



**PROGRAM KERJA
RSUP SANGLAH DENPASAR**

2020

**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
SANGLAH DENPASAR**

2020

ppe.sanglahhospital.com

KATA PENGANTAR

Om Swastiastu,

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

Suatu kewajiban bagi kami, untuk melakukan evaluasi terhadap hasil-hasil pelaksanaan kegiatan yang sudah berjalan. Penetapan Kinerja yang disajikan dalam bentuk laporan, diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam menyusun program-program berikutnya.

Secara keseluruhan program kerja tahun 2019 telah dilaksanakan. Meskipun demikian, kami menyadari masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan mendatang sehingga kita dapat mewujudkan visi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui misi, program dan kegiatan yang dilakukan.

Pada kesempatan ini, tidak lupa kami mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh jajaran di 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 tahun 2019 dapat berjalan dengan baik. Semoga Tuhan Yang Maha Esa akan selalu memberikan bimbingan-Nya kepada kita semua sehingga di masa yang akan datang kita dapat melaksanakan tugas dengan lebih baik.

Om Shanti, Shanti, Shanti, Om

Denpasar, Januari 2020

Direktur Utama



dr. I Wayan Sudana, M.Kes

NIP. 196504091995091001

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

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 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.

Dalam rangka memenuhi prinsip tatakelola organisasi modern (*Good Governance*) dan menunjang inisiatif strategis transformasi kelembagaan pemerintah, Direktorat Jenderal (Ditjen) Pelayanan Kesehatan memandang perlu bahwa pelaksanaan penetapan kinerja serta pengembangan organisasi dan pelayanan hendaknya berbasis Rencana Strategi dan Bisnis (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.02.02/1/2627/2019 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan).

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar sebagai UPT Kementerian Kesehatan mempunyai tugas untuk menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan melalui peningkatan kesehatan dan pencegahan serta upaya rujukan. 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 RSU Sanglah (di Bali terdapat 13 RS Swasta). Hal lain yang berpengaruh dalam penyusunan renstra 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.

Penyusunan Penetapan Kinerja RSUP Sanglah ini merupakan bagian dari penyusunan Penetapan Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020. Penetapan kinerja ini berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja kementerian Kesehatan, serta Peraturan Menteri penertiban Aparatur Negara dan RB No.29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Tujuan

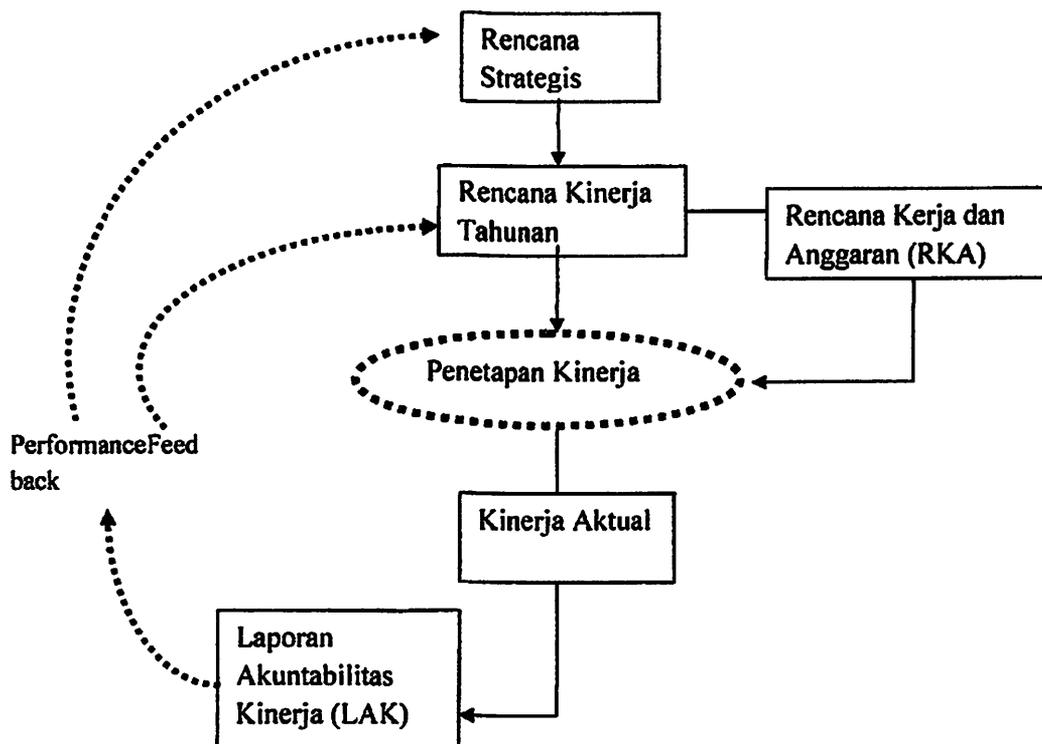
Dokumen Penetapan Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah ini disusun untuk dapat dimanfaatkan sebagai instrumen untuk memantau dan mengendalikan pencapaian kinerja RSUP Sanglah Denpasar

BAB II

AKUNTABILITAS KINERJA

A. SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja tidak dapat dilepaskan dari Sistem Akuntabilitas Kinerja RSUP Sanglah yang terdiri dari komponen-komponen yang merupakan satu kesatuan yakni perencanaan, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja dan evaluasi kinerja serta pemanfaatan informasi kinerja yang merupakan suatu siklus.



RSUP Sanglah juga menetapkan Rencana Kinerja dan Penetapan Kinerja, yang nantinya akan dibagi di tingkat Direktorat sebagai bagian penetapan Rencana kinerja dan Penetapan Kinerja di tingkat Direktorat, Bagian/Bidang serta Unit Kerja.

Laporan Akuntabilitas Kinerja disusun dengan mengacu pada Renstra, RKT, Penetapan Kinerja, dan Hasil Pengukuran Kinerja.

Pengukuran Kinerja (PK) merupakan jembatan antara perencanaan strategis dengan pelaporan akuntabilitas dan disusun dengan memperhatikan target kinerja pada satu tahun dan renstra. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan tingkat capaian target dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perencanaan kinerja (RKT dan PK). Setiap akhir tahun RSUP Sanglah melakukan pengukuran kinerja terhadap capaian sasaran melalui indikator-indikator dan targetnya sebagaimana ditetapkan pada dokumen penetapan kinerja yang kemudian dituangkan kedalam Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK). Pengukuran kinerja rumah sakit dilakukan dengan cara : membandingkan capaian kinerja nyata dengan target di tahun berjalan

B. PERENCANAAN KINERJA

1. Rencana Kerja Tahunan

Dalam Sistem Akuntansi Kinerja Pemerintah (SAKIP), hasil dari proses perencanaan kinerja adalah dokumen Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Penetapan Kinerja (PK). Dokumen perencanaan tersebut menjadi dasar bagi RSUP Sanglah untuk melaksanakan program dan/atau kegiatan sebagai suatu kinerja aktual.

Berikut ini disampaikan Rencana Kerja RSUP Sanglah tahun 2020

Bagian : RSUP Sanglah

Tahun Anggaran : 2020

No	Program	No IKU	Indikator	Basline	Target 2020
1	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar				
		1	Persentase SDM non Medis yang Memenuhi Kualifikasi dan kompetensi sesuai standar	80%	83
2	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM				
		2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	60%	100%
		3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	2 Modul	6 Modul
3	Meningkatkan Akses dan Mutu Yankes				
		4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di poliklinik	60 Menit	50 Menit
		5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD < 5Menit	< 5 Menit	5 Menit
		6	Persentase Visite DPJP sebelum Jam 11.00	70%	80%
		7	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik	60%	70%
		8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	10%	12%
		9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	70%	80%
		10	Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral	2.5 Pasien/Hr/OK	2.5 Pasien/Hr/OK
		11	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	14	15

4	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan				
	12	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional		0	3
	13	Pengembangan Pelayanan Estetika		45 Pasien/Bln	5,0%
5	Meningkatkan pengelolaan System Informasi menuju digitalisasi				
	14	Persentase penerapan EMR		75%	85%
	15	Penerapan Proses Bisnis Internal yang Terintegrasi		80%	82%
6	Mantapnya Tata Kelola Rumah Sakit yang baik dan Bersih				
	16	Rumah Sakit Terakreditasi		JCI dan KARS	KARS
	17	Berstatus WBK/WBBM		WBK TPI	WBK TPN
7	Meningkatkan Kepuasan Pelanggan				
	18	Tingkat kepuasan Pegawai		68%	75%
	19	Tingkat kepuasan Pasien		78%	85%
	20	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Peserta Didik		88%	90%
	21	Tingkat Kepuasan Peserta Didik Terhadap Proses Pendidikan		Belum	75%
8	Terwujudnya Peningkatan Pendapatan				
	22	Peningkatan Pendapatan PNBPN		7%	52%
9	Terwujudnya Kinerja Keuangan yang sehat				
	23	Curent Ratio		170%	285%
	24	POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya operasional)		80%	86%

2. Penetapan Kinerja Bagian SDM RSUP Sanglah tahun 2020

PENETAPAN KINERJA

Bagian : SDM RSUP Sanglah
Tahun Anggaran : 2020

No	Indikator	Program 2020	Bulan Pelaksanaan												PIC
			Jan	Peb	Mart	Apr	Mei	Junj	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des	
1	Persentase SDM non medis dengan kompetensi dan kualifikasi sesuai standar	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki						√	√	√	√	√			Direktorat SDM
2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	Pelaksanaan Diklat Medis dan Non Medis	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat SDM
3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat SDM
4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
6	Persentase Visite DPJP sebelum jam 10.00	1. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
		2. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
7	Keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik selama jam buka Poliklinik	1. Monoloyalitas	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
		3. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	1. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
		2. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	1. Pengembangan DPJP 24 Jam	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
		3. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
10	Peningkatan Penggunaan IBS	1. Peningkatan Pemanfaatan aset	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
		3. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	

No	Indikator	Program	2020												PIC		
			Jan	Peb	Mart	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des			
11	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	1. Pemanfaatan Penggunaan WA	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik	
		2. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
		3. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
12	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	1. Promosi, Sosialisasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik	
		2. Reward dan consequent	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		Direktorat Umum
		3. Monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
13	Pengembangan Pelayanan Estetika	Promosi, sosialisasi Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Medik		
14	Persentase penerapan eMR	Perbaikan system dan monev	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Umum		
15	Persentase penerapan Proses Bisnis Internal yang terintegrasi	Monev dan Pengendalian belanja	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Keuangan		
16	Rumah Sakit Terakreditasi	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Umum		
17	Berstatus WBK/WBBM	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat SDM		
18	Tingkat kepuasan Pegawai	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat SDM		
19	Tingkat Kepuasan Pasien	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Umum		
20	Tingkat kepuasan pasien terhadap peserta didik	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat SDM		
21	Tingkat Kepuasan Peserta didik terhadap proses Pendidikan	Monitoring dan Evaluasi	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat SDM		
22	Peningkatan Pendapatan PNB	Pengembangan tarif Paket	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Keuangan		
23	Current Ratio	Monev dan Pengendalian belanja, Persediaan, n Piutang, Pengembangan sumber sumber Pendapatan.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Keuangan		
		Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√			
24	POBO	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengembangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	Direktorat Keuangan		

C. PENCAPAIAN KINERJA TAHUN 2019

1. Evaluasi Kinerja Tahun 2019

Hasil pencapaian kinerja tahun 2019 dapat dilihat pada tabel di bawah:

Rumah Sakit : RSUP Sanglah Denpasar

Tahun Anggaran : 2019

No	Sasaran Strategis	Indikator	Realisasi 2018	Target 2019	Realisasi 2019	PIC	Ketercapaian	Keterangan (2019)
1	Terwujudnya Kehandalan Sarana dan Prasarana	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana se-suai OEE (<i>overall equipment effectiveness</i>)	93.28%	75%	131.03%	OPS	100%	Tercapai
2	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai persyaratan	83.47	90%	86%	SDM	96%	Tidak tercapai
3	Terwujudnya Sistem Informasi yang terintegrasi	Persentase rata-rata implementasi modul SIRS	94.89%	90%	97%	OPS	100%	Tercapai
4	Terwujudnya Budaya Kinerja	Indeks budaya kinerja	71%	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	66%	85%	85%	OPS	100%	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	4	MED & SDM	100%	Tercapai
		Jumlah proses bisnis terintegrasi yang dikelola RSUP Sanglah dan FK UNUD	4	4	4	SDM	100%	Tercapai

		Terlaksananya penelitian oleh pegawai RS	15	2	18	SDM	100%	Tercapai
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan di intra-net RS	95	95	203	SDM	100%	Tercapai
8	Terwujudnya sistem jaringan rujukan yang efektif	Persentase rujukan dari rumah sakit yang sesuai <i>severity</i> level III	10.95%	20%	13.76%	MED	69%	Tidak tercapai
		Jumlah rumah sakit binaan yang mampu menjadi RS rujukan balik	5	5	5	MED	100%	Tercapai
9	Terwujudnya Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas	Akreditasi KARS dan JCI	-	JCI	JCI	DIRU T	100%	Tercapai
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	Persentase kepuasan pasien	85.1%	88%	82%	OPS	93%	Tidak tercapai
		Persentase kepuasan pegawai	76%	85%	81%	SDM	95%	Tidak tercapai
		Persentase kepuasan peserta didik	53.53%	92%	71.05%	SDM	77%	Tidak tercapai
11	Terwujudnya efisiensi anggaran	Persentase pendapatan terhadap biaya operasional	82.18%	88%	85.88%	KEU	98%	Tidak tercapai
12	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	Persentase peningkatan pendapatan	-14.17%	18%	-0.20%	KEU	0%	Tidak tercapai
	Total						90.16%	

Dari tabel di atas terlihat bahwa, semua indikator belum mencapai target yang ditetapkan disebabkan karena kegiatan belum terencana. Penjelasan masing masing Indikator sbb:

1. Terwujudnya Keandalan Sarana dan Prasarana

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut:

Tingkat Keandalan sarana dan prasarana sesuai OEE (Overall Equipment Effectiveness)

- Kondisi yang dicapai :

Overall Equipment Effectiveness (OEE) adalah cara pengukuran terhadap performance yang berhubungan dengan availability dari proses produktivitas dan kualitas, seberapa baik rumah sakit menggunakan sumber daya yang dimiliki termasuk sarana, prasarana dan peralatan kesehatan, pekerja, kemampuan untuk memuaskan konsumen seperti user dan pasien dalam hal penggunaan fasilitas fisik yang sesuai dengan standard an spesifikasi kualitas sesuai tuntutan konsumen. Peningkatan produktivitas sangatlah penting bagi rumah sakit, untuk memperoleh keberhasilan/ peningkatan dalam pelayanan di Rumah Sakit. Tingkat keandalan sarana dan prasarana yang memenuhi syarat OEE mencakup 3 hal : ketersediaan (available), kinerja (performance) dan kualitas (quality). adalah Pada umumnya masalah pelayanan disebabkan oleh manusia, mesin dan lingkungan. Mutu pelayanan yang efektif dan efisien tidak terlepas dari penyediaan fasilitas yang siap pakai dan aman. Untuk menjamin ketersediaan fasilitas fisik yang bermutu, dibutuhkan pengukuran terhadap performance dari fasilitas yang ada, terkait ketersediaan, kinerja dan kualitasnya. Metode pengukuran efektivitas penggunaan suatu peralatan yang digunakan adalah Overall Equipment Effectiveness (OEE) yang merupakan program Total Productive Maintenance. Untuk tahun 2019 RSUP Sanglah menitik beratkan pada pengukuran efektivitas sarana dan prasarana sesuai pelayanan unggulan, yaitu alat cathlab, cobalt 60, listrik dan air. Ketersediaan, Kinerja dan kualitas dari peralatan di RSUP Sanglah tahun 2019 berdasarkan perhitungan diperoleh alkes 81.03%, air 115.76%, listrik 196.29% rata-rata menjadi 131.02% telah memenuhi target yang ditentukan sebesar 75%

- **Kendala yang dihadapi:**

OEE Air : Kemampuan penyediaan air tergantung kemampuan daya tampung reservoir ground tank dan roof tank, saluran dan pompa yang harus rutin dipelihara. Selanjutnya kualitas air di penuhi dengan melakukan pemeriksaan lab terhadap air di rumah sakit.

OEE Listrik : Sumber daya Listrik untuk operasional rumah sakit di nilai dari sisi ketersediaan, kemampuan memenuhi kebutuhan dan kualitas telah memenuhi syarat ketentuan.

OEE Alkes : Ketersediaan alat kesehatan yang digunakan untuk pelayanan telah memenuhi syarat dalam pemberian pelayanan dan telah sesuai kualitasnya.

- **Rencana tindak Lanjut**

OEE Air : Melakukan pengecekan dan pemeliharaan terhadap reservoir, sumbu bor/ sumber air yang memenuhi kebutuhan rumah sakit secara kuantitas dan kualitas.

OEE Listrik : Melakukan peningkatan daya listrik serta melakukan pemeliharaan sumber listrik.

OEE Alkes : Untuk menjamin kesiapan alkes untuk memberikan pelayanan dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi yang dilakukan secara rutin.

2. Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut:

Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai persyaratan

- **Kondisi yang dicapai**

Karyawan memiliki peran utama dalam setiap kegiatan dalam organisasi. Penempatan SDM sesuai kompetensi akan mendorong kinerja yang baik sehingga tujuan organisasi akan mudah diwujudkan.

Guna mewujudkan kompetensi SDM sesuai RENSTRA 2015-2019, RSUP Sanglah senantiasa melakukan pembenahan dalam penempatan SDM yang sesuai kompetensinya. Diakhir tahun 2019 telah dilakukan pendataan gap kompetensi untuk memperoleh persentase SDM yang telah sesuai dengan

kompetensinya, sebanyak 86% SDM telah memenuhi kompetensinya dari target sebesar 90%.

- Kendala yang dihadapi
Sebagian pegawai yang di tempatkan di unit kerja belum sesuai kualifikasinya
- Usul pemecahan masalah
Dilakukan Evaluasi penempatan pegawai dan mutasi.

3. Terwujudnya Sistem Informasi yang terintegrasi

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut:

Persentase Rata-rata Implementasi Modul SIRS

- Kondisi yang dicapai
Dalam rangka mewujudkan sistem informasi yang terintegrasi, RSUP sanglah telah memiliki SIMRS mandiri sejak tahun 2016. Dalam rangka mewujudkan implementasi SIMRS yang terintegrasi dibutuhkan suatu upaya berkesinambungan terhadap penerapan SIMRS di rumah sakit.
Pemantauan sistem informasi yang terintegrasi dikaitkan dengan jumlah aplikasi/modul yang terimplementasi berdasarkan dari segi aplikasi : Ketersediaan modul, kemudahan dalam penggunaan, kecepatan, dan validasi data sedangkan dari sisi pengguna ditentukan dari sosialisasi dan pelatihan. Sampai akhir 2019 telah terimplementasi 28 modul SIMRS yang terintegrasi dari modul yang ditetapkan (tercapai) dengan persentase rata rata implementasi modul sebesar 97% dari target 90% (tercapai).
- Kendala yang dihadapi
Persentase pengembangan modul aplikasi mandiri memang sudah mencapai target yang ditentukan. Namun dalam pengerjaan dan implementasinya, terdapat beberapa kendala antara lain:
 - a. Permintaan pembuatan modul aplikasi dari user seringkali melakukan penambahan fitur, sehingga menghambat dan menambah pekerjaan.
 - b. Pengembangan aplikasi seringkali mengalami kendala dalam implementasi kepada user. Aplikasi yang sudah selesai dikerjakan seringkali tidak jadi

- digunakan oleh user dengan alasan kekurangan pegawai untuk mengelola aplikasi tersebut.
- c. Terbatasnya ketersediaan sparepart computer dan printer yang menunjang perbaikan computer dan printer mempengaruhi bias tidaknya perbaikan perangkat tersebut.
- Usul pemecahan masalah
 - a. Dalam merencanakan pembuatan aplikasi baru maupun pengembangan, user maupun analis harus merancang kebutuhan aplikasi dari fitur yang diperlukan sampai kebutuhan database secara rinci, agar saat pengerjaan aplikasi tidak terdapat banyak perubahan, walaupun ada tidak akan sampai mengganggu jadwal pengerjaan.
 - b. Aplikasi yang akan dikembangkan harus dipastikan akan benar – benar digunakan oleh user.
 - c. Merencanakan pengadaan sparepart computer dan printer untuk menunjang perbaikan computer dan printer.

4. Terwujudnya Budaya Kinerja

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sbb :

Indeks Budaya Kinerja

- Kondisi yang dicapai

Indeks budaya kinerja pegawai Rumah Sakit Sanglah meliputi sikap professional, Tat Twam Asi yang ditunjukkan oleh anggota organisasi dalam bentuk kerjasama team. Indeks budaya kinerja diperoleh dengan melakukan survey budaya terhadap karyawan RSUP Sanglah.

Hasil yang diperoleh berdasarkan survey yang dilakukan adalah 71% karyawan sudah menerapkan tiga keyakinan dasar/budaya kerja dalam bekerja di RSUP Sanglah dari target yang ditentukan sebesar 75%.
- Kendala yang dihadapi
 1. Masih ada kendala dalam koordinasi pelayanan antar unit kerja
 2. Masih kurangnya system pertukaran informasi antar unit kerja
 3. Sistem handover antar shift masih perlu ditingkatkan

- Usul pemecahan masalah
 1. Koordinasi antar unit kerja dengan meningkatkan peran kepemimpinan di unit kerja
 2. Sosialisasi informasi yang dimiliki oleh unit kerja kepada unit kerja yang lain
 3. Memperbaiki system handover

5. Terwujudnya tata kelola yang baik di setiap unit kerja

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut:

- **Persentase Unit Kerja yang mengumpulkan program kerja dan laporan kinerja tepat waktu**
 - **Kondisi yang dicapai**
Laporan kinerja unit dan program kerja merupakan perwujudan kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan unit dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik.
Untuk mewujudkan tata kelola yang baik di setiap unit kerja selaras sasaran strategis Renstra RSUP Sanglah 2015-2019, maka dilakukan evaluasi terhadap Laporan pencapaian kinerja unit. Evaluasi dilakukan untuk menilai kinerja setiap unit kerja di RSUP Sanglah Denpasar secara rutin dan untuk menilai kinerja rumah sakit secara keseluruhan.
Persentase dari 55 unit kerja yang memenuhi target indikator pengumpulan program dan laporan tepat waktu sebesar 85% dari target yang ditentukan 85 % (telah mencapai target).
 - **Kendala yang dihadapi**
Beberapa unit kerja belum melakukan laporan kinerja dan penyusunan kinerja 2019.
 - **Usul pemecahan masalah**
Diperlukan sosialisasi kembali terhadap sistematika penyusunan program kerja dan pelaporan kinerja unit di RSUP sanglah. Capaian IKU ini diharapkan dapat dipertimbangkan sebagai perhitungan dalam penentuan perhitungan remunerasi.

6. Terwujudnya pelayanan unggulan

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut:

- **Jenis Pelayanan Unggulan**

- **Kondisi yang dicapai**

RSUP Sanglah memiliki keunggulan terutama di bidang SDM, disamping itu RSUP Sanglah memiliki lokasi yang strategis dengan status sebagai rumah sakit pendidikan tipe A yang berada di wilayah tengah menjadikan RSUP Sanglah sebagai Rumah Sakit Rujukan untuk Wilayah Bali, NTB dan NTT.

Pelayanan rujukan di wilayah Bali NTB dan NTT yang didukung dengan peningkatan kesadaran masyarakat untuk berobat, serta program Jaminan Kesehatan Nasional turut memberi dampak terhadap tingginya kunjungan pasien di RSUP Sanglah.

Untuk mewujudkan visi RSUP Sanglah Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional, Kelas Dunia Tahun 2019, maka ditentukanlah pelayanan unggulan sebagai fokus dalam pengembangan pelayanan yaitu :

1. Pelayanan Jantung (Heart care)
2. Pelayanan Intensif (Intensive care)
3. Pelayanan Kanker (Cancer care)

Hingga tahun 2019, ketiga pelayanan unggulan telah terlaksana di RSUP Sanglah ditambah pengembangan pelayanan transplantasi ginjal. Tahun 2019 telah dilakukan pembelian alat untuk mengoptimalkan pelayanan di ke tiga pelayanan unggulan tersebut yaitu pembelian alat LINAC, alat untuk PJT dan ICU.

- **Kendala yang dihadapi**

Alat untuk mendukung pelayanan rata-rata berumur tua dan alat yang bersifat canggih sering mengalami kerusakan sehingga berakibat kurang optimalnya Disamping itu untuk mendukung pelayanan yang bermutu dibutuhkan SDM dengan kompetensi yang memadai.

- **Usul pemecahan masalah**

Pemenuhan terhadap kebutuhan sarana dan prasarana dilakukan dengan melakukan perencanaan secara bertahap dan melakukan koordinasi dalam hal pemeliharaan. Mengusulkan pemenuhan SDM yang sesuai kompetensi dalam pelayanan tersebut.

7. Terwujudnya Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Yang Bermutu

Untuk mencapai sasaran ini ada empat indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut.

- **Jumlah kerjasama Pelayanan Pendidikan dan Penelitian dalam dan luar negeri**

- **Kondisi yang dicapai**

Harapan dalam mewujudkan visi untuk menjadi rumah sakit rujukan nasional kelas dunia, RSUP Sanglah menetapkan target untuk melakukan kerjasama dengan dua (2) rumah sakit lain baik dalam maupun luar negeri di bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian. Pada tahun ini rumah Sakit Sanglah telah melakukan kerjasama di bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian dengan Woman's and Children's Hospital Adelaide-Australia dan RSUD di Bali dalam hal pendidikan dan pelatihan

- **Kendala yang dihadapi**

- a) Komitmen tim terhadap MOU masih perlu ditingkatkan
- b) Pembiayaan yang masih terkendala kemampuan RS.

- **Usul pemecahan masalah**

Untuk menjaga keberlanjutan program kerjasama perlu dilakukan penguatan komitmen tim, demikian pula pengaturan pembiayaan.

Jumlah Proses Bisnis Terintegrasi yang dikelola bersama antara RSUP Sanglah dan FK UNUD

- **Kondisi yang dicapai**

Untuk mewujudkan integrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian yang bermutu, ditetapkan beberapa proses bisnis yang akan dijalankan / dikelola bersama antara RSUP Sanglah dan FK UNUD yaitu Rekrutmen residen, Rekrutmen anggota SMF, Supervisi pendidikan dan penilaian residen. Pada

tahun 2019 telah di laksanakan kegiatan yang terintegrasi dan dikelola bersama antara RSUP - FK UNUD .

- **Kendala yang dihadapi**
Karena proses ini merupakan proses bisnis yang baru terintegrasi antara RSUP Sanglah dan FK UNUD, sehingga perlu dilakukan kerjasama dan koordinasi yang terus menerus dengan FK UNUD untuk menjamin keberlangsungan proses.
- **Usul pemecahan masalah**
Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kesepakatan untuk kepentingan bersama antara FK UNUD dan RSUP Sanglah.

Jumlah Penelitian yang dilakukan oleh pegawai RSUP Sanglah

- **Kondisi yang dicapai**
Integrasi antara pelayanan, pendidikan dan penelitian telah diwujudkan dalam penelitian yang dilakukan oleh staf RSUP Sanglah sendiri. Tahun 2019 RSUP Sanglah menghasilkan 18 penelitian yang dihasilkan oleh staf dari target 2 indikator yang diharapkan.
- **Kendala yang dihadapi**
Kesadaran staf dalam melakukan penelitian masih perlu ditingkatkan terus.
- **Usul pemecahan masalah**
Memacu penelitian oleh staff yang dapat diimplementasikan dan yang berguna bagi pelayanan, pendidikan dan penelitian.

Jumlah Penelitian yang dipublikasikan

- **Kondisi yang dicapai**
Penelitian yang dihasilkan oleh seluruh staf termasuk peserta didik dapat dimanfaatkan bagi kepentingan pelayanan, pendidikan di RSUP Sanglah dan di FK UNUD. Dengan menetapkan standard penelitian yang terpublikasi diharapkan dapat mendukung peningkatan kualitas pelayanan pasien.
Jumlah Penelitian yang telah diunggah dalam website/intranet RSUP Sanglah di tahun 2019 sebanyak 95 sesuai target yang ditetapkan sebanyak 95.
- **Kendala yang dihadapi**
Kesadaran mengumpulkan hasil penelitian masih kurang
- **Usul pemecahan masalah**

Perlu dilakukan sosialisasi dalam upaya meningkatkan kesadaran untuk mengumpulkan hasil penelitian

8. Terwujudnya sistem jaringan rujukan yang efektif

Untuk mencapai sasaran ini ada dua indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sbb :

- **Persentase Rujukan dari Rumah Sakit yang sesuai Severity Level III**
 - **Kondisi yang dicapai**

Guna mewujudkan sistem jaringan rujukan yang efektif antar rumah sakit, maka dilakukan pengukuran persentase rujukan dari rumah sakit lain yang sesuai dengan tingkat keparahan penyakitnya/ severity level. Rumah Sakit Sanglah sebagai pusat rujukan tersier seharusnya menangani kasus dengan severity level 3 yang memiliki tingkat keparahan tertinggi. Kasus kasus dengan keparahan rendah seharusnya dapat ditangani di rumah sakit rujukan tingkat 1/ tingkat 2 sehingga tidak terjadi penumpukan pasien di rumah sakit rujukan tersier. Hal ini dapat berdampak kepada perencanaan anggaran pembiayaan kesehatan maupun kualitas layanan.

Tahun 2019 telah dipantau jumlah rujukan berdasarkan severity level yang ditangani di RSUP Sanglah. Nilai yang diperoleh sebesar 13.76 % rujukan yang ditangani di RSUP Sanglah (severity level 3) dari target yang ditentukan sebesar 20%.
 - **Kendala yang dihadapi**

Beberapa faktor yang mempengaruhi besarnya jumlah rujukan yang tidak sesuai severity level III yang dirawat di RSUP Sanglah yaitu antara lain:

 - a) Meningkatnya akses pelayanan masyarakat ke RSUD sehingga RSUD tidak mampu menampung pasien yang pada akhirnya di referral ke RSUP Sanglah tanpa memandang severity levelnya.
 - b) Belum maksimalnya sumber daya yang dimiliki oleh PPK 1 maupun PPK 2 seperti SDM maupun sarana dan prasarannya.
 - c) Pengisian resume medis yang belum sesuai dengan diagnose dan tindakan sehingga menyebabkan severity level menjadi tidak sesuai saat dilakukan coding.

- Usul pemecahan masalah
Untuk mengatasi belum sesuai severity level kasus-kasus yang ditangani di RSUP Sanglah, maka ada beberapa upaya yang dilakukan yaitu;
 - a) Melakukan sosialisasi SISRUTE ke RSUD agar rujukan bias berjalan dengan baik
 - b) Melakukan pembinaan ke RSUD Kab/kota untuk meningkatkan kualitas sumber daya sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
 - c) Melakukan sosialisasi ke KSM tentang cara pengisian dan kelengkapan resume medis agar sesuai dengan diagnose dan tindakan sehingga sesuai dengan severity levelnya .

Jumlah Rumah Sakit Binaan yang mampu menjadi RS rujukan balik

- Kondisi yang dicapai
Untuk mewujudkan visi dan misi RSUP Sanglah sesuai dengan Sesuai Renstra RSUP Sanglah tahun 2015-2019 serta peran sebagai rumah sakit rujukan nasional dan rs pendidikan, maka salah satu kegiatan yang dilakukan adalah melakukan pembinaan ke RS daerah Prov. Bali.
Pada tahun 2019, pembinaan rumah sakit I tentang sistem rujukan balik telah dilakukan terhadap 5 rumah sakit dari 5 yang ditargetkan.
- Kendala yang dihadapi
Belum optimalnya Kendali mutu dan Kendali biaya di RS daerah, Belum optimal koordinasi antar RS tentang system rujukan, Keterbatasan sumber daya di Rumah sakit regional menyebabkan system rujukan belum berjalan optimal, antara lain : obat yang tidak tersedia, SDM yang tidak berkompeten, sarana prasarana gedung yang tidak mencukupi dll.
- Usul pemecahan masalah
Meningkatkan upaya kendali mutu dan kendali biaya serta meningkat koordinasi antar RS dengan melalui SISRUTE

9. Terwujudnya Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sbb:

Akreditasi JCI

- Kondisi yang dicapai

Berdasarkan temuan saat Survei Triennial AMC di RSUP Sanglah pada 26-30 Agustus 2019 dan Peraturan Keputusan JCI, maka RSUP Sanglah telah diberikan status Terakreditasi JCI. Standar AMC JCI dimaksudkan untuk merangsang peningkatan kinerja dan perawatan pasien secara berkesinambungan, sistematis, dan melingkupi seluruh area RS.

- Kendala yang dihadapi

Hasil kegiatan JCI Triennial Academic Medical Centre Accreditation Survey berupa temuan (findings) yang merupakan hasil evaluasi para Tim Surveyor selama 5 hari survey. Hasil temuan ini dikategorikan menjadi 3 yaitu Fully Met (tercapai), Partially Met (tercapai sebagian), dan Not Met (tidak tercapai). Hasil observasi terhadap 16 Bab, 303 Standar, dan 1218 measurable element dalam standar akreditasi JCI edisi 5 di RSUP Sanglah diperoleh hasil sebagai berikut:

a) Fully Met: sebanyak 115 measurable element dengan 2 Bab dari 16 Bab tidak ada observasi, yaitu Bab Patient and Family Education (PFE) serta Anestesi and Sedation Care (ASC).

b) Partially Met: sebanyak 53 measurable element.

c) Not Met: sebanyak 14 measurable element.

d) Berdasarkan perhitungan yang sudah kami lakukan terhadap capaian masing-masing Bab, didapatkan jumlah capaian rata-rata skor adalah 96.38.

e) Bab yang belum mencapai skor minimal 90 adalah Bab FACILITY MANAGEMENT AND SAFETY (FMS) dengan capaian skor 89.33.

- Tindak lanjut

Melakukan perbaikan secara kontinyu terutama di FMS untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit

10. Terwujudnya Kepuasan Stakeholders

Untuk mencapai sasaran ini ada tiga indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sebagai berikut:

Survey Kepuasan Pasien

- **Kondisi yang dicapai**

Salah satu upaya yang harus dilakukan dalam upaya perbaikan pelayanan publik adalah melakukan survey kepuasan masyarakat/pelanggan terhadap penyedia layanan. Survei kepuasan pasien di RSUP Sanglah merupakan salah satu sarana untuk mengevaluasi pelayanan yang diselenggarakan oleh RSUP Sanglah. Survei dilakukan setiap bulan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien. Survey kepuasan pasien di tahun 2019 menunjukkan hasil kepuasan pasien sebesar 82 % dari target yang ditentukan 88%.

- **Kendala yang dihadapi**

Permasalahan yang dijumpai dalam pelaksanaan survey adalah masih rendahnya partisipasi pasien yang mengumpulkan kuesioner dari ruangan rawat inap sehingga menyulitkan dalam melakukan analisa data.

- **Usul pemecahan masalah**

Melakukan sosialisasi hasil survey ke unit kerja dan berkoordinasi dengan kepala ruangan di pelayanan.

Survey Kepuasan Pegawai

- **Kondisi yang dicapai**

Untuk mendukung kualitas pelayanan rumah sakit, dukungan dari seluruh karyawan sangat dibutuhkan. SDM/karyawan adalah stakeholder yang merupakan asset RS dan harus dipuaskan guna mendukung pelayanan secara keseluruhan. Kepuasan karyawan sebagai salah satu factor yang turut menentukan hasil kerja karyawan yang terwujud dalam pelayanan di rumah sakit. Untuk menggambarkan tingkat kepuasan kerja karyawan RSUP Sanglah, dilakukan survey kepuasan karyawan dengan hasil menunjukkan tingkat kepuasan pegawai RSUP Sanglah tahun 2019 sebesar 81 % dari target yang ditentukan 85%.

- **Kendala yang dihadapi**

Walaupun secara keseluruhan tingkat kepuasan pegawai meningkat, namun dari hasil survey dijumpai beberapa permasalahan yaitu :

a) Keterlibatan pegawai dalam teamwork belum optima

- b) Sistem pemberian benefit bagi pegawai belum mampu memuaskan semua pegawai
- c) Komunikasi antara manajemen dan pegawai belum optimal
- Usul pemecahan masalah
 - a) Meningkatkan keterlibatan pegawai dalam team sehingga merasa sebagai bagian dari team
 - b) Melakukan evaluasi terhadap system remunerasi
 - c) Meningkatkan komunikasi antara manajemen dengan pegawai lainnya

Survey Kepuasan Peserta didik

- Kondisi yang dicapai

RSUP Sanglah selalu berupaya meningkatkan kualitas pelayanan publik, dan untuk mewujudkan kepuasan stakeholder. RSUP Sanglah sebagai rumah sakit pendidikan, dalam mewujudkan visinya menjadi rumah sakit pendidikan rujukan perlu kiranya mengukur tingkat kepuasan peserta didik yang melakukan pendidikannya di RSUP Sanglah. Dengan menggunakan pedoman umum indeks kepuasan masyarakat sesuai Permen PAN no 25 tahun 2004, maka didapat persentase kepuasan peserta didik di tahun 2019 adalah sebesar 71.05 % dari target sebesar 92%.
- Kendala yang dihadapi

Sarana dan prasarana (tersedianya ruang kerja mandiri, ruang istirahat yang nyaman dan rapi), kesejahteraan pesertadidik (waktu untuk istirahat dan tidur, beban kerja seperti jumlah jam kerja, sistem jaga dan jumlah hari kerja serta kompensasi berupa gaji/waktu cuti/dan manfaat lainnya).
- Usul pemecahan masalah

Pimpinan divisi, fakultas maupun rumah sakit saling bekerjasama untuk melakukan pengawasan dan evaluasi yang efektif dan berkala terutama dalam hal pengaturan jam dinas seperti mempertimbangkan mengenai pentingnya waktu jeda, jam istirahat yang jelas atau libur setelah dinas jaga, hingga hak pengajuan cuti/ijin bagi peserta didik. Pimpinan institusi kesehatan dan program studi diharapkan dapat menyusun strategi untuk menurunkan tingkat stressor di tiap program studi, misalnyadenganmenetapkankebijakan/SOP yang jelas dan

diketahui oleh semua peserta didik mengenai aturan kerja dan penugasan yang menjadi tanggungjawab masing-masing peserta didik sesuai dengan jenis dan tingkatannya. Standar pemberian kompensasi bagi peserta didik residen juga perlu mendapat perhatian dengan melakukan evaluasi terhadap kebutuhan pembaharuan secara berkala. Pihak rumah sakit dan program studi agar dapat mengupayakan lingkungan yang kondusif untuk proses kerja dan belajar, termasuk kebutuhan ruangan untuk kerja mandiri, ruang baca, dan ruang untuk beristirahat, serta menyediakan sarana atau wadah yang mampu mendeteksi dan mengatasi tindakan keliru maupun tindak kekerasan pada peserta didik sejak dini.

11. Terwujudnya efisiensi anggaran

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sbb:

Persentase pendapatan terhadap Biaya Operasional

- Kondisi yang dicapai

Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang dan jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.

Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN satker BLU.

Persentase pendapatan terhadap biaya operasional merupakan perbandingan antara pendapatan dengan biaya operasional menunjukkan efisiensi terhadap anggaran Rumah Sakit.

Persentase pendapatan terhadap biaya operasional RSUP Sanglah tahun 2019 mencapai 85.88%, lebih rendah dari target sebesar 88%.

- Kendala yang dihadapi

- a) Biaya operasional rumah sakit yang tidak efisien antara lain obat-obatan, Bahan Habis Pakai, pemeliharaan medis dan non medis, biaya perjalan, biaya umum dll.
- b) Klaim obat kronis dari maret 18 belum di klaPendapatan 90% tergantung dari BPJS
- Usul pemecahan masalah
 - a) Melakukan efisiensi dan efektivitas dalam operasional RS
 - b) Meningkatkan pendapatan non BPJS.

12. Terwujudnya pertumbuhan pendapatan

Untuk mencapai sasaran ini ada satu indikator kinerja yang digunakan dan akan diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalah sbb:

- Persentase Peningkatan Pendapatan
 - Kondisi yang dicapai

Untuk mewujudkan pertumbuhan pendapatan ditetapkan cara penghitungannya dengan mengurangi pendapatan PNBPN tahun berjalan dengan tahun lalu. Berdasarkan perhitungan di dapat pencapaian peningkatan pendapatan RSUP Sanglah tahun 2019 sebesar -0.20% dari target 18%.
 - Kendala yang dihadapi
 - a) Penurunan kunjungan karena adanya system rujukan berjenjang
 - b) Pembayaran klaim BPJS tidak lancar
 - c) Adanya RS pesaing dengan jenis layanan yang sama dengan RSUP Sanglah
 - Usul pemecahan masalah

Pengembangan pelayanan baru non BPJS

2. Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah:

- a. Mengadakan pendekatan kepada surveyor yang akan melakukan kegiatan survey khususnya survey Kepuasan karyawan dan survey budaya kerja, agar kegiatan dapat dilaksanakan tepat waktu.

- b. Melakukan monitoring usulan perbaikan Grade dan Indikator Kinerja dalam pemberian Remunerasi sebagai dasar peningkatan kesejahteraan Pegawai dan hasil survey yang lalu.**
- c. Melakukan Promosi dan Demosi termasuk didalamnya pemberian nilai Jabatan yang erat kaitannya dengan pemberian Remunerasi.**
- d. Melakukan peningkatan budaya profesionalisme khususnya peningkatan pengetahuan baik melalui pendidikan formal maupun non formal.**
- e. Meningkatkan dan memperbaiki hubungan antar manusia khususnya peningkatan kerjasama antar tim dirumah sakit melalui kegiatan Capacity Building.**
- f. Melakukan revisi instrument penilaian GAP kompetensi sehingga pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan dengan baik dan dapat mengukur apa yang akan diukur.**

BAB III PENUTUP

Penetapan Kinerja RSUP Sanglah Denpasar tahun 2020 ini adalah merupakan dokumen pernyataan kinerja/ kesepakatan kinerja/perjanjian kinerja antara atasan dengan bawahan untuk mewujudkan target kinerja berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki RSUP Sanglah. Dokumen Penetapan Kinerja memuat pernyataan dan mencantumkan sasaran strategis, indikator kinerja RSUP Sanglah beserta target kinerja dan anggarannya.

Dokumen Penetapan Kinerja ini disusun untuk dapat dimanfaatkan sebagai instrumen untuk memantau dan mengendalikan pencapaian kinerja organisasi, sebagai bahan melaporkan capaian realisasi kinerja dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah serta untuk menilai keberhasilan organisasi.

LAMPIRAN

IKU 1 : Persentase SDM Yang Memenuhi Kualifikasi dan Kompetensi Sesuai Standar

Perspektif	Pengembangan personil dan organisasi		
Sasaran strategis	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar		
IKU	Persentase SDM 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 SDM non Medis.		
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	Triwulan		
Target	<table border="1"><tr><td>2020</td></tr><tr><td>83%</td></tr></table>	2020	83%
2020			
83%			

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 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 6 Modul

IKU 4 : Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes
IKU	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik
Definisi	Waktu yang dibutuhkan mulai pasien antri 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, Keperawatan dan Penunjang
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik
Periode Pelaporan	Triwulan
Target	2020 50 Menit

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal		
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes		
IKU	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD kurang dari 5 Menit		
Definisi	Waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan Triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter		
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien gawatdarurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu kurang dari 5 Menit}}{\text{Jumlah seluruh pasien gawatdarurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit}} \times 100\%$		
Bobot IKU	4%		
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang		
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik		
Periode Pelaporan	Triwulan		
Target	<table border="1"><tr><td>2020</td></tr><tr><td>< 5 Menit</td></tr></table>	2020	< 5 Menit
2020			
< 5 Menit			

IKU 6 : Persentase Visite DPJP sebelum jam 11.00

Perspektif	Proses Bisnis Internal			
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes			
IKU	Persentase Visite DPJP sebelum jam 11.00			
Definisi	Ketepatan Visite oleh DPJP sesuai standar			
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite oleh DPJP sampai jam 11.00}}{\text{Jumlah pasien yang harus divisite oleh DPJP}}$	x 100%		
Bobot IKU	4%			
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang			
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik			
Periode Pelaporan	Triwulan			
Target	<table border="1"><tr><td>2020</td></tr><tr><td>80%</td></tr></table>		2020	80%
2020				
80%				

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes	
IKU	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik	
Definisi	DPJP berada di poliklinik memberikan pelayanan dan atau supervise atas layanan oleh PPDS selama jam buka Poliklinik	
Formula	$\frac{\text{Kegiatan pelayanan oleh sub divisi/ sub spesialis setiap hari kerja di poiklinik}}{\text{Jumlah DPJP sesuai daftar jaga}}$	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang	
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020 70%	

IKU 8 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS

Perspektif	Proses Bisnis Internal			
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes			
IKU	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS			
Definisi	Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS pada periode waktu pelaporan dibandingkan kunjungan pasien non BPJS periode sebelumnya			
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien non BPJS pada periode pelaporan} - \text{jumlah kunjungan pasien non BPJS periode sebelumnya}}{\text{Jumlah Kunjungan non BPJS periode sebelumnya}}$	x 100%		
Bobot IKU	4%			
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang			
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik			
Periode Pelaporan	Triwulan			
Target	<table border="1"><tr><td>2020</td></tr><tr><td>15%</td></tr></table>		2020	15%
2020				
15%				

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes	
IKU	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	
Definisi	Jumlah Poliklinik subspecialis yang memberikan pelayanan setiap hari kerja	
Formula	$\frac{\text{Jumlah penggunaan poliklinik sub spesialis}}{\text{Jumlah seluruh Poliklinik sub spesialis}}$	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang	
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020	80%

IKU 10 : Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes				
IKU	Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral				
Definisi	Jumlah Operasi yang dikerjakan di IBS				
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di operasi di OK IBS}}{\text{Jumlah kamar Operasi di OK IBS}}$	/ Hari Buka OK IBS			
Bobot IKU	4%				
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Target	<table border="1"><tr><td>2020</td></tr><tr><td>2,5</td></tr><tr><td>Pasien/OK/ Hr</td></tr></table>		2020	2,5	Pasien/OK/ Hr
2020					
2,5					
Pasien/OK/ Hr					

IKU 11 : Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes
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 spesialis yang melakukan praktek sore di Poliklinik Paviliun Wing Amerta
Bobot IKU	4%
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik
Periode Pelaporan	Triwulan
Target	2020 15

IKU 12 : 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	6%
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan
Periode Pelaporan	Tahunan
Target	2020 3

IKU 13 : 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	$\frac{(\text{Jumlah kunjungan ke Poliklinik Estetika pada periode waktu pelaporan} - \text{Jumlah Kunjungan ke Poliklinik Estetika pada Periode waktu sebelumnya})}{\text{Jumlah Kunjungan ke Poliklinik Estetika pada Periode waktu sebelumnya}}$	x 100%		
Bobot IKU	4%			
Person In Charge	Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang			
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik			
Periode Pelaporan	Tahunan			
Target	<table border="1"><tr><td>2020</td></tr><tr><td>5%</td></tr></table>		2020	5%
2020				
5%				

IKU 14 : Persentase Penerapan EMR

Perspektif	Proses Bisnis Internal	
Sasaran strategis	Meningkatnya pengelolaan System Informasi menuju digitalisasi	
IKU	Persentase penerapan eMR	
Definisi	Presentase 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 Perencanaan Organisasi dan Umum	
Sumber data	Instalasi IT	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020	
	85%	

IKU 15 : 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 Jumlah Modul Proses Bisnis yang dimiliki	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktorat Perencanaan Organisasi dan Umum	
Sumber data	Instalasi IT	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020	82%

IKU 16 : Rumah Sakit Terakreditasi

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	Mantapnya Tatakelola Rumah sakit yang Baik dan Bersih
IKU	Rumah Sakit Terakreditasi
Definisi	Sertifikat akreditasi Rumah Sakit yang didapatkan oleh Rumah sakit
Formula	Akreditasi Rumah sakit yang dilakukan RS pada tahun yang bersangkutan
Bobot IKU	4%
Person In Charge	Direktorat Perencanaan Organisasi dan Umum
Sumber data	Komite Mutu dan Keselamatan pasien
Periode Pelaporan	Tahunan
Target	2020 KARS

IKU 17 : Berstatus WBK / WBBM

Perspektif	Proses Bisnis Internal
Sasaran strategis	Mantapnya Tatakelola Rumah sakit yang Baik dan Bersih
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	Direktur Utama
Sumber data	TIM WBK dan SPI
Periode Pelaporan	Tahunan
Target	2020 WBK TPN

IKU 18 : Tingkat Kepuasan Pegawai

Perspektif	Konsumen	
Sasaran strategis	Meningkatkan Kepuasan pelanggan	
IKU	Tingkat kepuasan Pegawai	
Definisi	Kepuasan pegawai adalah tingkat penerimaan pegawai terhadap kondisi yang berhubungan dengan iklim dan lingkungan kerja, beban kerja, kepemimpinan, karier, dan kesejahteraan.	
Formula	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang dijadikan sampel}}$	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan	
Sumber data	Bagian Sumber Daya Manusia	
Periode Pelaporan	Tahunan	
Target	2020	75%

IKU 19 : 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	$\frac{\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dijadikan sampel}} \times 100\%$	
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktorat <u>Perencanaan Organisasi dan Umum</u>	
Sumber data	Bagian Hukum dan hubungan Masyarakat	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020	85%

IKU 20 : 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	
	90%	

IKU 21 : 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	$\frac{\text{Jumlah peserta didik yang menyatakan puas dan sangat puas atas proses pembelajaran klinis yang dilakukan di RSUP Sanglah}}{\text{Jumlah seluruh Peserta didik yang dijadikan sampel}} \times 100\%$	x 100%
Bobot IKU	3%	
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan	
Sumber data	Bagian Pendidikan dan Penelitian	
Periode Pelaporan	Tahunan	
Target	2020	75%

IKU 22 : Peningkatan Pendapatan PNB

Perspektif	Keuangan	
Sasaran strategis	Terwujudnya peningkatan pendapatan	
IKU	Peningkatan Pendapatan PNB	
Definisi	Jumlah Penerimaan pada akhir tahun	
Formula	$\frac{\text{Jumlah Penerimaan BLU pada waktu Periode Pelaporan} - \text{Jumlah Penerimaan BLU pada Periode Sebelumnya}}{\text{Jumlah Penerimaan BLU pada Periode Sebelumnya}} \times 100\%$	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktorat Keuangan dan BMN	
Sumber data	Bagian Perbendaharaan dan Pelaksana Anggaran	
Periode Pelaporan	Tahunan	
Target	2020	52%

IKU 23 : 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	$\frac{\text{Perbandingan Aset lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}}$	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktorat Keuangan dan BMN	
Sumber data	Bagian Akuntansi dan BMN	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020	285%

IKU 24 : 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	$\frac{\text{Pendapatan BNPB}}{\text{Biaya Operasional}}$	x 100%
Bobot IKU	4%	
Person In Charge	Direktorat Keuangan dan BMN	
Sumber data	Bagian Akuntansi dan BMN	
Periode Pelaporan	Triwulan	
Target	2020	86%