

BAB 3

METODOLOGI BALANCED SCORECARD

Dalam metodologi balance scorecard ini akan diuraikan mengenai pembentukan kerangka balanced scorecard yang digunakan untuk menurunkan indikator-indikator pada masing-masing perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, perspektif proses bisnis internal, perspektif finansial, dan perspektif pelanggan, metode pemilihan sampel, metode pengumpulan data, metode analisa data, serta batasan dan asumsi yang digunakan dalam penelitian.

3.1. Kerangka Balanced Scorecard

Kerangka Balanced Scorecard penelitian ini diturunkan dari visi dan misi BP RSUD Wangaya tahun 2006-2010 yang dibagi ke dalam dua misi yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau serta memberikan pelayanan kesehatan dasar dan lanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat. Visi dan misi ini dijabarkan menjadi 9 program dan diukur ke dalam 7 indikator utama. Tujuh indikator visi dan misi ini menjadi dasar pemilihan indikator-indikator pada masing-masing perspektif balanced scorecard yang digunakan dalam penelitian sebagai berikut :

a. **Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran**

Indikator serta item pernyataan kuisioner pengukuran perspektif pertumbuhan dan pembelajaran yaitu Pengetahuan, Keterampilan, Motif, Harapan, Insentif, Akses terhadap Informasi, serta Akses terhadap Pendidikan dan Pelatihan didasarkan pada indikator program dari visi misi BP RSUD Wangaya yaitu Peningkatan kompetensi pendidikan sumber daya manusia, peningkatan pelatihan SDM, terjaminnya keamanan dan kenyamanan bagi semua karyawan dan pengguna, serta tersedianya Sistem Informasi Manajemen RS

b. **Perspektif Bisnis Internal**

Indikator pengukuran perspektif pertumbuhan dan pembelajaran didasarkan pada indikator kinerja yang ditetapkan Yanmedik (2002) untuk Rumah Sakit Pemerintah yang tercantum pada penelitian Yaniwanti (2004) meliputi inovasi, pertumbuhan hari pasien rawat inap, rasio pasien rawat inap terhadap perawat, rasio pasien rawat inap terhadap dokter, pertumbuhan daya saing, BOR, ALOS, BTO, TOI. Selain itu, indikator program dari visi misi BP RSUD Wangaya yang

mendasari adalah indikator program dari visi misi pelayanan kesehatan sesuai standar, peningkatan sarana dan prasarana pelayanan Rumah Sakit, dan terlayannya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan lanjutan

c. Perspektif Finansial

Indikator perspektif finansial yaitu *Cost Recovery Rate*, Biaya Satuan serta Titik Impas didasarkan pada indikator program visi misi BP RSUD Wangaya yaitu penyesuaian tarif rumah sakit. Indikator perspektif finansial yang dipilih juga didasarkan pada penelitian terdahulu yang pernah dilaksanakan oleh Yaniwanti (2004) serta penelitian yang dilaksanakan oleh I Made Widra (2005) yaitu Analisis *Unit cost* dalam Penentuan Tarif Kamar Rawat Inap yang Rasional Sebagai Unit Swadana Daerah (Study Kasus pada RSUD Wangaya).

d. Perspektif Pelanggan

Indikator serta item pernyataan kuisisioner pengukuran perspektif pelanggan yaitu Akses terhadap Pelayanan, Hubungan antar Manusia, Keamanan, dan Kenyamanan didasarkan pada indikator program dari visi misi BP RSUD Wangaya yaitu terjaminnya keamanan dan kenyamanan bagi semua karyawan dan pengguna, mempermudah akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat, terlayannya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan lanjutan, tersedianya peralatan medis sesuai standar, serta terpeliharanya gedung pelayanan.

Selain itu penentuan indikator perspektif balanced scorecard penelitian ini juga didasarkan pada latar belakang serta landasan teori penunjang yang telah diuraikan pada BAB I dan II.

Keterkaitan antara masing-masing perspektif yaitu hasil kinerja yang ditunjukkan indikator-indikator pada masing perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, perspektif proses bisnis internal dan perspektif finansial akan menjelaskan kinerja perspektif pelanggan sebagai fokus utama pelayanan BP RSUD Wangaya.

Visi dan misi BP RSUD Wangaya serta pemilihan indikator balanced scorecard penelitian dirangkum pada tabel 3.1 di bawah ini :

**Tabel 3.1 Visi Misi dan Kerangka Pemikiran Balanced Scorecard
BP RSUD Wangaya**

Misi RSUD Wangaya	Program RSUD Wangaya	Indikator RSUD Wangaya	Perspektif Balance Scorecard	Indikator Balance Scorecard
1. Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional dan bermutu serta terjangkau semua lapisan masyarakat	1. Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia menjadi tenaga profesional 2. Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan rumah sakit. 3. Penyesuaian tarif Rumah Sakit. 4. Peningkatan penyuluhan kesehatan masyarakat dan pemasaran rumah sakit. 5. Penyelenggaraan keselamatan dan kesehatan kerja. 6. Pelayanan Kesehatan sesuai standar 7. Peningkatan sistim Informasi Rumah Sakit	a. Peningkatan kompetensi pendidikan sumber daya manusia. b. Peningkatan pelatihan SDM. c. Tersedianya peralatan medis sesuai standar. d. Terpeliharanya gedung pelayanan e. Terjaminnya keamanan dan kenyamanan bagi semua karyawan dan pengguna. f. Tersedianya Sistim Informasi Manajemen RS	a. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran b. Perspektif Bisnis Internal c. Perspektif Finansial d. Perspektif Pelanggan	a.1 Kepuasan karyawan meliputi variabel kemampuan dan motivasi a.2 Akses thd informasi a.3 Akses thd pelatihan dan pendidikan b.1 Inovasi b.2 Pertumbuhan hari pasien rawat inap b.3 Rasio pasien rawat inap thd perawat b.4 Rasio pasien rawat inap thp dokter b.5 Pertumbuhan daya saing b.6 BOR, ALOS, BTO, TOI c.1 Cost recovery rate c.2 Biaya satuan c.3 Titik impas d.1 Akses terhadap pelayanan d.2 Hubungan antar manusia d.3 Keamanan d.4 Kenyamanan
2. Memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan lanjutan sesuai dengan kelas rumah sakit dan standar yang ditetapkan	1. Mempermudah akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat. 2. Menambah jenis pelayanan spesialisasi dan sub spesialisasi sesuai dengan kelas rumah sakit dan kebutuhan masyarakat	a. Terlayannya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan lanjutan		

Sumber : Renstra RSUD Wangaya 2006-2010 telah diolah kembali

Balanced Scorecard yang digunakan dalam penelitian ini adalah balanced scorecard untuk sektor publik sesuai uraian Gazpers dalam Simarmata (2008), fokus utama adalah pada kepuasan pelanggan pengguna layanan, terdapat keseimbangan antara tanggung jawab finansial dengan pelayanan yang diberikan sesuai visi dan misi, mendefinisikan ukuran dan target perspektif lainnya untuk menjelaskan perspektif pelangganh bukan perspektif finansial seperti pada sektor privat. Selain uraian Gazpers, pilihan indikator proses bisnis internal diukur dengan standar

pelayanan pemerintah yaitu indikator yanmedik Depkes bukan indikator proses produktif, *market share* dan *cost effective* utk *financial return*, secara finansial tidak mengukur profit atau *financial return* tetapi kemandirian keuangan operasional organisasi dlm memberi pelayanan.

3.2 Populasi dan Sampel

Penentuan populasi dan sampel penelitian ini digunakan untuk penentuan populasi serta sampel perspektif pertumbuhan pembelajaran serta perspektif pelanggan dengan uraian penentuan populasi serta sampel sebagai berikut :

a. Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran

Populasi pada pengukuran perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah seluruh karyawan pada instalasi rawat inap umum BP RSUD Wangaya meliputi kepala keperawatan dan perawat. Penetapan sampel menggunakan rumus Slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

N = populasi (pegawai rawat inap umum 140 orang)
 n = sampel
 e = 10%

dari populasi karyawan sebanyak 140 orang pada pemilihan batasan tingkat kesalahan 10% sehingga diperoleh sampel sebanyak 59 orang. Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah 71 orang karyawan instalasi rawat inap umum. Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi yaitu karyawan tetap dan honor yang bertugas di instalasi rawat inap umum RSUD Wangaya dan kriteria eksklusi yaitu karyawan yang cuti dan tidak berdinis saat penelitian dilaksanakan.

b. Perspektif pelanggan

Populasi pada perspektif pelanggan adalah seluruh pasien pada instalasi rawat inap umum BP RSUD Wangaya. Penentuan sampel perspektif pelanggan menggunakan rumus Slovin

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

N = populasi (pasien rawat inap umum (th 2009))
 n = sampel
 e = 10%

dengan tingkat kesalahan 10% dari jumlah populasi pasien rawat inap umum pada tahun 2009 sebesar 12,363 orang. Dari perhitungan diperoleh jumlah sampel sebesar 99,19762 dibulatkan menjadi 100 orang.

Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi yaitu pasien yang sudah dirawat inap lebih dari dua hari, pasien yang keadaan umumnya cukup baik, pasien yang bisa membaca dan menulis, umur > 13 tahun. Kriteria eksklusi pasien yaitu pasien yang menolak untuk berpartisipasi, pasien bayi, balita, anak-anak

Terdapat tujuh fasilitas ruangan rawat inap umum yang terdiri dari ruang rawat inap kelas IA, IB, IC, II, dan III dalam RSUD Wangaya yang dikelompokkan dalam ruang Angsa, Belibis, Cendrawasih, Dara, Elang, Flaminggo, dan Kaswari. Ukuran pengambilan sampel pasien dilakukan secara *proporsional random sampling* yang memakai rumusan alokasi proporsional dari Sugiyono (1999) dalam Mutaqien (2006)

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

n_i = jumlah sampel proporsi
 n = jumlah sampel seluruhnya
 N_i = jumlah populasi proporsi
 N = jumlah populasi seluruhnya

Sehingga penentuan sampel pasien pada masing-masing ruang rawat inap dengan perhitungan sebagai berikut :

Angsa	= $\frac{2290}{12.363}$	x 100 = 19 orang
Belibis	= $\frac{1163}{12.363}$	x 100 = 10 orang
Cendrawasih	= $\frac{1966}{12.363}$	x 100 = 19 orang
Dara	= $\frac{2476}{12.363}$	x 100 = 19 orang
Elang	= $\frac{779}{12.363}$	x 100 = 3 orang
Flaminggo	= $\frac{1723}{12.363}$	x 100 = 14 orang
Kaswari	= $\frac{1966}{12.363}$	x 100 = 16 orang

3.3. Jenis Data, Teknik Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

Jenis data, teknik pengumpulan, pengolahan serta analisa data akan diuraikan berdasarkan masing-masing perspektif sebagai berikut :

a. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran dan Perspektif Pelanggan

Data yang dikumpulkan untuk pengukuran kedua perspektif ini berupa data kuantitatif melalui penyebaran kuisisioner. Pernyataan kuisisioner perspektif pertumbuhan dan pembelajaran terbagi dalam Pengetahuan (7 pernyataan),

Keterampilan (6 pernyataan), Motif (4 pernyataan), Harapan (3 pernyataan), Insentif (5 pernyataan), Akses terhadap Informasi (8 pernyataan), serta Akses terhadap Pendidikan dan Pelatihan (3 pernyataan). Pernyataan kuisioner perspektif pelanggan terbagi dalam Akses terhadap Pelayanan (12 pernyataan), Hubungan antar Manusia (5 pernyataan), Keamanan (3 pernyataan), Kenyamanan (12 pernyataan).

Data kuisioner yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan skala Likert. Kuisioner terbagi menjadi dua yaitu masing-masing Harapan dan Kenyataan yang Dirasakan. Tingkat skor untuk Harapan yaitu : Sangat Penting nilai 4, Penting nilai 3, Tidak Penting nilai 2, Sangat Tidak Penting nilai 1. Tingkat skor untuk Kenyataan yang Dirasakan yaitu : Sangat Puas nilai 4, Puas nilai 3, Tidak Puas nilai 2, Sangat Tidak Puas nilai 1.

Analisa atas data hasil penyebaran kuisioner pada sampel karyawan serta pasien instalasi rawat inap umum berupa analisa kualitatif terhadap nilai rata-rata skor setiap item pernyataan indikator Kenyataan yang Diterima/Dirasakan. Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu X dan Y. Dimana X merupakan tingkat nilai kepuasan yang diperoleh dan Y adalah tingkat/nilai harapan yang diinginkan. Sumbu mendatar adalah rata-rata kepuasan yang diperoleh sedangkan sumbu tegak merupakan jumlah rata-rata nilai harapan yang diinginkan. Hasil dari nilai rata-rata kepuasan dan harapan digambarkan dalam diagram kartesius sebagai berikut :

Y Harapan	Kuadran I Prioritas Utama	Kuadran II Pertahankan prestasi
	Kuadran III Prioritas Rendah	Kuadran IV Berlebihan
	X Pengalaman	

Gambar 3.1 Diagram Kartesius

Sumber : Kotler, 1995

Kedudukan posisi titik-titik koordinat masing-masing pernyataan akan menunjukkan hubungan antara tingkat kepuasan dan harapan serta kedudukannya untuk usaha perbaikan mutu.

Selain itu penilaian tingkat kepuasan pada hasil kuisioner pasien dan karyawan instalasi rawat inap umum BP RSUD Wangaya ditentukan dengan menggunakan rumus Supranto (1997):

$$TKI = \frac{XI}{YI} \times 100\%$$

TKI = Tingkat kesesuaian (batas kepuasan 80-90%)
 XI = Skor nilai pengalaman
 YI = Skor nilai harapan

b. Perspektif Bisnis Internal

Data yang diperoleh pada perspektif ini terbagi menjadi dua yaitu data primer untuk penilaian inovasi pada kinerja pelayanan instalasi rawat inap umum BP RSUD Wangaya serta data sekunder berupa data-data yang telah disiapkan oleh instalasi rekam medik BP RSUD Wangaya untuk penilaian proses operasional.

Perolehan data primer penilaian inovasi diperoleh melalui wawancara kepada Kepala Instalasi Rawat Inap Umum dan Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan. Perolehan data sekunder melalui data-data nilai mutu yang diolah oleh instalasi rekam medik dan data pendapatan dari bagian akuntansi pada tahun 2009 maupun 2008.

Hasil yang didapat pada inovasi dan proses operasional dibandingkan dengan indikator kesehatan rumah sakit (Yanmedik Depkes, 2000). Total skor yang diharapkan dari inovasi dan proses operasional adalah 16 (100%). Pengukuran indikator-indikator proses operasional diuraikan sebagai berikut:

- 1) Pertumbuhan pasien rawat inap yaitu diukur melalui perbandingan antara hari perawatan tahun ini dengan hari perawatan tahun lalu
- 2) Rasio pasien rawat inap terhadap perawat yaitu perbandingan jumlah pasien rawat inap per hari dengan jumlah perawat yang melayani per hari
- 3) Rasio pasien rawat inap dengan dokter yaitu perbandingan jumlah pasien rawat inap per hari dengan jumlah dokter yang melayani per hari
- 4) Pertumbuhan daya saing yaitu perbandingan antara pendapatan bruto tahun berjalan dengan pendapatan bruto tahun lalu

- 5) *Bed Occupancy Rate* yaitu jumlah hari perawatan per tahun dibagi dengan tempat tidur (TT) x 365 hari
- 6) *Average Long Stay* yaitu jumlah hari perawatan pasien rawat inap yang keluar per tahun dibagi dengan jumlah pasien rawat inap yang keluar
- 7) *Bed Turn Over* yaitu berapa kali satu tempat tidur ditempati pasien dalam satu tahun diukur dari jumlah pasien keluar (H&M) dibagi dengan jumlah tempat tidur
- 8) *Turn Over Internal* yaitu waktu antara satu tempat tidur ditinggalkan oleh pasien yang keluar sampai ditempati lagi oleh pasien yang lain. TOI diukur dengan jumlah tempat tidur x 365 – hari perawatan dibagi dengan jumlah seluruh pasien keluar baik hidup atau mati

Hasil penelitian indikator-indikator tersebut di atas dibandingkan dengan skor total dan dikalikan 100%. Nilai inovasi dan proses operasional dikategorikan sebagai berikut yaitu :

- ≥ 65% = sehat
- 31 – 64% = kurang sehat
- ≤ 30% = tidak sehat

c. Perspektif Finansial

Menurut Yaniwanti (2004) untuk mengukur perspektif finansial indikator diukur melalui :

- 1) *Cost recovery rate* yaitu kemampuan instalasi rawat inap umum menutupi biayanya dari pendapatan/tarif akomodasi dibandingkan dengan perhitungan biaya total dan biaya satuan
- 2) Biaya satuan yaitu biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan satu satuan pelayanan yaitu akomodasi instalasi rawat inap umum dengan perhitungan biaya yang sesuai dengan nilai biaya yang melekat pada akomodasi instalasi rawat inap umum berdasarkan biaya satuan investasi dan biaya variabel (biaya langsung dan tak langsung) instalasi rawat inap umum. Biaya satuan rawat inap umum dihitung dengan metode modifikasi *Activity Based Costing* (Tunggal dan Mulyadi dalam Yaniwanti (2004) dengan tahapan sebagai berikut:

- a) Mengelompokkan biaya yang ada di rumah sakit yaitu biaya penunjang (biaya administrasi umum) dan biaya produksi
- b) Mengalokasikan dan mendistribusikan biaya penunjang ke bagian unit produksi. Metode distribusi yang digunakan adalah metode distribusi ganda.
- c) Menghitung biaya produksi RSUD Wangaya yang dibandingkan dengan biaya langsung rawat inap. Hasil perbandingan adalah proporsi biaya langsung instalasi rawat inap terhadap biaya produksi RSUD Wangaya yang diasumsikan sama dengan proporsi biaya penunjang instalasi rawat inap terhadap biaya penunjang RSUD Wangaya
- d) Menghitung biaya total instalasi rawat inap yang terdiri dari
 - d.1) Biaya investasi ruangan rawat inap, peralatan medik dan non medik, serta peralatan rumah tangga. Biaya investasi dihitung dengan rumus :

$$AFC = \frac{IIC (1 + i)^t}{L}$$

AFC = *Annualized Fixed Cost* (Biaya yang disetahunkan)

IIC = *Initial Investment Cost* (Harga Beli)

i = laju inflasi

t = masa pakai saat perhitungan

L = perkiraan masa pakai

Perkiraan masa pakai atau umur ekonomis milik institusi pelayanan kesehatan pemerintah ditetapkan berdasarkan standar akuntansi yang berlaku di pemerintahan (Badan Pemeriksa Keuangan, 2003).

Peralatan dan Mesin : 10 tahun

Kendaraan dan komputer : 5 tahun

Gedung permanen : 25 tahun

Gedung bertingkat : 40 tahun

- d.2) Biaya operasional terdiri dari bahan farmasi, gizi, rumah tangga, laundry, serta biaya sumber daya manusia
- d.3) Biaya pemeliharaan gedung dan alat

- e) Menghitung proporsi biaya untuk masing-masing kelas rawat inap umum sebagai dasar perhitungan distribusi biaya tiap kelas berdasarkan jumlah aktivitas
- f) Menghitung biaya total dan biaya satuan dengan rumus

$$Unit\ cost = \frac{FC}{C} + \frac{VC}{Q}$$

FC = Fixed Cost terdiri dari biaya investasi dan biaya tak langsung

C = Kapasitas (TT x 365)

VC = terdiri dari bahan farmasi, gizi, beban jasa, pemeliharaan dan SDM

Q = hari perawatan

- 3) Titik impas yaitu tingkat dimana tingkat pendapatan sama dengan biaya dicari dengan rumus sebagai berikut :

$$TC = TR$$

$$\text{Dimana } TC = FC + VC$$

$$VC = UVC \times Q$$

$$FC + (UVC \times Q) = TR$$

karena $TR = P \times Q$ maka

$$FC + (UVC \times Q) = P \times Q$$

$$\text{atau } \frac{FC}{Q} + UVC = P$$

$$\frac{FC}{P - UVC} = Q$$

$$P - UVC$$

Pada penelitian ini tahapan penelitian perspektif finansial Yaniwanti (2004) dijadikan acuan dengan penyesuaian sesuai data sekunder yang diperoleh. Untuk perhitungan *unit cost* masing-masing kelas rawat inap umum, *Cost Recovery Rate*, serta titik impas dibutuhkan data sekunder berupa distribusi pegawai, data bahan habis pakai/obat, data kilogram laundry, data luas lantai ruangan, data watt listrik, data biaya, data pendapatan, data biaya makan pasien serta porsi makan pasien, data gedung, data aset mebelair, data peralatan medis. Data-data ini diperoleh dari instalasi rawat inap umum, instalasi penunjang rawat inap

dalam hal ini CSSRD/Instalasi Laundry, Instalasi Produksi Lainnya, Instalasi Gizi, Bagian Rumah Tangga, Bagian Farmasi, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS RS), Instalasi Rekam Medik, Sub Bagian Kepegawaian, Sub Bagian Akuntansi serta data pada penelitian *unit cost* tahun 2004 oleh Widra yang kemudian dikonfirmasi lebih lanjut pada masing-masing instalasi serta bagian BP RSUD Wangaya mengenai perubahannya.

Biaya pada masing-masing instalasi baik instalasi produksi maupun penunjang seluruhnya belum tercatat secara terpisah sebagai biaya pada masing-masing instalasi dan bagian namun tercatat sebagai gabungan biaya oleh bagian akuntansi dan keuangan pada Laporan Realisasi Anggaran (BLUD) RSUD Wangaya serta Laporan Keuangan (BLUD) RSUD Wangaya.

Perhitungan biaya unit (*unit cost*) rawat inap umum terdiri dari penentuan biaya langsung dan tak langsung serta proses alokasi biaya tak langsung dari unit produksi dan penunjang lain kepada instalasi rawat inap umum dengan langkah perhitungan sebagai berikut :

1. Penentuan biaya-biaya langsung yang terkait dengan rawat inap umum yaitu : biaya investasi gedung rawat inap umum (disetahunkan dengan perhitungan *Annualized Investment Cost*), biaya investasi peralatan medis rawat inap umum (disetahunkan), biaya investasi mebelair dan inventaris rawat inap umum (disetahunkan dengan AIC), biaya perlengkapan investasi rawat inap umum, biaya makan pasien ruang rawat inap umum, biaya bahan dan obat habis pakai rawat inap umum.
2. Penentuan biaya-biaya tidak langsung dari unit produksi lain serta unit penunjang kepada instalasi rawat inap umum dengan dasar alokasi biaya masing-masing. Biaya-biaya tidak langsung ini meliputi biaya laundry dengan dasar alokasi adalah berat kilogram setahun masing-masing instalasi dan unit penunjang, biaya alat tulis kantor dengan dasar alokasi pendapatan masing-masing instalasi dan unit penunjang, biaya SDM *unit cost centre* dengan dasar alokasi jumlah jam kerja setahun masing-masing unit instalasi dan unit penunjang, biaya penyediaan peralatan di *cost centre* dengan dasar alokasi jumlah pendapatan masing-masing instalasi dan unit penunjang, biaya pemeliharaan gedung kantor dengan dasar alokasi luas lantai masing-

masing instalasi dan unit penunjang, biaya pemeliharaan peralatan dengan dasar alokasi pendapatan masing-masing unit instalasi dan unit penunjang, biaya penyediaan peralatan dan mesin dengan dasar alokasi pendapatan masing-masing unit instalasi dan unit penunjang, biaya penyediaan daya listrik dengan dasar alokasi watt terpasang pada masing-masing unit instalasi dan penunjang, biaya penyediaan barang dan jasa lain meliputi biaya makanan ekstra pegawai, jasa telepon, biaya air, pemeliharaan kendaraan, alat bahan kebersihan, biaya bantuan organisasi profesi, biaya pakaian dinas dengan dasar alokasi pendapatan masing-masing unit instalasi dan unit penunjang, biaya pemeliharaan SIM RS dengan dasar alokasi pendapatan masing-masing unit instalasi dan unit penunjang.

3. Perhitungan biaya aktivitas masing-masing fasilitas kelas rawat inap yang terdiri dari biaya langsung dan biaya tidak langsung yang telah dialokasikan pada langkah 2 kemudian dialokasikan ke masing-masing kelas rawat inap dengan dasar sebagai berikut : biaya penyediaan gedung dialokasikan atas dasar luas lantai masing-masing kelas rawat inap umum, biaya alat tulis kantor dialokasikan atas dasar hari rawat masing-masing kelas rawat inap umum, biaya perlengkapan ruang pasien dialokasikan atas dasar kapasitas setahun masing-masing kelas rawat inap umum, biaya penyediaan SIM RS dialokasikan atas dasar pendapatan masing-masing kelas rawat inap umum, biaya penyediaan tenaga kerja dialokasikan atas dasar jumlah jam kerja pegawai masing-masing instalasi rawat inap umum, biaya penyediaan peralatan kantor dialokasikan atas dasar pendapatan masing-masing kelas rawat inap umum, biaya penyediaan peralatan medis dialokasikan atas dasar pendapatan masing-masing kelas rawat inap umum, biaya pemeliharaan gedung dialokasikan atas dasar luas lantai masing-masing kelas rawat inap umum, biaya penyediaan peralatan dan mesin dialokasikan atas dasar pendapatan masing-masing kelas rawat inap umum, biaya pemeliharaan peralatan dialokasikan atas dasar pendapatan masing-masing kelas rawat inap umum, biaya penyediaan daya listrik dialokasikan atas dasar watt terpasang pada masing-masing kelas rawat inap umum, biaya penyediaan daya dan jasa dialokasikan atas dasar pendapatan masing-masing kelas rawat

inap umum. Masing-masing biaya aktivitas penyediaan fasilitas kelas rawat inap dihitung dengan dan tanpa subsidi. Subsidi pemerintah adalah berupa biaya gaji SDM (PNS) dan biaya investasi dalam hal ini gedung.

4. Setelah biaya aktivitas tiap kelas rawat inap diketahui selanjutnya menghitung *pool rate* (tarif kelompok) aktivitas pelayanan kamar rawat inap yang terdiri dari aktivitas level unit dan aktivitas level fasilitas. Aktivitas level unit terdiri dari biaya makan pasien masing-masing kelas rawat inap umum dibagi dengan porsi makan pasien masing-masing kelas rawat inap umum dalam setahun, biaya pelayanan laundry yang dibagi dengan total kilogram dalam setahun instalasi rawat inap umum, dan biaya pelayanan bahan medis pakai yang dibagi dengan total hari rawat dalam setahun dari instalasi rawat inap umum. Aktivitas level fasilitas adalah biaya aktivitas untuk penyediaan fasilitas layanan kamar rawat inap dibagi dengan hari rawat masing-masing kelas rawat inap sehingga diperoleh biaya fasilitas per kelas. *Pool Rate* dihitung dengan subsidi dan tanpa subsidi
5. Setelah *pool rate* dihitung selanjutnya dihitung *unit cost* masing-masing kelas rawat inap umum. *Unit cost* masing-masing kelas rawat inap ini terdiri dari aktivitas pelayanan makanan pasien, aktivitas pelayanan laundry, aktivitas pelayanan bahan habis pakai, dan aktivitas penyediaan fasilitas kamar rawat inap. Masing-masing aktivitas dikalikan *cost driver* untuk memperoleh satu hari pelayanan rawat inap umum. *Cost driver* ini adalah porsi makan satu orang pasien per hari, kilogram cucian per hari untuk satu pasien, serta satu hari rawat. Sehingga diperoleh *unit cost* masing-masing kelas rawat inap umum.
6. *Cost recovery rate* yaitu kemampuan instalasi rawat inap umum menutupi biayanya dari pendapatan/tarif akomodasi dibandingkan dengan perhitungan biaya total dan biaya satuan. Setelah diketahui *unit cost* masing-masing kelas rawat inap maka *unit cost* ini dibandingkan dengan tarif yang berlaku untuk masing-masing kelas untuk diketahui tingkat *cost recovery rate* satuan. *Cost recovery rate* juga dihitung secara total yaitu perbandingan antara pendapatan tiap kelas rawat inap umum terhadap total biaya rawat inap umum.

7. Setelah diketahui tingkat *unit cost* masing-masing kelas unit rawat inap maka dihitung tingkat titik impas agar harga akomodasi per kelas rawat inap umum sama dengan *unit cost* per kelas rawat inap umum dengan perhitungan sebagai berikut

$$\frac{FC}{P - UVC} = Q$$

Fixed Cost pada instalasi rawat inap secara umum adalah biaya aktivitas pada penyediaan fasilitas rawat inap sedangkan *variable cost* adalah biaya makanan pasien, biaya pelayanan laundry, serta biaya bahan habis pakai/obat.

d. Nilai Capaian Akhir Kinerja Total

Untuk menghitung tingkat kinerja akhir masing-masing perspektif maka rata-rata skor masing-masing perspektif dikalikan dengan bobot prosentase masing-masing perspektif. Nilai kinerja perspektif-perspektif pada penelitian ini berupa prosentase seperti perspektif pelanggan, perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, perspektif bisnis internal serta perspektif finansial. Untuk itu terlebih dahulu perlu dihitung capaian skor akhir masing-masing perspektif dimana nilai prosentase kinerja dikali dengan nilai tertinggi yaitu 4.

Berdasarkan Mutaqien (2006) dengan tingkat nilai tertinggi adalah 4 (empat) maka masing-masing perspektif dihitung bobotnya sebesar 25% (100% dibagi nilai tertinggi 4). Nilai capaian akhir untuk kinerja total masing-masing perspektif ditentukan sebagai berikut :

$\text{Nilai capaian akhir} = \text{Bobot} \times \text{Capaian akhir skor perspektif}$

Tabel 3.2 Contoh Perhitungan Nilai Capaian Akhir Kinerja

Perspektif	Kinerja		
	Bobot (%)	Skor	Capaian Akhir (%)
1. Pertumbuhan dan pembelajaran	25%	2,87	71,75%
2. Proses internal	25%	3,15	78,75%
3. Pelanggan	25%	3,45	86,25%
4. Finansial	25%	2,65	66,25%
Jumlah		12,12	303%
Rata-rata		3,03	75,75%

Sumber : Zaenal Mutaqien (2006 ; p16)

Nilai capaian akhir untuk kinerja total BP RSUD Wangaya selanjutnya disimpulkan melalui skala pengukuran kinerja ordinal (LAN, 1999 dalam Mutaqien 2006) sebagai berikut :

85,01 – 100,00	= Sangat baik
70,01 – 85,00	= Baik
55,01 – 70,00	= Kurang baik
0,00 – 55,00	= Tidak baik

3.4. Validitas dan Reliabilitas Data

Uji validitas dan reliabilitas dibutuhkan untuk menguji semua item atau pernyataan dalam kuisisioner yang berguna untuk mengukur kehandalan dan kemantapan alat ukur dalam kuisisioner tersebut.

Untuk menguji tingkat validitas instrumen penelitian dapat digunakan teknik korelasi Pearson Product Moment dalam Mutaqien (2006) sebagai berikut :

$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{n\sum X^2 - (\sum X)^2\} - \{n\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Dimana :

- r_{hitung} : koefisien validasi item yang dicari
- X : Skor responden untuk tiap item
- Y : Total skor tiap responden dari seluruh item
- $\sum X$: Jumlah skor dalam distribusi X
- $\sum Y$: Jumlah skor dalam distribusi Y
- N : Jumlah responden

Dengan ketentuan jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ berarti valid

$r_{hitung} < r_{tabel}$ berarti tidak valid

atas dasar tingkat kepercayaan yang dipilih

Untuk menguji tingkat reliabilitas keseluruhan instrumen penelitian digunakan metode alpha (α) Cronbach dengan rumus dalam Mutaqien (2006) sebagai berikut

$$\alpha = 2 \left(1 - \frac{S_1^2 - S_2^2}{S_x^2} \right)$$

Dimana :

α : Tingkat reliabilitas yang dicari

S_1^2 : Varian dari skor belahan pertama / ganjil

S_2^1 : Varian dari skor belahan kedua / genap

S_x^2 : Varian dari skor keseluruhan

Dengan ketentuan jika $\alpha > r_{\text{tabel}}$ berarti reliable

$\alpha < r_{\text{tabel}}$ berarti tidak reliable

atas dasar tingkat kepercayaan yang dipilih.

Dalam pengujian validitas dan reliabilitas penelitian ini, kuisisioner diuji cobakan kepada 30 responden awal sampel pada BP RSUD Wangaya. Rumus-rumus validitas serta reliabilitas diatas diaplikasikan melalui penggunaan software SPSS versi 12.0 dan Microsoft Excel terhadap seluruh hasil kuisisioner uji coba pada sampel karyawan dan pasien rawat inap umum RSUD Wangaya.

3.5. Batasan dan Asumsi Penelitian

Batasan penelitian kinerja rawat inap terbatas pada kinerja rawat inap umum dan tidak turut memperhitungkan kinerja instalasi rawat inap VIP. Hal ini mengingat fungsi dari rumah sakit pemerintah adalah memberikan pelayanan utama berupa kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar dan lanjutan bagi masyarakat umum serta masyarakat miskin (golongan menengah ke bawah). Dengan fasilitas gedung VIP yang terpisah dari instalasi rawat inap umum, kondisi fasilitas dan pelayanan yang lebih baik serta tarif di atas jangkauan masyarakat menengah ke bawah maka rawat inap VIP dikecualikan dari penilaian kinerja rawat inap BP RSUD Wangaya. Pasien ICU juga dikecualikan dari responden pasien rawat inap umum BP RSUD Wangaya karena terbatasnya akses ke ruang ICU serta fasilitas pelayanannya berbeda dari pelayanan rawat inap umum.

Perhitungan *unit cost* untuk kinerja perspektif finansial instalasi rawat inap diasumsikan sebagai gambaran mendekati perhitungan riil *unit cost* pada instalasi rawat inap, karena perhitungan *unit cost* tidak diyakini akurat 100%. Hal ini dikarenakan kondisi pencatatan biaya belum terpisah pada masing-masing instalasi serta tidak terintegrasi antara unit produksi maupun unit penunjang. Beberapa bagian serta unit penunjang seperti instalasi laundry, instalasi gizi, bagian kepegawaian, tidak pernah melakukan pencatatan biaya ataupun distribusi data secara rinci pada

unit-unit produksi sehingga distribusi data dilakukan berdasarkan proporsi data penelitian terdahulu. Pencatatan biaya dilakukan seluruhnya oleh bagian keuangan dan akuntansi melalui Laporan Realisasi Anggaran BLUD.

