



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



RSUP SANGLAH DENPASAR
Jalan Diponegoro Denpasar Bali (80114)
Telephone : (0361) 227911 – 15, 225482, 223869 Faximile: (0361)
224206
Email : info@sanglahhospitalbali.com
Website : www.sanglahhospitalbali.com

KATA PENGANTAR

DIREKTUR UTAMA RSUP SANGLAH

Om Swasthi Asthu,

Perencanaan pembangunan nasional dibagi menjadi 3 tahap, yaitu Rencana Pembangunan Jangka Panjang, Jangka Menengah dan Jangka Pendek. Perencanaan Pembangunan Jangka Menengah merupakan Perencanaan Strategis dalam periode lima tahun. Dokumen Perencanaan Strategis yang sekarang disebut dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Sanglah, disusun untuk mengetahui kondisi dan posisi organisasi saat ini, tujuan yang akan dicapai di akhir periode RSB yaitu di tahun 2024, serta langkah-langkah untuk mencapai tujuan tersebut.

Dalam Rencana Strategis Bisnis, dijabarkan visi dan misi organisasi serta langkah-langkah strategis dalam usaha mencapai harapan dan impian tersebut. Di dalam RSB disampaikan pula rangkaian program kerja strategis yang merupakan upaya konkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis dalam kurun waktu tahun 2020 – 2024.

Semoga Buku Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020-2024 ini, dapat dijadikan acuan dan pedoman dalam implementasi kegiatan di RSUP Sanglah, sehingga RSUP Sanglah dapat mencapai impiannya di tahun 2024.

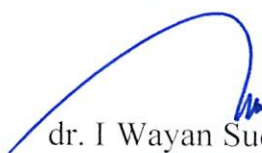
Om Shanti, Shanti, Shanti, Om



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DENPASAR.

RENCANA STRATEGI BISNIS
RSUP SANGLAH DENPASAR
TAHUN 2020-2024.

DIREKTUR UTAMA



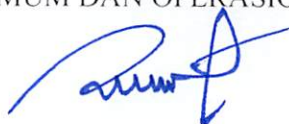
dr. I Wayan Sudana.M.Kes
NIP. 196504091995091001

DIREKTUR
MEDIK DAN KEPERAWATAN



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

Plt. DIREKTUR
UMUM DAN OPERASIONAL



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

DIREKTUR
SDM DAN PENDIDIKAN



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

DIREKTUR
KEUANGAN



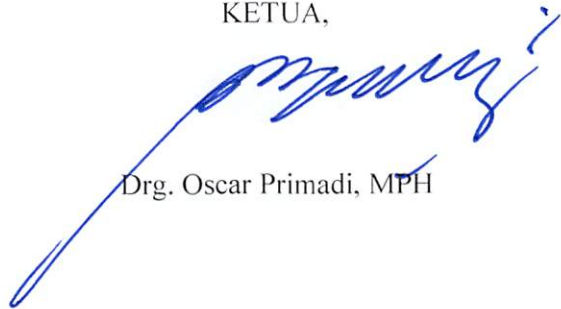
Yulis Quartu, SE. Ak. MSi
NIP. 196707261995022002

LEMBAR PERSETUJUAN

RENCANA STRATEGI BISNIS RSUP SANGLAH DENPASAR TAHUN 2020-2024

DEWAN PENGAWAS

KETUA,



Drg. Oscar Primadi, MPH

ANGGOTA



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

ANGGOTA



Dr. Kuncoro Adi Purjanto, MKes

ANGGOTA



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

ANGGOTA



Ngakan Putu Tagel, SE

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN.....	13
KATA PENGANTAR.....	13
LEMBAR PENGESAHAN.....	13
DAFTAR ISI	13
BAB I. PENDAHULUAN	13
A. LATAR BELAKANG.....	13
B. TUJUAN RSB.....	13
C. DASAR HUKUM.....	14
D. SISTEMATIKA PENYUSUNAN RSB.....	14
BAB II. KONDISI SATKER	14
A. PROFIL SATKER.....	15
B. GAMBARAN KINERJA.....	15
C. KINERJA ASPEK PELAYANAN.....	15
D. KINERJA ASPEK KEUANGAN	15
E. KINERJA ASPEK SDM.....	16
F. KINERJA ASPEK SARANA & PRASARANA	16
G. TANTANGAN STRATEGIS.....	16
H. BENCHMARKING.....	17
I . ANALISA SWOT	17
DIAGRAM KARTESIUS & PRIORITAS STRATEGIS.....	18
ANALISA TOWS.....	24

ANALISA DAN MITIGASI RISIKO	25
IDENTIFIKASI RISIKO.....	26
PENILAIAN TINGKAT RISIKO.....	26
RENCANA MITIGASI RISIKO.....	28
BAB III. ARAH DAN PROGRAM STRATEGIS	29
RUMUSAN PERNYATAAN VISI, MISI, DAN TATA NILAI	30
ARAH DAN KEBIJAKAN <i>STAKEHOLDERS</i> INTI	30
RANCANGAN PETA STRATEGI <i>BALANCED SCORECARD</i> (BSC)	31
INDIKATOR KINERJA UTAMA.....	32
MATRIKS IKU.....	32
KAMUS IKU.....	32
ROADMAP 5 TAHUN KEDEPAN.....	33
PROGRAM KERJA STRATEGIS	34
BAB IV. PROYEKSI KEUANGAN.....	34
ESTIMASI PENDAPATAN	34
RENCANA KEBUTUHAN ANGGARAN.....	35
ANGGARAN KELANGSUNGAN OPERASIONAL.....	35
ANGGARAN PENGEMBANGAN	35
RENCANA PENDANAAN.....	36
BAB V. PENUTUP.....	36

BAB I

PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

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

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

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

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

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

RSUP Sanglah Denpasar merupakan Rumah Sakit Pendidikan, merupakan rumah sakit rujukan untuk NTT dan NTB. Disamping itu rumah sakit Sanglah terletak di Provinsi Bali yang merupakan daerah pariwisata yang banyak dikunjungi oleh wisatawan mancanegara. Karena posisi geografisnya pasien RSUP Sanglah tidak hanya berasal dari Bali, NTB dan NTT akan tetapi banyak juga melayani pasien yang berasal dari Jawa bagian Timur. Dari segi SDM, RSUP Sanglah memiliki SDM yang lengkap dan kompeten di bidangnya. Walaupun posisi RSUP Sanglah sangat startegis 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.

TUJUAN RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)

Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah disusun untuk bisa menjadi instrumen navigasi bagi pimpinan dan manajemen rumah sakit dalam menentukan kebijakan, program dan rencana kerja operasional. Selain itu, dapat menjadi pedoman kerja bagi para direktur dan jajarannya dalam menyelaraskan proses penyusunan anggaran dan program kerja masing-masing instalasi, terutama unit-unit pelayanan strategis yang akan menjadi sumber pendapatan utama (*revenue centre*) rumah sakit. Secara umum penyusunan Rencana Strategi bisnis RSUP Sanglah bertujuan untuk mendapatkan :

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

DASAR HUKUM

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

1. Undang-undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
2. Undang Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025
3. Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

4. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatus Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor: 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 74 tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
7. Peraturan Dirjen Perbendaharaan No PER-54/PB 2013 tentang Penilaian Kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan
8. Peraturan Menteri Keuangan No.92/PMK.05/2014 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran serta pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum
9. Peraturan Menteri Kesehatan No 659/Menkes/Per/VIII/2009 tentang Pencanaan RSUP Sanglah menjadi rumah sakit kelas dunia tahun 2014
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 64 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata kerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
11. Surat Edaran Nomor HK.02.02/I/2627/2019 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) UPT Vertikal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

D. SISTEMATIKA PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)

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

Bab I : Pendahuluan

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

Bab II : Kondisi Satker

- 2.1 Profil Satker

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

Bab III : Arah dan Prioritas Strategi

- 3.1 Rumusan pernyataan visi, misi dan tata nilai
- 3.2 Arah dan Kebijakan *Stakeholders* inti
- 3.3 Rancangan Peta Strategi *Balanced Scorecard* (BSC)
- 3.4 Indikator Kinerja Utama (IKU)
 - A. Matriks IKU
 - B. Kamus IKU
- 3.5 Roadmap 5 tahun ke depan
- 3.6 Program Kerja Strategis

Bab IV : Proyeksi Keuangan

- 4.1 Estimasi Pendapatan
- 4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran
- 4.3 Anggaran Kelangsungan Operasional
- 4.4 Anggaran Pengembangan
- 4.5 Rencana Pendanaan

Bab V : Penutup

BAB II

KONDISI SATKER

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

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

Tabel 1. Aspek Layanan

NO	INDIKATOR	CAPAIAN					
		2014	2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
II.1	Layanan						
A	Pertumbuhan Produktivitas						
1	Rata – rata kunjungan rawat jalan/hari	1.03	1.18	1.11	1.12	1.04	0.87
2	Rata – rata kunjungan rawat darurat/hari	0.88	0.92	0.99	0.95	0.93	1.04
3	Hari perawatan	1.1	1.02	1.11	0.93	0.93	0.79
4	Rata – rata Pemeriksaan radiologi/hari	1	1.15	0.72	1.1	0.78	0.92
5	Rata – rata Pemeriksaan laboratorium/hari	0.95	0.91	1.18	0.93	0.81	0.90
6	Rata – rata operasi/hari	0.95	0.98	0.99	1.04	1.05	1.06
7	Rata – rata rehab medik/hari	1.03	1.21	1.05	0.98	0.36	0.89
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	1.1	1.1	1.02	1.04	1.12	0.99
9	Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	1.5	5.67	4	1.12	0.87	2.74
B	Efektivitas Pelayanan						
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	97.21	96.97	95.99	96	97.43	88.19
2	Pengembalian Rekam Medik	100	96.86	94.67	99.17	70.48	74
3	Angka Pembatalan Operasi	2.21	0.56	0.53	3.09	1.84	3.23
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	4.03	2.37	1.83	0.89	0.1	2.84
5	Penulisan resep sesuai formularium	75	90.06	95.42	98.85	100	100
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0	10.08	0	0.02	0	14.50
7	BOR	93.93	91.49	100.51	92.96	87.78	73
C	Perspektif Pertumbuhan Pembelajaran						
1	Rata-rata jam pelatihan / karyawan	0.02	0.16	1.38	1.4	1.59	0.48
2	Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	0	63.4	72.37	67%	67%	75

			8				
3	Ada/Tidaknya Reward dan Punishment	Ada. program dilaksanakan sepenuhnya	Ada. program dilaksanakan sepenuhnya	Ada. program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada dilaksanakan
TOTAL INDIKATOR PELAYANAN							

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

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

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

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

Tabel 2. Aspek Keuangan

NO	INDIKATOR	CAPAIAN			
		2016	2017	2018	SMT I 2019
I.1	Rasio Keuangan				
I	Ratio Kas (Cash Ratio)	59.79%	44.11%	17.97%	18.78%

2	Rasio Lancar (Current Ratio)	165.39%	143.85%	157.60%	215.61%
3	Periode Penangihan Utang (Collection Periode	15.64 hr	26.35 hr	96.98 hr	95.96 hr
4	Perputaran Aset Tetap (Return on asset)	114.69%	138.50%	23.49%	10.18%
5	Imbalan atas asset tetap (Return on asset)	5.20%	4.93%	-6.74%	-0.25%
6	Imbalan Ekuitas (Return enequty)	5.11%	4.76%	-8.11%	-0.31%
7	Perputaran Persediaan (inventory turn over)	14.36 hr	19.15 hr	16.20 hr	13.44 hr
8	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasiona	81.43%	87.27%	77.68%	76.52%
9	Rasio Subsidi biaya pasien (corporate social responsibility)	16.84%	18.39		

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

2.1 Profil Satker

2.1.1 Nama Satker : Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

2.1.2 Sejarah RSUP Sanglah

Tahun 1956 : RS Sanglah mulai dibangun

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

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

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

Tahun 2005 : Menjadi RS Kelas A Pendidikan

Tahun 2011 : Ditetapkan sebagai RS Pendidikan Utama

Tahun 2013 : Rumah Sakit dengan akreditasi JCI

Tahun 2014 : Rumah Sakit dengan akreditasi KARS

Tahun 2014 : Rumah Sakit Rujukan Nasional Indonesia bagian timur

Tahun 2016 : Telah Ter Re-Akreditasi JCI Edisi V

Tahun 2017 : Telah berhasil Lulus KARS Tingkat Paripurna

Tahun 2018 : Tanda Penghargaan Wilayah Bebas dari Korupsi

2.1.3 Struktur Organisasi

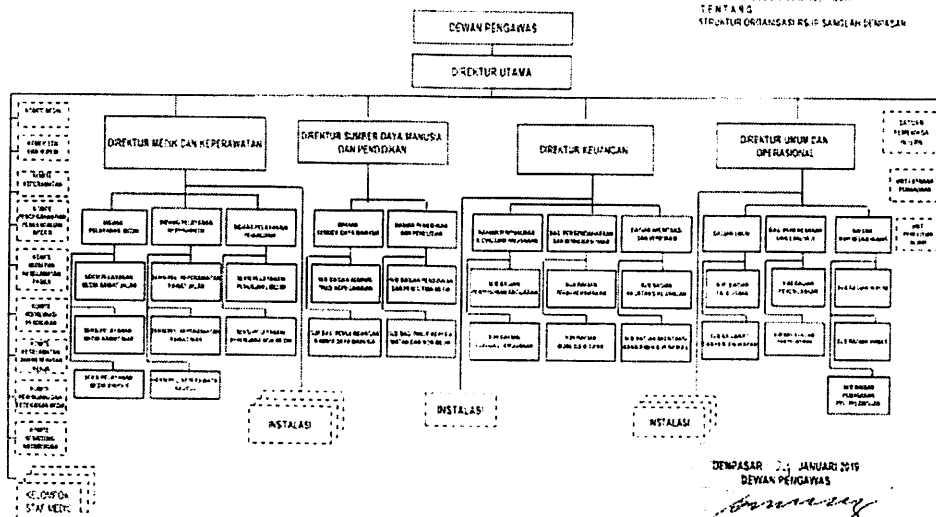


KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR



Jalan Diponegoro Denpasar Bali 80134
 Telepon : (0361) 22791114, 227487, 223469, Faksimili : (0361) 224206
 Email : info@sanglahbospitalbali.com, Website : www.sanglahbospitalbali.com

KEPUTUSAN DEWAN PENGAWAS RSUP SANGLAH DENPASAR
 NOMOR : 196/02/RSUP/SK/01/2015
 TENTANG
 STRUKTUR ORGANISASI RSUP SANGLAH DENPASAR



DENPASAR, 22 JANUARI 2015
 DEWAN PENGAWAS

[Signature]
 Drg Oscar Primadi, MPH

2.1.4 Manajemen Satker :

- Direktur Utama : dr. I Wayan Sudana, M.Kes
- Direktur Medik dan Keperawatan: DR.dr. I Ketut Sudartana, Sp.B, KBD (K)
- Direktur SDM dan Pendidikan : DR.dr Ketut Suryanegara, Sp.OG(K), MARS
- Direktur Keuangan : Yulis Quarti, SE,Akt,M.Si
- Direktur Umum dan perasional : Dra. Nining Setyawati, MSi

2.1.5 Kepemilikan Satker : Dewan Pengawas

- Ketua : drg Oscar Primadi, MPH
- Anggota : dr. Kuntjoro Adi Purjanto, M.kes
- DR.dr. Ina Rosalina, SpA(K),M.Kes.MH.Kes
- Prof.DR.dr. M Ahmad Djojogugito, SpOT
- Ngakan Putu Tagel,SE

2.1.6 Alamat Satker : Jl Diponegoro Denpasar Bali

2.1.7 Luas Tanah dan Bangunan

Luas Lahan	:	13.5 HA
Luas Gedung	:	76.064,22 m ²
Jumlah Gedung	:	
1. Listrik :		
a. Jaringan PLN Kapasitas	:	4.015KVA
b. Genzet	:	1.815 KVA
2. Komunikasi :		
a. Telepon (PABX)	:	2 buah
b. Radio Panggil	:	18 buah
c. SIMRS	:	1 buah
d. CCTV	:	282 buah
3. Sumber Air Bersih :		
a. PAM	:	5 titik
b. Sumur Bor	:	3 buah

2.1.8 Instalasi dan Kelompok Staf Medis

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

Instalasi Pelayanan:

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap A
3. Instalasi Rawat Inap B
4. Instalasi Rawat Inap C
5. Instalasi Rawat Inap D
6. Instalasi Rawat Darurat (IRD)
7. Instalasi Wing Amertha (WA)
8. Instalasi Bedah Sentral (IBS)
9. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif (IATI)
10. Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu (PJT)
11. Instalasi Layanan Dialysis
12. Instalasi Geriatri
13. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

14. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
15. Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik
16. Instalasi Radiologi
17. Instalasi Radioterapi
18. Instalasi Farmasi
19. Instalasi Rehabilitasi Medis
20. Instalasi Kedokteran Forensik
21. Instalasi Kanker Terpadu

Instalasi Penunjang Pelayanan:

22. Instalasi Rekam Medis (IRM)
23. Instalasi Gizi
24. Instalasi Binatu
25. Instalasi Sterilisasi Sentral (ISS)
26. Instalasi Keamanan dan Ketertiban Lingkungan (Kamtibling)
27. Instalasi Teknologi Informasi (ITI)
28. Instalasi Pemeliharaan Sarana RS (IPSR)
29. Instalasi Pemeliharaan Peralatan Medis (IPPM)
30. Instalasi Kebersihan dan Kesehatan Lingkungan (IKKL).
31. Instalasi Admission
32. Instalasi Penjaminan Klaim
33. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (IPKRS)

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

1. KSM Obstetri dan Ginekologi
2. KSM Ilmu Penyakit Syaraf
3. KSM Ilmu Penyakit Dalam

4. KSM Ilmu Bedah Umum
5. KSM Ilmu Kesehatan Anak
6. KSM Ilmu Kesehatan THT
7. KSM Patologi Klinik
8. KSM Ilmu Kesehatan Mata
9. KSM Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
10. KSM Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
11. KSM Anestesi dan Reanimasi
12. KSM Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut
13. KSM Ilmu Kedokteran Forensik
14. KSM Patologi Anatomi
15. KSM Ilmu Kedokteran Jiwa
16. KSM Bedah Syaraf
17. KSM Urologi
18. KSM Orthopedi dan Traumatologi
19. KSM Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler
20. KSM Mikrobiologi Klinik
21. KSM Radiologi
22. KSM Dokter Umum
23. SMF Gizi Klinik
24. KSM Paru
25. KSM Bedah Plastik

2.2. Gambaran Kinerja

2.2.1 IKU atau Key Performace Indicators sesuai RSB (grafik)

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

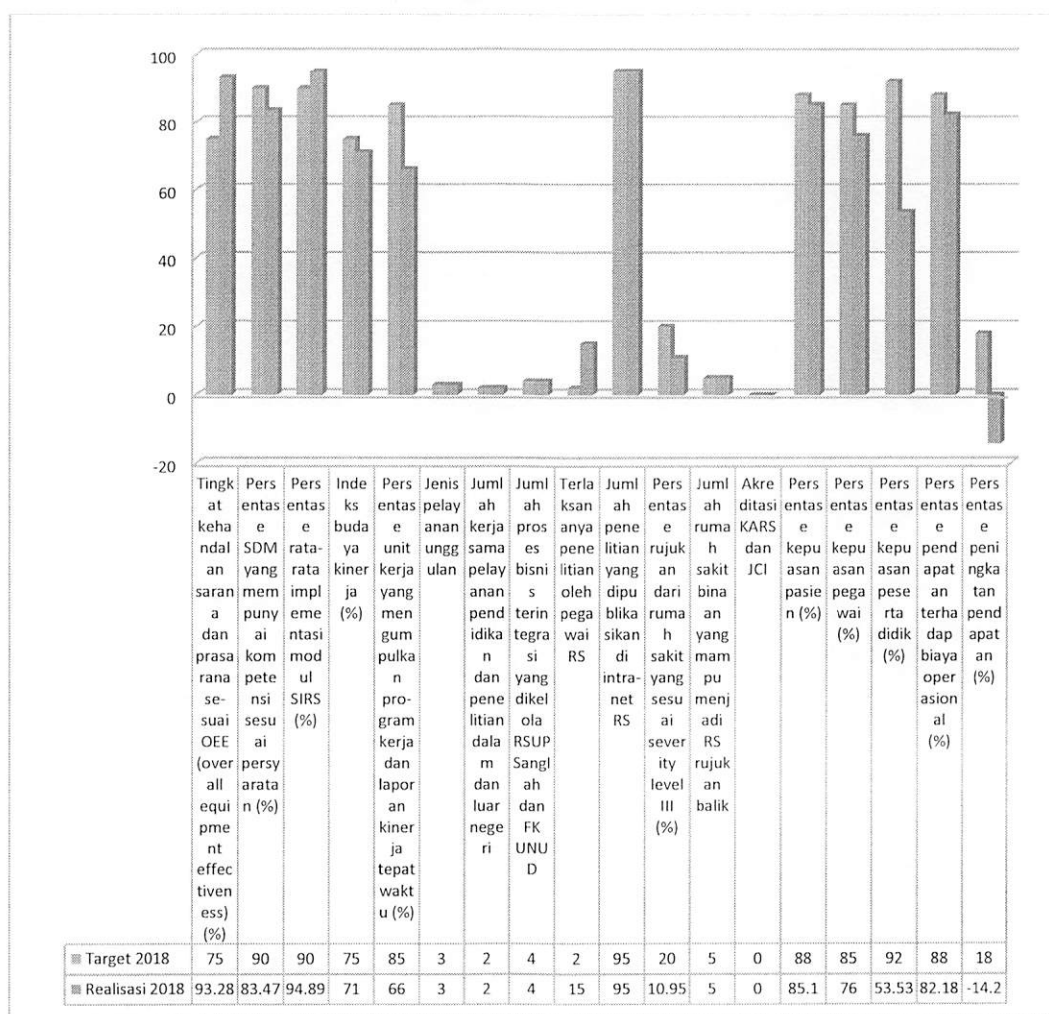
Tabel 2.2.1. Capaian Indikator Kinerja Tahun 2018

No	Sasaran Strategis	Indikator	Realisasi 2017	Target 2018	Realisasi 2018	PIC	% capaian	Keterangan (2018)
1	Terwujudnya Keandalan Sarana dan Prasarana	Tingkat keandalan sarana dan prasarana se-suai OEE (<i>overall equipment effectiveness</i>)	98.48%	75%	93.28%	OPS	100%	Tercapai
2	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai persyaratan	90%	90%	83.47	SDM	93%	Tidak tercapai
3	Terwujudnya Sistem Informasi yang terintegrasi	Persentase rata-rata implementasi modul SIRS	93.27%	90%	94.89%	OPS	100%	Tercapai
4	Terwujudnya Budaya Kinerja	Indeks budaya kinerja	61.20%	75%	71%	SDM	95%	Tidak tercapai
5	Terwujudnya tata kelola yang baik di setiap unit kerja	Persentase unit kerja yang mengumpulkan pro-gram kerja dan laporan kinerja tepat waktu	64%	85%	66%	OPS	77%	Tidak tercapai
6	Terwujudnya pelayanan unggulan	Jenis pelayanan unggulan	3	3	3	MED	100%	Tercapai
7	Terwujudnya integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang bermutu	Jumlah kerjasama pelayanan pendidikan dan penelitian dalam dan luar negeri	2	2	2	MED & SDM	100%	Tercapai
		Jumlah proses bisnis terintegrasi yang dikelola RSUP Sanglah dan FK UNUD	1	4	4	SDM	100%	Tercapai
		Terlaksananya penelitian oleh pegawai RS	1	2	15	SDM	100%	Tercapai
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan di intra-net RS	228	95	95	SDM	100%	Tercapai
8	Terwujudnya sistem jaringan rujukan yang efektif	Persentase rujukan dari rumah sakit yang sesuai <i>severity</i> level III	9.30%	20%	10.95%	MED	55%	Tidak tercapai
		Jumlah rumah sakit binaan yang mampu menjadi RS rujukan balik	2	5	5	MED	100%	Tercapai
9	Terwujudnya Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas	Akreditasi KARS dan JCI	Kars	-	-	DIR UT		Tahun 2018 tidak ada penilaian Akreditasi
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	Persentase kepuasan pasien	79%	88%	85.1%	OPS	97%	Tidak tercapai
		Persentase kepuasan pegawai	69.40%	85%	76%	SDM	89%	Tidak Tercapai
		Persentase kepuasan peserta didik	87.50%	92%	53.53%	SDM	58%	Tidak tercapai

11	Terwujudnya efisiensi anggaran	Persentase pendapatan terhadap biaya operasional	87.27%	88%	82.18%	KEU	93%	Tidak tercapai
12	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	Persentase peningkatan pendapatan	19.19%	18%	-14.17%	KEU	0%	Tidak tercapai
	Rata rata capaian kinerja IKU						80.94%	

Dari 18 Indikator Kinerja Utama, terdapat 9 Indikator yang belum mencapai target dengan ketercapaian kinerja total sebesar 80,94%

Grafik 2.2.1. Capaian Indikator Kinerja Tahun 2018



2.2.2 Kinerja Aspek Pelayanan

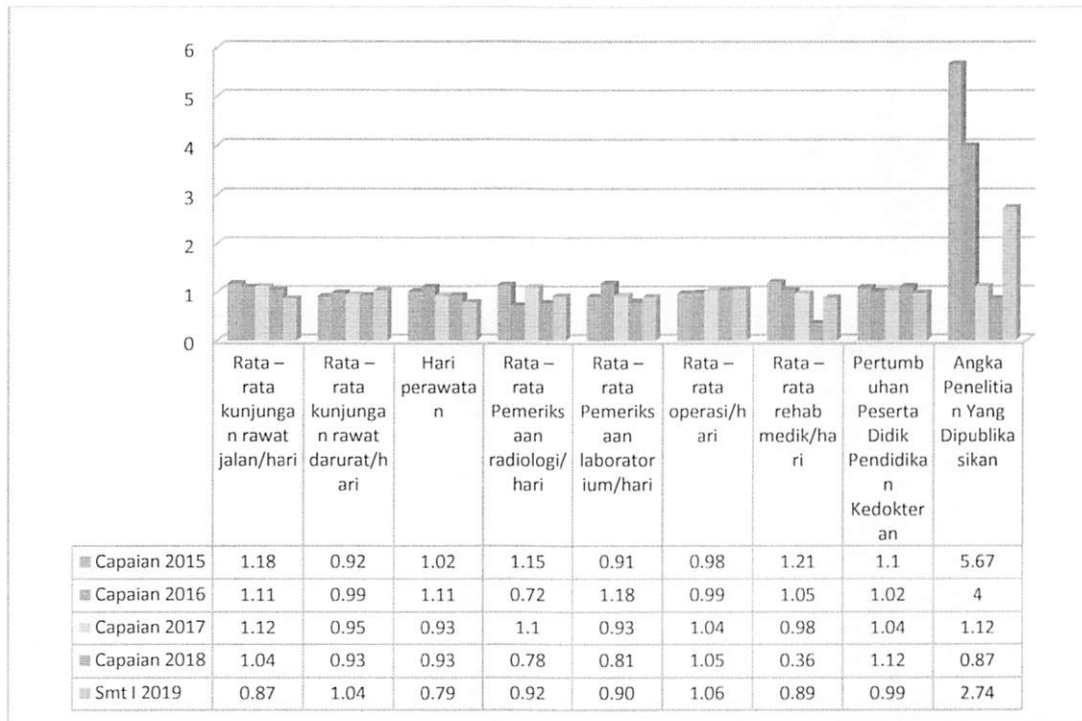
Hasil pencapaian indikator dari *Aspek Layanan* dijelaskan di bawah ini.

2.2.2.1 Pertumbuhan Produktivitas

Tabel 2.2.2.1 Pertumbuhan Produktivitas

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

Grafik 2.2.2.1 Pertumbuhan Produktivitas



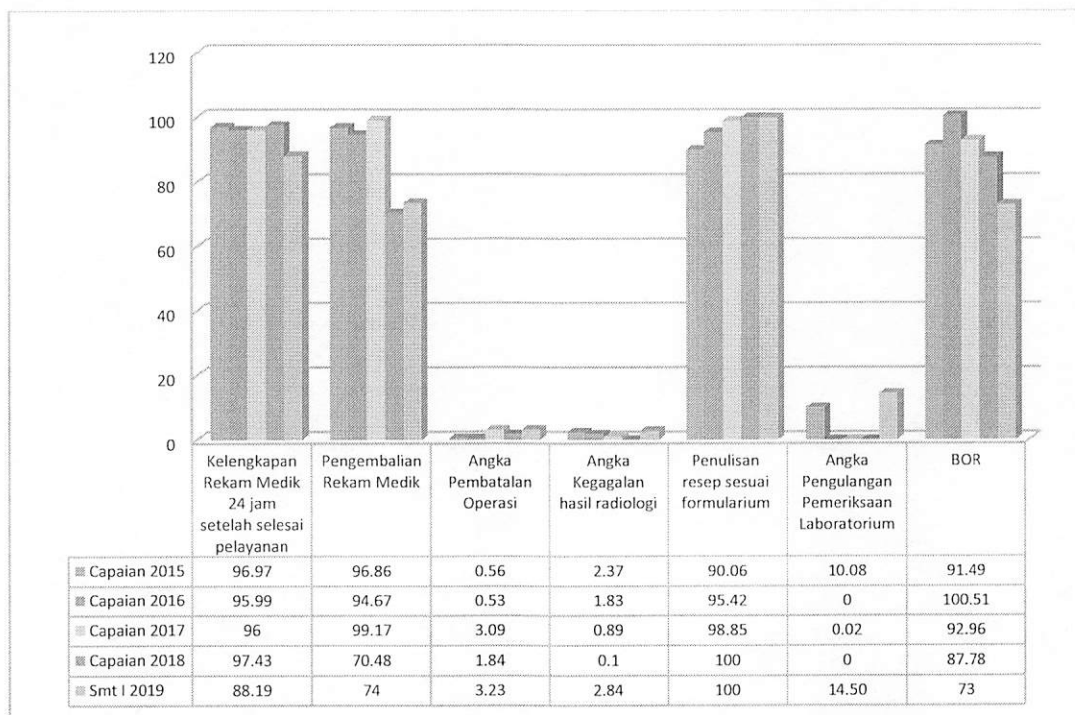
Dari Tabel dan grafik diatas terlihat, hasil perhitungan *sub-aspek pertumbuhan produktivitas* secara umum, menunjukkan fluktuasi hasil

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

Tabel 2.2.2.2 Efektivitas Pelayanan

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

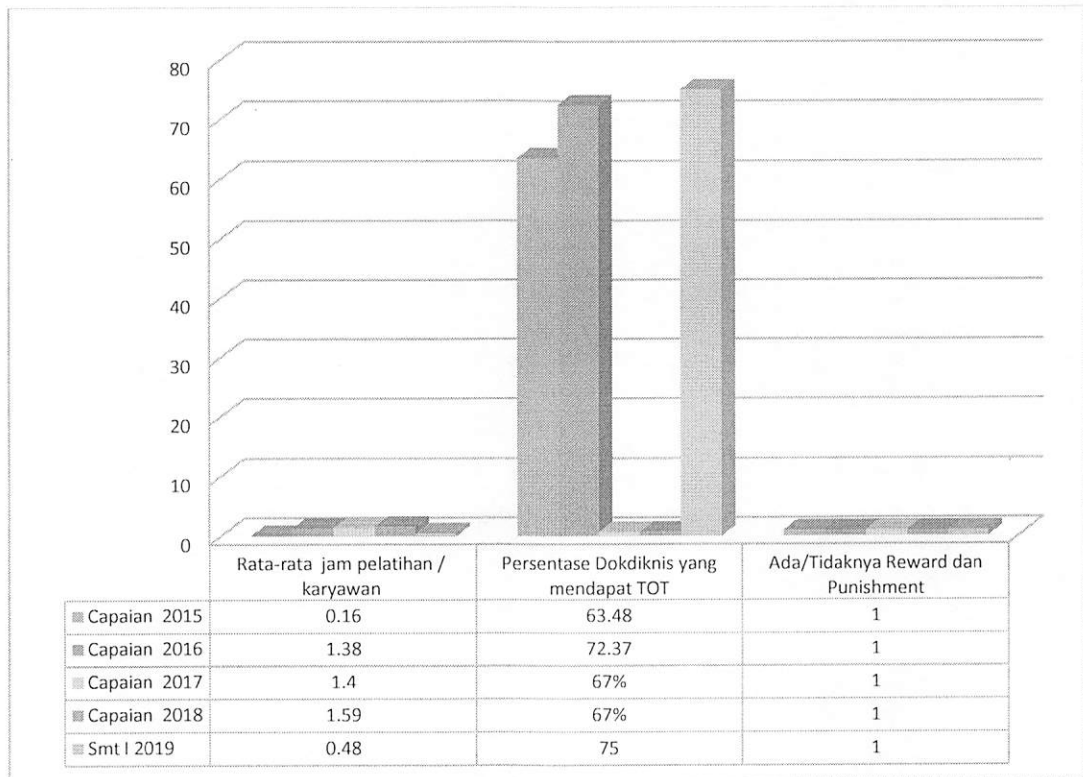
Grafik 2.2.2.2 Efektivitas Pelayanan



Tabel 2.2.2.3 Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

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

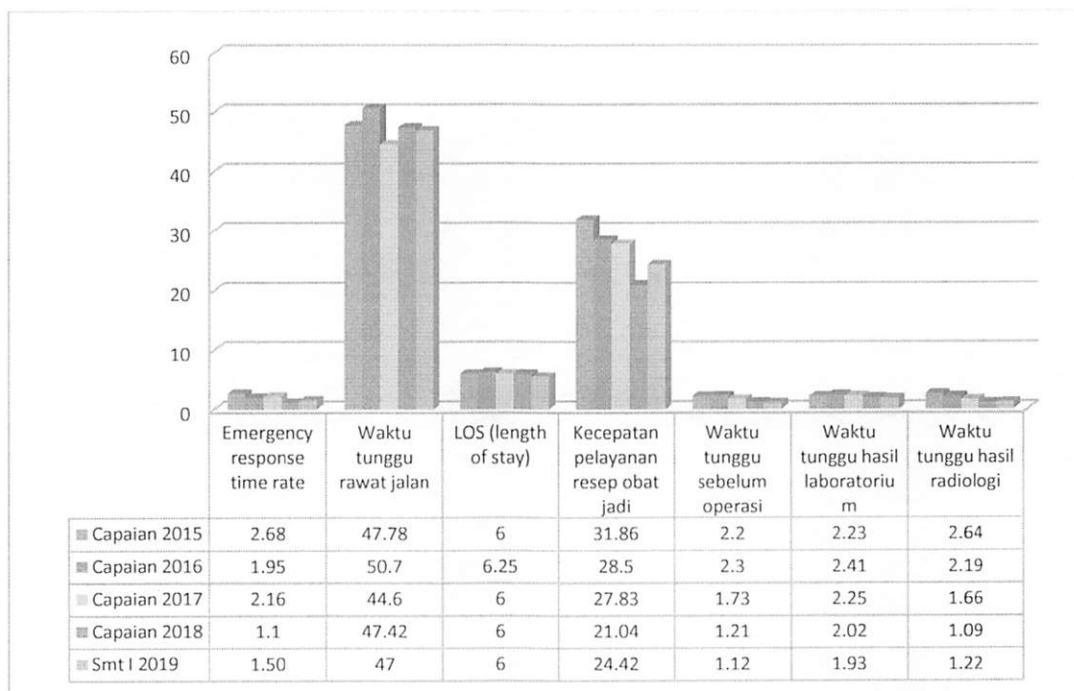
Grafik 2.2.2.3 Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran



Tabel 2.2.2.4 Mutu Pelayanan

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

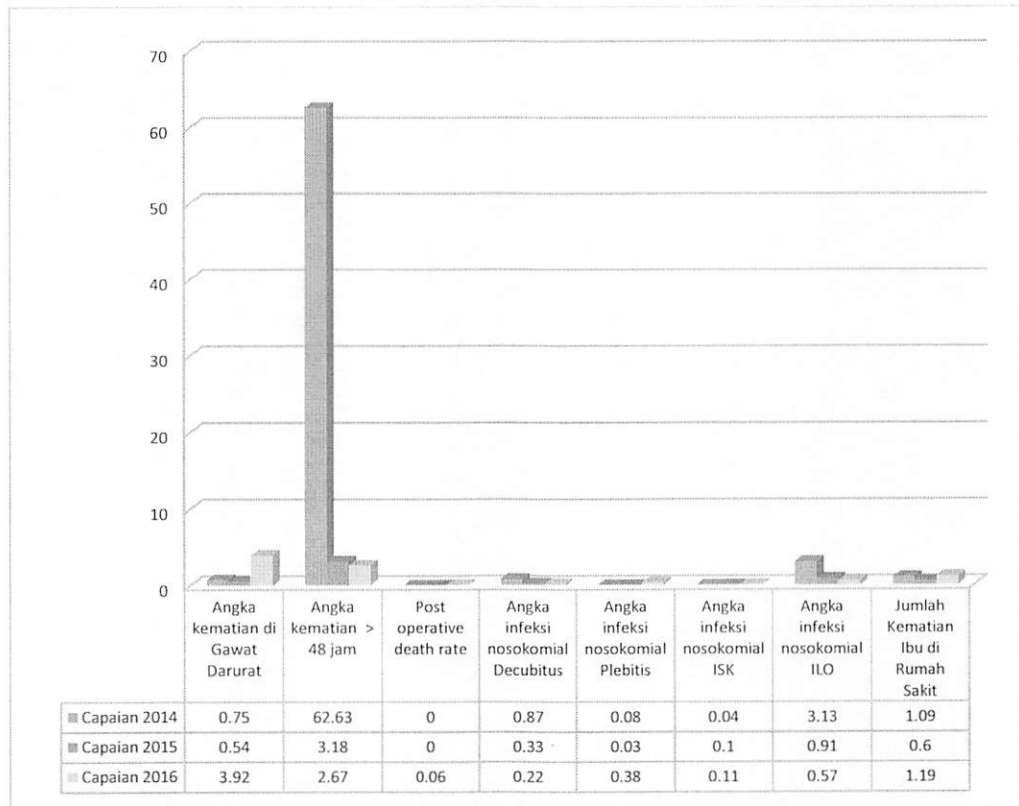
Grafik 2.2.2.4 Mutu Pelayanan



Tabel 2.2.2.5 Mutu Klinik

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

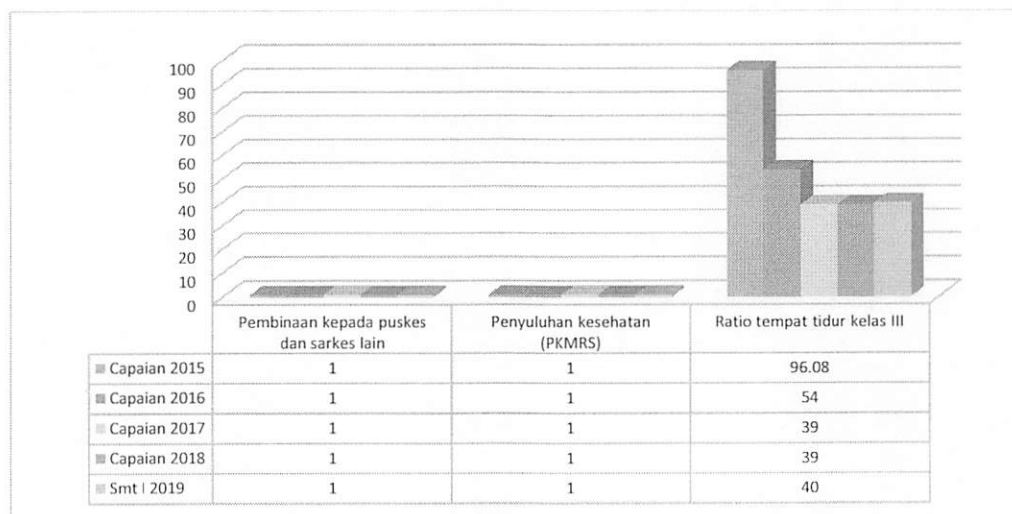
Grafik 2.2.2.5 Mutu Klinik



Tabel 2.2.2.6 Kepedulian Kepada Masyarakat

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

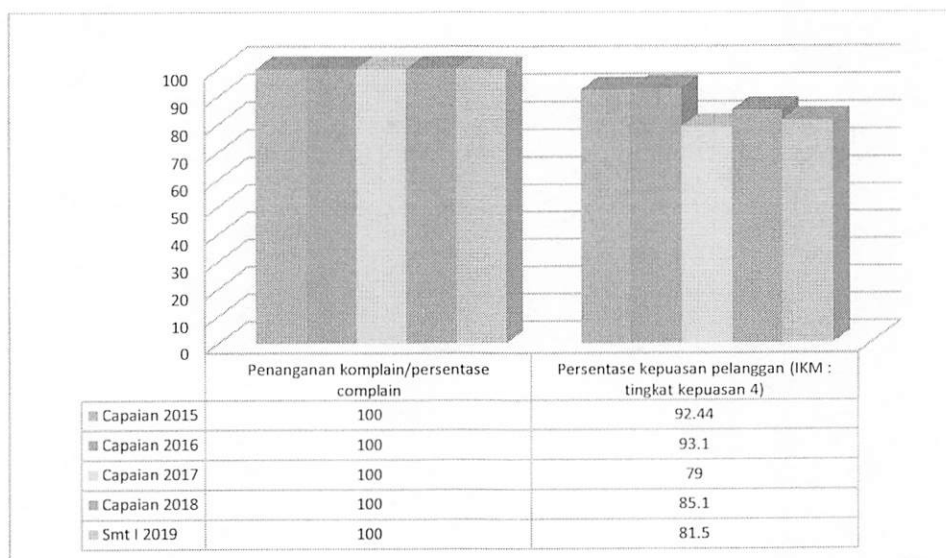
Grafik 2.2.2.6 Kepedulian Kepada Masyarakat



Tabel 2.2.2.7 Kepuasan Pelanggan

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

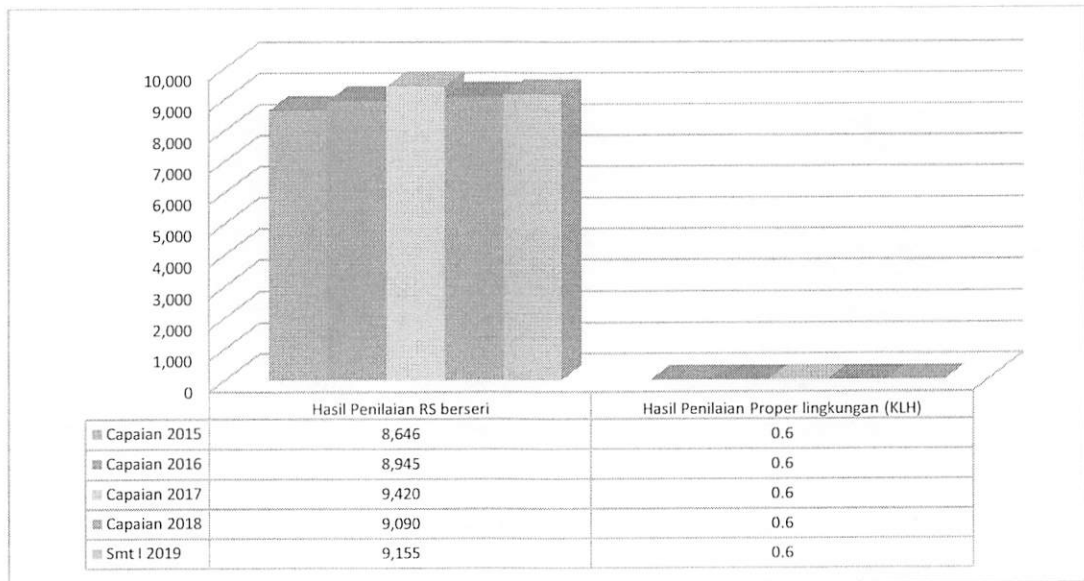
Grafik 2.2.2.7 Kepuasan Pelanggan



Tabel 2.2.2.8 Kepedulian Terhadap Lingkungan

NO	INDIKATOR	CAPAIAN				
		2015	2016	2017	2018	SMT I 2019
E	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN					
1	Hasil Penilaian RS berseri	8.646	8.945	9420	9090	9155
2	Hasil Penilaian Proper lingkungan (KLH)	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	Biru, semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas

Grafik 2.2.2.8 Kepedulian Terhadap Lingkungan



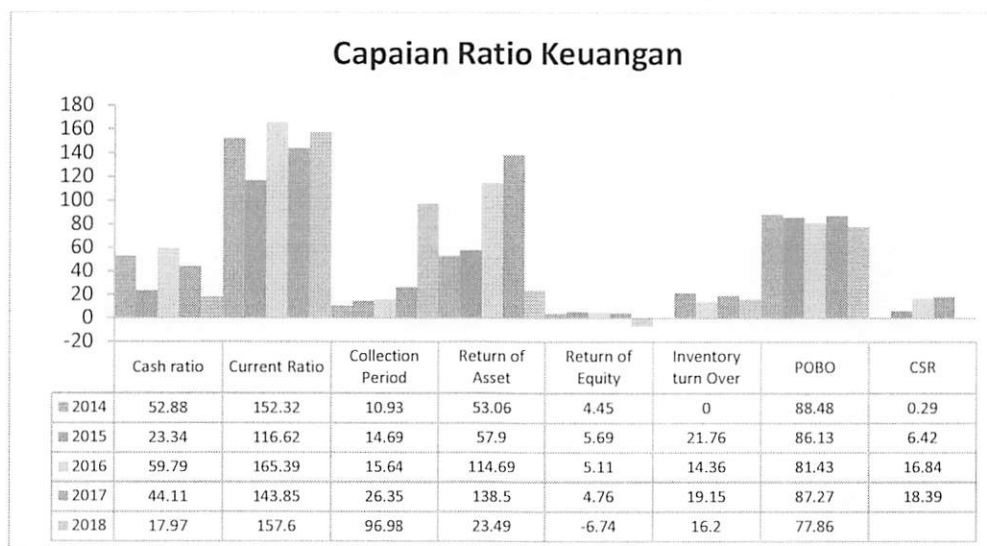
2.2.3 Kinerja Aspek Keuangan

2.2.3.1 Rasio Keuangan

Tabel 2.2.3.1 Rasio Keuangan

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

Grafik 2.2.3.2 Rasio Keuangan



2.2.4 Kinerja Aspek SDM

a. Kondisi SDM RSUP Sanglah Tahun 2019

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

2.2.5 Kinerja Sarana dan Prasarana

Kondisi sarana, prasarana dan alat saat ini (baik/buruk, berfungsi/rusak)
 Kebutuhan Sarana, Prasarana untuk pengembangan Pelayanan RS

2.2.5.1 Kondisi Sarana

mark	Sarana	Tersedia	Tahun		Kondisi	Keterangan
			Pendirian	Renovasi		
*	Pelayanan Medik dan Keperawatan/Pelayanan Klinik RS					
**	Instalasi Gawat Darurat					
110	Ruangan Triase	Ada	1991		Baik	<p>Triage anak: -Bau di area wastafel (setelah di cek asal bukan dari wastafel, tetapi dari area sebelah ruangan yang sudah tertutup sekat (dari batako) yang awalnya difungsikan menjadi depo satelit farmasi namun ada saluran pembuangan air kotor (mainhole) di tengah ruangan yang masih bermasalah. secara teknis pemanfaatan ruang tersebut tidak disarankan, buat area terbuka di area terbuka</p> <p>Tirage Medik: Toilet petugas: Plafon jebol, kran bocor, pintu kamar mandi rusak, urinoir mapet, wastafel mampet, kran mati. Bocor di area belakang residen sampai counter saat hujan Plafon bocor di ruang tempat form Plafon spot (noda hitam) di ruang spesialis Wastafel kurang besar, air sering merembes keluar Perlu perapian kabel ME di area lorong antara triage medik dengan radiologi Floorhinge rusak di pintu menuju Poliklinik Nurse call kamar mandi mati 2 unit</p> <p>Triage Bedah: Wastafel mampet Pintu kamar mandi rusak (tanpa gagang) Nurse call kamar mandi mati Cat lantai mengelupas (coating) Saluran pembuangan air kotor di triage bedah dan triage medik buntu; wallguard di area triage rusak.</p>
150	Ruangan Resusitasi	Ada	1991		Baik	
865	Ruangan Tunggu Pengantar Pasien/Keluarga	Ada	1991		-	Atap Policarbonate bocor;
866	Ruangan Administrasi dan Pendaftaran	Ada	1991		Baik	Perubahan alur dan posisi interior ruangan. Perubahan tulisan IRD menjadi IGD; Perbaikan dan pengecatan tulisan dan marka di area dropzone ambulan dan pejalan kaki luntur/pudar; mesin pompa pada kolam rusak; Perbaikan tulisan neon box di area timur triage medik
870	Ruangan Observasi	Ada	1991		Baik	

872		Area/ Ruang/ Depo Obat (Satelit)	Ada	1991		Baik	Coating lantai mengelupas
879		Toilet Petugas	Ada	1991		Baik	pintu kamar mandi rusak
880		Toilet Pengantar/Keluarga Pasien	Ada	1991		Baik	Pintu dan Sanitair rusak,lantai kotor (akibat chemical); saluran air dan pembuangan air ac di timur toilet pengunjung bermasalah
954		Ruangan Tindakan	Ada	1991		Baik	VK: Toilet :Pintu rusak, nurse call rusak, lantai kusam Atap bocor di area Kantor VK, triage, apotik OK CCTV mati Pipa bolong/berlubang di Ruang terima Nursecall kamar mandi mati 2 bh Lantai mengelupas (coating)
962		Ruangan Khusus/ Isolasi	Ada	1991	2016	Baik	
965		Ruangan Kepala IGD	Ada	1991		Baik	
967		Ruangan Gas Medis	Ada	1991	2016	Baik	Pintu besi berkarat di Ruang Gas Medis Lama (Bawah Menara)
968		Ruangan Parkir Trolis/ Kursi Roda	Ada	1991		Baik	Parkir Bed Portable
963		Ruangan Linen Steril	Ada	1991		Baik	
960		Ruangan Rekam Medik	-			Baik	Gabung dengan Poliklinik
867		Ruangan Stretcher/Brangkar	Ada	1991		Baik	
868		Ruangan Dekontaminasi	-			Baik	
871		Ruangan Pos Perawat/Nurse Station	Ada	1991		Baik	
874		Area Penyimpanan Alat Medik	Ada	1991		Baik	
877		Ruangan Petugas/Staf/Perawat	Ada	1991		Baik	Perlu penambahan fasilitas untuk ruang jaga dokter spesialis di lt. 2, plafon rusak
878		Gudang Kotor (Ruang Spoel Hoek/ Dirty Utility)	Ada	1991		Baik	
964		Ruangan Dokter Konsulen	Ada	1991		Baik	
961		Ruangan Persiapan Bencana Massal	Ada	1991		Baik	
114		Ruangan Kebidanan dan Kandungan	Ada	1991		Baik	bau di bawah wastafel ruang terima
117		High Care Unit	-	1991		Baik	Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016. PIC gabung dengan ICU
875		Ruangan Radiologi Cito	Ada	1991		Baik	rongent dan ct scan. Pintu besi berkarat dan keropos.
**		Instalasi Bedah Central					

600		Ruangan Bedah Besar/Mayor	Ada	2007	Baik	Ruang OK dibagi sesuai divisi OK. OK I : BTKV OK II : Bedah Saraf OK III : Bedah Anak OK IV : Bedah Mata OK V & VII : Ortopedi OK VI : THT OK VIII & X : Oncology OK IX : Kebidanan/Obgyn OK XII : Digestif Bocor akibat rembesan dari plat beton, Vynil mengelupas, dinding dan plafon luar OK berjamur, Pintu sebaiknya diganti ke pintu besi. Accesoris Jendela Sisi Utara dan Selatan dominan rusak dan 1 jendela kaca retak sisi utara.
1000		Ruangan Ganti Pakaian/loker	Ada	2007	Baik	2 Ruang : 1 Ruang untuk Dokter Spesialis Laki-Laki 1 Ruang untuk Dokter Spesialis Wanita
163		Ruangan Persiapan	Ada	2007	Baik	Pintu sebaiknya diganti ke pintu besi. accesoris pintu rusak
165		Ruangan Recovery/Pemulihan	Ada	2007	Baik	Pintu Sebaiknya diganti ke pintu besi (karena berjamur), kunci pintu rusak
609		Ruangan Bedah Umum	Ada	1991	Baik	Tahun Pendirian IGD. 2 Ruang Bedah Umum ada di Wings Amerta dan 2 Ruang Bedah Umum di IGD
844		Ruangan Tunggu Pengantar/Keluarga	Ada	2007	Baik	Plafon bocor dan jebol-indikasi dari plat dak beton
974		Ruang Pendaftaran	Ada	2007	Baik	untuk day care skaligus sebagai ruang informasi
845		Ruangan Ganti Pakaian Petugas	Ada	2007	Baik	1 ruang staff dan peserta didik wanita 1 ruang staff dan peserta didik laki - laki Pintu sebaiknya diganti ke pintu besi karena sering berjamur
846		Ruangan Dokter/Staf	Ada	2007	Baik	Ruang Istirahat Dokter
848		Ruangan Spoel Hoek	Ada	2007	Baik	Pintu sebaiknya diganti ke pintu besi
858		Toilet Petugas	Ada	2007	Baik	Toilet Petugas : 2 bh Toilet Kepala Instalasi : 1 bh Toilet Pasien: 2 bh (di Ruang Persiapan dan RR)
976		Ruang Tunggu	Ada	2007	Baik	Plafon bocor akibat kondensasi ducting AC dan rembesan dari pelat beton
996		Depo Farmasi (Satelit)	Ada	2007	Baik	Vynil lantai robek dan mengelupas
999		Gudang Steril (Clean Utility)	Ada	2007	-	Pintu perlu diganti ke pintu besi (berjamur) dan engsel pintu rusak.
998		Ruang Transfer (Ganti Brankar) + Parkir Brankar	Ada	2007	Baik	Parkir Brankar di ruang RR.
599		Ruangan Bedah Minor/endoscopy	Ada	2007	Baik	OK XI dan OK XI.A Pintu diganti ke pintu besi (2 sisi), Vynil mengelupas,
847		Area Scrub Station	Ada	2007	Baik	8 Unit -> 3 unit berfungsi 5 unit tidak ada air panas

850		Ruangan Janitor	Ada	2007	Baik	Jadi satu dengan Spoelhock
851		Ruangan Administrasi	Ada	2007	Baik	Ruang Sekretariat
1411		Ruangan Kepala	Ada	2007	Baik	Ruang KUPP
1412		Ruangan Kepala Instalasi	Ada	2007	Baik	
1415		Gudang 1	Ada	2007	Baik	Gudang Gas
849		Ruangan Linen/Alat Steril	Ada	2007	Baik	Ruang Linen Saja. Pintu diganti ke pintu besi
1416		Gudang 2	-	2007	Baik	R. Linen saja
1418		Ruangan Diskusi	Ada	2007	Baik	R. Pertemuan
992		Ruangan Perawat	-		Baik	
**		Instalasi Rawat Jalan/Poliklinik				
102		Ruangan Klinik Spesialis Penyakit Dalam	Ada	1999	-	Perencanaan pemasangan plafon karena kondisi existing tanpa plafon
103		Ruangan Klinik Spesialis Kesehatan Anak	Ada	1985	-	Penggantian kaca frame kayu ke aluminium (karena lapuk dimakan rayap), penggantian kaca nako ke kaca frame aluminium, Penggantian pintu masuk rusak
104		Ruangan Klinik Sp. Bedah	Ada	1985	Baik	perencanaan pemasangan dinding kaca pada loket penerimaan pasien karena akan menggunakan AC. Poli Bedah Umum
105		Ruangan Klinik Sp. Kebidanan dan Kandungan	Ada	1987	-	Pintu lepas, penggantian kusen yang berbahan kayu (aktivitas rayap tinggi) ke aluminium
106		Ruangan Klinik Sp. Mata & Sub Spesialistik	Ada	1985	-	pintu kamar mandi rusa, pintu r. pertemuan rusak, plafond jebol
107		Ruangan Klinik THT dan Sp. THT	Ada	1985	-	kusen keropos/lapuk akibat rayap
108		Ruangan Klinik dr. Gigi umum, Gigi Spesialis dan Gigi Sub Spesialis	Ada	1985	-	plafon jamur akibat bocor dan saluran pembuangan untuk alat medis ada yang buntu
129		Ruangan Klinik Sp. Paru + Pernafasan	Ada	2007	Baik	Lokasi Poli di Gedung Nusa Indah sebelah selatan
130		Ruangan Klinik Sp. Kedokteran Jiwa/ Psikiatri	Ada	1999	Baik	
131		Ruangan Klinik Sp. Saraf/ Neurologi & Sub Spesialistik	Ada	1987	Baik	Bocor di depan pintu masuk ruang klinik.
132		Ruangan Klinik Kulit dan Penyakit Kelamin / Sp. Kulit dan Kelamin	Ada	1985	-	kusen jendela banyak yang lapuk dimakan rayap
133		Ruangan Klinik Sp. Bedah Orthopaedi Umum & Sub Spesialistik	Ada	1985	Baik	
135		Ruangan Klinik Sp. Bedah Syaraf	Ada	1985	Baik	
919		Ruangan Tunggu	Ada	1985	-	atap bocor terutama pada sambungan dengan bangunan lain (talang penghubung), rangka atap sudah lapuk karena usia, plafond jebol akibat kebocoran, genteng yang tidak presisi akibat struktur atap yang sudah lapuk

920		Ruangan Administrasi	Ada	1985		Baik	beberapa ruangan yang telah beralih fungsi perlu penutupan jendela loket agar tidak menyebabkan kebingungan pada pengunjung poliklinik
922		Ruangan Rekam Medis	Ada	1985		Baik	
925		Toilet Petugas	Ada	1985		Baik	
929		Ruangan JKN/Askes	Ada	1985	2016	Baik	Loket BPJS lokasi di depan poli kebidanan
977		Ruangan Tindakan Sp. Penyakit Dalam	Ada	1999		Baik	Belum dipasang plafon (Finishing plat beton saja)
978		Ruangan Tindakan Sp. Paru dan Pernafasan	Ada	1985		-	Bocor akibat rembesan dari dak beton. belum bisa diidentifikasi sumber rembesan
981		Ruangan Tindakan Sp. Bedah Syaraf	Ada	2016		Baik	Lokasi di Gedung Ratna Lt. 2
982		Ruangan Tindakan Sp. Kulit dan Kelamin	Ada	1985		Baik	
983		Ruangan Tindakan Sp. Bedah Umum/ Bedah	Ada	1985		Baik	
1349		Ruangan Klinik Umum	Ada	1987		Baik	Poli Filter
2021 8		Ruangan Klinik Sp. Bedah Digestif	Ada	1985		Baik	
2021 7		Ruangan Klinik Sp. Bedah Urology	Ada	1985		Baik	
128		Ruangan Klinik Sp. Jantung & Pembuluh Darah, Sub Spesialis	Ada	2012		Baik	
924		Ruangan Laktasi	Ada	2004		Baik	Lokasi di Paviliun Wings Amerta lt. 2, Poli Anak di Lantai 2
926		Toilet Pasien	Ada	1985		Baik	
980		Ruangan Tindakan Sp. THT	Ada	1985		-	kusen keropos/lapuk akibat rayap
1461		Ruangan Klinik Anak A	-	1985		Baik	Penggantian kaca frame kayu ke aluminium (karena lapuk dimakan rayap), penggantian kaca nako ke kaca frame aluminium, Penggantian pintu masuk rusak
134		Ruangan Klinik SP. Bedah Plastik	Ada	1985		Baik	
139		Ruangan Sp. Gizi Klinik	Ada	1985		Baik	
140		Ruangan Sp. Geriatri	Ada	1985		-	Kusen pintu rusak perlu penggantian karena kusen aluminium tidak bisa diperbaiki
141		Ruangan Sp. Akupuntur Klinik	Ada	1985		Baik	
901		Ruangan Sp. Bedah Toraks Kardiovaskuler	Ada	1985		Baik	
928		Ruangan Kepala IRJ	Ada	1987		Baik	
1352		Ruangan Klinik VCT	Ada	1978		-	Atap Bocor
1541		Ruangan Tumbuh Kembang(Psiakitri) anak & remaja	Ada	2005		Baik	lokasi di Rehabilitasi Medik

1561		Ruangan Klinik Ketergantungan Obat/NAPZA	Ada			Baik	Bocor akibat struktur atap yang sudah lapuk, sudah dilakukan perbaikan (service) tahun 2017, update januari 2018 masih ada kebocoran tapi diakibatkan terkena jatuhnya ranting pohon angana
138		Ruangan Sp. Anestesiologi & Terapi Intensif	Ada	1987		Baik	Bocor di depan pintu masuk ruangan
898		Ruangan Sp. Bedah Anak	Ada	1985		Baik	
1446		Ruangan Klinik Onkologi Bedah A	Ada	1985		Baik	Bocor di depan pintu masuk Ruang Oncology
957		Ruangan Hemodialisa	Ada	2005		Baik	Lokasi di Gedung Hemodialisa (jadi satu dengan Gedung Rehabilitasi Medik)
2021 4		Ruangan Klinik Hiperbarik	Ada	1999		Baik	Satu Gedung dengan Ratna
2021 5		Ruangan Klinik Rabies	Ada	1999		Baik	
2021 6		Ruangan Klinik Diabetic	Ada	2010		Baik	
**		Instalasi Rawat Intensif (ICU)					
1030		Loker (Ruang Ganti)	-	2003		Baik	Pintu geser rusak
123		ICCU Jantung dan Pembuluh Darah	Ada	2012		Baik	di PJT Lt. 2
1031		Ruangan Perawat ICU	-	2003		Baik	
1032		Ruangan Kepala Perawat ICU	Ada	2003		Baik	Jadi satu dengan KUPP dan Koordinator
1036		Gudang alat medik	Ada	2003		Baik	
1057		Ruangan parkir brankar	Ada	2003		Baik	
160		Ruangan rawat pasien isolasi ICU	Ada	2003	2003	Baik	Accesories pintu (floorhinge) rusak di pintu utara burn unit lt. 2
852		Sentral Monitoring/ Nurse Station ICU	Ada	2003		Baik	lantai 1 dan 2
853		Gudang Bersih (Clean Utility)	Ada	2003		Baik	
854		Ruangan Administrasi	Ada	2003		Baik	
855		Ruangan Dokter ICU	-	2003		Baik	
856		Loker/ Ruang Ganti Pakaian Petugas	Ada	2003		Baik	pintu geser rusak
857		Gudang Kotor (Spoelhoeck/ dirty utility)	Ada	2003		Baik	lt. 1 dan 2
859		Toilet Petugas	Ada	2003		Baik	accessories closet rusak 2 unit
1033		Ruangan rawat pasien non isolasi ICU	Ada	2003		Baik	
860		Ruangan Ganti Pakaian Petugas ICU	-	2003		Baik	
861		Ruangan Tunggu Pengantar/Keluarga pasien ICU	Ada	2003		Baik	atap bocor karena kemiringan atap yang terlalu landai.

862		Toilet Pengunjung	Ada	2003		Baik	
864		Ruangan Diskusi Medis	Ada	2003		Baik	Ruang Pertemuan
863		Ruangan Janitor/ ruangan cleaning service	Ada	2003		Baik	Pintu harmonika rusak di lt 2
**		Ruang Kebidanan dan Penyakit Kandungan					
1006		Ruangan Administrasi dan Pendaftaran	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 1 (gabung dengan pendaftaran poli)
632		Ruang Tunggu Pengantar Pasien	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
627		Ruang Scrub/Cuci Tangan	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
622		Ruangan Persiapan Bersalin (Observasi) Tanpa Komplikasi/Kala II-III (labour)	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
1014		Ruang Persiapan Bersalin (Observasi) dengan komplikasi (pre-eclamsy labour)	Ada	2004		Baik	gabung dengan R. Persiapan Bersalin Tanpa Komplikasi
623		Ruang Bersalin Tanpa Komplikasi (VK/delivery)	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
624		Pemulihan/Recovery	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2 (gabung dengan ruang persiapan)
635		Ruang Bayi Normal/Transisi	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
628		Ruang Menyusui dan KIE	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
1022		Ruangan Perawatan (Post Partum)	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
630		Gudang Barang Bersih	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
629		Ruang Ganti Pakaian/ Loker	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta
1707		Ruangan Penyimpanan Linen	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
634		Ruang Perawat/Petugas	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
631		Ruangan Janitor/ Utilitas Kotor	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2
1029		Gudang Kotor (Spoolhoek/Dirty Utility)	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt 2 (depan gang kamar mandi pasien/petugas)
934		Toilet (Petugas, Pasien, Pengunjung)	Ada	2004		Baik	Paviliun Wings Amerta lt. 2 (pasien dan petugas)
625		Tindakan	Ada	2004		Baik	ruang tindakan gyn
1024		Ruang Perawatan Isolasi	-			Baik	
1027		Ruangan Dokter	-			Baik	
1039		Pantry	-			Baik	
**		Instalasi HCU					
1397		Gudang HCU	Ada	1991	2016	Baik	Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016. PIC gabung dengan ICU lokasi di IGD
1396		Ruangan Cuci Spoel Hok HCU	Ada	1991	2016	Baik	Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016.

1395	Ruangan Perawat HCU	Ada	1991	2016	Baik	PIC gabung dengan ICU lokasi di IGD Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016. PIC gabung dengan ICU lokasi di IGD
1394	Ruangan Tindakan HCU	Ada	1991	2016	Baik	Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016. PIC gabung dengan ICU lokasi di IGD
1398	Ruangan Tunggu HCU	Ada	1991	2016	Baik	Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016. PIC gabung dengan ICU lokasi di IGD
1393	Ruangan Kepala HCU	Ada	1991	2016	Baik	
1392	Ruangan Perawatan HCU	Ada	1991	2016	Baik	Baru difungsikan dari tanggal 14 November 2016. PIC gabung dengan ICU lokasi di IGD
**	Instalasi Rawat Inap					
588	Ruangan Perawatan Obstetri dan Ginekologi	Ada	2013		Baik	Cempaka II Dengan Detail bed pasien: Cempaka II (Obstetri) : Klas I (2 bed), Klas II (6 bed), Klas III (14 bed), Intermediate (3 bed) Cempaka II (Ginekologi) : Klas I (2 bed), Klas II (9 bed), klas III (3 bed) Kerusakan: bocor di area kamar mandi yang berasal dari kamar mandi lt 3.
606	Ruangan Perawatan Anak	Ada	1979	2015	Baik	Pudak (ex Jempiring) Bocor plafond akibat kebocoran pada atap (rangka atap sudah lapuk akibat rayap dan usia bahan lebih dari 25 tahun)
1222	Ruangan Perawatan Dewasa Laki-Laki	Ada	1963		-	Wijaya Kusuma Atap bocor akibat struktur atap yang sudah lapuk dan dimakan rayap Plafond jebol akibat kebocoran Saluran pembuangan air kotor dan air bekas belum menuju IPAL
1223	Ruangan Perawatan Dewasa Perempuan	Ada	1963		-	Wijaya Kusuma Atap bocor akibat struktur atap yang sudah lapuk dan dimakan rayap Plafond jebol akibat kebocoran Saluran pembuangan air kotor dan air bekas belum menuju IPAL
739	Ruangan Perawatan Perinatologi	Ada	2013		-	Cempaka Neonatus dan NICU Bocor akibat saluran pembuangan AC (tidak ada jalur pembuangan akhir drain AC), Saluran air kotor dan air bekas bermasalah, plafond berjamur dan mau jebol akibat kebocoran
591	Ruangan Perawatan Penyakit Dalam/ Sp. THT/ Sp. Syaraf	Ada	1980		Baik	Kamboja, Mawar
723	Ruangan Perawatan Bedah Umum/ Sp. Bedah Syaraf/ Sp. Ortopedi Umum/ Ortopedi Spesialistik	Ada	2006		Baik	Angsoka Saluran pembuangan air kotor mampet, ada kebocoran akibat drain AC yang dijumpur ke pipa saluran pembuangan air kotor pada shaft, plafon jamuran akibat kebocoran dari lantai atas
618	Ruangan Perawatan Jiwa/ Psikiatri	Ada	1980		Baik	Lely
620	Ruangan Perawatan Sp. Jantung dan Pembuluh Darah	Ada	2012		Baik	

617		Ruangan Perawatan Paru + Pernafasan	Ada	1986	2007	Baik	Nusa Indah, Flu Burung
884		Ruangan Stasi Perawat/Nurse Station	Ada	1963		Baik	Ada di masing-masing ruangan rawat inap
890		Ruangan Dokter Jaga	Ada	1963		Baik	
1224		Ruangan Perawat	Ada	1963		Baik	
1225		Ruangan Kepala Instalasi Rawat Inap	Ada	2004		Baik	Flamboyan, Cempaka, Wings Amerta, Lely, Angsoka
1226		Ruangan Loker	Ada	2006		Baik	Ada di masing-masing ruangan
885		Ruangan Linen Bersih	Ada	2004		Baik	acuan di paviliun wings amerta
886		Ruangan Linen Kotor	Ada	2004		Baik	Acuan di paviliun Wings Amerta
894		Gudang Kotor (Spoel Hoek/ Dirty Utility) + Janitor/ Ruang Petugas Kebersihan	Ada	2004		Baik	acuan di paviliub wings amerta
892		Toilet Petugas/ Pengunjung	Ada	1963		Baik	ada di masing-masing ruangan rawat inap
893		Toilet Pasien	Ada	1963		Baik	
1227		Dapur Kecil (Pantry)	Ada			Baik	Flamboyan
1228		Gudang Bersih	Ada	1963		Baik	Wijaya Kusuma
895		Janitor/ Ruang Petugas Kebersihan	Ada	1963		Baik	Wijaya Kusuma
1229		High Care Unit (HCU)	-	1991		Baik	
1230		Ruangan Perawatan Isolasi	Ada	2008		-	Flu burung perbaikan menyeluruh untuk saluran pembuangan air kotor, bekas dan AC serta penambahan stop keran (perbaikan instalasi pipa air bersih) pada wastafel
144		Rawat Inap Kelas III	Ada	2006		-	Angsoka,Pudak,Cempaka II,Cempaka III, Kamboja, Lely, Mawar, Nusa Indah,Nagasari,Ratna,MS,Gandasturi Cempaka: Plafon bocor akimat drain AC dan rembesan dari plat beton lantai atas. Ratna: atap bocor dan rembesan air dr pelat beton di lt. 1. belum teridentifikasi sumber rembesan air. Pudak: atap bocor di atas counter perawat dan beberapa ruang perawatan (dominan di area jurai dalam)
145		Rawat Inap Kelas II	Ada	1984		Baik	Pudak,Cempaka II,Cempaka III,Bakung Timur, Angsoka,lely,Nusa Indah,Ratna,MS,Gandasturi
146		Rawat Inap Kelas I	Ada	1963		-	Wijaya Kusuma,Anggrek, Bakung Barat,Cempaka II,Cempaka III,Lely, Mawar, Nagasari,Gandasturi Anggrek : Struktur atap dan plafon sudah lapuk karena usia dan rayap. Wijaya Kusuma: Struktur atap dan plafon sudah lapuk karena usia dan rayap serta saluran pembuangan air kotor dan air bersih masih bermasalah. Bakung Barat: Atap bocor akibat struktur atap sudah lapuk.
147		Rawat Utama / VIP / VVIP	Ada	2004		Baik	Wings Amerta, Flamboyan, Mahottama, Sanjiwani,Nagasari,Ratna,Gandasturi
1429		Ruangan Kepala	Ada	2004		Baik	KUPP Flamboyan, Lely, Cempaka, Angsoka

**	Rawat Intensif (PICU)							
1272	Loker (Ruang Ganti)	Ada	2013	Baik	plafon bocor akibat drain AC yang melintang di atas plafond - perbaikan 3x (saat ini sudah aman) Ruang gabung dengan arsip dan ruang perawat Gabung dengan loker			
1274	Ruangan Perawat PICU	Ada	2013	Baik				
1275	Ruangan Kepala Perawat	Ada	2013	Baik				
1276	Ruangan Dokter	Ada	2013	Baik				
1277	Ruangan Perawatan Pasien PICU	Ada	2013	Baik	2 ruang isolasi 1 ruang non infeksi 1 ruang infeksi			
1278	Sentral Monitoring/Nurse Station PICU	Ada	2013	Baik	Plafon bocor di sebelah utara (area dinding yang menempel dengan kamar mandi umum)			
1280	Gudang Alat Medik	Ada	2013	Baik				
1281	Gudang Bersih (Clean Utility)	Ada	2013	Baik	Gabung dengan NICU			
1282	Gudang Kotor (Ruang Spoel Hoek/ Dirty Utility)	Ada	2013	Baik	Gabung dengan NICU			
1283	Ruangan Tunggu Keluarga Pasien	Ada	2013	Baik	Sebelah utara			
1284	Ruangan Administrasi	Ada	2013	Baik	Gabung dengan NICU			
1285	Janitor / Ruang Cleaning Service	Ada	2013	Baik	Spoelhook Gabung dengan NICU dan Neonatus			
1286	Toilet Pengunjung	Ada	2013	-	Toilet pengujung sebelah utara plafon bocor dan jebol akibat kebocoran dari plat beton di atas toilet			
1287	Toilet Petugas	Ada	2013	Baik	Gabung Dengan NICU dan Neonatus			
**	Perawatan Intensif (NICU)							
1257	Loker (Ruang Ganti)	Ada	2013	Baik	Gabung dengan PICU Plafon bocor dan jebol			
1258	Ruangan Perawat NICU	Ada	2013	Baik	Bocor pada plafon dan beberapa jebol (akibat kondensasi AC jalur pembuangan ac banyak melintang pada ruangan)			
1259	Ruangan Dokter NICU	Ada	2013	Baik	Plafon bocor akibat drain AC dari lantai 3			
1260	Ruang Rawat Pasien/ NICU	Ada	2013	Baik	plafon bocor akibat saluran pembuangan AC,tidak ada pembuangan akhir untuk drain AC, dan jalur drain AC melintang di dalam ruangan (kondensasi)			
1261	Sentral Monitoring/Nurse Station NICU	Ada	2013	Baik	plafon bocor dan jebol (kondensasi AC)			
1262	Gudang Alat Medik	Ada	2013	Baik				
1263	Gudang Bersih (Clean Utility)	Ada	2013	Baik				
1264	Gudang Kotor (Ruang Spoel Hoek/ Dirty Utility)	Ada	2013	Baik				

1265		Ruangan Tunggu Keluarga Pasien	Ada	2013		Baik	
1266		Ruangan Administrasi	Ada	2013		Baik	Ruang Billing
1267		Janitor / Ruang Cleaning Service	Ada	2013		Baik	Gabung dengan PICU, NICU
1268		Toilet Pengunjung	Ada	2013		Baik	Gabung dengan PICU
1269		Toilet Petugas	Ada	2013	2017	Baik	Saluran pembuangan air kotor mampet-sudah diperbaiki tahun 2017
1270		Ruangan Kepala Perawat	Ada	2013		Baik	
**		Pelayanan Jantung Terpadu					
1814		Ruang Jantung Anak	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 1
1815		Ruang ICCU Jantung dan Pembuluh Darah	-	2012		Baik	PJT Lt. 2
1818		Ruang Cathlab	Ada	2012	2015	Baik	PJT Lt. 2
1819		Ruang Echo	Ada	2012		Baik	Echo dan Echo TEE PJT Lt. 1
1820		Ruang Emergency Jantung	Ada	2012		Baik	
1821		Ruang Intermediet Regular	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 3
1827		Ruang Klinik Spesialis Jantung & Pembuluh Darah, Sub Spesialis	-	2012		Baik	
1845		Toilet Pasien	Ada	2012		Baik	Lt. 1 = 2 toilet Lt. 2 = 1 toilet (pintu kamar mandi rusak (pintu PVC jika rusak sulit untuk diperbaiki, harus diganti baru) Lt. 3 = 5 toilet
1847		Toilet Petugas	Ada	2012		Baik	Lt 1 = 2 toilet Lt 2 = 1 toilet Lt 3 = 3 toilet Lt 4 = 3 toilet (cat pintu mengelupas)
1824		Ruang Dokter Jaga	Ada	2012		Baik	
1826		Ruang Ganti Pasien	Ada	2012	2015	Baik	R. Ganti Perempuan : Lt 1 - EP Lab Lt. 2 - Cath Lab R. Ganti Laki - Laki : Lt 1 - EP Lab Lt. 2 - Cath Lab Renovasi Ruang ganti di cathlab tahun 2015
1829		Ruang Kepala Instalasi	Ada	2012		Baik	PJT. Lt. 4 Cat Pintu Mengelupas
1830		Ruang Pemulihan	Ada	2012		Baik	Lt. 1 Lt, 2

1832		Ruang Perawat	Ada	2012		Baik	
1833		Ruang Persiapan	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 3
1834		Ruang Treadmill	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 3
1837		Ruang Ganti Petugas/Loker	Ada	2012		Baik	Lt. 1 - Cat pintu mengelupas Lt. 2 - cat pintu mengelupas Lt. 3 - cat pintu mengelupas
1838		Ruang Pendaftaran	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 1
1839		Ruang Administrasi	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 1 - Ruang Dokumen
1840		Ruang Alat	Ada	2012		Baik	Ruang UPS lt 1-2
1841		Nurse Station / Central Monitoring	Ada	2012		Baik	Lt. 2 - Lt. 3
1843		Ruang Inventaris	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 4 - cat pintu mengelupas
1844		Ruang Gas Center	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 1
1849		Ruang Kepala Staf Medik Fungsional	Ada	2012		Baik	PJT Lt 4 - Ruang Dr. Bajra
1850		Ruang Sekretariat Staf Medik Fungsional (SMF)	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 4 : R. Sekretariat R. Pertemuan R. Dokter Spesialis Ruang Teaching Ruang Koordinator
1852		Gudang Instrumen dan Linen Bersih	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 2 - cat pintu mengelupas
1853		Gudang Kotor (Spoelhock/Dirty Utility)	Ada	2012		Baik	Lt. 1 lt. 2 - cat pintu mengelupas lt. 3
1854		Gudang Maintenance	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 4 - cat pintu mengelupas
1855		Ruang Resident	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 1 Cat pintu mengelupas Lt. 4
1856		Pantry	Ada	2012		Baik	Ruang Dapur dan Ruang Makan di PJT Lt, 3
2021 9		Ruangan Lab Elektro Physiology (EP)	Ada	2012	2016	Baik	Ex. Ruang NICU
1851		Gudang Alat Medis	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 3
1825		Ruang Farmasi	Ada	2012		Baik	PJT Lt. 3
**		Instalasi Khusus International					
2019 6		Cafeteria	Ada	2004		Baik	MM Juice

2019 7	Admission	Ada	2004		Baik	
2019 8	Bank	Ada	2004		Baik	BPD
2019 9	Depo Obat (Satelit)	Ada	2004		Baik	
2020 0	ESWL	Ada	2004		Baik	
2020 1	Ruangan Klinik Sp. Jantung	Ada	2004		Baik	
2020 2	Ruangan Klinik Sp. Kebidanan dan Kandungan	Ada	2004		Baik	
2020 3	Ruangan Klinik Sp. Bedah	Ada	2004		Baik	
2020 4	Ruangan Klinik Sp. Mata	Ada	2004		Baik	
2020 5	Ruangan Klinik Sp. Orthopedi	Ada	2004		Baik	
2020 6	Ruangan Triage	Ada	2004		Baik	
2020 7	Ruangan Ganti/Loker Laki-Laki	Ada	2004		Baik	
2020 8	Ruangan Ganti/Loker Perempuan	Ada	2004		Baik	
2020 9	Ruangan Tindakan Sp. Bedah Umum	Ada	2004		Baik	
2021 0	Ruangan Pemulihan	Ada	2004		Baik	
2021 1	Ruangan Jaga Perawat	Ada	2004		Baik	
2021 2	Toilet Pasien	Ada	2004		Baik	
2021 3	Toilet Petugas	Ada	2004		Baik	
*	Area Penunjang Umum dan Administrasi RS					
**	Ruangan Sekretaris Direktur					
1326	Ruangan Sekretaris Direktur	Ada	1959	2005	-	plafon bocor
**	Ruangan Rapat dan Diskusi					
1328	Ruangan Rapat dan Diskusi	Ada	1959	1998	Baik	Aula VIP
**	Ruangan bagian SDM					
1304	Ruangan Kepala Bagian SDM	Ada	1986		Baik	

1305	Ruangan Bagian SDM	Ada	1986	-	plafon bocor, struktur dinding miring pasca gempa
**	Ruangan SPI (Satuan Pengawas Internal)				
1329	Ruangan SPI (Satuan Pengawas Internal)	Ada	1986	-	plafon bocor
**	Ruangan Tunggu				
1332	Ruangan Tunggu	Ada	1986	Baik	
**	Ruangan bagian Keuangan dan Program				
119	Ruangan Bagian Keuangan dan Program beserta Sub Bagian-bagiannya	Ada	1959	Baik	
1288	Ruangan Kepala Bagian Keuangan dan Program	Ada	1959	Baik	
**	Ruangan bagian Kesekretariatan dan Rekam Medis beserta Sub Bagian-bagiannya				
120	Ruangan Bagian Rekam Medis	Ada	1986	Baik	
1308	Ruangan Kepala Bagian Kesekretariatan beserta seksi-seksinya	Ada	1986	Baik	
**	Ruangan bidang pelayanan medis beserta seksi-seksinya				
1211	Ruangan Kepala Bidang Pelayanan	Ada	1996	Baik	
1279	Ruangan Bidang Pelayanan	Ada	1996	Baik	Atap bocor (usuk/ reng lapuk akibat rayap dan terkena dahan tebangan pohon), plafon jebol akibat kebocoran atap
**	Ruangan Bidang Keperawatan beserta Seksi-seksinya				
1208	Ruangan Kepala Bidang Keperawatan	Ada	1996	Baik	
1209	Ruangan Bidang Keperawatan	Ada	1996	-	plafon bocor dan jebol akibat penutup atap rusak tertimpa ranting pohon besar dan mengenai struktur atap
**	Ruangan Bagian Pendidikan dan Pelatihan beserta Seksi-seksinya				
1292	Ruangan Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan	Ada	1999	Baik	
1297	Ruangan Bagian Pendidikan dan Pelatihan	Ada	1999	Baik	
**	Ruangan Komite Medis				
1213	Ruangan Kepala Komite Medis	Ada	1959	Baik	
196	Ruangan Komite Medis	Ada	1959	Baik	
**	Ruangan Bidang Pelayanan Penunjang Medik dan Seksi-seksinya				
1289	Ruangan Kepala Bidang Pelayanan Penunjang Medik	Ada	1996	Baik	
1290	Ruangan Bidang Pelayanan Penunjang Medik	Ada	1996	Baik	Atap bocor (usuk/ reng lapuk akibat rayap dan terkena dahan tebangan pohon), plafon jebol akibat kebocoran atap
**	Ruangan Direksi				

152	Direksi	Ada	1959	2005	-	plafon bocor akibat struktur atap yang sudah lapuk karena usia bangunan
**	Toilet					
1337	Toilet	Ada	1959		Baik	
**	Dapur Kecil (pantry)					
1336	Dapur Kecil (pantry)	Ada	1959		Baik	
**	Janitor					
1334	Janitor	Ada	1959		Baik	
**	Ruangan Arsip/file					
1331	Ruangan Arsip/file	Ada	1986		Baik	
*	Penunjang Medik RS					
**	Instalasi Farmasi					
1034	Ruangan Peracikan Obat	Ada	1980	2012	Baik	
1035	Depo/ ruang bahan baku obat	Ada	1980	2012	Baik	
1037	Depo/ ruang obat jadi	Ada	1980	2012	Baik	
1038	Ruangan Administrasi (Penerimaan dan Distribusi Obat)	Ada	1980	2012	Baik	
1041	Konter Apotik Utama (Loket Penerimaan Resep, Loket Pembayaran, dan Loket Pengambilan Obat)	Ada	1980	2012	Baik	
1042	Ruangan Loker Petugas (Pria dan Wanita dipisah)	Ada	1980	2012	Baik	
1046	Ruangan Kepala Instalasi Farmasi	Ada	1980	2012	Baik	
1047	Ruangan Petugas	Ada	1980	2012	Baik	
1048	Ruangan Tunggu	Ada	1980	2013	Baik	
1050	Dapur Kecil (Pantry)	Ada	1980	2012	Baik	
1052	KM/WC Petugas	Ada	1980	2012	Baik	
1055	Ruangan Apoteker	Ada	1980	2012	Baik	
1115	Gudang Perbekalan dan Alat Kesehatan	Ada	1980	2012	Baik	
1116	Depo/ Ruang Obat Khusus	Ada	1980	2012	Baik	
1044	Ruangan Arsip Dokumen dan Perpustakaan)	Ada	1980	2014	Baik	
1054	Unit Apotik Satelit	Ada			Baik	
**	Instalasi Pemulasaraan Jenazah					

1073	Ruangan Administrasi	Ada	2003	Baik	
1074	Ruangan Tunggu Keluarga Jenazah	Ada	2003	Baik	
1076	Ruangan Duka (Dilengkapi Toilet)	Ada	2003	Baik	
1079	Ruangan Dekontaminasi dan Pemulasaraan Jenazah	Ada	2003	Baik	
1082	Laboratorium Otopsi	Ada	2003	Baik	
1083	Ruangan Pendingin Jenazah	Ada	2003	Baik	
1086	Ruangan Ganti Pakaian APD (Dilengkapi Toilet)	Ada	2003	Baik	
1089	Ruangan Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah	Ada	2003	Baik	
1092	Ruangan Jemur Alat	Ada	2003	Baik	
1094	Gudang Instalasi Forensik	Ada	2003	Baik	
1096	KM/WC (Toilet Petugas)	Ada	2003	Baik	
1098	KM/WC (Toilet Pengunjung)	Ada	2003	Baik	
1078	Gudang Perlengkapan Ruang Duka	.		Baik	
**	Unit Hemodialisa				
1212	Ruangan Administrasi	Ada	2005	Baik	
1214	Ruangan Tunggu	Ada	2005	Baik	
1215	Ruangan Cuci Darah	Ada	2005	Baik	
1216	Ruangan Isolasi Cuci Darah	Ada	2005	Baik	
1217	Ruangan Stasi Perawat (Nurse Station)	Ada	2005	Baik	
1218	Ruangan Konsultasi/ Pemeriksaan	Ada	2005	Baik	
1219	Ruangan Reverse Osmosis (RO) dan Sterilisasi UV	Ada	2005	Baik	
1220	Ruangan Tangki Harian (Ready to Use Tank)	Ada	2005	Baik	
1221	Ruangan Pencucian Filter (Reuse Filter Cleaning)	Ada	2005	Baik	
**	Bank Darah/ Unit Transfusi Darah (BDRS/UTDRS)				
1136	Ruang Administrasi	Ada	1999	Baik	Jadi satu dengan Lab. Patologi Klinik (PK)
1138	Loket Permintaan Darah	Ada	1999	Baik	
1139	Loket Pengambilan Darah	Ada	1999	Baik	
1141	Loket Pembayaran	Ada	1999	Baik	
1143	Ruangan Tunggu	Ada	1999	Baik	atap bocor sumber dari atap sambungan dengan selasar penghubung

1146	Ruangan Penyimpanan Darah (Blood Bank Room)	Ada	1999	2015	Baik	
1149	Laboratorium Skringing Darah (Blood Screening Lab.)/Pemeriksaan Pra Transfusi	Ada	1999		Baik	
1154	Ruangan Donor Darah	-	1999		Baik	
1156	Ruangan Pemberian Makanan Pasca Donor	-			Baik	
1160	Ruangan Distribusi	Ada	1999	2015	Baik	
1162	KM/WC Petugas	Ada	1999	2015	Baik	
1163	KM/WC Pendoron	-	1999		Baik	
1159	Ruangan Kepala dan Staf BDRS/UTDRS	Ada	1999	2015	Baik	
**	Instalasi Radiodiagnostik					
1236	Ruangan Tunggu Pasien & Pengantar Pasien	Ada	1982		Baik	
1237	Ruangan Administrasi dan Rekam Medik	Ada	1982		Baik	
1238	Loket Pendaftaran, pembayaran dan pengambilan hasil	Ada	1982		Baik	
1239	Ruangan Konsultasi Dokter	Ada	1982		Baik	
1240	Ruangan Ahli Fisika Medik	Ada	1982		Baik	Lokasi ruang berada di Gedung Radiotherapi
1241	Ruangan General X-ray (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	1982		Baik	Atap bocor
1242	Ruangan Fluoroskopi (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	1982		Baik	
1243	Ruangan Mammografi (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	1982		Baik	
1244	Ruangan Ultra Sonografi/ USG (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	1982		Baik	
1245	Ruangan CT-Scan (R.Operator, R.Mesin, R.Ganti) ; Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik	Ada	1982		Baik	
1246	Ruangan Mobil X-Ray (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	1982		Baik	
1247	Ruangan Dental X-Ray + Panoramik (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	1982		Baik	
1248	Ruangan Pemeriksaan/ Diagnostik Sp. Jantung & Pembuluh Darah (Tindakan)/ Kamar Cath Lab	Ada	1982	2012	Baik	Pindah ke Gedung PJT
1249	Ruangan MRI (Ruang Pemeriksaan/ Diagnostik)	Ada	210		Baik	
1250	KM/ WC Pasien	Ada	2010		Baik	
1251	Kamar Processing Film (digital ataupun AFP Kering)	Ada	2010		Baik	
1252	Ruangan Jaga Radiografer	Ada	2010		Baik	
1253	Gudang penyimpanan berkas	Ada	2010		Baik	

1254		Gudang penyimpanan Film dan Non Film	Ada	2010		Baik	
1255		KM/WC Petugas	Ada	2010		Baik	
**		Instalasi Radioterapi					
970		Ruangan Penerimaan, Pendaftaran, Pembayaran dan Pengambilan Hasil	Ada	1983		Baik	
971		Ruangan Administrasi	Ada	1983		Baik	
972		Ruangan Arsip dan Rekam Medik	Ada	1983		Baik	
973		Ruangan Pemeriksaan dan Konsultasi	Ada	1983		Baik	Dinding retak efek gempa
975		Ruangan Tunggu Pasien	Ada	1983		Baik	
984		Ruangan Moulding	Ada	1983		Baik	
986		Ruangan Simulator	Ada	1983		Baik	Keramik meledak di ruang simulator
987		Ruangan Terapi Penyinaran (Treatment Room)/Theraphy	Ada	1983		-	Bocor di area delatasi (penyatuan gedung lama Radiotherapi dan gedung baru Cobalt)
989		Ruangan Fisikawan Medik	Ada	1983		Baik	
990		Ruangan Petugas	Ada	1983		Baik	
991		Pantri	Ada	1983		Baik	
993		Ruangan Ganti Petugas	Ada	1983		Baik	
994		Ruangan Ganti Pasien	Ada	1983		Baik	
995		Ruangan Diskusi	Ada	1983		Baik	
997		Toilet Petugas/Pasien	Ada	1983		Baik	
985		Ruangan Kemoterapi	Ada	1983		Baik	
979		Ruangan Tunngu Pasien Tirah Baring	Ada	1983		Baik	
988		Ruangan Kontrol Kualitas (Quality Control)	Ada	1983		Baik	
**		Instalasi Laboratorium					
1084		Ruangan Tunggu Pasien dan Pengantar Pasien	Ada	1980	2016	Baik	
1087		Ruangan Administrasi dan Rekam Medis	Ada	1980	2016	Baik	
1090		Ruangan Pengambilan/Penerimaan Bahan/Sampel	Ada	1980		Baik	
1097		Ruangan Sputum/Dahak	-			Baik	
1099		Ruangan Urin/Tinja	Ada	1980	2016	Baik	
1104		Ruangan Pengolahan Sampel	Ada	1980		Baik	Lokasi di Ex Kimia Farma (Gedung Administrasi lt. 1

	Ruangan Bank Darah	Ada	1980	2015	Baik	Pindah ke Ex Cempaka Timur
1106	Ruangan Bank Darah	Ada			Baik	
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 It. 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	

						1979	2014	Baik	Lab Mikro
1137		Ruangan Penanaman Kuman TB (Ruang Khusus)	Ada					Baik	Lab PA
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		Loker 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 Forensik dan Medikolegal				
1180		Ruangan Pemeriksaan/ Penilaian Dokter	Ada	2004	Baik	
1183		Ruang Pendaftaran dan Pendataan	Ada	2004	Baik	
1185		Ruangan Administrasi, Keuangan dan Personalia	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	Toilet Petugas	Ada	1959	2014	Baik

2.2.5.2 Kondisi Prasarana

mark	Prasarana	Jumlah	Satuan	Kode satuan	Keterangan
**	Sumber Listrik				
**	Listrik PLN				
531	Daya Listrik Terpasang/Kapasitas	3465	KVA	1	
**	Genset				
532	Total Kapasitas Genset yg Berfungsi	2334	KVA	1	GENSET YG BERFUNGSI 6 UNITDK BERFUNGSI
533	Jumlah genset yang berfungsi	8	Unit	2	
534	Jumlah Genset Keseluruhan	9	Unit	2	
1716	Jumlah Operator Genset Bersertifikat	0	Orang	131	
**	UPS				
535	Total Kapasitas UPS yg berfungsi	0	KVA	1	
536	Jumlah UPS Keseluruhan	0	-	0	
537	Jumlah UPS yang berfungsi	0	-	0	
*	Sumber Air				
**	PDAM				
538	Rata Pemakaian PDAM per hari	51.66	M3/hari	4	
**	Sumur Dangkal				
539	Rata Pemakaian Air Sumur Dangkal Perhari	768	M3/hari	4	
90143	Sumur Dalam/Artesis				
	Rata Pemakaian Air Sumur Dalam per hari				
*	Pengolahan Limbah				
**	Limbah Padat				
540	Total Kapasitas Incinerator	100	Kg	5	kg/jam
541	Jumlah Incinerator yg Berfungsi	0	Unit	2	
573	Jumlah Total Incinerator (Keseluruhan)	2	Unit	2	
575	Temperatur Ruang Bakar Pertama oC	1000	Celcius	11	
1709	Temperatur Ruang Bakar Kedua oC	1200	Celcius	11	
1710	Jumlah Incinerator yg Berjnin	1	Unit	2	
**	Limbah Cair				
542	Total Kapasitas	325	M3	10	
543	Jumlah IPAL yang Berfungsi	2	Unit	2	
574	Jumlah IPAL Keseluruhan	2	Unit	2	
1711	Jumlah IPAL Yang Berjnin	1	Dokumen	134	
**	TPS Limbah B3/infeksius Berjnin				
1733	Jumlah TPS Limbah B3/infeksius Berjnin	1	Unit	2	
**	Kerjasama Pengolahan Limbah Kepihak Berjnin				
1797	MOU Limbah Padat/B3	1	Dokumen	134	
1798	MOU Limbah Cair	0	-	0	
*	Gas Medik & Vakum Medik				
**	Sentral				
550	Sentral Nitrous Oxide/N2O	5	Unit	2	
552	Sentral Udara Tekan Medik	13	Unit	2	Sentral Udara Tekan
551	Sentral Vakum Medik	17	Unit	2	Sentral udara Hisap
548	Sentral Gas Oksigen / O2 Tabung	9	Unit	2	
1712	Sentral Udara Tekan Alat	2	Unit	2	
**	Tabung				
554	Tabung Oksigen/O2	11853	Unit	2	
555	Tabung Nitrous Oxide/N2O	57	Unit	2	
581	Tabung Nitrogen/N2	4	Tabung	13	
20226	Tabung Carbon Dioxide/CO2	17	Unit	2	
20227	Tabung Helium/He	2	Tabung	13	
*	Penanggulangan Bahaya Kebakaran				
**	APAR				
567	Jumlah APAR yang Berfungsi	393	Unit	2	
566	Jumlah APAR Total (Keseluruhan)	393	Unit	2	
**	Hidran				
547	Jumlah Mesin Pompa Hidran	5	Unit	2	
545	Jumlah Tiang Hidran Lapangan	10	Unit	2	
546	Jumlah Box Hidran Bangunan	69	Unit	2	
*	Boiler				
**	Boiler				
565	Kapasitas Total Boiler	2650	Kg/Jam	109	kg/jam
563	Jumlah unit Boiler keseluruhan	2	Unit	2	
564	Jumlah Boiler yang Berfungsi	2	Unit	2	
*	Lift				
**	Bed Lift				
570	Jumlah Bed Lift Yg Berfungsi	7	Unit	2	
569	Jumlah Bed Lift Keseluruhan	8	Unit	2	
1717	Jumlah Teknisi Bed Lift Bersertifikat	0	Orang	131	
**	Lift Penumpang				
572	Jumlah Lift Penumpang Yg Berfungsi	0	Unit	2	
571	Jumlah Lift Penumpang Keseluruhan	0	Unit	2	
1718	Jumlah Teknisi Lift Penumpang Bersertifikat	0	Orang	131	
**	Lift Barang				
842	Jumlah lift barang keseluruhan	2	Unit	2	
843	Jumlah lift barang yg berfungsi	1	Unit	2	
1719	Jumlah Teknisi Lift Barang Bersertifikat	0	Orang	131	
*	Sistem Telekomunikasi				
**	Jaringan Internet				
1803	Jumlah Saluran Jaringan Internet	2	Unit	2	
1811	Jumlah Saluran Jaringan Internet yang Berfungsi	2	Unit	2	
**	Sambungan Saluran Telepon (SST)				
578	Jumlah SST yang Berfungsi	1	SST	7	
**	Private Automatic Branch Xchange (PABX)				
560	Jumlah Unit PABX yang Dimiliki	6	Unit	2	
562	Total Kapasitas Saluran (Berfungsi)	293	Saluran	9	
**	Ambulans				
**	Ambulans Transport				
823	Jumlah ambulance transport Kondisi Baik	1	Unit	2	
824	Jumlah ambulance transport Kondisi Rusak Berat	0	Unit	2	
**	Ambulans Gawat Darurat				
822	Jumlah Ambulance GaDar Kondisi Baik	5	Unit	2	
825	Jumlah Ambulance GaDar Kondisi Rusak Berat	0	Unit	2	
**	Mobil/kereta jenazah				
821	Jumlah mobil/kereta jenazah Kondisi Baik	0	-	0	
826	Jumlah mobil/kereta jenazah Kondisi Rusak Berat	0	-	0	
*	Pengkondisian Udara (AC)				
**	AC Central				
559	Jumlah Sistem AC Central	43	Unit	2	
576	Jumlah Sistem AC Central (Berfungsi)	43	Unit	2	
**	AC Split				
579	Jumlah AC Split yg berfungsi	1258	Unit	2	

2.3 Tantangan strategis

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

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

1. Kompetensi personal
2. Universal coverage
3. Anggaran terbatas
4. Piutang pihak ke 3
5. Sarana prasarana dan sumber daya organisasi
6. Budaya kinerja dan tata kelola
7. Persaingan yang meningkat dan daya beli pasien
8. Leadership dan vision
9. Integrasi Pelayanan Pendidikan dan Penelitian
10. Dukungan suprasistem dan regulasi
11. Koordinasi eksternal dan Corporate Social Responsibility (CSR)

2.4. Benchmarking

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

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

pelayanan KIA, disamping itu KSM Obgyn/FK UNUD RSUP Sanglah sudah bekerjasama dengan Adelaide Hospital dalam hal pelayanan Obgyn.

2.5. Analisa SWOT

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

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

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

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

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

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

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

2.6. Diagram Kartesius dan Prioritas Strategis

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

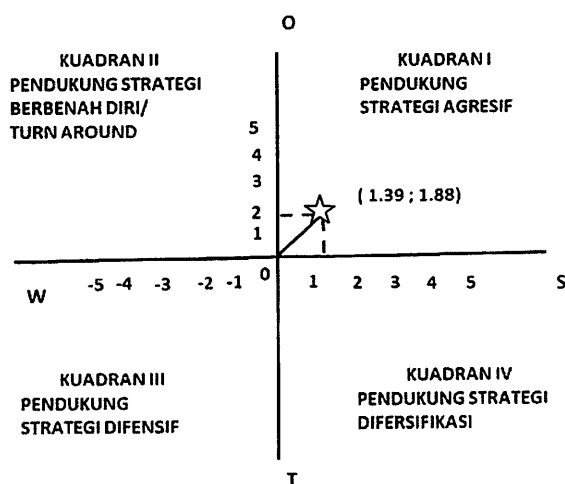
Nilai Sumbu X = total nilai terbobot **Kekuatan** dikurangi total nilai terbobot **Kelemahan**

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

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 Terstandar 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

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

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 suatu sasaran strategis rumah sakit.

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

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

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

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

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

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

- (a) Risiko Rendah (kode R)

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

Tabel 15. Matriks Risiko untuk menentukan tingkat risiko UPT vertikal

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

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

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

Tabel 16. Penentuan tingkat risiko Sasaran Strategis

No	Perspektif/ Sasaran Strategis	No	Risiko	Kemungkinan Risiko	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna
A	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 mekanisme 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	Kemungkinan 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 penialian secara bersesinalmungan	SDM
		2 Buruknya proses peningkatan kompetensi SDM non Medis	Besar	Mayor	Ekstrem		Melakukan peningkatan kompetensi SDM non Medis melalui pendidikan dan pelatihan	SDM
2	Pemanfaatkannya 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	Modrerat		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 usert 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 efesiensi 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

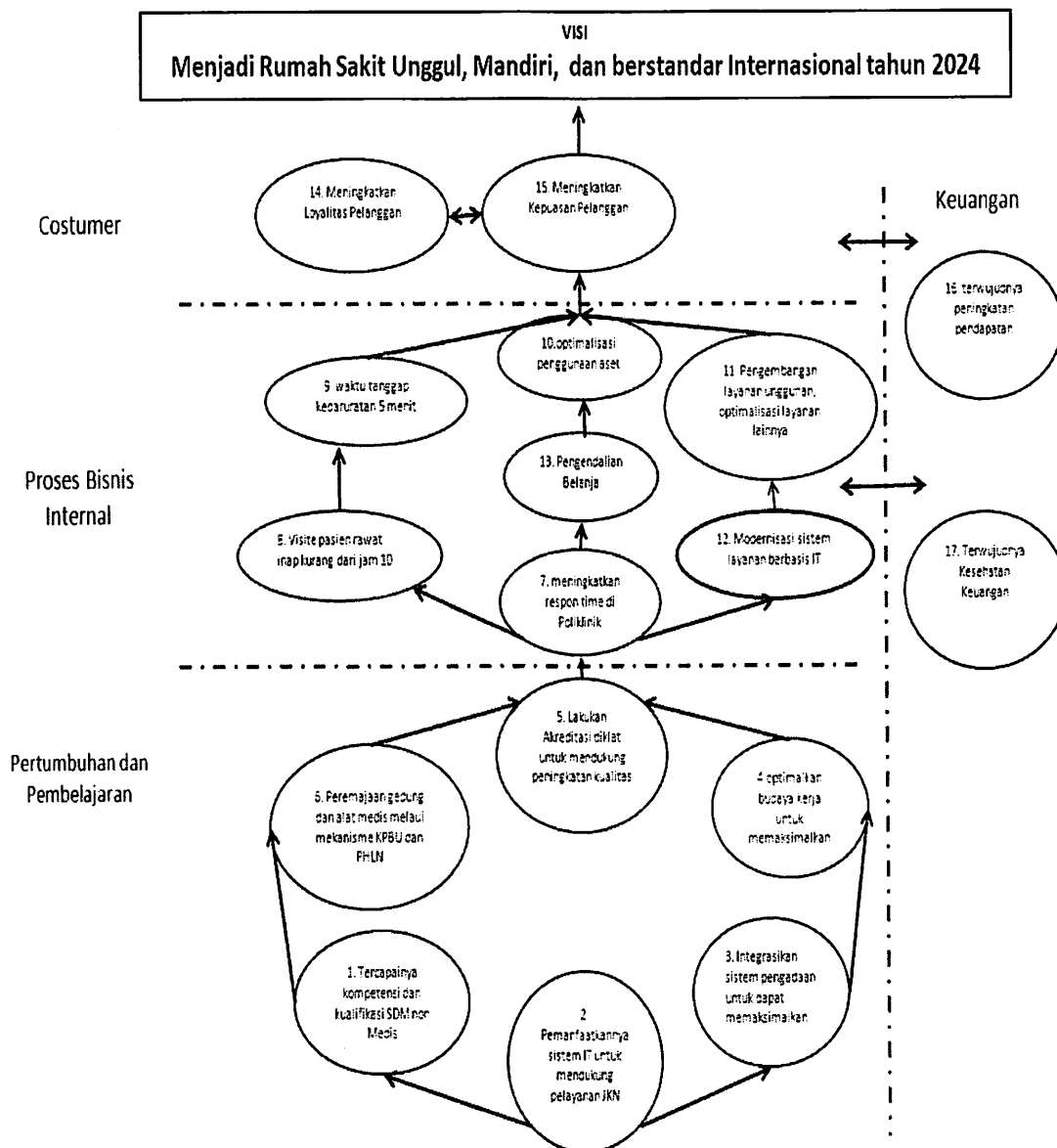
NO	Komponen Stakeholders	Harapan	Kekhawatiran
1	Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan/ Ketua Dewan Pengawas RSUP Sanglah	<ul style="list-style-type: none"> - Isue Strategis yang harus diselesaikan: Stunting, SDM Unggul, JKN, Yankes Dasar,, RS harus mampu berinovasi - RS mengembangkan pelayanan unggulan. - 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	Korkordik	<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	Prosentase 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 dintegrasikan 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	Perbandingann 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

Kamus IKU

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

3.5 Program Kerja Strategis

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

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

No	Sasaran	Program					PIC
		2020	2021	2022	2023	2024	
1	Persentase SDM non medis dengan kompetensi dan kualifikasi sesuai standar	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Pelatihan, pendidikan formal serta mutasi sesuai kompetensi yang dimiliki	Direktorat SDM
2	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)	penyempurnaan modul IT yang sudah ada	Monev	monev	monev	monev	Direktorat SDM
3	Jumlah Modul pelatihan yang terakreditasi (Modul Diklat)	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Persiapan akreditasi Modul, monitoring	Direktorat SDM
4	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Medik
5	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD kurang dari 5 menit.	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Medik
6	Persentase Visite DPJP sebelum jam 10.00	1. Reward dan consequent	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	Direktorat Medik
		2. Monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	
7	Keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik selama jam buka Poliklinik	1. Monoyalitas	1. Optimalisasi Monoyalitas	1. Optimalisasi Monoyalitas	1. Optimalisasi Monoyalitas	1. Optimalisasi Monoyalitas	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	2. optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
8	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS	1. Reward dan consequent	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	1. Optimalisasi Reward dan consequent.	Direktorat Medik
		2. Monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	2. optimalisasi monev	
9	Peningkatan penggunaan Poliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja	1. Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	1. Optimalisasi Pengembangan DPJP 24 Jam	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	

No	Sasaran	Program					PIC
		2020	2021	2022	2023	2024	
10	Peningkatan Penggunaan IBS	1. Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	1. Optimalisasi Peningkatan Pemanfaatan aset	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. optimalisasi Monev	3. optimalisasi Monev	3. optimalisasi Monev	3. optimalisasi Monev	
11	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta	1. Pemanfaatan IBS 24 Jam	1. Optimalisasi Pemanfaatan IBS 24 Jam	1. Optimalisasi Pemanfaatan IBS 24 Jam	1. Optimalisasi Pemanfaatan IBS 24 Jam	1. Optimalisasi Pemanfaatan IBS 24 Jam	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
12	Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional	1. Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	1. optimalisasi Mono loyalitas	Direktorat Medik
		2. Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	2. Optimalisasi Reward dan consequent	Direktorat Umum
		3. Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	3. Optimalisasi Monev	
13	Pengembangan Pelayanan Estetika	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Medik
14	Persentase penerapan eMR	Perbaikan system dan monev	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Umum
15	Persentase penerapan Proses Bisnis Internal yang terintegrasi	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Monev dan Pengendalian belanja	Direktorat Keuangan
16	Rumah Sakit Terakreditasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Umum
17	Berstatus WBK/WBBM	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM
18	Tingkat kepuasan Pegawai	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM
19	Tingkat Kepuasan Pasien	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat Umum
20	Tingkat kepuasan pasien terhadap peserta didik	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Monitoring dan Evaluasi	Direktorat SDM

No	Sasaran	Program					PIC
		2020	2021	2022	2023	2024	
22	Peninjauan Pendapatan PNB	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Pengembangan tarif Paket	Direktorat Keuangan
23	Current Ratio	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan.	Monev dan Pengendalian belanja, Monev dan Pengendalian Persediaan, Monev dan Pengendalian Piutang, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan.	Direktorat Keuangan
24	POBO	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Monev dan Pengendalian Belanja, Pengimbangan sumber sumber Pendapatan, Analisis biaya pasien.	Direktorat Keuangan

BAB IV PROYEKSI FINANSIAL

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

4.1 Estimasi Pendapatan

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

Tabel 19. Estimasi pendapatan Rumah Sakit 2020-2024

NO	SUMBER PENDAPATAN	BASELINE TAHUN SEKARANG	ESTIMASI PENDAPATAN (Rp)				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	PNBP	612.817.426.494	900.000.184.000	1.100.000.000.000	1.200.000.000.000	1.250.000.000.000	1.300.000.000.000
	PENDAPATAN LAYANAN	606.689.252.229	891.000.182.160	1.089.000.000.000	1.188.000.000.000	1.237.500.000.000	1.287.000.000.000
	PENDAPATAN NON OPERASIONAL	6.128.174.265	9.000.001.840	11.000.000.000	12.000.000.000	12.500.000.000	13.000.000.000
	PENDAPATAN JASA LAINNYA						
2	APBN	179.098.360.000	295.879.959.000	675.854.428.808	711.038.507.533	179.342.174.330	197.276.391.763
	BELANJA PEGAWAI	119.985.647.000	134.742.430.000	148.216.673.000	141.843.356.061	156.027.691.667	171.630.460.834
	BELANJA BARANG	17.361.680.000	17.129.909.000		21.194.984.239	23.314.482.663	25.645.930.929
	BELANJA MODAL	41.751.033.000	144.007.620.000	527.637.755.808	548.000.167.233		
	TOTAL	791.915.786.494	1.195.880.143.000	1.775.854.428.808	1.911.038.507.533	1.429.342.174.330	1.497.276.391.763

4.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

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

a. Anggaran Kelangsungan Operasional

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

Tabel 20. Estimasi Anggaran Operasional Rumah Sakit 2020-2024

NO	JENIS KEGIATAN	BASELINE TAHUN SEKARANG	ESTIMASI KEBUTUHAN ANGGARAN				
			2020	2021	2022	2023	2024
I	APBN	179,058,360,000.00	295,879,959,000.00	675,854,428,808.00	711,038,507,533.00	179,342,174,330.00	197,276,391,763.00
1	BELANJA PEGAWAI	119,985,647,000.00	134,742,430,000.00	148,216,673,000.00	141,843,356,061.00	156,027,691,667.10	171,630,460,833.81
2	BELANJA BARANG	17,361,680,000.00	17,129,909,000.00	-	21,194,984,239.00	23,314,482,662.90	25,645,930,929.19
	BELANJA PENGADAAN OBAT-OBATAN		10,000,000,000.00				
	BELANJA LANGGANAN DAYA DAN JASA	17,361,680,000.00	7,129,909,000.00				
	BELANJA BAHAN MAKANAN PASIEN						
3	BELANJA MODAL	41,751,033,000.00	144,007,620,000.00	527,637,755,808.00	548,000,167,233.00	-	-
	BELANJA GEDUNG DAN BANGUNAN		144,007,620,000.00	527,637,755,808.00	548,000,167,233.00		
	BELANJA ALAT KESEHATAN, KEDOKTERAN DAN KB						
II	BLU	612,817,426,494.00	900,000,183,999.99	1,100,000,000,000.00	1,199,999,999,999.98	1,250,000,000,000.02	1,299,999,999,999.99
1	BELANJA BARANG	557,663,858,109.54	706,925,030,753.99	1,001,000,000,000.00	1,091,999,999,999.98	1,137,500,000,000.02	1,182,999,999,999.99
	BELANJA PERJALANAN DINAS PEGAWAI	6,187,236,834.53	7,069,250,307.54	11,106,016,610.72	12,115,654,484.40	12,620,473,421.30	13,125,292,358.10
	BELANJA ADMINISTRASI RUMAH SAKIT	37,817,637,229.64	47,939,693,370.55	67,882,209,536.05	74,053,319,493.87	77,138,874,472.78	80,224,429,451.70
	BELANJA PEMELIHARAAN RS	54,772,070,659.01	70,206,082,669.38	98,315,216,115.19	107,252,963,034.75	111,721,836,494.53	116,190,709,954.31
	BELANJA PENINGKATAN SDM	8,249,649,112.70	10,457,703,808.31	14,808,022,147.62	16,154,205,979.23	16,827,297,895.03	17,500,389,810.83
	BELANJA BAHAN MAKANAN PASIEN RS	26,784,158,460.75	33,953,055,713.11	48,077,246,228.75	52,447,904,976.82	54,633,234,350.85	56,818,563,724.89
	PENGADAAN PAKAIAN DINAS PEGAWAI	3,271,029,183.84	4,146,534,462.94	5,871,458,523.65	6,405,227,480.34	6,672,111,958.69	6,938,996,437.04
	BELANJA SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT	1,309,421,430.59	1,659,893,808.12	2,350,395,911.37	2,564,068,266.95	2,670,904,444.74	2,777,740,622.53
	PENGADAAN OBAT-OBATAN , BAHAN BAKU OBAT	419,272,655,198.48	531,492,816,614.04	752,589,434,926.65	821,006,656,283.62	855,215,266,962.10	889,423,877,640.59
2	BELANJA MODAL	55,153,568,384.46	193,075,153,246.00	99,000,000,000.00	108,000,000,000.00	112,500,000,000.00	117,000,000,000.00
	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN	47,607,901,317.00	148,075,153,246.00	85,455,617,259.94	93,224,309,738.12	97,108,655,977.21	100,993,002,216.30
	PEMBANGUNAN GEDUNG	7,545,667,067.46	45,000,000,000.00	13,544,382,740.06	14,775,690,261.88	15,391,344,022.79	16,006,997,783.70

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

b. Anggaran Pengembangan

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

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

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

Tabel 21. Estimasi Kebutuhan Anggaran Program *Pencapaian IKU*.

No	Perspektif/ Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Bobot	Baseline 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp) dalam ribuan				
						2020	2021	2022	2023	2024
	Pengembangan Personil dan Organisasi									
1	Terwujudnya Kehandalan Sarana dan Prasarana	1	Tingkat Kehandalan sarana dan prasarana sesuai OEE (Overall Equipment Effectiveness)	12	27.020.188	29.804.223	28.111.797	28.674.033	29.247.514	29.832.464
2	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	2	Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai persyaratan	6	1.987.074	1.654.719	2.067.351	2.108.698	2.150.872	2.193.889
3	Terwujudnya Sistem Informasi yang terintegrasi	3	Persentase rata-rata Implementasi Modul SIRS	13	4.780.375	5.028.512	4.973.500	5.072.971	5.174.431	5.277.919
4	Terwujudnya budaya kinerja	4	Indeks Budaya Kinerja	7	1.359.550	1.330.750	1.414.473	1.442.763	1.471.618	1.501.050
	Proses Bisnis Internal									
5	Terwujudnya tata kelola yang baik di setiap unit kerja	5	Persentase Unit Kerja yang mencapai Target Indikator Kinerja Unit	5	13.827.359	13.000.133	14.385.983	14.673.702	14.967.176	15.266.520
6	Terwujudnya Pelayanan Unggulan (Jantung, Intensif, Kanker)	6	Jenis Pelayanan Unggulan	7	23.072.500	26.167.783	26.928.000	27.466.560	28.015.891	28.576.208
7	Terwujudnya Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang bermutu	7	Jumlah kerjasama Pelayanan Pendidikan dan Penelitian dalam dan luar negeri	5	88.234.467	89.045.583	91.897.711	93.735.665	95.610.377	97.522.585
		8	Jumlah Proses Bisnis Terintegrasi yang dikelola bersama antara RSUP Sanglah dan FK UNUD	4	88.234.467	89.045.583	91.897.711	93.735.665	95.610.377	97.522.585

		9	Jumlah Penelitian yang dapat diimplementasikan	2	3.000.000	42.291.846	26.698.893	29.368.782	32.305.660	35.536.226
		10	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	1	17.199.678	34.918.829	28.434.531	31.277.984	34.405.782	37.846.361
8	Terwujudnya Sistem Jaringan Rujukan yang efektif	11	Persentase Rujukan dari Rumah Sakit yang tidak sesuai Severity Level III	4	-	10.835.637	-	-	-	-
		12	Jumlah Rumah Sakit Binaan yang mampu menjadi Rumah RS rujukan balik	5	15.800.322	3.550.867				
9	Terwujudnya Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas	13	Akreditasi KARS dan JCI	6	13.827.359	13.000.133	14.385.983	14.673.702	14.967.176	15.266.520
	Stakeholder									
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	14	Persentase Kepuasan Pasien	5	9.611.910	11.248.000	10.000.231	10.200.235	10.404.240	10.612.325
		15	Persentase Kepuasan Pegawai	5	230.316.565	251.838.729	255.082.315	269.008.377	284.095.403	300.454.856
		16	Persentase Kepuasan Peserta Didik	5	1.987.074	1.654.718	2.067.351	2.108.698	2.150.872	2.193.889
	Finansial									
11	Terwujudnya Efisiensi Anggaran	17	Persentase pendapatan terhadap Biaya operasional	2	9.100.000	11.826.961	11.417.699	12.559.470	13.815.417	15.196.958
12	Terwujudnya Pertumbuhan Pendapatan	18	Persentase Peningkatan Pendapatan	6	2.750.000	2.799.790	2.861.100	2.918.322	2.976.688	3.036.222
			Total		552.108.889	639.042.797	612.624.629	639.025.628	667.369.496	697.836.579

4.3 Rencana Pendanaan

Rencana pendanaan seperti disampaikan di atas (butir 6.1) bersumber dari dana Anggaran pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Pendapatan dari Badan layanan Umum. Estimasi Kebutuhan Operasional dan Estimasi Kebutuhan Program Pengembangan disusun berdasarkan perkiraan Estimasi Pendapatan ini setiap tahunnya.

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

BAB V

PENUTUP

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

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

LAMPIRAN

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

Perspektif	Pengembangan personil dan organisasi				
Sasaran strategis	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar				
IKU	Persentase SDM non Medis yang memenuhi kualifikasi dan kompetensi sesuai standar				
Definisi	SDM yang kompeten adalah SDM yang mempunyai kompetensi sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan oleh rumah sakit. SDM yang dimaksud adalah tenaga medis, keperawatan, penunjang, umum dan administrasi.				
Formula	$\frac{\text{Jumlah SDM non Medis yang telah memenuhi kompetensi yang dipersyaratkan rumah sakit}}{\text{Jumlah seluruh SDM non Medis yang ada di rumah sakit}} \times 100\%$				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian SDM				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	83%	86%	90%	93%	95%

IKU 2 : Diklat RSUP Sanglah Terakreditasi (Sarana Diklat)

Perspektif	Pengembangan personil dan organisasi				
Sasaran strategis	Lakukan akreditasi diklat untuk mendukung peningkatan kualitas SDM				
IKU	Diklat RSUP Sanglah terakreditasi (sarana Diklat)				
Definisi	Diklat RSUP terakreditasi				
Formula	Sertifikat akreditasi Diklat yang dimiliki oleh Rumah Sakit				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Diklat				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	60%	100%	100%	100%	100%

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

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

IKU 4 : Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan respon time di poliklinik				
IKU	Waktu tunggu pemeriksaan DPJP di Poliklinik				
Definisi	Waktu yang dibutuhkan mulai pasien antri di poliklinik sampai dengan pemeriksaan DPJP				
Formula	Rata rata waktu tunggu yang dibutuhkan dari pasien dan rekan medis berada di Poliklinik yang dituju sampai dengan mulai berada rekam medis pemeriksaan DPJP				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	50 Menit	45 Menit	40 Menit	35 Menit	30 Menit

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Waktu tanggap kedaruratan 5 menit				
IKU	Persentase waktu tanggap kedaruratan di IGD				
Definisi	Jumlah pasien Gawat Darurat yang ditangani dalam waktu kurang dari 5 menit				
Formula	Rata rata waktu tunggu pasien gawat darurat yang ditanganidi IGD sejak pasien masuk triage				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Medik				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit	5 Menit

IKU 6 : Persentase Visite DPJP sebelum jam 11.00

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap				
IKU	Persentase Visite DPJP sebelum jam 10.00				
Definisi	Ketepatan Visite oleh DPJP sesuai standar				
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite oleh DPJP}}{\text{Jumlah pasien yang harus divisite oleh DPJP}}$			x 100%	
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	90%	90%	100%	100%

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Visite DPJP ke pasien Rawat Inap (sesuai standar nasional)				
IKU	Keberadaan seluruh DPJP di Poliklinik selama jam buka Poliklinik				
Definisi	Rata rata waktu keberadaan DPJP di seluruh Poliklinik				
Formula	$\frac{\text{Jumlah DPJP yang ada di Poliklinik}}{\text{Jumlah seluruh Poliklinik yang ada}}$			x 100%	
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	80%	90%	100%	100%

IKU 8 : Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non BPJS

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kunjungan Pasien non BPJS				
IKU	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS				
Definisi	Peningkatan Kunjungan Pasien non BPJS				
Formula	$\frac{\text{Jumlah Kunjungan pasien non BPJS}}{\text{Jumlah Kunjungan non BPJS tahun lalu}}$		x 100%		
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	12%	15%	17%	20%	25%

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kunjungan Pasien non BPJS				
IKU	Peningkatan penggunaan Pokliklinik sub spesialis (IRJ) setiap hari kerja				
Definisi	Jumlah Poliklinik subspecialis yang memberikan pelayanan setiap hari kerja				
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari penggunaan poliklinik sub spesialis}}{\text{hari kerja yang tersedia}} \times 100\%$				x 100%
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	90%	100%	100%	100 %

IKU 10 : Peningkatan Penggunaan Bedah Sentral

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan.				
IKU	Peningkatan Penggunaan IBS				
Definisi	Jumlah Operasi yang dikerjakan di IBS				
Formula	$\frac{\text{Jumlah rata rata pasien yang di operasi di OK IBS}}{\text{Jumlah rata rata pasien yang di operasi tahun sebelumnya}} \times 100\%$				x 100%
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3	3,5	4	4,5	5

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

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Terwujudnya Pengembangan Pelayanan Unggulan.				
IKU	Optimalisasi Pelayanan Spesialistik di Poliklinik pada sore hari kerja di Paviliun Wing Amerta				
Definisi	Pelaksanaan praktek sore subspecialis di Poliklinik Wing Amerta				
Formula	Jumlah Penggunaan ruang periksa di Wing Amerta pada sore hari				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	15	16	17	18	19

IKU 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, Penunjang dan Keperawatan										
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan										
Periode Pelaporan	Tahunan										
Target	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	3	3	4	5	5
2020	2021	2022	2023	2024							
3	3	4	5	5							

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	Rata rata pasien yang berkunjung ke Poliklinik Estetika perbulan				x 100%
	Jumlah rata rata pasien perbulan ke poliklinik Estetika pada tahun sebelumnya				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktur Medik, Penunjang dan Keperawatan				
Sumber data	Bidang Pelayanan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3	3,5	4	4,5	5

IKU 14 : Persentase Penerapan EMR

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya pengelolaan System Informasi menuju digitalisasi				
IKU	Persentase penerapan eMR				
Definisi	Prosentase Unit Pelayanan yang menerapkan EMR				
Formula	Jumlah Modul EMR yang diterapkan				x 100%
	Jumlah Modul EMR yang tersedia				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Bagian Perencanaan dan Evaluasi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	90%	100%	100%	100%

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				x 100%
	Jumlah Modul Proses Bisnis yang dimiliki				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Bagian Perencanaan dan Evaluasi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	82%	85%	90%	100%	100%

IKU 16 : Rumah Sakit Terakreditasi

Perspektif	Proses Bisnis Internal										
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes										
IKU	Rumah Sakit Terakreditasi										
Definisi	Sertifikat akreditasi Rumah Sakit yang didapatkan oleh Rumah sakit										
Formula	Akreditasi Rumah sakit yang dilakukan RS pata tahun yang bersangkutan										
Bobot IKU	6%										
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional										
Sumber data	Bagian Perencanaan dan Evaluasi										
Periode Pelaporan	Tahunan										
Target	<table border="1"><thead><tr><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr></thead><tbody><tr><td>KARS</td><td></td><td></td><td>KARS</td><td></td></tr></tbody></table>	2020	2021	2022	2023	2024	KARS			KARS	
2020	2021	2022	2023	2024							
KARS			KARS								

IKU 17 : Berstatus WBK / WBBM

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran strategis	Meningkatnya Akses dan Mutu Yankes				
IKU	Berstatus WBK/WBBM				
Definisi	Rumah sakit Lulus berstatus WBK/WBBM				
Formula	Sertifikat WBK/WMMB yang dimiliki Rumah sakit				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	DirekturUtama				
Sumber data	TIM WBK dan SPI				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	WBK	WBBM		WBK	

IKU 18 : Tingkat Kepuasan Pegawai

Perspektif	Konsumen				
Sasaran strategis	Meningkatkan Kepuasan pelanggan				
IKU	Tingkat kepuasan Pegawai				
Definisi	Pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas terhadap pekerjaan di RS				
Formula	Jumlah pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas			x 100%	
	Jumlah seluruh pegawai yang dijadikan sampel				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Sumber Daya Manusia				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	75%	80%	82%	85%	87%

IKU 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	$\frac{\text{Jumlah pasien yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dijadikan sampel}}$		x 100%		
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat Umum dan Operasional				
Sumber data	Bagian Hukum dan hubungan Masyarakat				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	87%	90%	95%	95%

IKU 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	6%				
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Pendidikan dan Penelitian				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	90%	90%	92%	95%	95%

IKU 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	Jumlah peserta didik yang menyatakan puas dan sangat puas atas proses pembelajaran klinis yang dilakukan di RSUP Sanglah			x 100%	
	Jumlah seluruh Peserta didik yang dijadikan sampel				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat SDM dan Pendidikan				
Sumber data	Bagian Pendidikan dan Penelitian				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	75%	76%	80%	82%	85%

IKU 22 : Peningkatan Pendapatan PNB

Perspektif	Keuangan				
Sasaran strategis	Terwujudnya peningkatan pendapatan				
IKU	Peningkatan Pendapatan PNB				
Definisi	Jumlah Penerimaan pada akhir tahun				
Formula	Jumlah Penerimaan BLU pada akhir tahun				x 100%
	Target				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat Keuangan				
Sumber data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	52%	86%	103%	112%	120%

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	Perbandingan Aset lancar			x 100%	
	Kewajiban Jangka Pendek				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat Keuangan				
Sumber data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	285%	300%	330%	350%	380%

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	Pendapatan BNPB			x 100%	
	Biaya Operasional				
Bobot IKU	6%				
Person In Charge	Direktorat Keuangan				
Sumber data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	86%	88%	89%	90%	90%