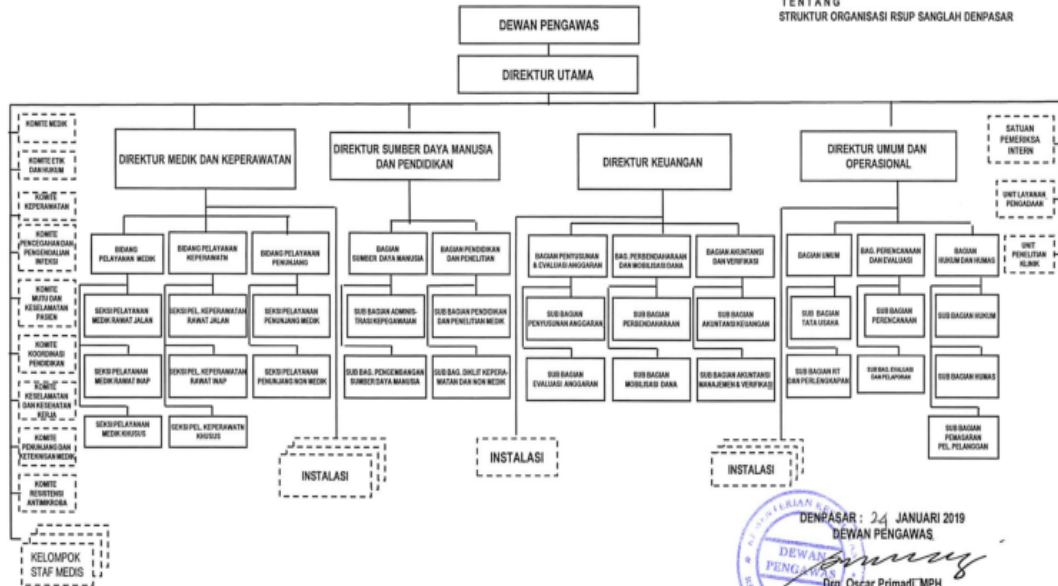


**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR**

Jalan Diponegoro Denpasar Bali ( 80114 )  
 Telepon. (0361) 227911-15, 225482,223869, Faximile:. (0361) 224206  
 Email :info@sanglahhospitalbali.com, Website : www.sanglahhospitalbali.com



KEPUTUSAN DEWAN PENGAWAS RSUP SANGLAH DENPASAR  
 NOMOR: HK.02.03/SK.XV.51/108/2019  
 TENTANG  
 STRUKTUR ORGANISASI RSUP SANGLAH DENPASAR



DENPASAR : 24 JANUARI 2019  
 DEWAN PENGAWAS  
 Drg. Oscar Primadi, MPH

2.1.4 Manajemen Satker :

- Direktur Utama : dr. I Wayan Sudana, M.Kes
- Direktur Medik dan Keperawatan : Dr.dr. Ketut Aryawati, SpA (K)
- Direktur SDM dan Pendidikan : Dr.dr Ketut Suryanegara,Sp.OG(K), MARS
- Direktur Keuangan : Agustinus Pasalli, SE.MM
- Direktur Umum dan Operasional : dr. Ni Luh Dharma Kerti Natih. MHSM

2.1.5 Kepemilikan Satker : Dewan Pengawas

- Ketua : Drg. Murti Utami, MPH
- Anggota : Drg. AriantiAyana, MKM
- Prof.Dr.dr.A.A.Raka Sudewi, Sp.S (K)
- Anugrah Komara, SH.MM
- Tri Budhianto.SP.MT

2.1.6 Alamat Satker : Jl Diponegoro Denpasar Bali

### **2.1.8 Instalasi dan Kelompok Staf Medis**

Kegiatan pelayanan kesehatan di rumah sakit dilaksanakan di Instalasi-Instalasi Pelayanan, yang didukung oleh Instalasi Penunjang Pelayanan, yang secara keseluruhan ada 32 Instalasi, yaitu:

#### **Instalasi Pelayanan:**

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap A
3. Instalasi Rawat Inap B
4. Instalasi Rawat Inap C
5. Instalasi Rawat Inap D
6. Instalasi Rawat Darurat (IRD)
7. Instalasi Wing Amertha (WA)
8. Instalasi Bedah Sentral (IBS)
9. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif (IATI)
10. Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
11. Instalasi Layanan Dialysis
12. Instalasi Geriatri
13. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
14. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
15. Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik
16. Instalasi Radiologi
17. Instalasi Radioterapi
18. Instalasi Farmasi
19. Instalasi Rehabilitasi Medis
20. Instalasi Kedokteran Forensik
21. Instalasi Kanker Terpadu

#### **Instalasi Penunjang Pelayanan:**

22. Instalasi Rekam Medis (IRM)
23. Instalasi Gizi
24. Instalasi Binatu
25. Instalasi Sterilisasi Sentral (ISS)
26. Instalasi Keamanan dan Ketertiban Lingkungan (Kamtibling)
27. Instalasi Teknologi Informasi (ITI)
28. Instalasi Pemeliharaan Sarana RS (IPSR)

29. Instalasi Pemeliharaan Peralatan Medis (IPPM)
30. Instalasi Kebersihan dan Kesehatan Lingkungan (IKKL).
31. Instalasi Admission
32. Instalasi Penjaminan Klaim
33. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (IPKRS)

Selanjutnya, kegiatan pelayanan dilaksanakan oleh Kelompok Staf Medis (KSM) yang merupakan gabungan antara Staf Medis dari Fakultas Kedokteran Universitas Udayana dengan Staf Medis dari RSUP Sanglah. Sebagai rumah sakit rujukan tersier, pelayanan kesehatan yang terintegrasikan dalam bentuk KSM ini mempunyai cakupan yang luas. Pembentukan KSM berkembang seiring dengan berkembangnya berbagai bidang ilmu kesehatan dan kedokteran, serta cakupan pelayanan di rumah sakit. Sampai saat ini sudah terbentuk 23 buah KSM yaitu:

1. KSM Obstetri dan Ginekologi
2. KSM Ilmu Penyakit Syaraf
3. KSM Ilmu Penyakit Dalam
4. KSM Ilmu Bedah Umum
5. KSM Ilmu Kesehatan Anak
6. KSM Ilmu Kesehatan THT
7. KSM Patologi Klinik
8. KSM Ilmu Kesehatan Mata
9. KSM Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
10. KSM Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
11. KSM Anestesi dan Reanimasi
12. KSM Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut
13. KSM Ilmu Kedokteran Forensik
14. KSM Patologi Anatomi
15. KSM Ilmu Kedokteran Jiwa
16. KSM Bedah Syaraf
17. KSM Urologi
18. KSM Orthopedi dan Traumatologi
19. KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler
20. KSM Mikrobiologi Klinik
21. KSM Radiologi

- 22. KSM Dokter Umum
- 23. SMF Gizi Klinik
- 24. KSM Paru
- 25. KSM Bedah Plastik

## 2.2. Gambaran Kinerja

### 2.2.1 IKU atau *Key Performace Indicators* sesuai RSB (grafik)

Adapun Capaian Indikator Kinerja RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2018 adalah sebagai berikut :

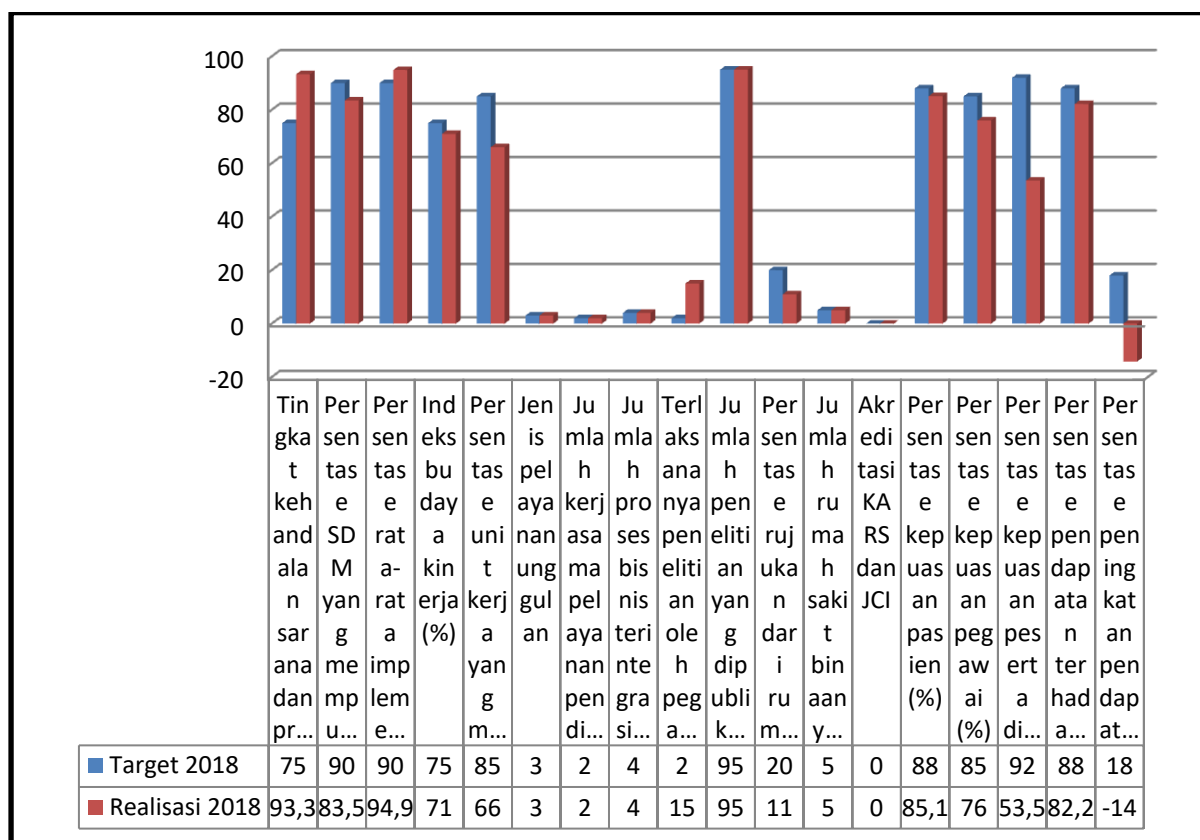
*Tabel 2.2.1. Capaian Indikator Kinerja Tahun 2018*

No	Sasaran Strategis	Indikator	Realisasi 2017	Target 2018	Realisasi 2018	PIC	% capaian	Keterangan (2018)
1	Terwujudnya Keandalan Sarana dan Prasarana	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana se-suai OEE ( <i>overall equipment effectiveness</i> )	98.48%	75%	93.28%	OPS	100%	Tercapai
2	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai persyaratan	90%	90%	83.47	SDM	93%	Tidak tercapai
3	Terwujudnya Sistem Informasi yang terintegrasi	Persentase rata-rata implementasi modul SIRS	93.27%	90%	94.89%	OPS	100%	Tercapai
4	Terwujudnya Budaya Kinerja	Indeks budaya kinerja	61.20%	75%	71%	SDM	95%	Tidak tercapai
5	Terwujudnya tata kelola yang baik di setiap unit kerja	Persentase unit kerja yang mengumpulkan pro-gram kerja dan laporan kinerja tepat waktu	64%	85%	66%	OPS	77%	Tidak tercapai
6	Terwujudnya pelayanan unggulan	Jenis pelayanan unggulan	3	3	3	MED	100%	Tercapai
7	Terwujudnya integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang bermutu	Jumlah kerjasama pelayanan pendidikan dan penelitian dalam dan luar negeri	2	2	2	MED & SDM	100%	Tercapai
		Jumlah proses bisnis terintegrasi yang dikelola RSUP Sanglah dan FK UNUD	1	4	4	SDM	100%	Tercapai
		Terlaksananya penelitian oleh pegawai RS	1	2	15	SDM	100%	Tercapai
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan di intranet RS	228	95	95	SDM	100%	Tercapai
8	Terwujudnya sistem jaringan rujukan yang	Persentase rujukan dari rumah sakit yang sesuai <i>severity level III</i>	9.30%	20%	10.95%	MED	55%	Tidak tercapai

	efektif	Jumlah rumah sakit binaan yang mampu menjadi RS rujukan balik	2	5	5	MED	100%	Tercapai
9	Terwujudnya Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas	Akreditasi KARS dan JCI	Kars	-	-	DIRUT		Tahun 2018 tidak ada penilaian Akreditasi
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	Persentase kepuasan pasien	79%	88%	85.1%	OPS	97%	Tidak tercapai
		Persentase kepuasan pegawai	69.40%	85%	76%	SDM	89%	Tidak Tercapai
		Persentase kepuasan peserta didik	87.50%	92%	53.53%	SDM	58%	Tidak tercapai
11	Terwujudnya efisiensi anggaran	Persentase pendapatan terhadap biaya operasional	87.27%	88%	82.18%	KEU	93%	Tidak tercapai
12	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	Persentase peningkatan pendapatan	19.19%	18%	-14.17%	KEU	0%	Tidak tercapai
	Rata rata capaian kinerja IKU						<b>80.94%</b>	

Dari 18 Indikator Kinerja Utama, terdapat 9 Indikator yang belum mencapai target dengan ketercapaian kinerja total sebesar 80.94%

Grafik 2.2.1. Capaian Indikator Kinerja Tahun 2018



## 2.2.2 Kinerja Aspek Pelayanan

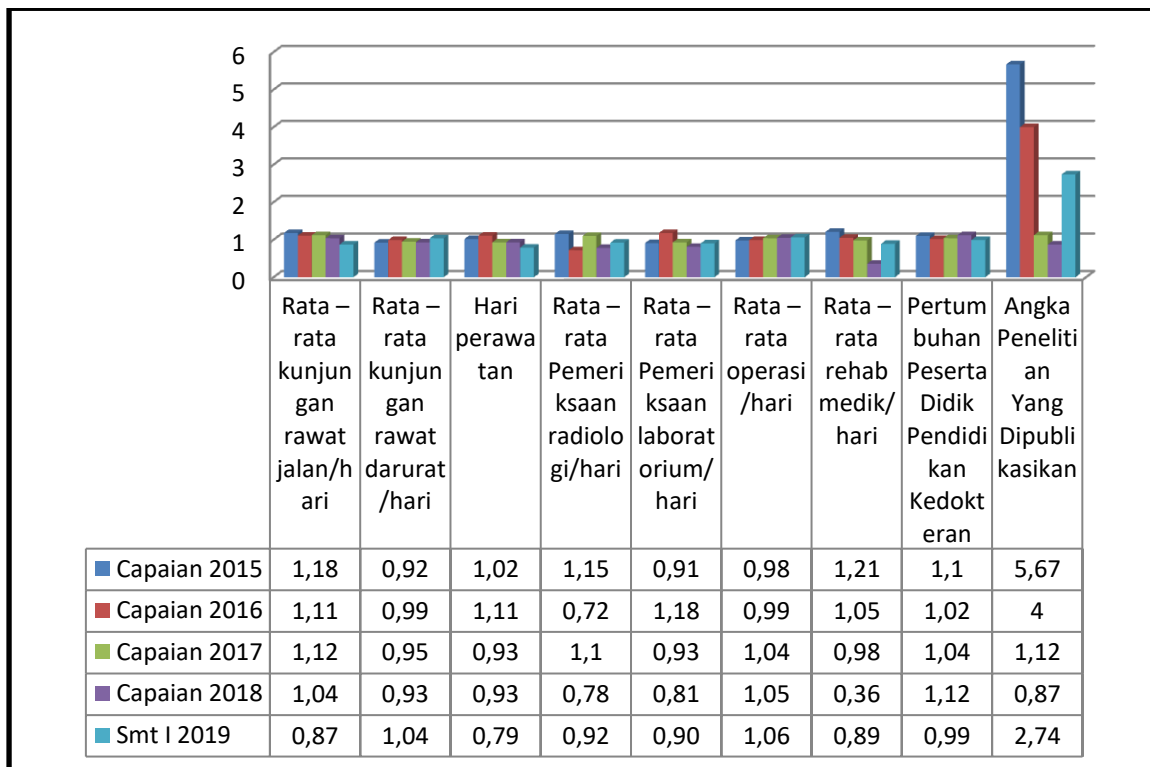
Hasil pencapaian indikator dari *Aspek Layanan* dijelaskan di bawah ini.

### 2.2.2.1 Pertumbuhan Produktivitas

**Tabel 2.2.2.1 Pertumbuhan Produktivitas**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
II.1	Layanan					
<b>A</b>	<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>					
1	Rata – rata kunjungan rawat jalan/hari	1.18	1.11	1.12	1.04	0.87
2	Rata – rata kunjungan rawat darurat/hari	0.92	0.99	0.95	0.93	1.04
3	Hari perawatan	1.02	1.11	0.93	0.93	0.79
4	Rata – rata Pemeriksaan radiologi/hari	1.15	0.72	1.1	0.78	0.92
5	Rata – rata Pemeriksaan laboratorium/hari	0.91	1.18	0.93	0.81	0.90
6	Rata – rata operasi/hari	0.98	0.99	1.04	1.05	1.06
7	Rata – rata rehab medik/hari	1.21	1.05	0.98	0.36	0.89
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	1.1	1.02	1.04	1.12	0.99
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	5.67	4	1.12	0.87	2.74

**Grafik 2.2.2.1 Pertumbuhan Produktivitas**



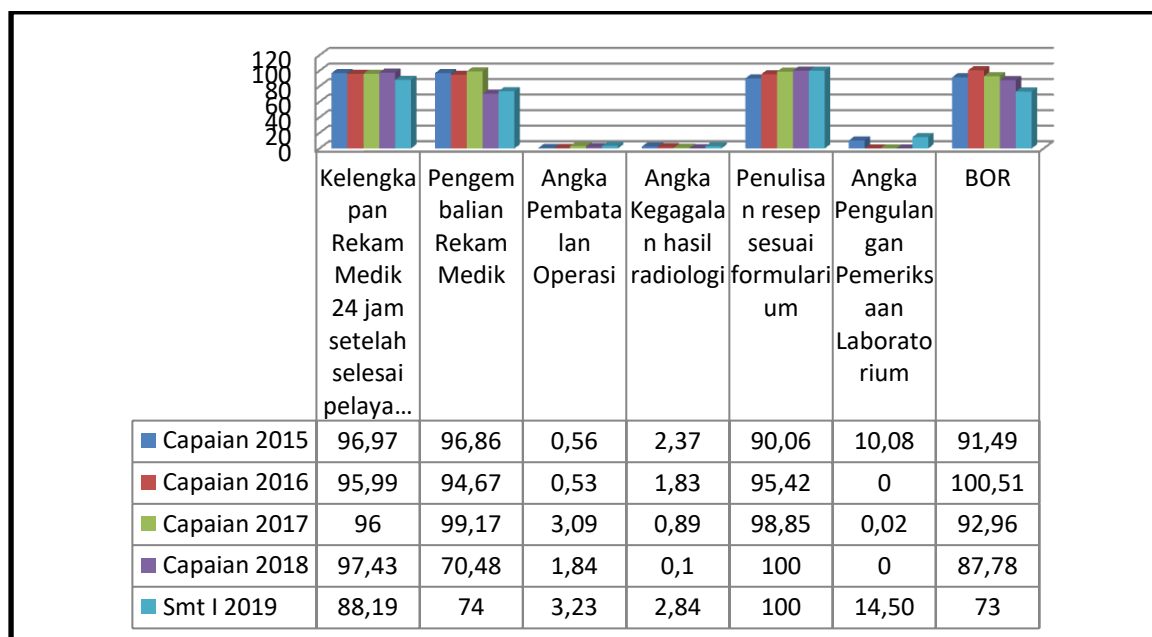
Dari Tabel dan grafik diatas terlihat, hasil perhitungan *sub-aspek pertumbuhan produktivitas* secara umum, menunjukkan fluktuasi hasil perhitungan. Item yang cenderung mengalami peningkatan adalah rata-rata operasi per hari, hal ini antara lain disebabkan *Rencana Strategis Bisnis RSUP Sanglah Tahun 2020-2024*

karena RSUP Sanglah merupakan PPK III sehingga kasus-kasus yang dirujuk ke RSUP Sanglah adalah kasus-kasus yang sulit dan kompleks yang lebih banyak membutuhkan tindakan/pembedahan. Sedangkan item yang tampak mengalami penurunan adalah rata-rata rehab medik per hari, hal ini disebabkan antara lain karena semakin optimalnya sistem rujukan berjenjang sehingga pelayanan rehab medis lebih banyak di lakukan di PPK II.

**Tabel 2.2.2.2 Efektivitas Pelayanan**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
II.1	Layanan					
<b>B</b>	<b>Efektivitas Pelayanan</b>					
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	96.97	95.99	96	97.43	<b>88.19</b>
2	Pengembalian Rekam Medik	96.86	94.67	99.17	70.48	74
3	Angka Pembatalan Operasi	0.56	0.53	3.09	1.84	3.23
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	2.37	1.83	0.89	0.1	2.84
5	Penulisan resep sesuai formularium	90.06	95.42	98.85	100	100
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	10.08	0	0.02	0	14.50
7	BOR	91.49	100.51	92.96	87.78	73

**Grafik 2.2.2.2 Efektivitas Pelayanan**

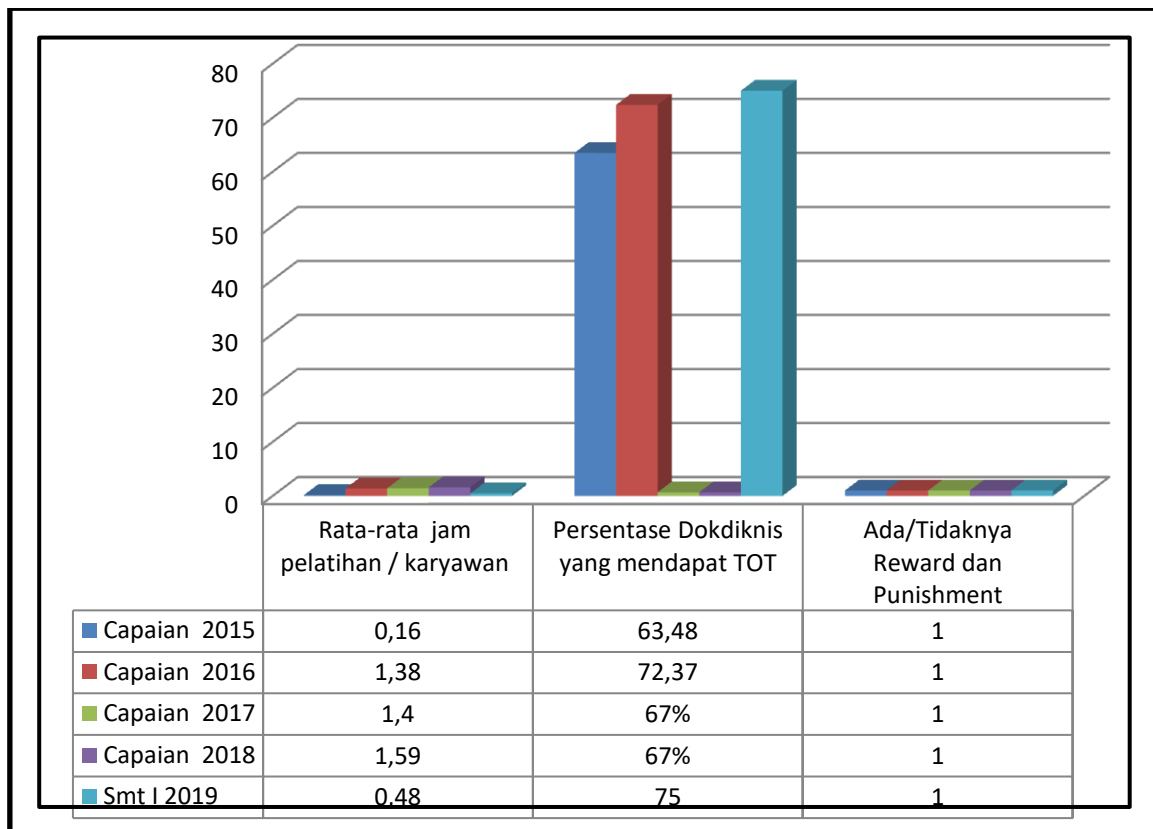




**Tabel 2.2.2.3 Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
II.1	Layanan					
<b>C</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran</b>					
1	Rata-rata jam pelatihan/karyawan	0.16	1.38	1.4	1.59	0.48
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	63.48	72.37	67%	67%	75
3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya

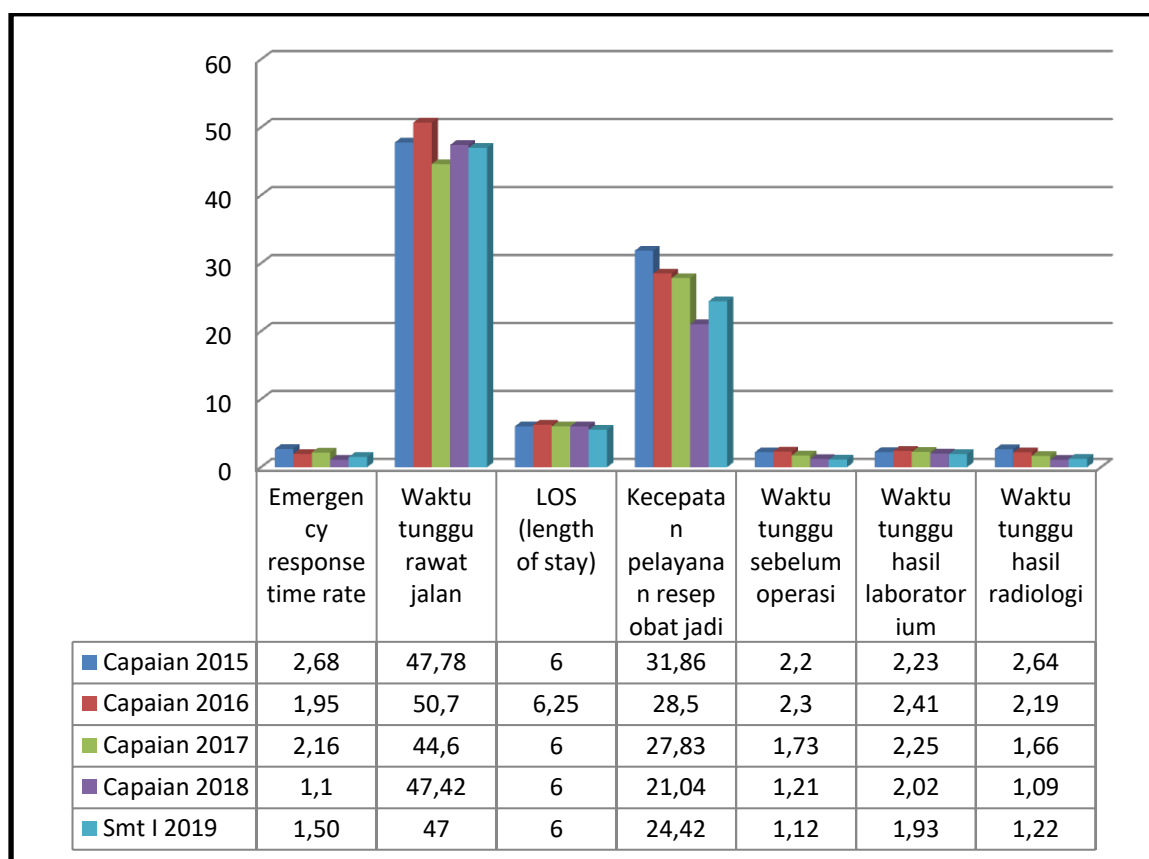
**Grafik 2.2.2.3 Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran**



**Tabel 2.2.2.4 Mutu Pelayanan**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
II.2	MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT					
A	MUTU PELAYANAN					
1	Emergency response time rate	2.68	1.95	2.16	1.1	1.5
2	Waktu tunggu rawat jalan	47.78	50.7	44.6	47.42	47
3	LOS (length of stay)	6	6.25	6	6	6
4	Kecepatan pelayanan resep obat jadi	31.86	28.5	27.83	21.04	24.42
5	Waktu tunggu sebelum operasi	2.2	2.3	1.73	1.21	1.12
6	Waktu tunggu hasil laboratorium	2.23	2.41	2.25	2.02	1.93
7	Waktu tunggu hasil radiologi	2.64	2.19	1.66	1.09	1.22

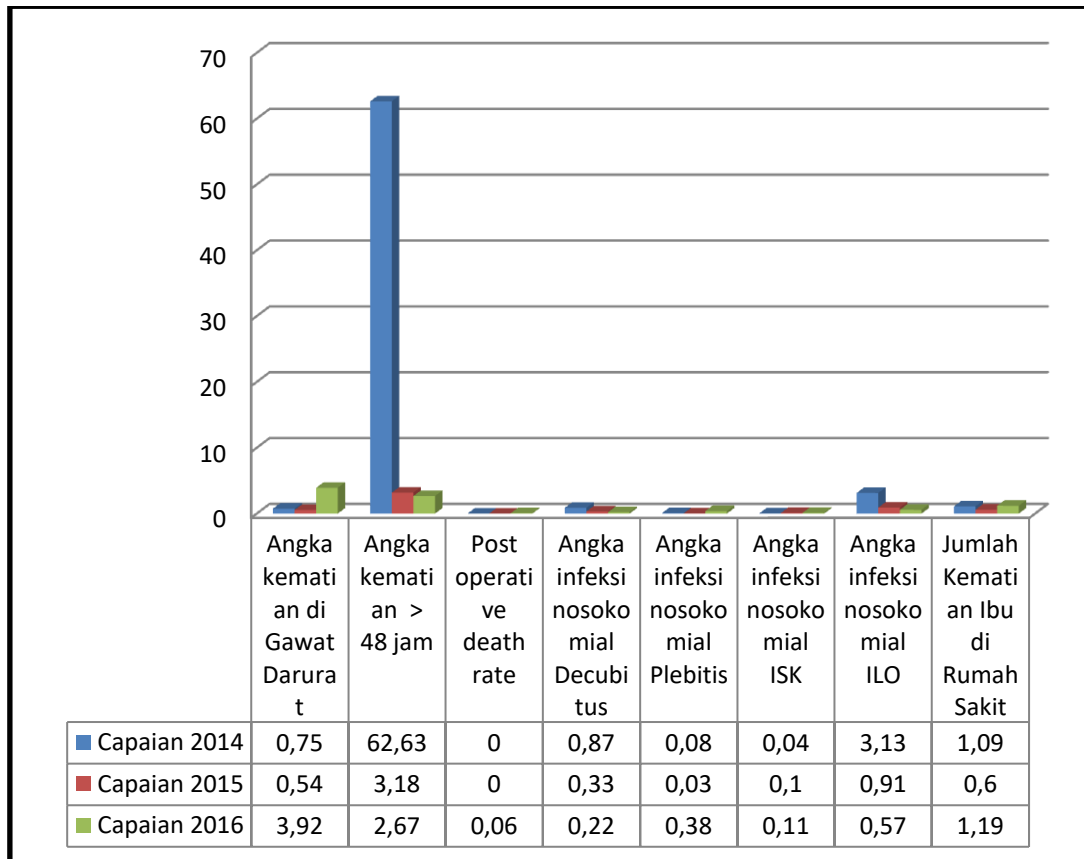
**Grafik 2.2.2.4 Mutu Pelayanan**



**Tabel 2.2.2.5 Mutu Klinik**

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
B	MUTU KLINIK					
1	Angka kematian di Gawat Darurat	0.75	0.54	3.92	0.24	1.24
2	Angka kematian > 48 jam	62.63	3.18	2.67	0.5	13.19
3	Post operative death rate	0	0	0.06	0	0.00
4	Angka infeksi nosokomial :					
	- Decubitus	0.87	0.33	0.22	0.13	0.00
	- Plebitis	0.08	0.03	0.38	0.05	0.19
	- ISK	0.04	0.1	0.11	0.14	0.13
	- ILO	3.13	0.91	0.57	0.24	0.10

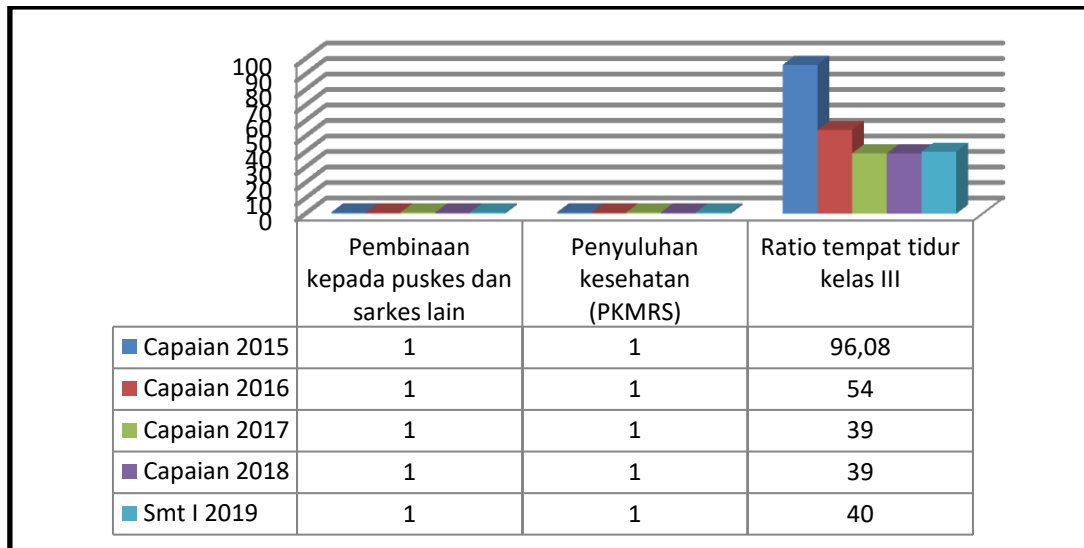
**Grafik 2.2.2.5 Mutu Klinik**



Tabel 2.2.2.6 Kepedulian Kepada Masyarakat

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	Smt I 2019
C	KEPEDULIAN PADA MASYARAKAT					
1	Pembinaan kepada puskes dan sarkes lain	Ada, program dilaksanakan	Ada, program dilaksanakan	Ada, program dilaksanakan	Ada, program dilaksanakan	Ada, program dilaksanakan
2	Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya	Ada, program dilaksanakan sepenuhnya
3	Ratio tempat tidur kelas III	96.08	54	39	39	40

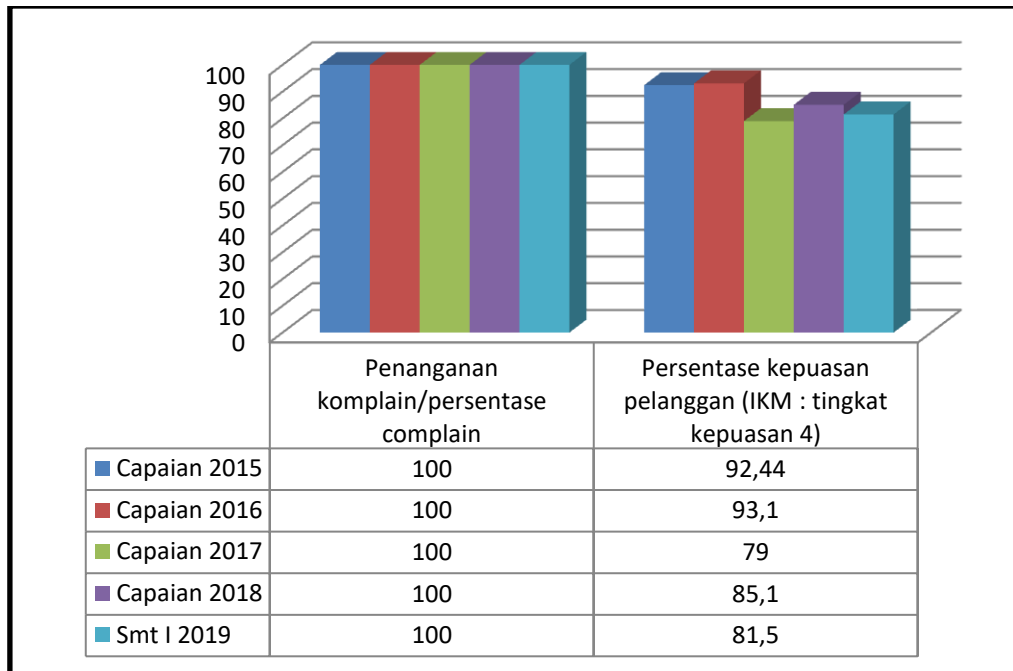
Grafik 2.2.2.6 Kepedulian Kepada Masyarakat



Tabel 2.2.2.7 Kepuasan Pelanggan

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
<b>D</b>	<b>KEPUASAN PELANGGAN</b>					
1	Penanganan komplain/persentase complain	100	100	100	100	100
2	Persentase kepuasan pelanggan (IKM : tingkat kepuasan 4)	92.44	93.1	79	85.1	81.5

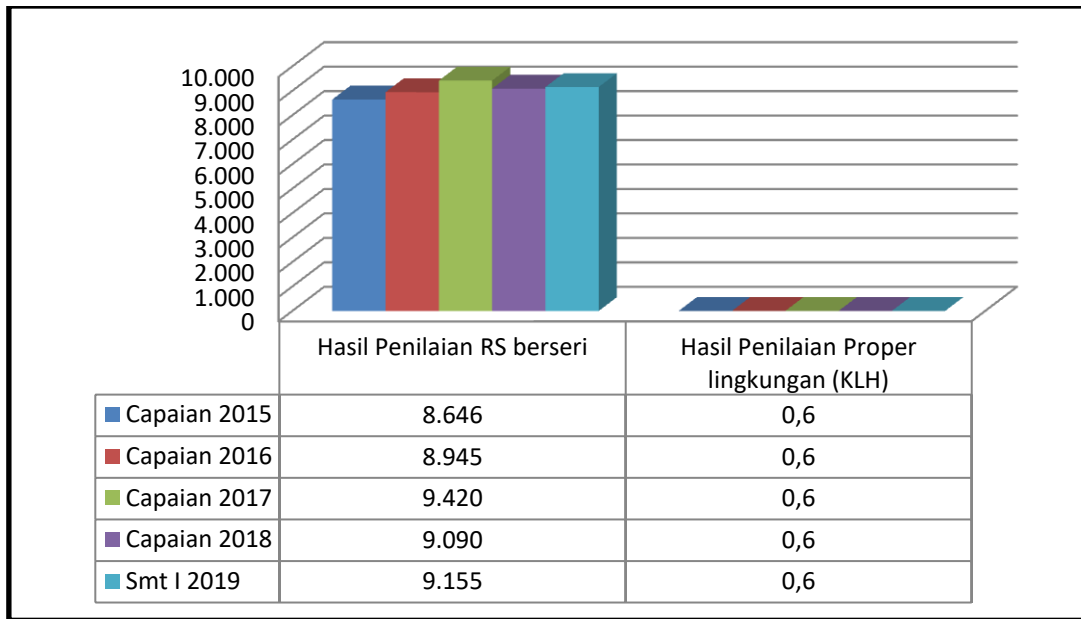
Grafik 2.2.2.7 Kepuasan Pelanggan



Tabel 2.2.2.8 Kepedulian Terhadap Lingkungan

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
E	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN					
1	Hasil Penilaian RS berseri	8,646	8.945	9420	9090	9155
2	Hasil Penilaian Proper lingkungan (KLH)	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas

Grafik 2.2.2.8 Kepedulian Terhadap Lingkungan



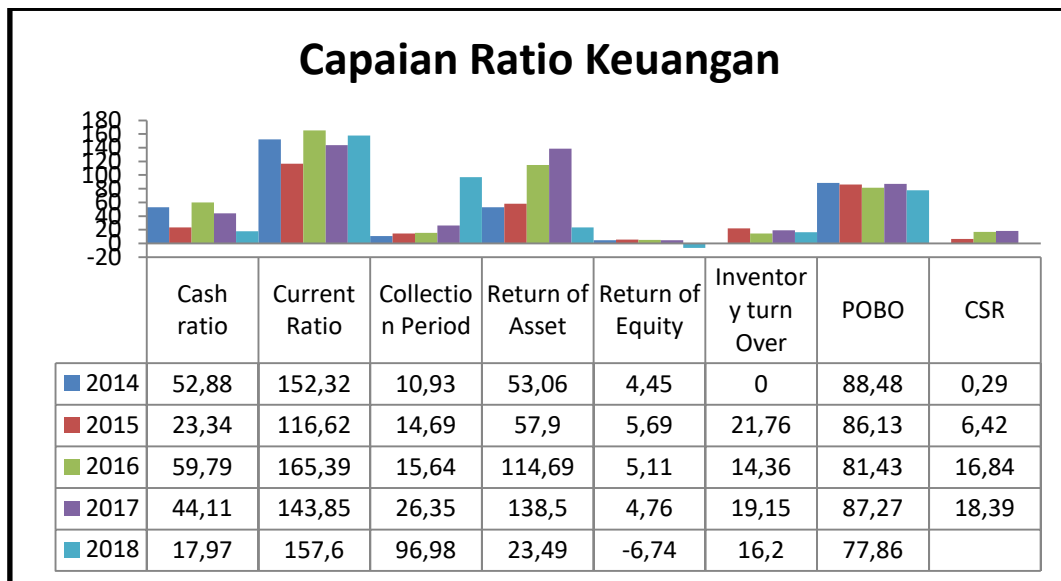
## 2.2.3 Kinerja Aspek Keuangan

### 2.2.3.1 Rasio Keuangan

Tabel 2.2.3.1 Rasio Keuangan

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2014	2015	2016	2017	2018
<b>I.1</b>	<b>Rasio Keuangan :</b>					
1	Ratio Kas ( Cash Ratio )	52.88%	23.34	59.79%	44.11%	17.97%
2	Rasio Lancar ( Current Ratio )	152.32%	116.62	165.39%	143.85%	157.60%
3	Periode Penagihan hutang (Collection Period)	10.93hr	14.69	15.64 hr	26.35hr	96.98hr
4	Perputaran Aset Tetap (Return on asset)	53.06%	57.9	114.69%	138.50%	23.49%
5	Imbalan atas aset Tetap (return on asset)	3.04%	3.22	5.20%	4.93%	-6.74%
6	Imbalan Ekuitas (return on equity)	4.45%	5.69	5.11%	4.76%	-8.11%
7	Perputaran Persediaan (Inventory Turn Over)	33.2hr	21.76	14.36 hr	19.15hr	16.20hr
8	Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional	88.48%	86.13	81.43%	87.27%	77.68%
9	Rasio Subsidi Biaya Pasien (Corporate Social Responsibility)	0.29%	6.42	16.84%	18.39	
<b>I.2</b>	<b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>					
1	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif					Sesuai PMK
2	Laporan Keuangan Berdasarkan SAK					Sesuai SAK
3	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)					Saldo sesuai
4	Tarif Layanan					Disahkan
5	Sistem Akuntansi					SAK, SAB, SAAK
6	Persetujuan Rekening					Rek KAS, Op dan dana kelola
7	Standard Operating Procedure (SOP) Pengelolaan Kas					SOP ada
8	SOP Pengelolaan Piutang					SOP ada
9	SOP Pengelolaan Utang					SOP ada
10	SOP Pengadaan Barang dan Jasa					SOP ada
11	SOP Pengelolaan Barang Inventaris					SOP ada
	<b>Total Indikator Kinerja Keuangan</b>					

Grafik 2.2.3.2 Rasio Keuangan



## 2.2.4 Kinerja Aspek SDM

### a. Kondisi SDM RSUP Sanglah Tahun 2019

NO	KATEGORI KETENAGAAN	STATUS KETENAGAAN						TOTAL
		BLU				DIKTI		
		PNS	CPNS	TENAGA TETAP	TENAGA TIDAK TETAP	PNS	PA	
1	MEDIS	227	17	8	14	88	5	359
2	TENAGA KEPERAWATAN	738	5	288	140	-	-	1,171
3	TENAGA PENUNJANG	253	6	75	54	-	-	388
4	TENAGA NON MEDIS	507	1	420	38	-	-	966
	<b>TOTAL</b>	<b>1,725</b>	<b>29</b>	<b>791</b>	<b>246</b>	<b>88</b>	<b>5</b>	<b>2,884</b>

## 2.2.5 Kinerja Sarana dan Prasarana

RSUP Sanglah Denpasar, berdiri diatas lahan seluas, 13.500 m<sup>2</sup> atau 13.5 Ha. Sampai pada akhir tahun 2019, RSUP Sanglah Denpasar memiliki gedung sebanyak 86 buah dengan luas lantai keseluruhan seluas 118.784,27 m<sup>2</sup>. Bangunan yang ada di RSUP Sanglah Denpasar sebanyak 80 % merupakan bangunan yang telah berusia lebih dari 30 tahun sisasnya sebanyak 20 % merupakan bangunan yang usianya kurang dari 10 tahun.

**Sarana.** Di RSUP Sanglah Denpasar, bangunan kantor dan bangunan pelayanan yang memiliki lantai lebih dari 2 lantai sebanyak 8 bangunan, sisanya merupakan bangunan satu lantai dan sebangak 10 bangunan dengan 2 lantai. Bangunan yang memiliki 3 lantai dipergunakan untuk:

- a. Gedung Pelayanan Wing Amertha, memiliki lantai sebanyak 3 lantai, memiliki luas lantai sebesar 4.981 m<sup>2</sup>. dipergunakan untuk pelayanan pasien Privat/VIP, poliklinik perjanjian, kamar Operasi.
- b. Gedung Mahottama. Gedung ini memiliki lantai 3, memiliki luas lantai sebesar 1.860 m<sup>2</sup>. Gedung ini dipergunakan untuk pelayanan VIP. Dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 30 Tempat Tidur.
- c. Gedung Flamboyan. Gedung ini berlantai 3. Memiliki luas lantai sebesar 3.208 m<sup>2</sup>. Dipergunakan untuk pelayanan pasien VIP.
- d. Gedung Angsoka. Gedung ini memiliki lantai 4. Memiliki luas lantai sebesar 4.760 m<sup>2</sup>. Dipergunakan untuk pelayanan pasien bedah dan penyakit dalam klas 3.
- e. Gedung Cempaka. Memiliki 4 lantai, dengan luas lantai sebesar 6.036 m<sup>2</sup>. gedung ini dipergunakan untuk pelayanan pasien kebidanan dan anak anak.
- f. Gedung Poliklinik. Gedung ini memiliki lantai sebanyak 3 lantai, dipergunakan untuk pelayanan Poliklinik dan ruang pertemuan. Luas lantai secara keseluruhan 2.790 m<sup>2</sup>.
- g. Gedung Pelayanan Jantung terpadu. Gedung ini memiliki lantai 4, dipergunakan untuk pelayanan jantung, poliklinik, rawat inap, kamar operasi dan perkantoran. Gedung ini memiliki luas lantai secara keseluruhan sebesar 3.933 m<sup>2</sup>.
- h. Gedung Diklat. Gedung ini memiliki lantai sebanyak 4 lantai dengan luas lantai secara keseluruhan sebesar 4.456 m<sup>2</sup>. gedung ini dipergunakan secara bersama sama oleh Bagian Diklat RSUP Sanglah Denpasar dengan Fakultas Kedokteran FK Udayana.

RSUP sanglah sampai saat ini memiliki 2 gedung pelayanan yang merupakan hibah dari pemerintah luar negeri, yakni:

1. Gedung Instalasi Gawat Darurat. Gedung ini merupakan hibah Pemerintah Jepang melalui JICA. Gedung ini dibangun pada tahun 1991. Gedung ini memiliki 2 lantai, yang saat ini dipergunakan untuk Pelayanan Gawat Darurat.
2. Gedung Pelayanan Intensif. Gedung ini terdiri dari 2 lantai, yang dipergunakan untuk pelayanan intensif dan luka bakar. Gedung merupakan hibah dari Pemerintah Australia, atas partisipasi RSUP Sanglah Denpasar waktu penanganan korban bom Bali yang ke 2. Gedung ini memiliki luas lantai seluas 750 m<sup>2</sup> dan dibangun tahun 2002.



Selama 5 tahun terakhir ini, RSUP Sanglah Denpasar melakukan pembangunan Banker Linac dengan gedung pelayanan penunjangnya yakni tahun 2018. Pembangunan yang lainnya belum pernah dilakukan. RSUP Sanglah selama 5 tahun terakhir ini hanya melakukan pemeliharaan terhadap gedung-gedung yang telah ada. ,

**Prasarana.** Pembangunan prasarana di RSUP Sanglah selama tahun 2015-2019, tidak ada pembangunan prasarana yang baru. RSUP Sanglah hanya melakukan pemeliharaan terhadap Prasarana yang ada agar dapat berfungsi optimal.

**Peralatan.** Selama tahun 2015-2019, RSUP Sanglah telah melakukan peningkatan kapasitas peralatan medis rumah sakit seperti untuk pelayanan di Kamar Operasi, pelayanan rawat Inap, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Mata, Pelayanan Intensif dan Anestesi, pelayanan jantung, pelayanan Sterilisasi dan Binatu. Adapun pengadaan alat medis tersebut antara lain: Linac, CT scan, CR, USG, CUSA, Meja Operasi, Ventilator, Mesin Anestesi, lampu operasi, DR, harmonic Scapell, Echo, OCT, TPS, Mobile X Ray, Treadmill, Arthroscopy, C Arm, Cath lab.

Peningkatan fasilitas non medis rumah sakit antara lain Pengadaan perangkat pengolahan data dan komunikasi serta pengadaan alat non medic lainnya seperti, AC split, dan mendapatkan bantuan kendaraan ambulance Eks Asian Games dari Kementerian Kesehatan sebanyak 1 unit. Pembelian kendaraan baik kendaraan untuk Direksi maupun untuk operasional belum pernah dilakukan selama tahun 2015-2019.

### 2.3 Tantangan strategis

Setelah dilakukan analisis Aspirasi stakeholder inti, rumah sakit menentukan tantangan strategis yang tengah dan akan terjadi yang akan menentukan pencapaian visi rumah sakit serta realisasi misi rumah sakit. Tantangan strategis diperoleh melalui analisis isu-isu strategis di lingkungan internal dan eksternal rumah sakit.

Dari berbagai tantangan strategis yang dikompilasikan dapat disimpulkan menjadi beberapa tema yaitu:

1. Kompetensi personal
2. Universal coverage
3. Anggaran terbatas
4. Piutang pihak ke 3
5. Sarana prasarana dan sumber daya organisasi
6. Budaya kinerja dan tata kelola
7. Persaingan yang meningkat dan daya beli pasien
8. *Leadership dan vision*
9. Integrasi Pelayanan Pendidikan dan Penelitian

10. Dukungan suprasistem dan regulasi

11. Koordinasi eksternal dan *Corporate Social Responsibility* (CSR)

#### **2.4. Benchmarking**

Dalam menentukan visi yang dituju, rumah sakit mempertimbangkan beberapa hal, diantaranya benchmark dengan rumah sakit lain yang mempunyai status, kelas dan standar akreditasi yang sama atau lebih tinggi. Dalam hal ini, yang menjadi benchmark adalah :

1. Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Dasar pertimbangannya adalah: RSUPN dr Cipto Mangunkusumo merupakan rumah sakit pendidikan, rujukan nasional, dan sudah terakreditasi internasional dari *Joint Comission International Accreditation (JCIA)*.
2. RS Kariadi Semarang. Dasar Pertimbangannya adalah : rumah sakit pendidikan, rujukan nasional, dan sudah terakreditasi internasional dari *Joint Comission International Accreditation (JCIA)*.
3. Adelaide Hospital Australia. Dasar pertimbangannya adalah : Salah satu Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan RPJMN adalah Meningkatkan kesehatan Ibu, anak, KB dan Kesehatan Reproduksi. RSUP Sanglah juga sedang mengembangkan pelayanan KIA, disamping itu KSM Obgyn/FK UNUD RSUP Sanglah sudah bekerjasama dengan Adelaide Hospital dalam hal pelayanan Obgyn.

#### **2.5. Analisa SWOT**

RSUP Sanglah menyadari bahwa lingkungan rumah sakit telah mengalami perubahan yang sangat cepat. Sehingga dalam mencapai visi tersebut rumah sakit harus melakukan analisa terhadap faktor-faktor yang berpengaruh dalam pencapaian visi tersebut baik lingkungan eksternal maupun lingkungan internal.

Dalam melakukan identifikasi terhadap lingkungan eksternal, rumah sakit mengidentifikasi berbagai macam peluang (*Opportunity*) dan ancaman (*Threat*) dalam mencapai visi. Sedangkan dalam melakukan identifikasi terhadap lingkungan internal, rumah sakit mengidentifikasi kekuatan (*Strength*) dan Kelemahan (*Weakness*) yang dimiliki rumah sakit dalam rangka mencapai visi.

Beberapa faktor Peluang (*Opportunity*) dan Ancaman (*Threat*) di lingkungan eksternal rumah yang teridentifikasi dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 5. Faktor-Faktor yang membentuk Peluang dan Ancaman RSUP Sanglah

No	FAKTOR PELUANG (O)	No	FAKTOR ANCAMAN (T)
1	Kebijakan JKN untuk UHC.	1	Munculnya kompetitor dari RS lain
2	Kerjasama dengan asuransi lain	2	Pengetatan anggaran dari kementerian Kesehatan
3	Sebagai lahan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.	3	Meningkatnya kesadaran masyarakat tentang hukum dan hakaknya.
4	Sebagai Wahana penelitian	4	Perkembangan IPTEKDOKKES yang begitu cepat
5	RS berkedudukan di daerah Pariwisata (Health Tourism)	5	Ketergantungan pada pembayaran klaim BPJS
6	Adanya skema Pembiayaan rumah sakit dari KPBU dan PHLN	6	Sistem Rujukan berjenjang
7	Pengembangan Pelayanan Non BPJS	7	Ketersediaan barang di e-catalog

Tabel 6. Faktor-Faktor yang membentuk Kekuatan dan Kelemahan RSUP Sanglah

No	FAKTOR KEKUATAN (S)	No	KELEMAHAN (W)
1	Rumah Sakit Pendidikan Klas A	1	Gedung banyak yang tua dan rusak
2	Rumah Sakit Rujukan Nasional	2	Peralatan medis kuno dan kurang
3	Terstandard Akreditasi Nasional dan Internasional	3	Penerapan budaya kerja belum optimal
4	Jumlah dan Jenis SDM Subspesialis cukup memadai	4	Lembaga Diklat RS belum terakreditasi
5	Jenis pelayanan yang beragam dan lengkap	5	Ketersediaan dana operasional RS belum mencukupi
6	Memiliki lahan yang luas.		
7	Memiliki IT mandiri		

## 2.6. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis

Untuk menentukan posisi daya saing rumah sakit dalam mencapai visinya, dilakukan penentuan **“Bobot”** dan **“Rating”** dari faktor-faktor Peluang (Opportunity), Ancaman (Threat), Kekuatan (Strength) dan (Weakness). Tujuan dari pembobotan dan rating ini adalah untuk menentukan **“Total Nilai Terbobot”** yang akan dipakai sebagai dasar dalam penentuan posisi rumah sakit pada diagram kartesius. Nilai bobot yang digunakan adalah berkisar antara

*Rencana Strategis Bisnis RSUP Sanglah Tahun 2020-2024* 26

0 (nol) sampai dengan 1 (satu) dimana nilai yang mendekati 1 (satu) dianggap mempunyai bobot (besarnya pengaruh suatu faktor dari keseluruhan faktor) yang besar. Sedangkan nilai rating yang digunakan berkisar antar 0 (nol) sampai dengan 100 (seratus), dimana nilai mendekati 100 (seratus) dianggap mewakili situasi atau keadaan yang paling sesuai dengan situasi rumah sakit saat ini.

**Tabel 7. Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot kekuatan**

No	FAKTOR KEKUATAN	BOBOT	RATING	NILAI
1	Rumah Sakit Pendidikan Klas A	0.20	9	1.80
2	Rumah Sakit Rujukan Nasional	0.20	9	1.80
3	Terstandard Akreditasi Nasional dan Internasional	0.01	9	0.09
4	Jumlah dan Jenis SDM Subspesialis cukup memadai	0.20	9	1.80
5	Jenis pelayanan yang beragam dan lengkap	0.20	9	1.80
6	memiliki lahan yang luas.	0.01	8	0.08
7	Memiliki IT mandiri	0.18	9	1.62
		1.00		8.99

**Tabel 8. Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Kelemahan**

No	FAKTOR KELEMAHAN	BOBOT	RATING	NILAI
1	Gedung banyak yang tua dan rusak	0.30	8	2.40
2	Peralatan medis kuno dan kurang	0.20	8	1.60
3	Penerapan budaya kerja belum optimal	0.10	7	0.70
4	Lembaga Diklat RS belum terakreditasi	0.30	8	2.40
5	Ketersediaan dana operasional RS belum mencukupi	0.10	5	0.50
		1.00		7.60

**Tabel 9. Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Peluang**

No	FAKTOR PELUANG	BOBOT	RATING	NILAI
1	Kebijakan JKN untuk UHC.	0.50	10	5.00
2	Kerjasama dengan asuransi lain	0.15	8	1.20
3	Sebagai lahan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.	0.10	7	0.70
4	Sebagai Wahana penelitian	0.05	6	0.30
5	RS berkedudukan di daerah Pariwisata (Health Tourism)	0.10	8	0.80
6	Adanya skema Pembiayaan rumah sakit dari KPBU dan PHLN	0.10	6	0.60
		1.00		8.60

**Tabel 10. Identifikasi dan penentuan total nilai terbobot Ancaman**

No	FAKTOR ANCAMAN	BOBOT	RATING	NILAI
1	Munculnya kompetitor dari RS lain	0.01	4	0.04
2	Pengetatan anggaran dari kementerian Kesehatan	0.01	2	0.02
3	Meningkatnya tuntutan hukum oleh masyarakat terkait pelayanan RS	0,05	6	0.30
4	Perkembangan IPTEKDOKKES yang begitu cepat yang sulit diikuti	0.10	4	0.40
5	Ketergantungan pada pembayaran klaim BPJS	0.70	8	5.60
6	Sistem Rujukan berjenjang	0.03	2	0.06
7	Ketersediaan barang di e-catalog	0.10	3	0.30
		1.00		6.72

Berdasarkan tabel nilai terbobot di atas, untuk menentukan posisi rumah sakit dalam diagram kartesius dilakukan perhitungan sebagai berikut:

Nilai Sumbu X = total nilai terbobot **Kekuatan** dikurangi total nilai terbobot **Kelemahan**

$$\text{Nilai Sumbu X} = 8.99 \text{ (Tabel 7)} - 7.60 \text{ (Tabel 8)} = 1,39$$

Nilai Sumbu Y = total nilai terbobot **Peluang** dikurangi total nilai terbobot **Ancaman**

$$\text{Nilai Sumbu Y} = 8,60 \text{ (Tabel 9)} - 6,72 \text{ (Tabel 10)} = 1,88$$

Sehingga dari perhitungan di atas posisi Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah dapat dilihat pada Gambar di bawah ini.



**Gambar 2. Posisi RSUP Sanglah dalam Diagram Kartesius**

Berdasarkan gambar di atas, posisi RSUP Sanglah jatuh di kwadran I, yang menggambarkan posisi total nilai kekuatan melebihi total nilai kelemahan dan total nilai peluang melebihi total nilai ancaman. Oleh karena itu, maka strategi yang sebaiknya ditetapkan adalah strategi pengembangan pasar, strategi pengembangan produk, strategi penetrasi pasar, strategi pengembangan konglomerasi, strategi Integrasi horizontal dan strategi Integrasi kedepan (forward)

## 2.7. Analisa TOWS

Setelah mengetahui posisi dari rumah sakit, maka RSUP Sanglah menentukan sasaran strategis yang akan dilakukan. Sasaran strategis yang diidentifikasi diperoleh melalui analisa TOWS. Sasaran strategis menggambarkan upaya strategis yang akan diwujudkan oleh rumah sakit dalam rangka merealisasikan visi dalam kurun waktu 2020-2024. Analisa Sasaran Strategis rumah sakit dilakukan dengan cara mempertemukan:

- (i) hasil identifikasi kekuatan rumah sakit dan peluang rumah sakit
- (ii) hasil identifikasi kekuatan rumah sakit dan ancaman rumah sakit
- (iii) hasil identifikasi kelemahan rumah sakit dan peluang rumah sakit
- (iv) hasil identifikasi kelemahan rumah sakit dan rumah sakit

Untuk setiap kondisi di atas, ditentukan upaya-upaya strategis rumah sakit yang perlu dilakukan dari perspektif keuangan, konsumen, proses bisnis, dan pengembangan SDM dan organisasi.

Tabel 11. Analisis TOWS

		<b>Faktor KEKUATAN</b>	<b>Faktor KELEMAHAN</b>
		1 Rumah Sakit Pendidikan Klas A	1 Pemanfaatan system IT belum maksimal
		2 Rumah Sakit Rujukan Nasional	2 Gedung banyak yang tua dan rusak
		3 Terstandard Akreditasi Nasional dan	3 Peralatan medis kuno dan kurang
		4 Jumlah dan Jenis SDM Subspesialis cukup	4 Masih banyaknya SDM non Medis dengan kompetensi
		5 Jenis pelayanan yang beragam dan lengkap	5 Sistem pengadaan belum terintegrasi
		6 memiliki lahan yang luas.	6 Penerapan budaya kerja belum optimal
		7 Memiliki IT mandiri	7 Lembaga Diklat RS belum terakreditasi
		8	8 Ketersediaan dana operasional RS belum mencukupi
<b>Faktor PELUANG</b>			
1	Kebijakan JKN untuk UHC.	1 memanfaatkan status RS klas A untuk optimalisasi pelayanan JKN	1 Maksimalkan pemanfaatan sistem IT untuk menangkap peluang kebijakan UHC JKN dan asuransi lainnya
2	Kerjasama dengan asuransi lain	2 Manfaatkan status sebagai RS Rujukan	2 Lengkapi dan modernisasi peralatan medis untuk
3	Sebagai lahan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.	3 memanfaatkan akreditasi RS untuk optimalisasi pelayanan JKN	3 Sesuaikan kualifikasi dan kompetensi SDM non Medis untuk menangkap peluang kebijakan UHC JKN dan
4	Sebagai Wahana penelitian	4	4 Integrasikan sistem pengadaan untuk menangkap peluang kebijakan UHC JKN dan asuransi lainnya
5	RS berkedudukan di daerah Pariwisata (Health	5	5 Optimalkan budaya kerja untuk mengantisipasi kebijakan
6	Adanya skema Pembiayaan rumah sakit dari KPBU		6 Tingkatkan budaya kerja untuk melakukan pendidikan,
7			7 Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung diklat
8			8 Sediakan dana operasional yang cukup untuk
			9 Ganti gedung yang tua dan rusak berat, renovasi
<b>Faktor ANCAMAN</b>			
1	Munculnya kompetitor dari RS lain	1 Diversifikasi pelayanan untuk	1 Maksimalkan pemanfaatan IT untuk meningkatkan mutu
2	Pengetatan anggaran dari kementerian Kesehatan	2 Target pasar (market share) non JKN	2 Tingkatkan Budaya kerja untuk meningkatkan daya
3	Meningkatnya tuntutan hukum oleh masyarakat	3	3 Konsolidasi pengadaan Barang dan Jasa
4	Perkembangan IPTEKDOKKES yang begitu cepat	4	4
5	Ketergantungan pada pembayaran klaim BPJS	5	
6	Sistem Rujukan berjenjang	6	
7	Ketersediaan barang di e-catalog	7	
8	Munculnya kompetitor dari RS lain		

## 2.8. Analisa dan Mitigasi Risiko

Mengingat perjalanan pencapaian visi yang sangat panjang, yaitu 5 (lima) tahun berbagai halangan dan hambatan dapat muncul di segala aspek, baik finansial maupun non-finansial (regulasi, masyarakat, pengguna jasa UPT vertikal, supplier, pesaing, atau unsur *stakeholders* inti rumah sakit). Berbagai kemungkinan kejadian yang dapat menghalangi keterwujudan sasaran strategis, disebut dengan “risiko”. Risiko harus diidentifikasi, dinilai dan dimitigasi untuk mengurangi ataupun kalau memungkinkan menghilangkannya. Bab ini akan menjelaskan penilaian risiko dan mitigasi risiko.

### 2.8.1 Identifikasi Risiko

Bagian ini menjelaskan apa saja risiko yang dapat dialami oleh rumah sakit untuk mewujudkan suatu sasaran strategis dalam kurun waktu 2020-2024. Sebuah sasaran strategis dapat mempunyai lebih satu jenis risiko atau lebih. Identifikasi risiko dari masing-masing Sasaran Strategis di RSUP Sanglah dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 14. Jenis Risiko Berdasarkan Sasaran Strategis**

No	Perspektif/ Sasaran Strategis		Risiko
<b>A</b>	<b>Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (SDM, Sarana dan Prasarana)</b>		
1	Tercapainya kompetensi dan kualifikasi SDM non Medis	1	Buruknya proses penilaian kesenjangan kompetensi
		2	Buruknya proses peningkatan kompetensi SDM non Medis
2	Pemanfaatannya sistem IT untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	3	perubahan kebijakan dalam implementasi IT
		4	Tidak optimalnya penggunaan modul SIMRS oleh User
3	Integrasikan sistem pengadaan untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	5	belum optimalnya integrasi sistem IT pengadaan
		6	Buruknya kesadaran user untuk memanfaatkan modul IT sistem Pengadaam
4	Optimalkan budaya kerja untuk memaksimalkan pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian	7	buruknya proses penetapan Indeks budaya kerja
5	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM	8	Kurangnya dukungan semua pihak untuk akreditasi diklat
		9	Minimnya SDM pengelola diklat yang tersertifikasi
6	Peremajaan Gedung dan Alat Medis melalui mekanisme KPBU, PHLN.	10	lemahnya perencanaan peremajaan Gedung dan alat medis
		11	Minimnya dukungan anggaran untuk peremajaan gedung dan alat medis
<b>B</b>	<b>Perspektif Proses Bisnis Internal</b>		
7	Meningkatkan respon time di poliklinik (100%)	12	Lemahnya kesadaran dan tanggungjawab DPJP



		13	lemahnya pengambilan keputusan pelayanan oleh residen dan DPJP
8	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap kurang dari jam 11 (100%) ( sesuai standar nasional)	14	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP
		15	lemahnya pengawasan pihak manajemen
9	Waktu tanggap kedaruratan 5 menit (100%)	16	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP
		17	lemahnya pengawasan terhadap residen
10	Optimalisasi penggunaan aset	18	kurangnya inventarisasi terhadap aset yang dimiliki
		19	kurangnya inovasi penggunaan aset yang dimiliki
11	Pengembangan pelayanan Unggulan, optimalisasi pelayanan lainnya	20	Inkonsisten pengembangan layanan baru dan unggulan
		21	keterbatasan alat medis yang tersedia
12	Modernisasi sistem layanan berbasis IT	22	buruknya kemauan dan tanggung jawab user dalam penggunaan IT
13	Pengendalian Belanja	23	Buruknya monitoring
		24	In-efisiensi anggaran operasional
<b>C</b>	<b>Perspektif Customer</b>		
14	Meningkatkan Loyalitas Pelanggan	25	Rendahnya loyalitas pasien yang berkunjung
		26	Buruknya tindak lanjut hasil evaluasi
15	Meningkatkan Kepuasan pelanggan	27	Rendahnya kepuasan pelanggan internal dan eksternal
		28	buruknya tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan
<b>D</b>	<b>Perspektif Keuangan</b>		
16	Terwujudnya peningkatan pendapatan	29	Keterlambatan klain BPJS
		30	Kurangnya inovasi peningkatan pendapatan
17	Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat	31	Buruknya tata kelola keuangan

### Penilaian Tingkat Risiko

Setelah dilakukan identifikasi risiko untuk masing-masing Sasaran Strategis, maka dilakukan penilaian tingkat risiko dari masing-masing risiko. Pengukuran tingkat risiko dilakukan dengan memperhatikan tingkat kemungkinan kemunculan suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi suatu sasaran strategis rumah sakit.

Untuk menentukan kemungkinan risiko terjadi pada suatu dipakai patokan sebagai berikut:

- Kemungkinan risiko terjadi **sangat besar** : dipastikan akan sangat mungkin terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis rumah sakit dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar di atas 0,8 sampai 1,0.

- kemungkinan risiko terjadi **besar** : kemungkinan besar terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis rumah sakit dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,6 sampai dengan 0,8.
- kemungkinan risiko terjadi **sedang** : kemungkinan sedang terjadinya risiko untuk memengaruhi suatu sasaran strategis rumah sakit dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,4 sampai dengan 0,6.
- kemungkinan risiko terjadi **kecil** : kemungkinan kecil risiko dapat terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis rumah sakit dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0,2 sampai dengan 0,4.
- kemungkinan risiko terjadi **sangat kecil** : kemungkinan sangat kecil risiko dapat terjadi untuk memengaruhi suatu sasaran strategis rumah sakit dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0 sampai dengan 0,2.

Untuk menentukan besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis dari rumah sakit digunakan patokan sebagai berikut:

- Dampak risiko **tidak penting** : risiko mempunyai pengaruh sangat kecil pada suatu sasaran strategis rumah sakit, namun sasaran strategis tersebut masih bisa dicapai.
- Dampak risiko **minor** : risiko mempunyai pengaruh kecil pada suatu sasaran strategis rumah sakit dan memerlukan sedikit upaya penanganan.
- Dampak risiko **medium** : risiko mempunyai pengaruh sedang pada suatu sasaran strategis rumah sakit dan membutuhkan upaya cukup serius penanganannya.
- Dampak risiko **mayor atau besar**: risiko mempunyai pengaruh besar pada suatu sasaran strategis rumah sakit dan membutuhkan upaya serius penanganannya.
- Dampak risiko **malapetaka** : risiko mempunyai pengaruh tidak terpenuhinya suatu sasaran strategis RSUP Sanglah dan membutuhkan upaya sangat serius penanganannya.

Berdasarkan pertemuan antara estimasi tingkat kemungkinan risiko terjadi dan estimasi besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis rumah sakit dapat dinilai suatu **tingkat risiko** dengan kualifikasi sebagai terlihat pada tabel 15.

- (a) Risiko Rendah (kode R)

- (b) Risiko Moderat (kode M)
- (c) Risiko Tinggi (kode T, warna kuning)
- (d) Risiko Ekstrim (kode E, warna merah)

**Tabel 15. Matriks Risiko untuk menentukan tingkat risiko UPT vertikal**

Kemungkinan (Likelihood)		Dampak Risiko (Consequences)				
		Tidak Penting	Minor	Medium	Mayor	Malapetaka
		1	2	3	4	5
I	Kemk Sangat Besar	T	T	E	E	E
II	Kemk Besar	M	T	T	E	E
III	Kemk Sedang	R	M	T	E	E
IV	Kemk Kecil	R	R	M	T	E
V	Kemk Sangat Kecil	R	R	M	T	T

E = risiko ekstrim, T = risiko tinggi, M = risiko moderat, R = risiko rendah

Merujuk pada tabel 15, di bawah ini dijelaskan penilaian tingkat risiko RSUP Sanglah.

Tabel 16. Penentuan tingkat risiko Sasaran Strategis

No	Perspektif/ Sasaran Strategis	No	Risiko	Kemungkinan Risiko	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna
A	<b>Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (SDM,Sarana dan Prasarana)</b>						
1	Tercapainya kompetensi dan kualifikasi SDM non Medis	1	Buruknya proses penilaian kesenjangan kompetensi	Besar	Mayor	Ekstrem	Red
		2	Buruknya proses peningkatan kompetensi SDM non Medis	Besar	Mayor	Ekstrem	Red
2	Pemanfaatannya sistem IT untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	3	perubahan kebijakan dalam implementasi IT	Besar	Mayor	Ekstrem	Red
		4	Tidak optimalnya penggunaan modul SIMRS oleh User	Besar	Medium	Tinggi	Yellow
3	Integrasikan sistem pengadaan untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	5	belum optimalnya integrasi sistem IT pengadaan	Besar	Mayor	Ekstrem	Red
		6	Buruknya kesadaran user untuk memanfaatkan modul IT sistem Pengadaam	Besar	Medium	Tinggi	Yellow
4	Optimalkan budaya kerja untuk memaksimalkan pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian	7	buruknya proses penetapan Indeks budaya kerja	Besar	Mayor	Tinggi	Red
5	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM	8	Kurangnya dukungan semua pihak untuk akreditasi diklat	Besar	Mayor	Tinggi	Red
		9	Minimnya SDM pengelola diklat yang tersertifikasi	Besar	Mayor	Tinggi	Red
6	Peremajaan Gedung dan Alat Medis melalui mekanisme KPBU, PHLN.	10	lemahnya perencanaan peremajaan Gedung dan alat medis	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
		11	Minimnya dukungan anggaran untuk peremajaan gedung dan alat medis	Sedang	Minor	Moderat	Yellow

No	Perspektif/ Sasaran Strategis	No	Risiko	Kemungkinan Risiko	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna
<b>B</b>	<b>Perspektif Proses Bisnis Internal</b>						
7	Meningkatkan respon time di poliklinik (100%)	12	Lemahnya kesadaran dan tanggungjawab DPJP	Besar	Mayor	Tinggi	Yellow
		13	lemahnya pengambilan keputusan pelayanan oleh residen dan DPJP	Besar	Mayor	Tinggi	Red
8	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap kurang dari jam 11 (100%) ( sesuai standar nasional)	14	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP	Besar	Mayor	Tinggi	Red
		15	lemahnya pengawasan pihak manajemen	Besar	Mayor	Tinggi	Red
9	Waktu tanggap kedaruratan 5 menit (100%)	16	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP	Besar	Mayor	Tinggi	Red
		17	lemahnya pengawasan terhadap residen	Besar	Mayor	Tinggi	Red
10	Optimalisasi penggunaan aset	18	kurangnya inventarisasi terhadap aset yang dimiliki	Besar	Mayor	Tinggi	Red
		19	kurangnya inovasi penggunaan aset yang dimiliki	Besar	Mayor	Tinggi	Red
11	Pengembangan pelayanan Unggulan, optimalisasi pelayanan lainnya	20	Inkonsisten pengembangan layanan baru dan unggulan	Besar	Mayor	Tinggi	Red
		21	keterbatasan alat medis yang tersedia	Sedang	Medium	Tinggi	Red
12	Modernisasi sistem layanan berbasis IT	22	buruknya kemauan dan tanggung jawab user dalam penggunaan IT	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
13	Pengendalian Belanja	23	Buruknya monitoring Pengendalian Belanja	Kecil	Mayor	Tinggi	Yellow
		24	In-efisiensi anggaran operasional	Kecil	Mayor	Tinggi	Yellow
<b>C</b>	<b>Perspektif Customer</b>						
14	Meningkatkan Loyalitas Pelanggan	25	Rendahnya loyalitas pasien yang berkunjung	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
		26	Buruknya tindak lanjut hasil evaluasi	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
15	Meningkatkan Kepuasan pelanggan	27	Rendahnya kepuasan pelanggan internal dan eksternal	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
		28	buruknya tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan	Sedang	Minor	Moderat	Yellow
<b>D</b>	<b>Perspektif Keuangan</b>						
16	Terwujudnya peningkatan pendapatan	29	Keterlambatan klaim BPJS	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrem	Red
		30	buruknya inovasi peningkatan pendapatan	Besar	Medium	Tinggi	Yellow
17	Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat	31	Buruknya tata kelola keuangan	Besar	Medium	Tinggi	Yellow

Bila disajikan dalam matriks risiko, maka keseluruhan risiko yang teridentifikasi dalam tabel di atas diperlihatkan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 17. Posisi berbagai risiko dalam Matriks Risiko

Kemungkinan (Likelihood)		Dampak Risiko (Consequences)				
		Tidak Penting	Minor	Medium	Mayor	Malapetaka
		1	2	3	4	5
I	Kemk Sangat Besar					29
II	Kemk Besar			4,6,30,31	1,2,3,5,7,8,9,12,13,14, 15,16,17,18,19,20	
III	Kemk Sedang		10,11, 22,25,26,27,28	21		
IV	Kemk Kecil				23,24	
V	Kemk Sangat Kecil					

#### Rencana Mitigasi Risiko

Setelah dilakukan identifikasi dan penilaian tingkat risiko, maka dilakukan rencana mitigasi risiko, yang merupakan upaya nyata yang dibutuhkan rumah sakit untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Pada bagian ini, rencana mitigasi risiko didefinisikan berdasarkan hasil pada tahap sebelumnya. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam kendali suatu rumah sakit. Tabel berikut di bawah ini menyajikan sasaran strategis, risiko, tingkat risiko, dan rencana mitigasinya, khususnya untuk menangani level risiko yang berstatus **ekstrim** atau **tinggi**.

Rencana mitigasi yang diidentifikasi umumnya merupakan berbagai tindakan konkrit yang perlu diwujudkan agar rumah sakit di kemudian hari dapat meniadakan atau mereduksi status tingkat risikonya dari tingkat risiko EKSTRIM atau TINGGI menjadi tingkat risiko MEDIUM atau RENDAH. Rencana mitigasi dapat diarahkan untuk mengupayakan memperkecil atau meniadakan tingkat kemungkinan terjadinya suatu risiko dan/atau memperkecil atau meniadakan besar dampak suatu risiko. Rencana mitigasi risiko terhadap Sasaran Strategis RSUP Sanglah disertai penanggung jawab penanganannya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 18. Rencana Mitigasi Risiko**

No	Perspektif/ Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna	Rencana mitigasi resiko	PIC
<b>A Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (SDM,Sarana dan Prasarana)</b>								
1	Tercapainya kompetensi dan kualifikasi SDM non Medis	1 Buruknya proses penilaian kesenjangan kompetensi	Besar	Mayor	Ekstrem		membuat modul penilaian kompetensi dan melakukan penilaian secara bersinarmungan	SDM
		2 Buruknya proses peningkatan kompetensi SDM non Medis	Besar	Mayor	Ekstrem		Melakukan peningkatan kompetensi SDM non Medis melalui pendidikan dan pelatihan	SDM
2	Pemanfaatannya sistem IT untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	3 perubahan kebijakan dalam implementasi IT	Besar	Mayor	Ekstrem		ikuti aturan yang ada dlm pengembangan IT	UMOP
		4 Tidak optimalnya penggunaan modul SIMRS oleh User	Besar	Medium	Tinggi		sosialisasi dan pendampingan implementasi SIMRS	UMOP
3	Integrasikan sistem pengadaan untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	5 belum optimalnya integrasi sistem IT pengadaan	Besar	Mayor	Ekstrem		perbaikan, sosialisasi dan pendampingan sisten IT pengadaan	UMOP
		6 Buruknya kesadaran user untuk memanfaatkan modul IT sistem Pengadaam	Besar	Medium	Tinggi		sosialisasi dan pendampingan implementasi SIMRS	UMOP
4	Optimalkan budaya kerja untuk memaksimalkan pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian	7 buruknya proses penetapan Indeks budaya kerja	Besar	Mayor	Tinggi		pembuatan, penetapan dan penilaian indek budaya kerja	SDM
5	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM	8 Kurangnya dukungan semua pihak untuk akreditasi diklat	Besar	Mayor	Tinggi		persiapan dan penilaian akreditasi diklat	SDM
		9 Minimnya SDM pengelola diklat yang tersertifikasi	Besar	Mayor	Tinggi		Pelatihan SDM pengelola diklat	SDM
6	Peremajaan Gedung dan Alat Medis melalui mekanisme KPBU, PHLN.	10 lemahnya perencanaan peremajaan Gedung dan alat medis	Sedang	Minor	Moderat		rencanakan peremajaan gedung, alat medis, buatkan proposal	UMOP
		11 Minimnya dukungan anggaran untuk peremajaan gedung dan alat medis	Sedang	Minor	Moderat		Pembuatan proposal dukungan anggaran melalui KPBU dan PHLN	KEU

No	Perspektif/ Sasaran Strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna	Rencana mitigasi resiko	PIC	
<b>B Perspektif Proses Bisnis Internal</b>									
7	Meningkatkan respon time di poliklinik (100%)	12	Lemahnya kesadaran dan tanggungjawab DPJP	Besar	Mayor	Tinggi		sosialisasi dan monev	MED
		13	lemahnya pengambilan keputusan pelayanan oleh residen dan DPJP	Besar	Mayor	Tinggi		sosialisasi dan monev	MED
8	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap kurang dari jam 11 (100%) ( sesuai standar nasional)	14	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP	Besar	Mayor	Tinggi		sosialisasi dan monev	MED
		15	lemahnya pengawasan pihak manajemen	Besar	Mayor	Tinggi		sosialisasi dan monev	MED
9	Waktu tanggap kedaruratan 5 menit (100%)	16	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP	Besar	Mayor	Tinggi		sosialisasi dan monev	MED
		17	lemahnya pengawasan terhadap residen	Besar	Mayor	Tinggi		sosialisasi dan monev	MED
10	Optimalisasi penggunaan aset	18	kurangnya inventarisasi terhadap aset yang dimiliki	Besar	Mayor	Tinggi		Inventarisasi dan penggunaan aset yang ada	UMOP
		19	kurangnya inovasi penggunaan aset yang dimiliki	Besar	Mayor	Tinggi		tingkatkan inovasi penggunaan aset	UMOP
11	Pengembangan pelayanan Unggulan, optimalisasi pelayanan lainnya	20	Inkonsisten pengembangan layanan baru dan unggulan	Besar	Mayor	Tinggi		tingkatkan komitmen dlm pengembangan layanan baru	MED
		21	keterbatasan alat medis yang tersedia	Sedang	Medium	Tinggi		rencanakan kebutuhan alat medis	UMOP
12	Modernisasi sistem layanan berbasis IT	22	buruknya kemauan dan tanggung jawab user dalam penggunaan IT	Sedang	Minor	Moderat		sosialisasi dan pendampingan user dalam penggunaan IT	UMOP
13	Pengendalian Belanja	23	Buruknya monitoring Pengendalian Belanja	Kecil	Mayor	Tinggi		tingkatkan monev	KEU
		24	In-efisiensi anggaran operasional	Kecil	Mayor	Tinggi		tingkatkan efisiensi anggaran	KEU
<b>C Perspektif Customer</b>									
14	Meningkatkan Loyalitas Pelanggan	25	Rendahnya loyalitas pasien yang berkunjung	Sedang	Minor	Moderat		inovasi untuk meningkatkan loyalitas pelanggan	UMOP
		26	Buruknya tindak lanjut hasil evaluasi	Sedang	Minor	Moderat		tindak lanjut hasil evaluasi	UMOP
15	Meningkatkan Kepuasan pelanggan	27	Rendahnya kepuasan pelanggan internal dan eksternal	Sedang	Minor	Moderat		inovasi peningkatan kepuasan pelanggan internal dan eksternal	UMOP
		28	buruknya tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan pelanggan	Sedang	Minor	Moderat		Tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan	UMOP
<b>D Perspektif Keuangan</b>									
16	Terwujudnya peningkatan pendapatan	29	Keterlambatan klaim BPJS	Sangat Besar	Malapetaka	Ekstrem		Percepatan penyelesaian dokumen klaim BPJS	KEU
		30	buruknya inovasi peningkatan pendapatan	Besar	Medium	Tinggi		ciptakan inovasi peningkatan pendapatan	KEU
17	Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat	31	Buruknya tata kelola keuangan	Besar	Medium	Tinggi		perbaiki tata kelola keuangan	KEU



### **BAB III**

## **ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS**

Visi untuk menjadi Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia yang dicanangkan pada Rencana Strategis 2010-2014 sudah tercapai di tahun 2013 dengan diraihnya sertifikat dari Joint Commission International (JCI), dan sudah dapat dipertahankan di tahun 2019.

Meskipun demikian, lingkungan internal yang telah berubah dalam lima tahun terakhir serta lingkungan eksternal yang juga berubah dan akan terus berubah dalam lima tahun ke depan, menuntut rumah sakit untuk menentukan arah dan prioritas strategis yang baru dengan menentukan Visi yang ingin dicapai di akhir periode Rencana Bisnis Strategis ini dan upaya yang akan dilakukan untuk mencapai visi tersebut. Visi yang ingin dicapai di akhir periode 2020-2024 mengacu pada visi dari kementerian Kesehatan RI, disamping itu juga didasarkan kepada evaluasi pelaksanaan Rencana strategis periode 2015-2019, serta hasil diskusi antara manajemen puncak RSUP Sanglah dengan manajemen puncak Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

#### 3.1. Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Falsafah dan Keyakinan Dasar

##### **VISI:**

RSUP Sanglah Denpasar sebagai rumah sakit pendidikan yang merupakan UPT Kementerian Kesehatan, maka perlu mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan sehingga sasaran atau goal yang telah ditetapkan setahap demi setahap dapat diwujudkan. Tahun 2019 ini Visi Kementerian maupun Unit Kerja diharapkan mengacu pada Visi dan Misi Presiden Indonesia. Visi Presiden tahun 2020-2024 adalah **”Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, berlandaskan Gotong royong”**. Untuk mewujudnya Visi Preseden tahun 2020-2024 tersebut, **Kementerian Kesehatan** menjabarkan Visi Presiden di bidang kesehatan menjadi: **Menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan**. Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar sebagai UPT Kementerian Kesehatan menjabarkan Visi Presiden dengan tetap mengacu pada penjabaran Kementerian Kesehatan menetapkan **Visi RSUP Sanglah Denpasar** sbb:

**“Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024”**

## **MISI:**

Visi tersebut diupayakan untuk dicapai melalui Misi. Misi Presiden tahun 2020-2024 adalah:

1. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia.
2. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya saing.
3. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan.
4. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan.
5. Memajukan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa.
6. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan terpercaya.
7. Perlindungan bagi segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga.
8. Pengelolaan Pemerintah yang Bersih Efektif, dan Terpercaya.
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.

Kementerian Kesehatan Menjabarkan Misi Presiden menjadi:

5. Menurunkan angka Kematian Ibu dan Bayi.
6. Menurunkan angka Stunting pada balita.
7. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional.
8. Meningkatkan Kemandirian dan Penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

Misi Presiden dan penjabaran Kementerian Kesehatan digunakan sebagai **Misi RSUP Sanglah Denpasar**. Misi RSUP Sanglah Denpasar adalah sebagai berikut:

6. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau
7. Menyelenggarakan Pendidikan Terintegrasi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.
8. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit.
9. Menciptakan Tata Kelola Rumah Sakit yang baik.
10. Membangun jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait

Visi dan Misi Presiden 2020-2024 dijadikan pedoman oleh seluruh Kementerian dan Lembaga termasuk seluruh Unit Pelaksana Teknis termasuk oleh Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Dalam menyusun Rencana Strategis RSUP Sanglah dilandasi filosofi

dasar yang menjadi pendorong semangat kerja seluruh pimpinan dan karyawan rumah sakit. Rumusan falsafah dasar RSUP Sanglah memiliki perspektif ke masa depan sejalan dengan perkembangan era globalisasi yang diwarnai dengan persaingan yang semakin keras. Selain itu, falsafah dasar RSUP ini juga tetap dilandasi sikap profesionalisme staf, altruistik dan kompetensi tinggi di bidang pelayanan kedokteran dan keperawatan yang beretika, bermoral, dan empati.

## **TUJUAN STRATEGIS**

Tujuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar adalah:

1. Terwujudnya Rumah Sakit yang Unggul dan Mandiri.
2. Terwujudnya Pelayanan yang Paripurna, mandiri dan terjangkau.
3. Terwujudnya Pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.
4. Terselenggaranya penelitian kesehatan berbasis rumah sakit.
5. Terciptanya Tata Kelola Rumah Sakit yang baik.
6. Terwujudnya jejaring kesehatan dan kerjasama dengan pemangku kepentingan terkait.

## **FALSAFAH RSUP SANGLAH:**

”Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian”.

## **KEYAKINAN DASAR**

Disamping Visi, Misi dan Falsafah di atas, RSUP Sanglah telah melakukan evaluasi terhadap **Keyakinan Dasar** yang akan dijadikan pedoman bagi segenap pegawai RSUP Sanglah dalam berinteraksi dengan segenap stakeholders di kehidupan sehari-hari.

**Keyakinan Dasar** berjumlah 5 (lima) yaitu:

1. **Integritas**
2. **Profesional**
3. **Tat Twam Asi**
4. **Efektif**
5. **Kebersamaan**

Arti kelima keyakinan dasar tersebut adalah sebagai berikut:

1. Integritas  
Keselarasan antara ucapan, pikiran dan tindakan
2. Profesional  
Melaksanakan tugas dengan penuh tanggungjawab sesuai keahlian dan terus mengupayakan pengembangan diri
3. Tat Twam Asi  
Peduli; belarasa, peka dalam melayani kebutuhan pelanggan, tulus ikhlas
4. Efektif  
Memanfaatkan sumber daya sesuai kebutuhan dengan menggunakan waktu, tenaga dan biaya secara tepat
5. Kebersamaan  
mampu bekerjasama dengan kompetensi yang sesuai dengan tugasnya untuk mencapai visi dan misi organisasi

Perpaduan antara Visi, Misi, Falsafah dan Keyakinan Dasar ini akan dijadikan pedoman dan pegangan dalam mencapai Visi RSUP Sanglah di tahun 2024.

Di bawah ini juga akan dijelaskan mengenai arti dari Logo Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

## **LOGO RSUP SANGLAH**

**Gambar 1. Logo RSUP Sanglah**



### **Makna Logo RSUP Sanglah**

#### **1. Garuda Wisnu**

- a. Melambangkan simbol khas/maskot masyarakat Bali
- b. Merupakan manifestasi Tuhan dalam memelihara ciptaannya, yang juga merupakan tugas insan rumah sakit

- c. Bulu pada sayap garuda melambangkan RSUP Sanglah siap terbang mengarungi dunia kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
- d. Dharma Cakra Mudra adalah sikap tangan (Wisnu) yang mengandung makna perputaran dharma.
- e. Posisi menghadap kekanan bermakna mengarah atau berpedoman kepada kebenaran
- f. Warna kuning emas melambangkan kemuliaan

## 2. *Palang Hijau*

Melambangkan pelayanan, pendidikan dan penelitian dibidang kesehatan untuk seluruh lapisan masyarakat

## 3. *Lingkaran*

- a. Melambangkan kebulatan tekad seluruh karyawan RSUP Sanglah untuk mewujudkan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan yang prima sehingga terwujud rumah sakit yang unggul di tingkat nasional maupun internasional.
- b. Warna biru melambangkan ketenangan dan ketentraman

### 3.2 Arah dan Kebijakan *Stakeholders* Inti

Sebagai tahap awal dalam penyusunan Rencana Strategis (RSB) ini dilakukan Analisis aspirasi *stakeholders* inti rumah sakit. *Stakeholders* inti adalah berbagai pihak utama yang berkepentingan atas pencapaian visi RSUP Sanglah. Analisis aspirasi ini didahului oleh kompilasi mengenai “*Harapan dan Kekhawatiran*” berbagai *stakeholders* inti rumah sakit. Analisis ini menjelaskan apa saja harapan dan kekhawatiran dari setiap *stakeholders* inti rumah sakit. Pihak-pihak utama ini meliputi: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Pemerintah Daerah, Insitusi Pendidikan Kedokteran terkait, pasien, karyawan, supplier, dll. Hasil kompilasi dari berbagai *stakeholder* inti rumah sakit ini dapat dilihat pada table di bawah ini.

**Tabel 4. Analisis *stakeholders* inti**

NO	Komponen <i>Stakeholders</i>	Harapan	Kekhawatiran
1	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan/ Ketua Dewan Pengawas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Isue Strategis yang harus diselesaikan: Stunting, SDM Unggul, JKN, Yankes Dasar,, RS harus mampu berinovasi</li> <li>– RS mengembangkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agar RS mampu bersaing</li> <li>– RS Mampu mengembangkan pelayanan dengan</li> </ul>

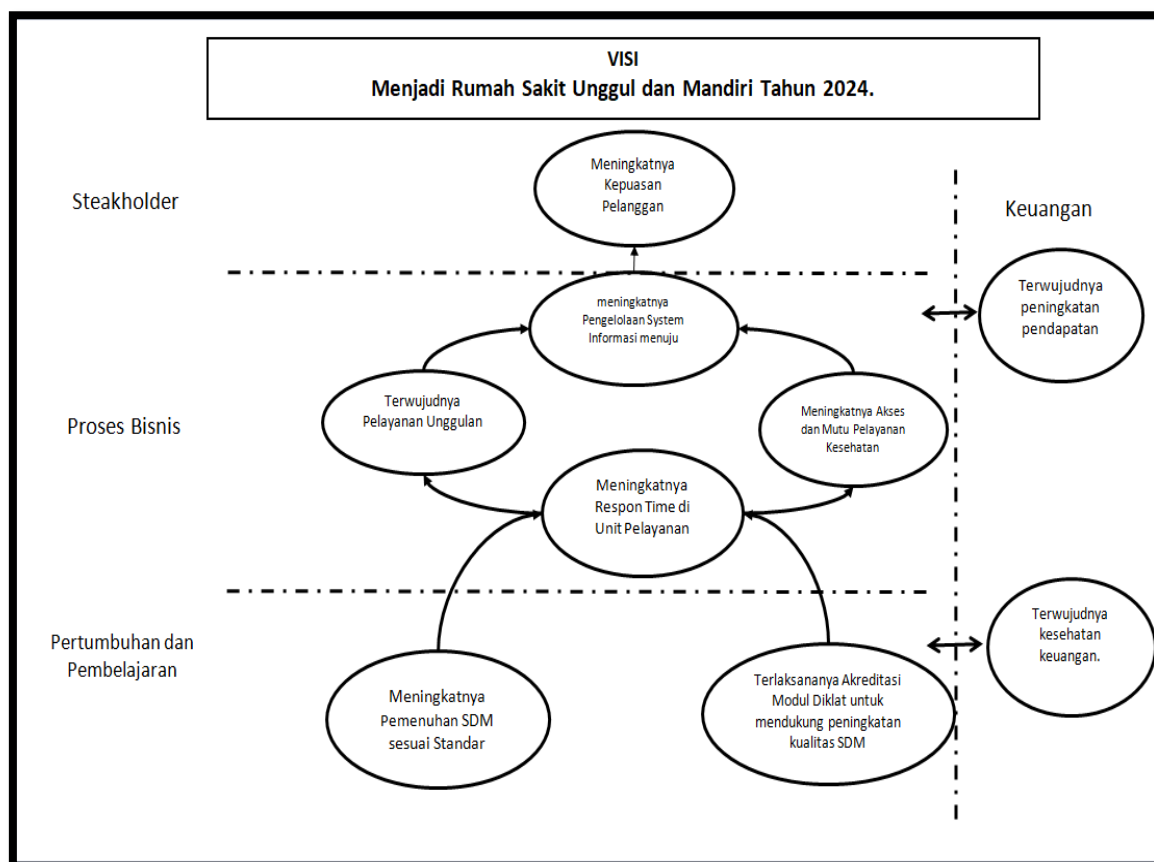
	RSUP Sanglah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pelayanan unggulan.</li> <li>- DPJP standby di Poliklinik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sasaran pasien non BPJS.</li> <li>- Tidak mampu memberikan pelayanan yang optimal</li> <li>- Tidak mampu memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit</li> </ul>
2	FK UNUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelayanan bisa dilakukan dengan 2 shift seperti di Kamar Operasi serta di Poliklinik</li> <li>- Memprioritaskan pendidikan, penelitian dan pelayanan</li> <li>- Menjadi wahana pendidikan dokter primer, spesialisasi dan subspecialistik</li> <li>- Terselenggaranya proses pendidikan dengan baik</li> <li>- Mahasiswa berpraktek sesuai standar RS</li> <li>- Mahasiswa bisa mendapatkan ilmu dan teknologi</li> <li>- Menciptakan dokter berkualitas dan kompeten</li> <li>- Pembiayaan peserta didik ke RS minimal</li> <li>- Turut monitor peserta didik secara kontinyu</li> <li>- Proses pendidikan unggul</li> <li>- Indikator no 7 sebaiknya berbunyi” Keberadaan DPJP diseluruh Poliklinik”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biaya praktek di rumah sakit tinggi</li> <li>- Sarana/prasarana tidak memadai</li> <li>- Lebih mengutamakan pelayanan daripada pendidikan dan penelitian</li> <li>- Tidak tercapainya proses pendidikan yg baik</li> <li>- Lulusan dokter tdk berkualitas.</li> <li>- Peserta didik bekerja sendiri tanpa bimbingan terstruktur</li> <li>- Dikawatirkan yang memberikan pelayanan hanya residen saja, sehingga Dekan sangat mendukung diterapkannya 2 shift untuk pelayanan OK dan POLiklinik.</li> </ul>
3	Dinas Kesehatan Kota Denpasar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSUP Sanglah sebaiknya melakukan kerjasama dengan seluruh Stekholder.</li> <li>- Surveillance ditingkatkan.</li> <li>- PKMRS ditingkatkan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peran RSUP Sanglah menjadi lebih komprehensif.</li> </ul>
4	Komkordik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dengan sistem HAS, RSUP Sanglah sebaiknya membuat Renstra bersama dengan FK Unud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terjadi koordinasi yang baik dalam mencapai tujuan bersamaAntrean panjang</li> </ul>
5	RSUD Gianyar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat jelas Visi dan Misi RSUP</li> <li>- Analisa SWOT agar diperlihatkan sehingga menjadi jelas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjadi panduan RSUP untuk mencapai tujuan yang diharapkan</li> </ul>
6	Perwakilan Masyarakat (Kepala Dusun Sanglah Barat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSUP Sanglah sebaiknya ikut dalam kegiatan di Masyarakat sekitar RS, seperti Penyuluhan, menjaga kebersihan dlll.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar RSUP Sanglah tidak dijauhi oleh Masyarakat sekitar</li> </ul>

7	SDM (karyawan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjadi sejahtera</li> <li>- Kepastian karir</li> <li>- Lingkungan kerja nyaman dan aman</li> <li>- Kesempatan mengembangkan kompetensi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penghasilan tidak memadai</li> <li>- Tidak ada perbedaan penghasilan antara yang rajin dengan malas</li> <li>- Tidak ada kepastian karir</li> </ul>
---	----------------	---	--

### 3.3 Rancangan Peta Strategi *Balanced Scorecard* (BSC)

Berdasarkan upaya-upaya strategis yang teridentifikasi pada bagian sebelumnya (sub-bagian 3.7), maka disusun peta strategi rumah sakit. Dalam pedoman ini, peta strategi BSC menggambarkan jalinan sebab-akibat berbagai sasaran strategis dalam kurun waktu periode RSB yang dikelompokkan dalam *perspektif keuangan, konsumen, proses bisnis, dan pengembangan personil dan organisasi* rumah sakit. Gambar yang menunjukkan Peta Strategi berbasis *Balance Scored Card* RSUP Sanglah dapat dilihat pada gambar di pada halaman berikut:

**Gambar 3. Peta strategi berbasis *Balanced Score Card* RSUP Sanglah**



### 3.4 Indikator Kinerja Utama

Setelah dilakukan penentuan Sasaran Strategis, maka pada Bab ini dijelaskan *Indikator (Ukuran) Kinerja Utama* dan *Target Indikator (Ukuran) Kinerja Utama* yang hendak dicapai untuk mengawal kemajuan pencapaian visi rumah sakit pada kurun waktu periode 2020-2024. Indikator Kinerja Utama (IKU) tersebut dicapai melalui *Program Kerja Strategis* yang merupakan upaya konkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis RSUP Sanglah.

#### Matriks IKU

IKU dan target akan digunakan untuk mengukur status kemajuan pencapaian sasaran strategis, baik dari segi masukan (*input*), proses, keluaran (*output*), dan hasil (*outcome*). Untuk setiap IKU yang teridentifikasi ditentukan besar bobotnya. Dalam konteks ini, bobot IKU menyatakan tingkat kepentingan IKU tersebut terhadap pencapaian visi rumah sakit dan total penjumlahan bobot semua IKU bernilai 100%. Target IKU ditentukan untuk setiap tahun periode 2020-2024 bagi setiap sasaran strategis. Indikator Kinerja Utama (IKU) yang dituju untuk setiap sasaran strategis dijelaskan dalam tabel 12 di bawah ini.



Tabel 12. Matriks Indikator Kinerja Utama (IKU)

No	Program	No IK	Indikator	Bobot (%)	Baseline	Target					PIC
						2020	2021	2022	2023	2024	
1	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar										
		1	Persentase SDM non Medis yang Memenuhi Kualifikasi dan kompetensi sesuai standar	4	80%	83	86	90	93	95	Direktorat SDM dan Pendidikan
2	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM										
		2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	4	60%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktorat SDM dan Pendidikan
		3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	3	6 Modul	10 Modul	10 Modul	10 Modul	10 Modul	10 Modul	Direktorat SDM dan Pendidikan
3	Meningkatkan Akses dan Mutu Yankes										
		4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di poliklinik	4	60 Menit	50 Menit	45 Menit	40 Menit	35 Menit	30 Menit	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD < 5Menit	4	< 5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		6	Persentase Visite DPJP sebelum Jam 11.00	4	70%	80%	90%	90%	100%	100%	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		7	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik	4	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	4	10%	12%	15%	17%	20%	25%	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	4	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		10	Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral	4	2.5 Pasien/Hr/OK	2.5 Pasien/Hr/OK	3.5 Pasien/Hr/OK	4 Pasien/Hr/OK	4.5 Pasien/Hr/OK	5 Pasien/Hr/OK	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		11	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di Rumah Sakit	4	0	0%	60%	70%	85%	100%	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		12	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	4	14	15	16	17	18	19	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang

No	Program	No IK	Indikator	Bobot (%)	Baseline	Target					PIC
						2020	2021	2022	2023	2024	
4			Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan								
		13	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	4	0	3	3	4	5	5	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
		14	Pengembangan Pelayanan Estetika	4	45 Pasien/Bln	5,0%	7,0%	10,0%	12,0%	15,0%	Direktorat Medik Kep. Dan Penunjang
5			Meningkatkan pengelolaan System Informasi menuju digitalisasi								
		15	Persentase penerapan EMR	6	75%	85%	90%	100%	100%	100%	Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum
		16	Penerapan Proses Bisnis Internal yang Terintegrasi	4	80%	82%	85%	90%	100%	100%	Direktorat Keuangan dan BMN
6			Mantapnya Tata Kelola Rumah Sakit yang baik dan Bersih								
		17	Rumah Sakit Terakreditasi	4	JCI dan KARS	KARS			KARS		Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum
		18	Berstatus WBK/WBBM	4	WBK TPI	WBK TPN		WBBM			Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum
7			Meningkatkan Kepuasan Pelanggan								
		19	Tingkat kepuasan Pegawai	4	68%	75%	80%	82%	85%	87%	Pendidikan
		20	Tingkat kepuasan Pasien	4	78%	85%	87%	90%	95%	95%	Direktorat Perencanaan, Organisasi dan Umum
		21	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik	4	88%	90%	90%	92%	95%	95%	Direktorat SDM dan Pendidikan
		22	Tingkat Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan	3	Behum	75%	76%	80%	82%	85%	Direktorat SDM dan Pendidikan
8			Terwujudnya Peningkatan Pendapatan								
		23	Peningkatan Pendapatan PNBPN	4	7%	52%	86%	103%	112%	120%	Direktorat Keuangan dan BMN
9			Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat								
		24	Curent Ratio	4	170%	285%	300%	330%	350%	380%	BMN
		25	POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya operasional)	4	80%	86%	88%	89%	90%	90%	Direktorat Keuangan dan BMN

## Kamus IKU

Untuk setiap IKU yang teridentifikasi disusunlah suatu penjelasan tentang definisi IKU, informasi periode pelaporan IKU, formula (bila ada) IKU, bobot IKU, penanggung jawab suatu IKU (*Person in Charge*), sumber data, dan target tiap tahun. Kamus IKU untuk tiap-tiap indikator dapat dilihat di “Lampiran Kamus Indikator Kinerja Utama (IKU)”

## Program Kerja Strategis

Sebagai penjabaran dari Sasaran strategis yang pencapaian kemajuannya diukur melalui Indikator Kinerja Utama (IKU), maka disusunlah Program Kerja Strategis tahunan rumah sakit yang akan dilaksanakan untuk mencapai masing-masing Sasaran Strategis yang telah ditetapkan dalam, kurun waktu 2020-2024. Program Kerja Strategis yang akan dijalankan dalam kurun waktu tersebut adalah seperti tabel di bawah ini.

**Tabel 13. Program Kerja Strategis tiap tahun untuk masing-masing Sasaran Strategis**

No	Indikator	Program					PIC
		2020	2021	2022	2023	2024	
1	Persentase SDM non medis dengan kompetensi dan kualifikasi sesuai standar	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Direktorat SDM
2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	penyempurnaan modul IT yang sudah ada	Monev	monev	monev	monev	Direktorat SDM
3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Direktorat SDM
4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik	Moinitoring dan Evaluasi	Moinitoring dan Evaluasi	Moinitoring dan Evaluasi	Moinitoring dan Evaluasi	Moinitoring dan Evaluasi	Direktorat Medik
5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD	Monotoring dan Evaluasi	Monotoring dan Evaluasi	Monotoring dan Evaluasi	Monotoring dan Evaluasi	Monotoring dan Evaluasi	Direktorat Medik
6	Persentase Visite DPJP sebelum jam 10.00	1. Reward dan consequent	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	Direktorat Medik
		2. Monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	
7	Keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik selama jam buka Poliklinik	1. Monoloyalitas	1. Optimalisasi Monoloyalitas	1. Optimalisasi Monoloyalitas	1. Optimalisasi Monoloyalitas	1. Optimalisasi Monoloyalitas	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	1. Reward dan consequent	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	1. Optimalisasi Reward dan consequen.	Direktorat Medik
		2. Monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	
9	Peningkatan penggunaan Pokhiklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	1. Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
10	Peningkatan Penggunaan IBS	1. Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. optimalisasi Monev	3. optimalisasi Monev	3. optimalisasi Monev	3. optimalisasi Monev	
11	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di Rumah Sakit		pembuatan Modul	pembuatan Modul	pembuatan Modul	pembuatan Modul	Direktorat Medik
			Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	
			Perbaikan Modul	Perbaikan Modul	Perbaikan Modul	Perbaikan Modul	

No	Indikator	Program					PIC
		2020	2021	2022	2023	2024	
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
13	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	1. Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	Direktorat Umum
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
14	Pengembangan Pelayanan Estetika	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Medik
15	Persentase penerapan eMR	Perbaikan system dan monev	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Umum
16	Persentase penerapan Proses Bisnis Internal yang terintegrasi	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Direktorat Keuangan
17	Rumah Sakit Terakreditasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Umum
18	Berstatus WBK/WBBM	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM
19	Tingkat kepuasan Pegawai	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM
20	Tingkat Kepuasan Pasien	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Umum
21	Tingkat kepuasan pasien terhadap peserta didik	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM
22	Tingkat Kepuasan Peserta didik terhadap proses Pendidikan	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM
23	Peningkatan Pendapatan PNPB	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Direktorat Keuangan
24	Curent Ratio	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	Direktorat Keuangan
25	POBO	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Direktorat Keuangan

## BAB IV PROYEKSI FINANSIAL

Bagian selanjutnya yang sangat penting dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah segi finansial. Rumah Sakit melakukan proyeksi finansial pada kurun waktu periode 5 (lima) tahun mendatang, baik dari segi estimasi pendapatan maupun rencana kebutuhan anggaran, baik anggaran operasional maupun pengembangan.

### 4.1 Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan RSUP Sanglah sumber-sumber pendapatan serta estimasi besarnya pertahun selama lima tahun. Pendapatan RSUP Sanglah berasal dari dana APBN dan BLU. Dana APBN sangat tergantung dari anggaran yang turun dari Kementerian Kesehatan, dan dana ini untuk kegiatan belanja pegawai, belanja barang sesuai tupoksi dan belanja modal seperti untuk pembangunan gedung serta kebutuhan peralatan kesehatan. Estimasi pendapatan dapat dilihat pada tabel 19.

**Tabel 19. Estimasi pendapatan Rumah Sakit 2020-2024**

ESTIMASI PENDAPATAN RS 2020-2024							
NO	SUMBER PENDAPATAN	BASELINE TAHUN SEKARANG	ESTIMASI PENDAPATAN (Rp.)				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	PBNP	612,817,426,494	900,000,184,000	1,100,000,000,000	1,200,000,000,000	1,250,000,000,000	1,300,000,000,000
	PENDAPATAN LAYANAN	606,689,252,229	891,000,182,160	1,089,000,000,000	1,188,000,000,000	1,237,500,000,000	1,287,000,000,000
	PENDAPATAN NON OPERASIONAL	6,128,174,265	9,000,001,840	11,000,000,000	12,000,000,000	12,500,000,000	13,000,000,000
	PENDAPATAN JASA LAINNYA						
2	APBN	179,098,360,000	295,879,959,000	675,854,428,808	711,038,507,533	179,342,174,330	197,276,391,763
	BELANJA PEGAWAI	119,985,647,000	134,742,430,000	148,216,673,000	141,843,356,061	156,027,691,667	171,630,460,834
	BELANJA BARANG	17,361,680,000	17,129,909,000		21,194,984,239	23,314,482,663	25,645,930,929
	BELANJA MODAL	41,751,033,000	144,007,620,000	527,637,755,808	548,000,167,233		
	<b>TOTAL</b>	791,915,786,494	1,195,880,143,000	1,775,854,428,808	1,911,038,507,533	1,429,342,174,330	1,497,276,391,763

## 4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

Rencana kebutuhan anggaran dibedakan atas anggaran program operasional dan anggaran program pengembangan.

### a. Anggaran Kelangsungan Operasional

Anggaran kelangsungan operasional ditujukan untuk menjaga kegiatan operasional yang tidak dapat ditanggihkan. Anggaran program operasional disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarnya per tahun. Estimasi belanja program operasional RSUP Sanglah yang dananya bersumber dari Badan Layanan Umum (BLU) secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 20. Estimasi Anggaran Operasional Rumah Sakit 2020-2024**

NO	JENIS KEGIATAN	BASELINE TAHUN SEKARANG	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN				
			2020	2021	2022	2023	2024
I	APBN	179,098,360,000	295,879,959,000	675,854,428,808	711,038,507,533	179,342,174,330	197,276,391,763
1	BELANJA PEGAWAI	119,985,647,000	134,742,430,000	148,216,673,000	141,843,356,061	156,027,691,667	171,630,460,834
2	BELANJA BARANG	17,361,680,000	17,129,909,000	-	21,194,984,239	23,314,482,663	25,645,930,929
	BELANJA PENGADAAN OBAT-OBATAN		10,000,000,000				
	BELANJA LANGGANAN DAYA DAN JASA	17,361,680,000	7,129,909,000				
	BELANJA BAHAN MAKANAN PASIEN						
3	BELANJA MODAL	41,751,033,000	144,007,620,000	527,637,755,808	548,000,167,233	-	-
	BELANJA GEDUNG DAN BANGUNAN		144,007,620,000	527,637,755,808	548,000,167,233		
	BELANJA ALAT KESEHATAN, KEDOKTERAN DAN KB						
II	BLU	612,817,426,494	900,000,184,000	1,100,000,000,000	1,200,000,000,000	1,250,000,000,000	1,300,000,000,000
1	BELANJA BARANG	557,663,858,110	706,925,030,754	1,001,000,000,000	1,092,000,000,000	1,137,500,000,000	1,183,000,000,000
	BELANJA PERJALANAN DINAS PEGAWAI	6,187,236,835	7,069,250,308	11,106,016,611	12,115,654,484	12,620,473,421	13,125,292,358
	BELANJA ADMINISTRASI RUMAH SAKIT	37,817,637,230	47,939,693,371	67,882,209,536	74,053,319,494	77,138,874,473	80,224,429,452
	BELANJA PEMELIHARAAN RS	54,772,070,659	70,206,082,669	98,315,216,115	107,252,963,035	111,721,836,495	116,190,709,954
	BELANJA PENINGKATAN SDM	8,249,649,113	10,457,703,808	14,808,022,148	16,154,205,979	16,827,297,895	17,500,389,811
	BELANJA BAHAN MAKANAN PASIEN RS	26,784,158,461	33,953,055,713	48,077,246,229	52,447,904,977	54,633,234,351	56,818,563,725
	PENGADAAN PAKAIAN DINAS PEGAWAI	3,271,029,184	4,146,534,463	5,871,458,524	6,405,227,480	6,672,111,959	6,938,996,437
	BELANJA SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT	1,309,421,430.59	1,659,893,808.12	2,350,395,911.37	2,564,068,266.95	2,670,904,444.74	2,777,740,622.53
	PENGADAAN OBAT-OBATAN, BAHAN BAKU OBAT	419,272,655,198	531,492,816,614	752,589,434,927	821,006,656,284	855,215,266,962	889,423,877,641
2	BELANJA MODAL	55,153,568,384	193,075,153,246	99,000,000,000	108,000,000,000	112,500,000,000	117,000,000,000
	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN	47,607,901,317	148,075,153,246	85,455,617,260	93,224,309,738	97,108,655,977	100,993,002,216
	PEMBANGUNAN GEDUNG	7,545,667,067	45,000,000,000	13,544,382,740	14,775,690,262	15,391,344,023	16,006,997,784



Anggaran program operasional yang tidak dapat ditangguhkan kegiatannya adalah belanja pegawai, belanja obat dan bahan baku obat, dan belanja bahan makanan pasien. Sedangkan untuk belanja modal tergantung besarnya pendapatan rumah sakit.

#### **b. Anggaran Pengembangan**

Anggaran program pengembangan ditujukan untuk pembiayaan program-program strategis yang bersumber dari:

- Program strategis tahunan untuk pencapaian target IKU berdasarkan hasil butir 4.3
- Program strategis untuk pelaksanaan mitigasi risiko berdasarkan hasil butir 5.3. Program strategis yang dipilih adalah yang ditujukan untuk mitigasi risiko.

Anggaran belanja program pengembangan disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarnya per tahun. Estimasi belanja program pengembangan di RSUP Sanglah dapat dilihat pada tabel-tabel di bawah ini:

Table 21. Anggaran Pengembangan

BELANJA MODAL	Baseline	2020	2021	2022	2023	2024
BELANJA PERALATAN DAN MESIN	47,607,901,317	148,075,153,246	85,455,617,260	93,224,309,738	97,108,655,977	100,993,002,216
PEMBANGUNAN GEDUNG	7,545,667,067	45,000,000,000	13,544,382,740	14,775,690,262	15,391,344,023	16,006,997,784

#### **4.3 Rencana Pendanaan**

Rencana pendanaan seperti disampaikan di atas, bersumber dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Pendapatan dari Badan layanan Umum. Estimasi Kebutuhan Operasional dan Estimasi Kebutuhan Program Pengembangan disusun berdasarkan perkiraan Estimasi Pendapatan setiap tahunnya.

Sebagai rumah sakit pemerintah, RSUP Sanglah kemungkinan juga akan mendapatkan dana dari Corporate Social Responsibility (CSR) dari perusahaan-perusahaan, maupun Loan dari Luar Negeri, akan tetapi tidak bisa ditentukan nilai CSR yang akan diterima tiap-tiap tahunnya.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Dengan tersusunnya Rencana Strategis Bisnis(RSB) Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Denpasar ini diharapkan dapat terbentuk keselarasan gerak langkah dari seluruh pemangku kepentingan (stakeholders) di rumah sakit, sehingga tercapai visi yang dicita-citakan. Rencana Strategis Bisnis ini diharapkan dapat digunakan secara internal oleh seluruh pegawai secara vertikal dan horizontal dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumberdaya di rumah sakit dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis dalam kurun periode 2020-2024.

Masukan serta kritik yang bersifat membangun kiranya dapat menjadi bahan evaluasi bagi perbaikan Rencana Strategis Bisnis (RSB) ini di masa yang akan datang. Rencana Strategis Bisnis ini terbuka untuk dilakukan revisi apabila terjadi perubahan baik dalam lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit.

Lampiran.

**Kamus Indikator Kinerja Utama (IKU):**

**IKU 1 : Persentase SDM Non Medis Yang Mempunyai Kompetensi Sesuai Standar**

Perspektif	Pengembangan personil dan organisasi				
Sasaran strategis	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar				
IKU	Persentase SDM non Medis yang memenuhi kualifikasi dan kompetensi sesuai standar				
Definisi	SDM yang kompeten adalah SDM yang mempunyai kompetensi sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan oleh rumah sakit. SDM yang dimaksud adalah tenaga medis, keperawatan, penunjang, umum dan administrasi.				
Formula	$\frac{\text{Jumlah SDM non Medis yang telah memenuhi kompetensi yang dipersyaratkan rumah sakit}}{\text{Jumlah seluruh SDM non Medis yang ada di rumah sakit}} \times 100\%$				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian SDM				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	83%	86%	90%	93%	95%

**IKU 2 : Diklat RSUP Sanglah Terakreditasi ( Sarana Diklat )**

Perspektif	Pengembangan personil dan organisasi				
Sasaran strategis	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM				
IKU	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)				
Definisi	Diklat RSUP terakreditasi				
Formula	Sertifikat akreditasi Diklat yang dimiliki oleh Rumah Sakit				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Diklat				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	100%	100%	100%	100%	100%

**IKU 3 : Jumlah Modul Pelatihan Yang Terakreditasi ( Modul Diklat )**

Perspektif	Pengembangan personil dan organisasi				
Sasaran strategis	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM				
IKU	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Moduil Diklat)				
Definisi	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)				
Formula	Jumlah Modul Diklat yang dimiliki oleh Rumah Sakit				
Bobot IKU	3%				
Person In Charge	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Diklat				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	6 Modul	10 Modul	10 Modul	10 Modul	10 Modul

**IKU 4 : Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan respon time di poliklinik				
IKU	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik				
Definisi	Waktu yang dibutuhkan mulai pasein antre di poliklinik sampai dengan pemeriksaan DPJP				
Formula	Rata- rata waktu tunggu yang dibutuhkan dari pasien dan rekam medis berada di poliklinik yang dituju sampai dengan mulai berada rekam medis pemeriksaan DPJP				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	50 Menit	45 Menit	40 Menit	35 Menit	30 Menit

**IKU 5 : Persentase Waktu Tanggap Kedaruratan di IGD kurang dari 5 menit**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Waktu tanggap kedaruratan 5 menit				
IKU	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD				
Definisi	Jumlah pasien Gawat Darurat yang ditangani dalam waktu kurang dari 5 menit				
Formula	Rata rata waktu tunggu pasien gawat darurat yang ditangani di IGD sejak pasien masuk triage				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit

**IKU 6 : Persentase Visite DPJP sebelum jam 11. 00**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap				
IKU	Persentase Visite DPJP sebelum jam 10.00				
Definisi	Ketepatan Visite oleh DPJP sesuai standar				
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite oleh DPJP}}{\text{Jumlah pasien yang harus divisite oleh DPJP}}$			x 100%	
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	90%	90%	100%	100%

**IKU 7 : Keberadaan Seluruh DPJP di Poliklinik Selama Jam Buka Poliklinik**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap (sesuai standar nasional)				
IKU	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik				
Definisi	Rata rata waktu keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik				
Formula	$\frac{\text{Jumlah DPJP yang ada di Poliklinik}}{\text{Jumlah seluruh Poliklinik yang ada}}$			x 100%	
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	80%	90%	100%	100%



**IKU 8 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kunjungan Pasien non BPJS				
IKU	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS				
Definisi	Peningkatran Kunjungan Pasien non BPJS				
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien non BPJS tahun berjalan - tahun lalu}}{\text{Jumlah Kunjungan non BPJS tahun lalu}} \times 100\%$				x 100%
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	12%	15%	17%	20%	25%

**IKU 9 : Peningkatan Penggunaan Poliklinik Sub Spesialis ( IRJ ) Setiap Hari Kerja**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kunjungan Pasien non BPJS				
IKU	Peningkatan penggunaan Pokliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja				
Definisi	Jumlah Poliklinik subspesialis yang memberikan pelayanan setiap hari kerja				
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari penggunaan poliklinik sub spesialis}}{\text{hari kerja yang tersedia}}$			x 100%	
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	90%	100%	100%	100%

**IKU 10 : Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan.				
IKU	Peningkatan Penggunaan IBS				
Definisi	Jumlah Operasi yang dikerjakan di IBS				
Formula	$\frac{\text{Jumlah rata rata pasien yang di operasi di OK IBS}}{\text{Jumlah rata rata pasien yang di operasi tahun sebelumnya}} \times 100\%$				x 100%
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	2,5	3,5	4	4,5	5

**IKU 11 : Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di Rumah Sakit**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan.				
IKU	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi dengan Respon Time kurang dari 1 jam				
Definisi	Jumlah Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dengan Respon Time kurang dari 1 jam				
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kasus yang memiliki respon time kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah Total Kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber data	Bidang Pelayanan Medis				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	60	70	85	100

**IKU 12 : Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan.				
IKU	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta				
Definisi	Pelaksanaan praktek sore subspecialis di Poliklinik Wing Amerta				
Formula	Jumlah dokter subspecialis yang praktek di Wing Amerta pada sore hari				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	15	16	17	18	19

### **IKU 13 : Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan.				
IKU	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional				
Definisi	Jumlah Pelayanan Kesehatan Tradisional yang dikembangkan				
Formula	Jumlah jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional yang dikembangkan di rumah sakit setiap tahun				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3	3	4	5	5

**IKU 14 : Pengembangan Pelayanan Estetika**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan.				
IKU	Pengembangan Pelayanan Estetika				
Definisi	Jumlah Kunjungan Pasien Estetika setiap tahun				
Formula	Rata rata pasien yang berkunjung ke Poliklinik Estetika perbulan				x 100%
	Jumlah rata rata pasien perbulan ke poliklinik Estetika pada tahun sebelumnya				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	5%	7%	10%	12%	15%

### **IKU 15 : Persentase Penerapan EMR**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya pengelolaan System Informasi menuju digitalisasi				
IKU	Persentase penerapan eMR				
Definisi	Prosentase Unit Pelayanan yang menerapkan EMR				
Formula	Jumlah Modul EMR yang diterapkan				x 100%
	Jumlah Modul EMR yang tersedia				
Bobot IKU	10%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Instalasi IT				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	90%	100%	100%	100%



**IKU 16 : Prosentase Penerapan Proses Bisnis Internal yang Terintegrasi**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya pengelolaan System Informasi menuju digitalisasi				
IKU	Prosentase penerapan Proses Bisnis Internal yang terintegrasi				
Definisi	Proses Bisnis internal yang dintegrasikan dengan teknologi Informasi				
Formula	Jumlah Proses Bisnis Internal yang diimplementasikan			x 100%	
	Jumlah Modul Proses Bisnis yang dimiliki				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Instalasi IT				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	82%	85%	90%	100%	100%

**IKU 17 : Rumah Sakit Terakreditasi**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes				
IKU	Rumah Sakit Terakreditasi				
Definisi	Sertifikat akreditasi Rumah Sakit yang didapatkan oleh Rumah sakit				
Formula	Akreditasi Rumah sakit yang dilakukan RS pata tahun yang bersangkutan				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Komite Mutu dan Keselamatan pasien				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	KARS			KARS	

**IKU 18 : Berstatus WBK / WBBM**

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes				
IKU	Berstatus WBK/WBBM				
Definisi	Rumah sakit Lulus berstatus WBK/WBBM				
Formula	Sertifikat WBK/WMMB yang dimiliki Rumah sakit				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	DirekturUtama				
Sumber data	TIM WBK dan SPI				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	WBK	WBK TPN		WBBM	

### **IKU 19 : Tingkat Kepuasan Pegawai**

Perspektif	Konsumen				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kepuasan pelanggan				
IKU	Tingkat kepuasan Pegawai				
Definisi	Pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pekerjaan di RS				
Formula	Jumlah pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas			x 100%	
	Jumlah seluruh pegawai yang dijadikan sampel				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Sumber Daya Manusia				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	75%	80%	82%	85%	87%

**IKU 20 : Tingkat Kepuasan Pasien**

Perspektif	Konsumen				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kepuasan pelanggan				
IKU	Tingkat Kepuasan Pasien				
Definisi	Jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pelayanan rumah sakit				
Formula	Jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas			x 100%	
	Jumlah seluruh pasien yang dijadikan sampel				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Bagian Hukum dan hubungan Masyarakat				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	87%	90%	95%	95%

**IKU 21 : Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik**

Perspektif	Konsumen				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kepuasan pelanggan				
IKU	Tingkat kepuasan pasien terhadap peserta didik				
Definisi	Pasien yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pelayanan oleh peserta didik di RS				
Formula	Jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pelayanan oleh Peserta didik				x 100%
	Jumlah seluruh pasien yang dijadikan sampel				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Pendidikan dan Penelitian				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	90%	90%	92%	95%	95%

**IKU 22 : Tingkat Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan**

Perspektif	Konsumen				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kepuasan pelanggan				
IKU	Tingkat Kepuasan Peserta didik terhadap proses Pendidikan				
Definisi	Peserta didik yang menyatakan puas atas proses pendidikan klinis yang dilakukan di RSUP Sanglah				
Formula	Jumlah peserta didik yang menyatakan puas dan sangat puas atas proses pembelajaran klinis yang dilakukan di RSUP Sanglah			x 100%	
	Jumlah seluruh Peserta didik yang dijadikan sampel				
Bobot IKU	3%				
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Pendidikan dan Penelitian				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	75%	76%	80%	82%	85%

### **IKU 23 : Peningkatan Pendapatan PNBP**

Perspektif	Keuangan				
Sasaran strategis	Terwujudnya peningkatan pendapatan				
IKU	Peningkatan Pendapatan PNBP				
Definisi	Jumlah Penerimaan pada akhir tahun				
Formula	Jumlah Penerimaan BLU pada akhir tahun				x 100%
	Target				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat Keuangan				
Sumber data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	52%	80%	103%	112%	120%



**IKU 24 : Curent Ratio**

Perspektif	Keuangan				
Sasaran strategis	Terwujudnya peningkatan pendapatan				
IKU	Curent Ratio				
Definisi	Perbandingann uang kas, setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, persediaan, uang muka dan biaya dibayar dimuka dengan kewajiban jangka pendek				
Formula	Perbandingan Aset lancar				x 100%
	Kewajiban Jangka Pendek				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat Keuangan				
Sumber data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	285%	300%	330%	350%	380%

**IKU 25 : POBO ( Pendapatan Operasional Terhadap Biaya Operasional )**

Perspektif	Keuangan				
Sasaran strategis	Terwujudnya peningkatan pendapatan				
IKU	POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya operasional)				
Definisi	Perbandingan pendapatan PNBPN dibandingkan dengan Biaya Operasional				
Formula	Pendapatan BNPB				x 100%
	Biaya Operasional				
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktorat Keuangan				
Sumber data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	86%	83%	89%	90%	90%