

1106		Ruangan Bank Darah	Ada	1980	2015	Baik	Pindah ke Ex Cempaka Timur
1109		Ruangan Imunologi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1111		Ruangan Kimia Klinik (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1112		Ruangan Urin/Tinja (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1113		Ruangan Hematologi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1114		Ruangan Mikrobiologi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	Lokasi di Ex Lab Kesda
1117		Ruangan Patologi Anatomi (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	lokasi di Gedung IBS Lt. 2 (lab PA)
1118		Ruangan Biologi Molekuler (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	Ada di Lab PK dan Lab Mikro
1119		Ruangan Penyimpanan Bahan Habis Pakai dan Reagen (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1120		Ruangan IT, Server (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1121		Ruangan Arsip (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	Gabung dengan Administrasi
1169		Toilet Staf	Ada	1980		Baik	
1171		Toilet Pasien	Ada	1980		Baik	
1164		Ruangan Koordinator Laboratorium	Ada	1980		Baik	
1165		Ruangan Petugas Laboratorium	Ada	1980		Baik	
1161		Ruangan Diskusi/Rapat	-	1980		Baik	
1158		Ruangan Kepala Laboratorium Medik	Ada	1980		Baik	
1157		Ruangan Cuci Peralatan	Ada	1980		Baik	
1155		Ruangan Makan/Pantry Staf	Ada	1980		Baik	
1152		Ruangan Penyimpanan dan Ganti Pakaian Staf	Ada	1980		Baik	
1167		Ruangan Musholla	Ada	1959		Baik	Lokasi di Gedung PJT Lama
1093		Ruangan Flebotomi	Ada	1980		Baik	
1101		Ruangan Spesimen Lain (Pus, Kerokan Kulit, dll)	-			Baik	
1103		Ruangan Spesimen Genital	-			Baik	
1107		Ruangan Konsultasi	-			Baik	
1122		Ruangan Administrasi Hasil (Ruang Pemeriksaan)	Ada	1980		Baik	
1123		Ruangan Kerja Dokter (Ruang Pemeriksa Hasil)	Ada	1980		Baik	
1134		Ruangan Produksi (Ruang Khusus)	Ada	1980		Baik	

1137		Ruangan Penanaman Kuman TB (Ruang Khusus)	Ada	1979	2014	Baik	Lab Mikro
1140		Ruangan Potong Jaringan Patologi Anatomi (Ruang Khusus)	Ada	2007		Baik	Lab PA
1142		Ruangan Penyimpanan Jaringan Patologi Anatomi (Ruang Khusus)	Ada	2007		Baik	
1144		Ruangan Mikrotom (Ruang Khusus)	Ada	2007		Baik	lab PK
1145		Ruangan Histologi (Ruang Khusus)	Ada	2007		Baik	lab PA
1150		Ruangan Imuno Histokimia (Ruang Khusus)	Ada	2007		Baik	lab PA
**		Instalasi Rehabilitasi Medik					
1291		Ruangan Pemeriksaan/ Penilaian Dokter	Ada	2005		Baik	
1294		Loket Pendaftaran dan Pendataan	Ada	2005		Baik	
1295		Ruangan Administrasi, Keuangan dan Personalia	Ada	2005		Baik	
1298		Ruangan Tunggu Pasien & Pengantar Pasien	Ada	2005		Baik	
1299		Ruangan Diagnostik Dokter	Ada	2005		Baik	
1300		Ruangan Terapi Psikologi	Ada	2005		Baik	
1318		Ruangan Terapi Wicara Vokasional	Ada	2005		Baik	
1320		Ruangan GIP (OP)	Ada	2005		Baik	
1321		Loker Petugas Bengkel OP	Ada	2005		Baik	
1339		Ruangan Kepala IRM	Ada	2005		Baik	
1340		Ruangan Petugas RM	Ada	2005		Baik	
1341		Dapur Kecil (Pantry)	Ada	2005		Baik	
1342		KM/WC Petugas	Ada	2005		-	bocor plafon ada rembesan air. belum teridentifikasi sumber bocor
1343		KM/WC Pasien	Ada	2005		Baik	
156		Rehabilitasi Medik	Ada	2005		Baik	
1324		Ruangan Jahit/ Kulit (OP)	Ada	2005		Baik	
1301		Ruangan Fisioterapi Pasif	Ada	2005		Baik	
1303		Ruangan Fisioterapi Aktif	Ada	2005		Baik	
1306		Ruangan Senam (Gymnasium)	-			Baik	
1307		Ruangan Hidroterapi (incl R. Ganti, Toilet)	Ada	2005		Baik	alat rusak
1309		Ruangan Terapi Okupasi	Ada	2005		Baik	

1323		Ruangan Bengkel Kasar/ kerja pembuatan	Ada	2005		Baik	Gabung dengan OP
1313		Ruangan Sensori Intergrasi (SI) Anak	Ada	2005		Baik	alat tidak ada
1316		Ruangan Relaksasi/ Perangsangan Audio-Visual	-			Baik	
1319		Ruangan Terapi Wicara Audiometer	Ada	2005		Baik	alat tidak ada
1322		Ruangan Bengkel Halus/ Kerja Kayu	Ada	2005		Baik	Gabung dengan OP
1325		Ruangan Penyimpanan Barang Jadi (OP)	Ada	2005		Baik	
1327		Ruangan Penyetelan/ Fitting Room; (OP)	Ada	2005		Baik	
1330		Ruangan PSM	Ada	2005		Baik	Alat tidak ada
1333		Gudang Peralatan Rehab Medik	Ada	2005		Baik	di masing-masing ruangan
1335		Gudang Linen dan Farmasi	-			Baik	
1338		Gudang Kotor	Ada	2005		Baik	di masing-masing ruangan
1708		Gudang Bahan Baku	-			Baik	
**		Laboratorium Kedokteran Foerensik dan Medikolegal					
1180		Ruangan Pemeriksaan/Penilaian Dokter	Ada	2004		Baik	
1183		Ruang Pendaftaran dan Pendataan	Ada	2004		Baik	
1185		Ruangan Administrasi, Keuangan dan Personalial	Ada	2004		Baik	
1197		Ruangan Tunggu Pasien dan Pengantar Pasien	-			Baik	
**		Instalasi Kedokteran Nuklir					
1002		Ruangan Resepsionis/Pendaftaran/Kasir/Pengambilan Hasil	-			Baik	
1003		Ruangan Administrasi	-			Baik	
1004		Ruangan Tunggu Pasien dan Pengantar Pasien	-			Baik	
1005		Ruangan Preparasi	-			Baik	
1007		Ruangan Isolasi	-			Baik	
1008		Ruangan Hot Lab	-			Baik	
1010		Ruangan Konsultasi Dokter	-			Baik	
1011		Ruangan Pemberian Dosis/Radiofarmaka	-			Baik	
1012		Ruangan Tunggu Pasien setelah pemberian Radiofarmaka	-			Baik	
1013		Toilet Pasien yang sudah mendapat Radiofarmaka	-			Baik	
1015		Ruangan Radioassay	-			Baik	

1016		Ruangan Thyroid Uptake/Gamma Probe	-			Baik	
1017		Ruangan Gamma Kamera (dilengkapi Ruang Operator)	-			Baik	
1018		Ruangan Pembacaan Hasil	-			Baik	
1019		Gudang Umum	-			Baik	
1021		Ruangan Dekontaminasi	-			Baik	
1023		Ruangan Istirahat Dokter dan Petugas	-			Baik	
1026		Toilet Pasien (umum)	-			Baik	
1028		Toilet Pimpinan dan Staf	-			Baik	
1110		Ruangan Penyimpanan Sementara Limbah Radioaktif Padat	-			Baik	
*		Penunjang Non Medik RS					
**		Instalasi Pencucian Linen/ Laundry					
1124		Ruangan Administrasi dan Pencatatan	Ada	1973		Baik	
1125		Ruangan Kepala Laundry	Ada	1973		Baik	
1126		Ruangan Penerimaan dan Sortir	Ada	1973		Baik	
1128		Ruangan Setrika dan Pengeringan Laundry	Ada	1973		-	Pintu kayu sudah rusak. ganti ke pintu besi/aluminium. dan dibutuhkan intercom untuk penghubung dengan Ruang Cuci Linen
1129		Ruangan Perbaikan Linen / Jahit	Ada	1973		Baik	
1130		Ruangan Penyimpanan Linen	Ada	1973		Baik	
1132		Ruangan Cuci Linen	Ada	1973		Baik	Plafon jebol akibat atap bocor. Atap sudah diperbaiki tetapi plafon belum. terkendala pada bahan. Perlu kajian lebih lanjut untuk pengadaan heat detector dan uji fungsinya
1133		Ruangan Pengeringan Linen	-	1973		Baik	
1135		Ruangan Dekontaminasi Troli	Ada	1973	2015	Baik	
1148		Ruangan Penyimpanan Troli	Ada	1973	2015	Baik	Gabung dengan ruang Penerimaan dan Sortir
1151		Gudang Bahan Kimia	Ada	1973		Baik	
1153		KM/WC Petugas	Ada	1973		-	Dinding jamur, lantai kamar mandi kusam dan sulit dihilangkan.
**		Instalasi Pemeliharaan Sarana (Workshop)					
1170		Ruangan Kepala IPSRS	Ada	1959		Baik	Bocor, struktur atap sudah lapuk karena usia dan talang penghubung sudah robek
1173		Ruangan Administrasi (Pencatatan) dan Ruang Kerja Staf	Ada	1959		Baik	Bocor keras akibat bubungan atap yang sudah rusak parah.

1174		Ruangan Rapat/ Pertemuan Teknis	Ada	1959		Baik	atap dan plafon bocor
1175		Ruangan Studio Gambar dan Arsip Teknis	-	1959		Baik	
1177		Bengkel/ Work Shop	Ada	1959		Baik	Workshop Non Medis lokasi masih di IPPM
1187		Bengkel/ Workshop Peralatan Medik (Optik, Elektromedik, Mekanik)	-	1959		Baik	Lokasi di IPPM, bocor pada atap selasar (onduline sudah melendut) penghubung genzet dengan IPPM
1184		Bengkel/ Workshop Bangunan/ Kayu	Ada	1959		Baik	Overstek atap sebelah selatan rusak
1189		Ruang Panel Listrik	Ada	1959		Baik	KIOS (Anggrek, Lely, Parkir Angsoka)
1190		Ruang Trafo	Ada	1959		Baik	Genzet (Induk, Wings, IGD), Masing-masing KIOS
1191		Ruangan Genset	Ada	1983		Baik	Plafon jebol pada area overstek bagian selatan dan barat. genteng bergeser bisa jadi diakibatkan eng yang lapuk.
1192		Ruang Pompa	Ada	2003		Baik	Groundtank. Atap spandek perlu diganti karena sudah berlubang
1193		Ruang Boiler	Ada	1997		Baik	Bocor di atap spandek kanopi tepat lokasi di ruang teknis. (perlu dicek kemiringan atap sambungan
1194		Gudang Spare Part	Ada	1985		Baik	
1196		KM/WC Petugas	Ada	1959		-	lantai kusam, plafon jamur akibat bocor, floordrain rusak
1195		Gudang Alat Rusak	Ada	1985		Baik	Usuk dan reng lapuk sehingga genteng merosot dan jika hujan pasti bocor.
1186		Bengkel/ Workshop metal/logam	Ada	1959		Baik	
1188		Bengkel/ Workshop penunjang medik	Ada	1959		Baik	
**		Instalasi Sterilisasi Pusat / CSSD					
1198		Ruangan Penerimaan	Ada	1980		Baik	
1199		Ruangan Dekontaminasi	Ada	1980		Baik	
1200		Ruangan Mesin Sterilisasi	Ada	1980		Baik	
1201		Ruangan Pengemasan/ Persiapan Alat	Ada	1980		Baik	
1202		Gudang Steril	Ada	1980		Baik	
1203		Ruangan Penerimaan Linen Bersih Siap Sterilisasi	Ada	1980	2016	Baik	
1204		Ruangan Kepala Instalasi CSSD	Ada	1980		Baik	
1205		Ruangan Ganti Petugas (Loker)	Ada	1980	2016	Baik	
1206		Ruangan Staf/ Petugas	Ada	1980	2016	Baik	
1207		KM/WC Petugas	Ada	1980	2016	Baik	
**		Instalasi Dapur Utama dan Gizi Klinik					
1064		Ruangan Penerimaan dan Penimbangan Bahan Makanan	Ada	1973	2015	Baik	

1065		Ruangan Penyimpanan bahan makanan basah	Ada	1973	2016	Baik
1067		Ruangan penyimpanan bahan makanan kering	Ada	1973	2016	Baik
1068		Ruang / Area Persiapan	Ada	1973	2016	Baik
1069		Ruangan Pengolahan/ Memasak dan Penghangatan Makanan	Ada	1973	2016	Baik
1070		Ruangan Cuci	Ada	1973	2016	Baik
1071		Ruangan Penyimpanan Troli Gizi	Ada	1973	2015	Baik
1072		Ruangan Penyimpanan Peralatan Dapur	Ada	1973	2015	Baik
1075		Ruangan Ganti Alat Pelindung Diri (APD) dan Loker	Ada	1973	2015	Baik
1077		Ruangan Administrasi	Ada	1973	2015	Baik
1080		Ruangan Kepala Instalasi Gizi	Ada	1973		Baik
1085		Ruangan Pengaturan dan Penyimpanan Tabung Gas Elpiji	Ada	1973		Baik
1088		Gudang Alat	Ada	1973	2015	Baik
1095		Ruangan Petugas Jaga Dapur	Ada	1973	2015	Baik
1100		Ruangan Nutrisionis	Ada	1973		Baik
1102		KM/WC petugas	Ada	1973	2012	Baik
1127		Ruangan Pembagian/ Penyajian Makanan	Ada	1973	2015	Baik
1081		Janitor	-			Baik
**		Instalasi Sanitasi				
1168		Ruang Kerja dan Arsip	Ada	1959	2014	Baik
1231		Area Pengolahan Air Limbah	Ada	1996		Baik
1232		Area Pengelolaan Limbah Padat	Ada	1980		Baik
1233		Area TPS	Ada	1980		Baik
1234		KM/WC Petugas	Ada	1959		Baik
**		Instalasi Pemeliharaan Sarana Medis				
1547		Ruangan Kepala Instalasi	Ada	1959		Baik
1548		Ruangan Workshop	Ada	1959		Baik
1549		Ruangan Administrasi/Kantor	Ada	1959		Baik
1550		Ruangan Istirahat	Ada	1959		Baik

1551		Tollet Petugas	Ada	1959	2014	Baik	
------	--	----------------	-----	------	------	------	--

2.2.5.2 Kondisi Prasarana

mark	Prasarana	Jumlah	Satuan	Kode	Keterangan
**	Sumber Listrik				
**	Listrik PLN				
**	Daya Listrik Terpasang/Kapasitas	3465	KVA		
**	Genset				
**	Total Kapasitas Genset Yg Berfungsi	2334	KVA		
**	Jumlah Genset Keseluruhan	8	Unit		
**	Jumlah Genset yang Berfungsi	8	Unit		
**	Jumlah Operator Genset Bersertifikat	9	Unit		
**	UPS				
**	Total Kapasitas UPS Yg Berfungsi	0	KVA		
**	Jumlah UPS Keseluruhan	0	Unit		
**	Jumlah UPS yang Berfungsi	0	Unit		
**	Sumber Air				
**	PDAM				
**	Rata Pemakaian PDAM per hari	51,66	M3/hari		
**	Sumur Dangkal				
**	Rata Pemakaian Air Sumur Dangkal Per hari	788	M3/hari		
**	Sumur Dalam/Atesis				
**	Rata Pemakaian Air Sumur Dalam per hari	0			
**	Gas Medik & Vakum Medik				
**	Sentral Nitrous Oxide/N2O	5	Unit		
**	Sentral Udara Tekan Medik	13	Unit		
**	Sentral Udara Tekan Medik	13	Unit		
**	Sentral Gas Oksigen / O2 Tabung	9	Unit		
**	Sentral Udara Tekan Alat	2	Unit		
**	Tabung				
**	Tabung Oksigen/O2	11853	Unit		
**	Tabung Nitrous Oxide/N2O	57	Unit		
**	Tabung Nitrogen/N2	4	Tabung		
**	Tabung Carbon Dioxide/CO2	17	Unit		
**	Tabung Helium/He	2	Tabung		
**	Penanggulangan Bahaya Kebakaran				
**	APAR				
**	Jumlah APAR yang Berfungsi	393	Unit		
**	Jumlah APAR Total (Keseluruhan)	393	Unit		
**	Hydran				
**	Jumlah Mesin Pompa Hydran	5	Unit		
**	Jumlah Tiang Hydran Lapangan	10	Unit		
**	Jumlah Box Hydran Bangunan	69	Unit		
**	Boiler				
**	Kapasitas Total Boiler	2650	Kg/jam		
**	Jumlah unit Boiler Keseluruhan	2	Unit		
**	Jumlah Boiler yang Berfungsi	2	Unit		
**	Bed Lift				
**	Jumlah Bed Lift Yg Berfungsi	7	Unit		
**	Jumlah Bed Lift Keseluruhan	8	Unit		
**	Jumlah Bed Lift Bersertifikat	7	Unit		
**	Lift Penumpang				
**	Jumlah Lift Penumpang Yg Berfungsi	0	Unit		
**	Jumlah Lift Penumpang Keseluruhan	0	Unit		
**	Jumlah Lift Penumpang Bersertifikat	0	Unit		
**	Lift Barang				
**	Jumlah lift barang Keseluruhan	2	Unit		
**	Jumlah lift barang Yg berfungsi	2	Unit		
**	Jumlah lift barang Bersertifikat	2	Unit		
**	Sistem Telekomunikasi				
**	Jumlah Saluran Jaringan Internet	2	Unit		
**	Jumlah Saluran Jaringan Internet yang Berfungsi	2	Unit		
**	Sambungan Saluran Telepon (SST)	1	SST		
**	Jumlah SST yang Berfungsi	1	SST		
**	Private Automatic Branch Exchange (PABX)				
**	Jumlah Unit PABX yang Dimiliki	6	Unit		
**	Total Kapasitas Saluran (Berfungsi)	293	Saluran		
**	Ambulans				
**	Jumlah ambulance transport Kondisi Baik	1	Unit		
**	Jumlah ambulance transport Kondisi Rusak Berat	0	Unit		
**	Ambulans Gawat Darurat				
**	Jumlah ambulance Gawat Darurat Kondisi Baik	5	Unit		
**	Jumlah ambulance Gawat Darurat Kondisi Rusak Berat	0	Unit		
**	Mobil/Kereta				
**	Jumlah mobil/kereta jenazah Kondisi Baik	0	Unit		
**	Jumlah mobil/kereta jenazah Kondisi Rusak Berat	0	Unit		
**	Pengkondisian Udara (AC)				
**	AC Central				
**	Jumlah Sistem AC Central (Berfungsi)	43	Unit		
**	Jumlah Sistem AC Central (Berfungsi)	43	Unit		
**	AC Split				
**	Jumlah AC Split Yg berfungsi	1258	Unit		

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 Obygn/FK UNUD RSUP Sanglah sudah bekerjasama dengan Adelaide Hospital dalam hal pelayanan Obygn.

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 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:

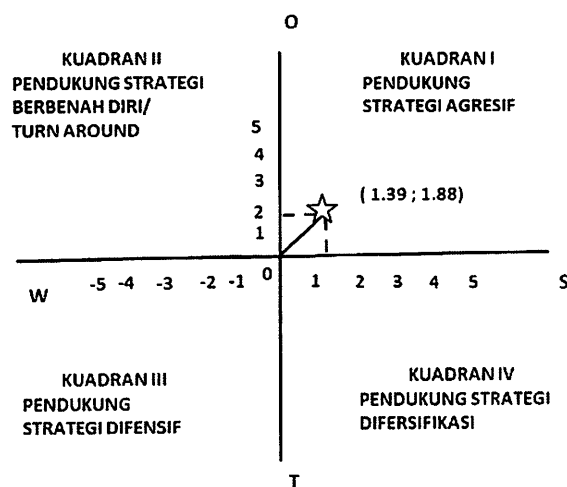
Nilai Sumbu X = total nilai terbobot **Kekuatan** dikurangi total nilai terbobot **Kelemahan**

$$\text{Nilai Sumbu X} = 8.99 \text{ (Tabel 7)} - 7.60 \text{ (Tabel 8)} = 1.39$$

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

		Faktor KEKUATAN	Faktor KELEMAHAN
		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
	Faktor PELUANG		
1	Kebijakan JKN untuk UHC.	1 manfaatkan 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 manfaatkan 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
	Faktor ANCAMAN		
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.

5.1 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
A	Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (SDM, Sarana dan Prasarana)		
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	Perspektif Proses Bisnis Internal		
7	Meningkatkan respon time di poliklinik (100%)	12	Lemahnya kesadaran dan tanggungjawab DPJP

E. 5.2 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 satu sasaran strategis rumah sakit.

Untuk menentukan kemungkinan risiko terjadi pada suatu patokan sebagai berikut:

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

13	lemahnya pengambilan keputusan pelayanan oleh residen dan DPJP		
14	Lemahnya kesadaran dan tanggung jawab DPJP		
15	lemahnya pengawasan pihak manajemen		
9	Waktu tanggap kedaruratan 5 menit (100%)		
17	lemahnya pengawasan terhadap residen		
18	kurangnya inventarisasi terhadap aset yang dimiliki		
19	kurangnya inovasi penggunaan aset yang dimiliki		
20	Inkonsisten pengembangan layanan baru dan		
21	ketertbatasan alat medis yang tersedia		
22	Modernisasi sistem layanan berbasis IT		
22	buruknya kemauan dan tanggung jawab user dalam penggunaan IT		
23	Belanja		
23	Buruknya monitoring		
24	In-efisiensi anggaran operasional		
Perspektif Customer			
14	Meningkatkan Loyalitas Pelanggan		
25	Rendahnya loyalitas pasien yang berkunjung		
26	Buruknya tindak lanjut hasil evaluasi		
27	Rendahnya kepuasan pelanggan internal dan eksternal		
28	buruknya tindak lanjut hasil evaluasi kepuasan		
Perspektif Keuangan			
29	Keterlambatan klaim BPJS		
30	Kurangnya inovasi peningkatan pendapatan		
31	Buruknya tata kelola keuangan		
17	Terwujudnya Kinerja keuangan yang sehat		

- 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	Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (SDM,Sarana dan Prasarana)						
1	Tercapainya kompetensi dan kualifikasi SDM non Medis	1	Buruknya proses penilaian kesenjangan kompetensi	Besar	Mayor	Ekstrem	
		2	Buruknya proses peningkatan kompetensi SDM non Medis	Besar	Mayor	Ekstrem	
2	Pemanfaatannya sistem IT untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	3	perubahan kebijakan dalam implementasi IT	Besar	Mayor	Ekstrem	
		4	Tidak optimalnya penggunaan modul SIMRS oleh User	Besar	Medium	Tinggi	
3	Integrasikan sistem pengadaan untuk menangkap peluang UHC JKN dan asuransi lainnya	5	belum optimalnya integrasi sistem IT pengadaan	Besar	Mayor	Ekstrem	
		6	Buruknya kesadaran user untuk memanfaatkan modul IT sistem Pengadaam	Besar	Medium	Tinggi	
4	Optimalkan budaya kerja untuk memaksimalkan pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian	7	buruknya proses penetapan Indeks budaya kerja	Besar	Mayor	Tinggi	
5	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM	8	Kurangnya dukungan semua pihak untuk akreditasi diklat	Besar	Mayor	Tinggi	
		9	Minimnya SDM pengelola diklat yang tersertifikasi	Besar	Mayor	Tinggi	
6	Peremajaan Gedung dan Alat Medis melalui mekaniske KPBU, PHLN.	10	lemahnya perencanaan peremajaan Gedung dan alat medis	Sedang	Minor	Moderat	
		11	Minimnya dukungan anggaran untuk peremajaan gedung dan alat medis	Sedang	Minor	Moderat	

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

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 suatrumah 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
A Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran (SDM, Sarana dan Prasarana)								
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 bersinambungan	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		perbaiki, 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 mekaniske 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 Perspektif Proses Bisnis Internal								
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
C Perspektif Customer								
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
D Perspektif Keuangan								
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 Pemerintah Indonesia. Visi Pemerintah Indonesia tahun 2020-2024 adalah **"Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, berlandaskan Gotong royong"**.

Dalam Rencana Strategis periode lalu telah dicanangkan RSUP Sanglah sebagai rumah sakit Indonesia kelas dunia, dan telah tercapai di tahun 2013 dengan diraihnya sertifikat akreditasi oleh Joint Commission International (JCI). Untuk Rencana Strategis Bisnis periode 2020-2024, ada cita-cita baru yang ingin diraih yang merupakan integrasi antara pelayanan dan pendidikan. Untuk itu dirumuskan visi baru yang dapat membangkitkan inspirasi semua *stakeholders* rumah sakit.

MISI:

Visi tersebut diupayakan untuk dicapai melalui Misi. Misi Pemerintah Indonesia 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.

Visi dan Misi Pemerintah Indonesia 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.

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 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

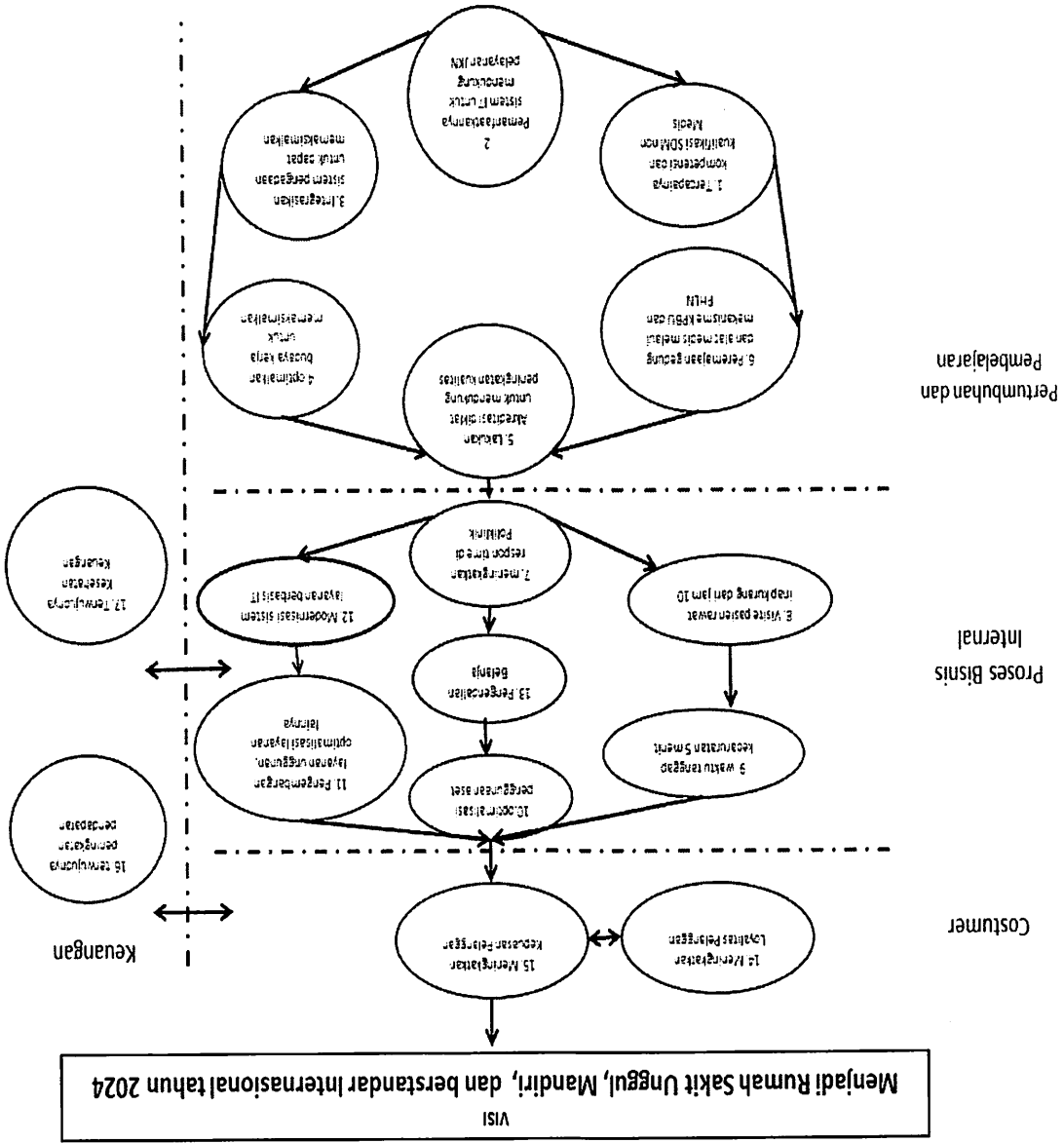
NO	Komponen Stakeholders	Harapan	Kekhawatiran
1	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan/ Ketua Dewan Pengawas RSUP Sanglah	<ul style="list-style-type: none"> - Isue Strategis yang harus diselesaikan: Stunting, SDM Unggul, JKN, Yankes Dasar., RS harus mampu berinovasi - RS mengembangkan pelayanan unggulan. - DPJP standby di Poliklinik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar RS mampu bersaing - RS Mampu mengembangkan pelayanan dengan sasaran pasien non BPJS. - Tidak mampu memberikan pelayanan yang optimal - Tidak mampu memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit
2	FK UNUD	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan bisa dilakukan dengan 2 shift seperti di Kamar Operasi serta di Poliklinik - Memprioritaskan pendidikan, penelitian dan pelayanan - Menjadi wahana pendidikan dokter primer, spesialis dan subspecialistik - Terselenggaranya proses pendidikan dengan baik - Mahasiswa berpraktek sesuai standar RS - Mahasiswa bisa mendapatkan ilmu dan teknologi - Menciptakan dokter berkualitas dan kompeten - Pembiayaan peserta didik ke RS minimal - Turut monitor peserta didik secara kontinyu - Proses pendidikan unggul - Indikator no 7 sebaiknya berbunyi” Keberadaan DPJP diseluruh Poliklinik” 	<ul style="list-style-type: none"> - Biaya praktek di rumah sakit tinggi - Sarana/prasarana tidak memadai - Lebih mengutamakan pelayanan daripada pendidikan dan penelitian - Tidak tercapainya proses pendidikan yg baik - Lulusan dokter tdk berkualitas. - Peserta didik bekerja sendiri tanpa bimbingan terstruktur - Dikawatirkan yang memberikan pelayanan hanya residen saja, sehingga Dekan sangat mendukung diterapkannya 2 shift untuk pelayanan OK dan POLiklinik.
3	Dinas Kesehatan Kota Denpasar	<ul style="list-style-type: none"> - RSUP Sanglah sebaiknya melakukan kerjasama dengan seluruh Stekholder. - Surveillance ditingkatkan. - PKMRS ditingkatkan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peran RSUP Sanglah menjadi lebih komprehensif.
4	Komkordik	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan sistem HAS, RSUP Sanglah sebaiknya 	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadi koordinasi yang baik dalam mencapai

		membuat Renstra bersama dengan FK Unud	tujuan bersamaAntrean panjang
5	RSUD Gianyar.	<ul style="list-style-type: none"> - Terlihat jelas Visi dan Misi RSUP - Analisa SWOT agar diperlihatkan sehingga menjadi jelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjadi panduan RSUP untuk mencapai tujuan yang diharapkan
6	Perwakilan Masyarakat (Kepala Dusun Sanglah Barat)	<ul style="list-style-type: none"> - RSUP Sanglah sebaiknya ikut dalam kegiatan di Masyarakat sekitar RS, seperti Penyuluhan, menjaga kebersihan dlll. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar RSUP Sanglah tidak dijauhi oleh Masyarakat sekitar
7	SDM (karyawan)	<ul style="list-style-type: none"> - Menjadi sejahtera - Kepastian karir - Lingkungan kerja nyaman dan aman - Kesempatan mengembangkan kompetensi 	<ul style="list-style-type: none"> - Penghasilan tidak memadai - Tidak ada perbedaan penghasilan antara yang rajin dengan malas - Tidak ada kepastian karir

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.

a. Matriks IKU

Seperti telah disampaikan sebelumnya, sebuah IKU menunjukkan kemajuan perwujudan suatu sasaran strategis. Sebuah sasaran strategis bisa mempunyai lebih dari satu jenis IKU. IKU dan targetnya 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 di bawah ini.

Tabel 12. Matriks Indikator Kinerja Utama (IKU)

No	Indikator Kinerja Utama	Definisi Operasional	Baseline	Target					PIC
				2020	2021	2022	2023	2024	
1	Persentase SDM yang memenuhi kualifikasi dan kompetensi sesuai standar	Jumlah SDM non medis yang bekerja sesuai dengan kompetensi dan kualifikasi yang dimiliki	80%	83%	86%	90%	93%	95%	Direktorat SDM dan Pendidikan
2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	Diklat RSUP terakreditasi	60%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktorat SDM dan Pendidikan
3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	2 modul	6 Modul	10	10	10	10	Direktorat SDM dan Pendidikan
4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik	Waktu yang dibutuhkan mulai pasien antri di poliklinik sampai dengan pemeriksaan DPJP	60 menit	50 Menit	40 Menit	30 Menit	31 Menit	32 Menit	Direktorat Medik dan Keperawatan
5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD kurang dari 5 menit.	Jumlah pasien Gawat Darurat yang ditangani dalam waktu kurang dari 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	< 5 menit	Direktorat Medik dan Keperawatan
6	Persentase Visite DPJP sebelum jam 10.00	Kunjungan DPJP setiap hari untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya pada hari kerja	70	80	90	90	100	100	Direktorat Medik dan Keperawatan
7	Keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik selama jam buka Poliklinik	Rata rata waktu keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik	60%	70%	80%	90%	100%	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	10%	12%	15%	17%	20%	25%	Direktorat Medik dan Keperawatan
9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	Jumlah Poliklinik subspecialis yang memberikan pelayanan setiap hari kerja	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Direktorat Medik dan Keperawatan
10	Peningkatan Penggunaan IBS	Jumlah Operasi yang dikerjakan di IBS	2.5 pasien/hr/OK	3	3.5	4	4.5	5	Direktorat Medik dan Keperawatan
11	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	Pelaksanaan praktek sore subspecialis di Poliklinik Wing Amerta	14	15	16	17	18	19	Direktorat Medik dan Keperawatan
12	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	Jumlah jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional yang dikembangkan	0	3 jenis	3 Jenis	4 Jenis	5 Jenis	5 Jenis	Direktorat Medik dan Keperawatan

No	Indikator Kinerja Utama	Definisi Operasional	Baseline	Target					PIC
				2020	2021	2022	2023	2024	
13	Pengembangan Pelayanan Estetika	Jumlah Kunjungan Pasien Estetika setiap tahun	45 pasien/bulan	5%	7%	10%	12%	15%	Direktorat Medik dan Keperawatan
14	Persentase penerapan eMR	Persentase Unit Pelayanan yang menerapkan eMR	75%	85%	90%	100%	100%	100%	Direktorat Umum dan Operasional
15	Persentase penerapan Proses Bisnis Internal yang terintegrasi	Proses Bisnis internal yang diintegrasikan dengan teknologi Informasi	80%	82%	85%	90%	100%	100%	Direktorat Keuangan
16	Rumah Sakit Terakreditasi	Sertifikat akreditasi Rumah Sakit yang didapatkan oleh Rumah sakit	JCI dan KARS	KARS			KARS		Direktorat Umum dan Operasional
17	Berstatus WBK/WBBM	Rumah sakit Lulus berstatus WBK/WBBM	WBK TPI	WBK TPN		WBBM			Direktorat Umum dan Operasional
18	Tingkat kepuasan Pegawai	Pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pekerjaan di RS	68%	75%	80%	80%	80%	87%	Direktorat SDM dan Pendidikan
19	Tingkat Kepuasan Pasien	Jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pelayanan rumah sakit	78%	80%	80%	80%	80%	95%	Direktorat Umum dan Operasional
20	Tingkat kepuasan pasien terhadap peserta didik	Pasien yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pelayanan oleh peserta didik di RS	88%	90%	90%	90%	90%	95%	Direktorat SDM dan Pendidikan
21	Tingkat Kepuasan Peserta didik terhadap proses Pendidikan	Peserta didik yang menyatakan puas atas proses pendidikan klinis yang dilakukan di RSUP Sanglah	belum	75%	80%	80%	80%	85%	Direktorat SDM dan Pendidikan
22	Peningkatan Pendapatan PNBP	Jumlah Penerimaan pada akhir tahun	7%	52%	86%	103%	112%	120%	Direktorat Keuangan
23	Curent Ratio	Perbandingan uang kas, setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, persediaan, uang muka dan biaya dibayar dimuka dengan kewajiban jangka pendek	170%	285%	300%	330%	350%	380%	Direktorat Keuangan
24	POBO (Pendapatan Operasional terhadap Biaya operasional)	Perbandingan pendapatan PNBP dibandingkan dengan Biaya Operasional	80%	86%	88%	89%	90%	90%	Direktorat Keuangan

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.

3.5 Program Kerja Strategis

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)".

Kamus IKU