

BAB 2

KERANGKA TEORI BALANCED SCORECARD

2.1 Landasan Teori

2.1.1. Jasa Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional dan terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Azwar, 1996 dalam Widra, 2005: 17). Rumah Sakit merupakan tempat orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat penyelenggaraan pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan.

Menurut Hardiman dalam Widra (2005:18), rumah sakit adalah suatu institusi yang dimaksudkan untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan menggunakan sumber daya yang dimiliki dengan sangat efektif sehingga dapat memberikan manfaat bagi masyarakat.

Sebelumnya, rumah sakit tidak pernah memikirkan masalah untung rugi karena semata-mata didirikan untuk kepentingan sosial dan kemanusiaan, tetapi saat ini telah berubah menjadi salah satu kegiatan ekonomi. Sehingga saat ini rumah sakit didorong untuk mampu meningkatkan kualitas pelayanan dan memberikan kenyamanan yang tinggi agar dapat memenuhi kebutuhan serta selera segenap masyarakat tanpa memperhatikan kemampuan masyarakat (Adikoesoemo (2003:28).

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini dimiliki karena rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang padat teknologi. Dewasa ini peran tersebut terlihat semakin menonjol mengingat timbulnya perubahan-perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan iptek, perubahan struktur sosioekonomi masyarakat, dan pelayanan yang lebih bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan yang menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan di Indonesia (Widra, 2005).

Ciri khusus dari usaha jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah sulitnya meramalkan kebutuhan pelayanan, baik jenis, jumlah, maupun mutu

pelayanan yang diperlukan masyarakat. Sementara itu, disisi lain rumah sakit dituntut untuk selalu siap dalam memberikan pelayanan. Oleh karenanya, penyediaan sarana dan prasarana, tenaga serta dana yang dibutuhkan harus selalu siap dalam rangka mendukung pelayanan. Selain itu, walaupun sumber daya yang ada sangat terbatas rumah sakit tetap diharapkan untuk dapat bekerja secara lebih efektif dan efisien (Depkes RI, 2003: 2).

2.1.2. Pengertian Rumah Sakit Unit Swadana

Rumah Sakit Unit Swadana adalah Rumah Sakit Pemerintah yang diberi wewenang untuk menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung untuk biaya operasional (Saryana, 1998: 14). Pembentukan Rumah Sakit Unit Swadana pada hakekatnya adalah untuk lebih meningkatkan kelancaran/optimalisasi pelaksanaan tugas dan fungsi dari rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menjadi tugas pokoknya.

Dari pengertian tersebut diatas, terkandung makna bahwa penerimaan yang diperoleh oleh Rumah Sakit Unit Swadana merupakan imbalan jasa langsung yang diberikan kepada masyarakat/pihak yang membutuhkan dalam kerangka pelaksanaan tugas fungsionalnya. Penerimaan fungsional ini cukup potensiil untuk dikembangkan, sehingga diharapkan Rumah Sakit Unit Swadana mampu mandiri dalam membiayai biaya operasionalnya. Salah satu strategi yang dapat dilakukan oleh Rumah Sakit Unit Swadana dalam rangka meningkatkan penerimaan fungsionalnya adalah melalui penetapan tarif yang rasional, disamping strategi lainnya seperti pengembangan usaha/jenis pelayanan yang diberikan (ekspansi) (Widra, 2005).

Adapun tujuan dari penetapan Rumah Sakit Unit Swadana adalah (Keputusan Dirjen Yanmed Dep.Kes.RI Nomor KU.00.01.3.1864, 1995) :

1. mendorong peningkatan mutu pelayanan rumah sakit
2. meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan sumber daya rumah sakit
3. meningkatkan pengembangan sumber daya manusia dan profesionalisme aparatur rumah sakit
4. memperlancar tugas-tugas pelayanan rumah sakit
5. terlaksananya fungsi sosial rumah sakit.

Sementara itu sasaran bidang keuangan dari Rumah Sakit Unit Swadana adalah meningkatkan kemampuan pembiayaan dan terlaksananya pengelolaan keuangan secara terpadu. Peningkatan kemampuan pembiayaan dimaksudkan bahwa dengan status sebagai Rumah Sakit Unit Swadana diharapkan bahwa pembiayaan operasional dan pemeliharaan rumah sakit, diluar biaya pegawai dan investasi, dapat dipenuhi dari pendapatan fungsionalnya. Hal ini akan tergambar dari tingkat pemulihan biaya (*cost recovery rate*) yaitu rasio antara pendapatan fungsional rumah sakit dengan kebutuhan biaya operasional dan pemeliharaan (diluar gaji pegawai dan investasi). Semakin besar *cost recovery rate* ini berarti semakin besar kemampuan pembiayaan suatu rumah sakit. Kemampuan pembiayaan ini juga dapat dilihat dari rasio pembiayaan yang bersumber dari pendapatan fungsional rumah sakit dengan sumber pembiayaan yang berasal dari sumber lain.

Pengelolaan keuangan secara terpadu meliputi terlaksananya sistem pembiayaan terkonsolidasi yang meliputi penganggaran, pelaksanaan, akuntansi/pembukuan, dan pelaporan keuangan serta terciptanya tertib dan disiplin anggaran. Sistem pembiayaan yang terkonsolidasi dimaksudkan adalah sistem pembiayaan yang mensekasikan sistem dan prosedur perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan anggaran rumah sakit yang berasal dari berbagai sumber pembiayaan.

2.1.3 Analisa Kinerja Sektor Publik

Robertson, 2002 dalam Mahmudi “Manajemen Kinerja Sektor Publik” (2007:8) menyatakan pengukuran kinerja merupakan suatu proses penilaian kemajuan pekerjaan terhadap pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditentukan, termasuk informasi atas efisiensi penggunaan sumber daya dalam menghasilkan barang dan jasa, kualitas barang dan jasa, perbandingan hasil kegiatan dan target, serta efektivitas tindakan dalam mencapai tujuan. Pengukuran kinerja meliputi aktivitas penetapan serangkaian ukuran atau indikator kinerja yang memberikan informasi sehingga memungkinkan bagi unit kerja sektor publik untuk memonitor kinerjanya dalam menghasilkan output atau outcome terhadap masyarakat.

Pengukuran kinerja merupakan bagian penting dari proses pengendalian manajemen baik organisasi publik maupun swasta. Dalam pengukuran kinerja elemen pokok yang terkandung menurut Mahsun (2006:26) sebagai berikut :

1. menetapkan tujuan, sasaran, dan strategi organisasi
2. merumuskan indikator dan ukuran kinerja
3. mengukur tingkat ketercapaian tujuan dan sasaran-sasaran organisasi
4. evaluasi kinerja (*feedback* penilaian kemajuan organisasi, meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas)

Selain itu pengukuran kinerja pada sektor publik tidak terlepas dari penilaian terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja. Penetapan indikator penilaian kinerja juga memperhatikan faktor-faktor ini. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja sebagai berikut :

1. faktor personal/individual, meliputi : pengetahuan, keterampilan (skill), kemampuan, kepercayaan diri, motivasi, dan komitmen yang dimiliki oleh setiap individu
2. faktor kepemimpinan, meliputi: kualitas dalam memberikan dorongan, semangat, arahan, dan dukungan yang diberikan manajer dan team leader
3. faktor tim meliputi : kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim, kepercayaan terhadap sesama anggota tim, kekompakan dan keeratan anggota tim
4. faktor sistem, meliputi : sistem kerja, fasilitas kerja atau infrastruktur yang diberikan oleh organisasi, proses organisasi, dan kultur kinerja dalam organisasi
5. faktor kontekstual (situasional) meliputi : tekanan dan perubahan lingkungan eksternal dan internal.

Setelah faktor-faktor yang mempengaruhi suatu kinerja sektor publik diketahui, pengukuran kinerja sektor publik tidak terlepas dari kebutuhan adanya indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur. BPKP (2000) mendefinisikan indikator kinerja sebagai ukuran kuantitatif dan/atau kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan. Indikator kinerja sering disamakan dengan ukuran kinerja. Meskipun keduanya merupakan kriteria pengukuran kinerja, terdapat perbedaan makna. Indikator kinerja mengacu pada penilaian kinerja secara tidak langsung sehingga cenderung kualitatif. Ukuran kinerja mengacu pada penilaian kinerja secara langsung dan bersifat lebih kualitatif.

Menurut Mahsun, 2006, penentuan indikator kinerja perlu mempertimbangkan komponen berikut ini :

1. Biaya pelayanan, yang umumnya diukur dalam bentuk biaya unit (*unit cost*) seperti biaya per unit pelayanan
2. Penggunaan, pada dasarnya membandingkan antara jumlah pelayanan yang ditawarkan (*supply of service*) dengan permintaan publik (*public demand*). Pengukurannya secara umum berupa volume absolut atau persentase tertentu, seperti persentase penggunaan kapasitas
3. Kualitas dan standar pelayanan (*quality and standards*), merupakan indikator yang sifatnya subyektif seperti perubahan jumlah komplain masyarakat atas pelayanan tertentu
4. Cakupan pelayanan, dimana perlu dipertimbangkan jika terdapat kebijakan atau peraturan perundangan yang mensyaratkan memberikan pelayanan dengan tingkat pelayanan minimal
5. Kepuasan (*satisfaction*), diukur melalui metode jajak pendapat secara langsung atau metode penjarangan aspirasi masyarakat (*need assesment*)

Pertimbangan atas komponen-komponen dalam menyusun indikator kinerja pada pemerintah akan membentuk indikator kinerja yang menurut Palmer (1995) dibagi kedalam jenis indikator pemerintah daerah sebagai berikut :

1. Indikator biaya seperti biaya total atau biaya unit
2. Indikator produktivitas seperti jumlah pekerjaan yang mampu dikerjakan pegawai dalam jangka waktu tertentu
3. Tingkat penggunaan seperti sejauh mana layanan yang tersedia digunakan
4. Target waktu seperti waktu rata-rata yang digunakan untuk menyelesaikan satu unit pekerjaan
5. Volume pelayanan seperti tingkat volume pekerjaan yang harus diselesaikan pegawai
6. Kebutuhan pelanggan (jumlah volume pelayanan yang disediakan dibandingkan dengan volume permintaan yang potensial.
7. Indikator kualitas pelayanan
8. Indikator kepuasan pelanggan, serta
9. Indikator pencapaian tujuan

Indikator kinerja pada sektor publik juga seringkali dikaitkan dengan istilah *key performance indicator* (KPI). KPI adalah sekumpulan indikator yang dapat

dianggap sebagai ukuran kinerja kunci baik yang bersifat finansial maupun non finansial untuk melaksanakan operasi dan kinerja unit bisnis. Indikator ini dapat digunakan oleh manajemen puncak untuk mendeteksi dan memonitor capaian kinerja. KPI dapat berbeda-beda antar organisasi sesuai dengan sifat serta strategi yang diberlakukan oleh organisasi.

2.1.4. Standar Kinerja Rumah Sakit

Rumah sakit pemerintah sebagai sebuah organisasi yang ditujukan untuk memberikan pelayanan umum guna memenuhi kebutuhan kesejahteraan minimal serta standar yang dapat diakses oleh masyarakat telah ditetapkan dengan berbagai peraturan untuk menetapkan standar pelayanan minimal yang harus disediakan serta sebagai dasar evaluasi, pengukuran dan penilaian kinerja dari rumah sakit itu sendiri.

Kondisi ini juga diterapkan bagi rumah sakit pemerintah daerah yang telah menjadi BLU/BLUD dimana standar pelayanan minimum yang digunakan ditetapkan oleh menteri/pimpinan, lembaga/gubernur/bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya, harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan, biaya serta kemudahan untuk mendapatkan layanan. Sehubungan dengan hal tersebut, maka standar pelayanan rumah sakit pemerintah daerah (RSUD) ditetapkan oleh kepala daerah dengan peraturan kepala daerah. Standar pelayanan minimal tersebut harus memenuhi persyaratan yaitu :

1. Fokus pada jenis pelayanan, dalam arti mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLU/BLUD
2. Terukur, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
3. Dapat dicapai, merupakan kegiatan nyata yang dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya
4. Relevan dan dapat diandalkan, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLU/BLUD
5. Tepat waktu, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan

Kualitas pelayanan standar rumah sakit pemerintah juga diatur dalam jenjang yang lebih tinggi, Departemen Kesehatan mengatur dan menetapkan kinerja

pelayanan standar yang harus disediakan oleh rumah sakit pemerintah berupa Standar Pelayanan Minimal dalam bidang kesehatan serta pedoman yang digunakan oleh rumah sakit daerah untuk menyusun Standar Pelayanan Minimalnya sendiri, yang masing-masing diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/MENKES/SK/III/2002.

Pedoman tentang Standar Pelayanan Minimal yang harus diselenggarakan oleh Rumah Sakit Daerah mengatur bahwa Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah meliputi penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit. Kemudian indikator yang digunakan meliputi :

1. Input, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
2. Proses, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan yang misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
3. Output, yang dapat menjadi tolok ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.
4. Outcome, yang menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
5. Benefit, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien misal biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
6. Impact, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatnya kesejahteraan karyawan.

Griffith (1995) menyatakan bahwa rumah sakit sebagai organisasi yang ditatakelola dengan baik akan dicirikan dengan kinerja berupa kemandirian, fleksibilitas dan kecepatan dalam pengambilan keputusan, kualitas pelayanan yang

sesuai dengan harapan pasien, kepuasan pasien sebagai fokus perhatian SDM pada setiap jenis pelayanan, serta akses untuk seluruh lapisan masyarakat.

Menurut Irwandy Kapalawi (2007) dalam Indikator Kinerja Rumah Sakit terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit yaitu :

1. Tingkat efisiensi atas sarana dan prasarana rumah sakit diukur melalui beberapa indikator diantaranya adalah pemakaian tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dalam jangka waktu tertentu (*Bed Occupancy Rate*), waktu rata-rata suatu tempat tidur kosong atau waktu antara satu tempat tidur ditinggalkan oleh pasien sampai ditempati lagi oleh pasien lain (*Turn Over Interval*), berapa kali satu tempat tidur ditempati pasien dalam satu tahun (*Bed Turn Over*), serta rata-rata lama hari rawat seorang pasien (*Average Length Of Stay*).
2. Tingkat efisiensi sumber daya manusia rumah sakit diukur dengan beberapa indikator diantaranya berupa rasio kunjungan dengan jumlah tenaga perawat jalan, rasio jumlah hari perawatan dengan jumlah tenaga perawat inap, rasio jumlah pasien intensif dengan jumlah tenaga perawat yang melayani, serta rasio persalinan dengan tenaga bidan yang melayani.
3. Tingkat efisiensi cakupan pelayanan rumah sakit yang diukur dengan indikator yang secara umum meliputi rata-rata kunjungan per hari, rata-rata kunjungan baru per hari, rasio kunjungan baru dengan total kunjungan, jumlah rata-rata pasien UGD per hari, rata-rata pasien intensif per hari, rata-rata pemeriksaan radiologi per hari, prosentase item obat dalam formularium, jumlah pelayanan ambulans, rasio banyaknya cucian dengan pasien rawat inap, prosentase penyediaan makanan khusus, rasio pasien rawat jalan terhadap jumlah penduduk dalam, *catchment area*, *Admission use rate*, serta *Hospitalization rate*.

Departemen Kesehatan (2004) menetapkan *key performance indicator* (KPI) untuk rumah sakit pemerintah diantaranya rata-rata jam pelatihan per karyawan per tahun, persentase tenaga terlatih di unit khusus (Instalasi Gawat Darurat), kecepatan penanganan penderita gawat darurat, persentase kematian ibu karena pre eklamsi dan eklamsi, persentase infeksi nosokomial, waktu tunggu sebelum operasi elektif, baku

mutu limbah cair, persentase pasien yang menyatakan puas terhadap pelayanan, persentase kepuasan karyawan, serta *cost recovery*.

2.1.5. Balanced Scorecard untuk Organisasi Sektor Publik

Pada awalnya Balanced Scorecard yang ditulis oleh Kaplan dan Norton adalah suatu pengukuran kinerja yang diperuntukkan untuk sektor swasta. Akan tetapi dalam perkembangan selanjutnya pengukuran ini juga dapat diberlakukan pada sektor publik. Pengukuran tersebut dapat mereview cara dan jalan bagaimana organisasi pemerintah berusaha dalam melibatkan customer, stakeholder, dan pegawainya dalam usaha manajemen kinerja yang searah dengan pencapaian misi organisasi.

Seperti dikemukakan oleh Kaplan dan Norton bahwa konsep Balanced Scorecard memiliki kelebihan bila dibandingkan dengan metode pengukuran seperti ROI (*Return On Investment*) dan *Economic Value Added* (EVA). Proses penyeimbangan kinerja yang ditekankan dalam Balanced Scorecard tidak hanya menyangkut aspek-aspek dalam organisasi tetapi juga aspek-aspek luar organisasi yang tidak kalah pentingnya sebagai tolok ukur.

Menurut Kaplan dan Norton, Balanced Scorecard merupakan :

... a set of measures that gives top managers a fast but comprehensive view of business includes financial measures that tells result of actions already taken...complements the financial measures with operational measures on customer satisfaction, internal business processes, and organizations innovation and improvement activities-operational measures that are the drivers of future financial performance (Kaplan & Norton, 1996, p.7)

Selanjutnya Niven berpendapat bahwa :

Public and nonprofit agencies have been slower to accept the Balanced Scorecard system of performance measurements (Niven, 2003, p.10)

Menurut Desy N Simarmata (2008:17) balanced scorecard disimpulkan sebagai suatu sistem manajemen, pengukuran, dan pengendalian secara cepat, tepat dan komprehensif yang dapat memberikan pemahaman kepada manajer tentang performa bisnis. Tidak hanya di sektor swasta saja tetapi juga di sektor pemerintah.

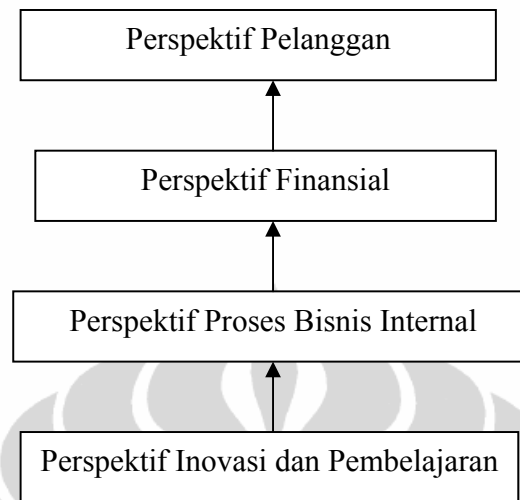
Namun karena konsep Balanced Scorecard ini pada awalnya ditujukan bagi sektor swasta, oleh karena itu diperlukan beberapa penyesuaian agar dapat diterapkan pada sektor publik, karena sesungguhnya orientasi sektor swasta dan sektor publik berbeda. Seperti yang diutarakan Gasperz dalam Simarmata (2008) bahwa penerapan Balanced Scorecard pada organisasi pemerintah memerlukan beberapa penyesuaian karena :

1. Fokus utama sektor publik adalah masyarakat dan kelompok-kelompok tertentu, sedangkan fokus utama sektor bisnis adalah pelanggan dan pemegang saham,
2. Tujuan utama organisasi publik adalah bukan maksimalisasi hasil-hasil finansial tetapi keseimbangan pertanggungjawaban finansial melalui pelayanan kepada pihak-pihak yang berkepentingan sesuai dengan visi dan misi organisasi pemerintah
3. Mendefinisikan ukuran dan target dalam perspektif *customer stakeholder* membutuhkan pandangan dan kepedulian yang tinggi, sebagai konsekuensi dari peran kepengurusan organisasi pemerintah, dan membutuhkan definisi yang jelas serta hasil strategis yang diinginkan

Instansi pemerintah seperti rumah sakit merupakan *pure nonprofit organization* yang menurut Quinlivan (2000) dalam Mahsun (2006) tujuan utama pengukuran kinerjanya adalah untuk mengevaluasi keefektifan layanan jasa yang diberikan kepada masyarakat. Trend pengukuran kinerja organisasi layanan publik saat ini adalah pengukuran kinerja berbasis *outcome* daripada sekedar ukuran proses. Artinya kinerja organisasi publik ini sebenarnya bukan terletak pada proses mengolah input menjadi output tetapi justru penilaian terhadap seberapa bermanfaat dan sesuai output tersebut memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat.

Menurut Gordon Robertson dalam Lokakarya Review Kinerja (2002) hirarki model Balanced Scorecard untuk *pure non profit organization* seperti rumah sakit pemerintah adalah sebagai berikut pada gambar 2.1 di bawah ini. Pada *pure non profit organization* keberhasilan belum bisa dikatakan tercapai jika hanya berhasil meningkatkan pendapatan atau *return on investment* yang tinggi, tetapi ukuran *outcome* yaitu dengan menempatkan perspektif pelanggan di puncak hirarki yang

berarti bagaimana instansi pemerintah mampu menghasilkan outcome sebagaimana keinginan dan kebutuhan masyarakat (Mahsun, 2006).



Gambar 2.1 Model BSC untuk *Pure Non Profit Organization*
Sumber : Mohammad Mahsun (2006:165)

2.1.6. Perspektif Finansial

Perspektif ini melihat kinerja dari sudut pandang penyedia sumber daya dan ketercapaian target keuangan sebagaimana rencana organisasi. Perspektif finansial pada rumah sakit dapat diukur dengan analisa biaya sebagai dasar untuk meningkatkan efisiensi, perencanaan anggaran dan penentuan tarif (Gani dalam Yaniwarti, 2004). Analisa biaya ini dapat diukur dengan menghitung *unit cost* dan mengetahui *cost recovery rate* dari suatu jasa pelayanan yang disediakan oleh organisasi publik dalam hal ini instalasi rawat inap umum rumah sakit pemerintah. Terkait *unit cost* beberapa pemahaman meliputi :

1. Biaya

Creese, A dan Parker, D, (1994) menyatakan dalam ilmu ekonomi biaya adalah *"nilai dari suatu pengorbanan untuk memproduksi atau mengkonsumsi suatu komoditi tertentu"*. Dalam Gani, 1996 biaya unit layanan didapatkan dari perhitungan input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan produk (output). Output rumah sakit adalah *"jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh institusi kesehatan (rumah sakit)"*. Input unit layanan rawat inap adalah *"fasilitas gedung, alat, bahan farmasi, tenaga medis yang secara langsung digunakan oleh pasien maupun input lain yang secara tidak langsung"*

menunjang kelancaran kegiatan unit rawat inap seperti tenaga non medis, listrik, air dan tenaga kebersihan”

2. Jenis Biaya

a) Berdasarkan sifat dan kegunaannya :

1) Biaya Investasi

Adalah biaya yang manfaatnya dapat dipergunakan selama lebih dari satu tahun. Patokan satu tahun didasarkan pada kelaziman bahwa perencanaan anggaran biasanya dilakukan setiap tahun. Termasuk klasifikasi biaya investasi umumnya adalah biaya gedung, biaya alat medis, maupun biaya alat non medis.

2) Biaya Pemeliharaan

Adalah biaya yang fungsinya untuk mempertahankan atau memperpanjang kapasitas barang investasi

3) Biaya Operasional

Adalah biaya yang diperlukan untuk memfungsikan atau mengoperasikan barang investasi. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah biaya personil, biaya bahan, biaya makan, biaya alat tulis kantor, biaya listrik, telepon, dan air.

b) Berdasarkan hubungannya dengan jumlah produk (output)

1) Biaya Tetap (*Fixed Cost*)

Adalah biaya yang besarnya relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah output atau produk yang dihasilkan. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah barang investasi, sehingga biaya tetap umumnya adalah biaya investasi.

2) Biaya Variabel

Adalah biaya yang besarnya dipengaruhi oleh banyaknya produksi

c) Berdasarkan fungsinya dalam proses produksi

1) Biaya Langsung

Adalah biaya yang manfaatnya langsung merupakan bagian dari barang atau produk yang dihasilkan misalnya biaya bahan makanan

2) Biaya Tidak Langsung

Adalah biaya yang manfaatnya tidak menjadi bagian langsung (melekat) dalam produk, akan tetapi merupakan biaya yang diperlukan untuk menunjang unit-unit produksi.

3. Metode Distribusi Biaya

a) Metode distribusi sederhana

Merupakan metode yang paling sederhana pelaksanaan perhitungannya. Metode ini mengabaikan adanya kemungkinan kaitan antar unit penunjang dan hanya mengakui adanya kaitan antara unit penunjang dengan unit produksi yang relevan yaitu yang secara fungsional diketahui mendapat dukungan dari unit penunjang tersebut. Dengan demikian hanya akan terjadi alokasi biaya dari unit penunjang ke unit produksi dengan menggunakan dasar alokasi yang sesuai dengan unit penunjang masing-masing. Kelemahan metode ini adalah asumsi bahwa dukungan fungsional hanya terjadi antara unit penunjang dengan unit produksi, padahal dalam praktik diketahui bahwa antar sesama unit penunjang bisa juga terjadi transfer jasa.

b) Metode distribusi anak tangga

Distribusi biaya dilakukan dari unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi. Distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut mulai dengan unit penunjang yang biayanya terbesar didistribusikan ke unit-unit lain (penunjang dan produksi yang relevan). Distribusi dilanjutkan dengan unit penunjang lain yang biayanya nomor dua terbesar dan terus dilakukan sampai semua biaya dari unit penunjang habis didistribusikan unit produksi. Kelemahannya distribusi hanya terjadi searah, seakan-akan fungsi saling menunjang antar unit penunjang hanya terjadi sepihak, padahal dalam kenyataannya bisa terjadi timbal balik.

c) Metode distribusi ganda

Tahap pertama dilakukan distribusi biaya yang dikeluarkan di unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi. Hasilnya sebagian biaya unit penunjang sudah didistribusikan ke unit produksi, akan tetapi sebagian masih berada di unit penunjang. Tahap kedua seluruh biaya

(alokasi) yang ada di unit penunjang dipindahkan ke seluruh unit produksi terkait untuk mendapatkan biaya total akhir dari suatu unit produksi yang merupakan penjumlahan dari biaya asli dan biaya alokasi yang didapat, dihitung biaya satuan dengan membagi biaya tersebut jumlah layanan yang diberikan oleh unit tersebut selama tahun yang sama.

d) Metode distribusi multipel

Melakukan distribusi secara lengkap antara sesama unit penunjang, dari unit penunjang ke unit produksi dan antara sesama unit produksi. Metode ini sangat sulit dilakukan karena diperlukan catatan hubungan kerja antara unit-unit produksi yang sangat banyak.

4. Analisis Biaya Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Asta Qauliyah (2007) dalam Analisis Biaya Pelayanan Rumah Sakit, analisis biaya adalah suatu proses mengumpulkan dan mengelompokkan data keuangan rumah sakit untuk memperoleh dan menghitung biaya output jasa pelayanan rumah sakit. Secara khusus tujuan kegiatan analisis biaya adalah mendapatkan gambaran mengenai unit atau badan yang merupakan pusat biaya (*Cost Center*), Pusat pendapatan (*revenue center*), dan gambaran mengenai biaya investasi, biaya operasional, biaya pemeliharaan, pendapatan rumah sakit serta biaya satuan pelayanan rumah sakit.

5. Prinsip Dasar Analisis Biaya Rumah Sakit

Prinsip dasar analisis biaya rumah sakit sebagai berikut :

- a) Analisis biaya dilakukan untuk biaya yang dikeluarkan dalam kurun waktu satu tahun anggaran
- b) Melakukan pemetaan biaya klasifikasi biaya dan lokasi biaya
- c) Melakukan penyederhanaan semua biaya dari berbagai sumber menjadi biaya operasional dan biaya investasi
- d) Biaya operasional yaitu biaya yang dikeluarkan bersifat berulang-ulang misalnya setiap bulan
- e) Biaya investasi biasanya tidak berulang dan berlangsung setahun atau lebih misalnya biaya pembelian alat-alat medis, pembangunan gedung.
- f) Untuk menghitung biaya asli pada masing-masing pusat biaya harus memperhatikan unsur biaya yang dibutuhkan oleh pusat biaya tersebut.

Pusat biaya adalah unit kerja yang memerlukan biaya untuk menjalankan misi yang diembannya. Dirumah sakit pada dasarnya adalah pusat biaya (*Cost Center*) baik yang menghasilkan (Pusat Pendapatan) maupun yang tidak menghasilkan pendapatan (Pusat Pengeluaran). Unit yang menghasilkan pendapatan disebut pusat biaya produksi (*revenue center*) dan yang tidak menghasilkan pendapatan disebut pusat biaya penunjang.

- g) Untuk menghitung biaya satuan (*Unit Cost*) unit pelayanan tertentu, seperti rawat inap yang dihasilkan dipusat biaya produksi. Semua biaya yang terpakai di pusat biaya penunjang perlu didistribusikan kepusat biaya produksi.
 - h) Dalam rangka pendistribusian biaya (dari pusat biaya penunjang kepusat biaya produksi) harus diperhatikan data dasar alokasi yang sebaiknya dilakukan.
6. Langkah-langkah dalam Analisis Biaya
- a) Langkah pertama
Melakukan identifikasi sumber biaya yang didapat oleh rumah sakit untuk melaksanakan kegiatannya. Untuk itu diperlukan adanya rincian setiap biaya yang dikeluarkan per unit layanan/kegiatan.
 - b) Langkah kedua
Melakukan identifikasi pusat-pusat biaya (*cost centers*) yang terdapat dalam rumah sakit yaitu setiap unit struktural maupun fungsional dalam rumah sakit yang memerlukan biaya dalam melaksanakan kegiatannya. Umumnya pusat-pusat biaya ini dapat dikelompokkan dalam dua jenis yakni.
 - 1) Pusat biaya pemasukan / produksi (*revenue producing cost center*) yaitu unit yang langsung memberikan pelayanan kepada pasien atau dapat dikatakan unit yang dapat mengklaim langsung output pasien, contoh unit rawat inap.
 - 2) Pusat biaya pengeluaran / produksi (*non revenue producing centers*) yaitu unit yang keberadaannya menunjang unit produksi, contoh instalasi gizi, instalasi laundry, bagian keuangan.

c) Langkah Ketiga

Menghitung besarnya biaya asli dari tiap-tiap unit penunjang dan produksi yang diuraikan menurut jenis biaya (investasi dan operasional) dan komponen-komponennya. Komponen biaya investasi antara lain biaya gedung, peralatan medis dan non medis. Komponen biaya operasional antara lain, honorarium, obat, alat tulis medis (kasa, kapas dll). Biaya asli setiap unit penunjang dan produksi ini adalah semua biaya yang telah digunakan untuk waktu tertentu, biasanya satu tahun. Untuk menghitung biaya investasi dalam setahun termasuk biaya penyusutan, dalam hal ini menggunakan metode *Annualized Investment Cost* (AIC)

d) Langkah keempat

Setelah hasil dari langkah ketiga diperoleh, maka langkah selanjutnya yaitu memindahkan biaya asli setiap unit penunjang kesetiap unit produksi yang terkait. Hal ini disebut dengan mengalokasikan biaya karena pada dasarnya unit penunjang akan memindahkan biaya asli yang secara berbeda jumlahnya ke unit-unit produksi terkait, maka tidak akan ada lagi biaya yang tersisa disatu unit penunjang. Dengan demikian biaya akhir yang ada disetiap unit produksi itu sendiri ditambah dengan biaya tindakan dari unit penunjang. Untuk mendapatkan biaya satuan (*unit cost*) layanan yang diberikan selama setahun yang sama. Kegiatan alokasi biaya ini dilakukan untuk setiap jenis biaya dan komponennya masing-masing. Untuk dapat dilakukan alokasi biaya dengan benar maka harus dilakukan dua langkah.

1) Langkah pertama

Melakukan identifikasi hubungan atau kaitan antara unit penunjang dengan unit produksi.

2) Langkah kedua

Menentukan ukuran dasar alokasi yang akan digunakan artinya jika ingin mengalokasikan biaya dari bagian administrasi keunit lainnya, maka harus ditentukan terlebih dahulu ukuran-ukuran dasar yang

dipakai, dalam hal ini biasanya digunakan jumlah pegawai. Dengan demikian setiap alokasi biaya dari bagian administrasi akan dialokasikan dengan menggunakan jumlah seluruh pegawai rumah sakit sebagai penyebut kemudian dikalikan ke masing-masing unit produksi berdasarkan jumlah pegawai di unit yang bersangkutan. Selain jumlah pegawai pada unit administrasi sebagai dasar alokasi biaya dari unit penunjang ke unit produksi. Alokasi pada unit penunjang lain seperti biaya instalasi laundry, instalasi gizi dapat dialokasikan pada unit-unit produksi dengan dasar alokasi sebagai berikut:

- Cuci/Laundry : jumlah potong pakaian, jumlah kg yang dicuci
 - Kebersihan : meter persegi luas lantai
 - Dapur : porsi makan
 - Umum : volume biaya yang terdapat di masing – masing unit
- e) Setelah seluruh biaya langsung (biaya operasional/variable) maupun biaya tidak langsung (Biaya umum administrasi serta pemeliharaan) seluruhnya telah dialokasikan ke unit instalasi yang dianalisis selanjutnya seluruh biaya tersebut dialokasikan ke masing-masing kelas rawat inap sesuai dengan proporsi dasar alokasi seperti jumlah pendapatan, jumlah pegawai.
- f) Biaya-biaya kemudian digolongkan baik pada level unit maupun aktivitas kemudian membagi biaya pada masing-masing kelas rawat inap sesuai dengan unit maupun aktivitas penggerakannya dalam hal ini porsi makan, berat cucian serta hari rawat sehingga diperoleh unit cost masing-masing unit serta aktivitas dalam suatu kelas rawat inap.

7. *Cost Recovery Rate*

Setelah diperoleh hasil biaya total dan biaya satuan maka dilakukan perbandingan antara biaya dan pendapatan unit rawat inap. Hasil yang diharapkan adalah didapatkannya nilai persentase kemampuan suatu unit rawat inap menutup biayanya dari pendapatan retribusi pasien dibandingkan dengan perhitungan biaya atau disebut *Cost Recovery Rate* total.

8. Titik Impas

Dalam Gani (1996) juga dikemukakan untuk mengetahui pada harga berapa titik impas akan dicapai bila diketahui volume produk yang akan dijual dan besar biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu produk. Bila diketahui biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu produk dan tarif yang akan diberlakukan berapa banyak produk tersebut harus dijual agar dicapai titik impas. Titik impas dapat dicapai bila biaya total sama dengan pendapatan total.

2.1.7. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran dalam organisasi sektor publik difokuskan untuk terus melakukan perbaikan dan menambah nilai bagi pelanggan dan stakeholdernya. Sasaran dan tujuan yang ditetapkan pada perspektif ini akan berpengaruh terhadap perspektif lainnya. Beberapa sasaran atau tujuan untuk perspektif pertumbuhan dan pembelajaran ini antara lain peningkatan pengetahuan dan keterampilan pegawai atau kemampuan pegawai serta peningkatan motivasi pegawai.

Kaplan dan Norton dalam Mutaqien (2006) menyatakan organisasi tidak hanya menekankan investasi peralatan saja tetapi organisasi juga harus berinvestasi dalam infrastruktur yaitu manusia, sistem dan prosedur jika ingin mencapai pertumbuhan jangka panjang. Tiga kategori utama untuk perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah 1) Kemampuan karyawan 2) kemampuan sistem informasi 3) motivasi, penguasaan wewenang dan penjabaran.

Berdasarkan ketiga kategori utama tersebut maka kualitas suatu pelayanan sangat dipengaruhi oleh kemampuan karyawan, motivasi, serta kemampuan informasi, disamping itu akses pendidikan dan pelatihan yang diperoleh oleh karyawan rumah sakit khususnya pada instalasi rawat inap juga menjadi bagian penting dalam menilai perspektif pertumbuhan dan pembelajaran dalam penelitian ini.

2.1.7.1 Kemampuan dan Motivasi

Faktor yang mempengaruhi kinerja pegawai adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Hal ini sesuai dengan pendapat Keith Davis dalam Mutaqien (2006) yang merumuskan bahwa :

- a. *Human Performance* = *Ability* + *Motivation*
- b. *Ability* = *Knowledge* + *Skill*
- c. *Motivation* = *Attitude* + *Situation*

Dijelaskan bahwa secara psikologis, kemampuan pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan riil (*knowledge* + *skill*). Artinya pegawai yang memiliki IQ di atas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya yang terampil dalam mengerjakan tugas sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan.

Teori dasar yang digunakan sebagai landasan untuk menilai perspektif pertumbuhan dan pembelajaran dalam balanced scorecard ini adalah tentang kinerja pegawai yang diformulasikan oleh Keith Davis diatas yaitu *Human Performance* = *Ability* + *Motivation*. Formulasi ini telah diuji dan diklarifikasi oleh Suharto (2000) dalam studynya yang secara umum mendukung hipotesis adanya hubungan antara kemampuan dan motivasi.

Dengan demikian, maka dapat dikatakan kemampuan dan motivasi adalah unsur-unsur yang berfungsi membentuk kinerja seseorang dalam menjalankan pekerjaannya atau tugasnya tanpa terkecuali dengan kinerja karyawan.

2.1.7.1.1 Kemampuan

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia (1999), pengertian mampu adalah kesanggupan atau kecakapan, sedangkan kemampuan berarti seseorang (petugas pada instalasi rawat inap rumah sakit) yang memiliki kesanggupan atau kecakapan untuk mengerjakan sesuatu yang diwujudkan melalui tindakannya untuk eningkatkan produktivitas kerja.

Pendapat Sutermeister dan Bob Davis et al dalam Mutaqien (2006) memandang bahwa kemampuan (dapat dipandang sebagai suatu karakteristik umum dari seseorang yang berhubungan dengan pengetahuan) dan keterampilan yang diwujudkan melalui tindakan. Indikator kemampuan seorang pegawai secara aplikatif dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Pengetahuan atau keterampilan dalam menjalankan tugas
Dalam proses pekerjaan di lapangan akan mengalami hal-hal yang luas dan kompleks sehingga pegawai harus dibekali pengetahuan dan keterampilan yang mantap dan handal. Pimpinan yang baik akan memberikan bekal pengetahuan dan keterampilan agar stafnya bisa menjalankan pekerjaan dengan sebaik-baiknya diantaranya :
 - a) Meningkatkan partisipasi dalam volume pekerjaan
 - b) Membangkitkan minat dan rasa ingin tahu pegawai terhadap suatu masalah yang sedang dihadapi atau dibicarakan
 - c) Mengembangkan pola berpikir pegawai sebab bekerja yang baik akan meningkatkan kualitas pelayanan pada masyarakat
 - d) Menuntun proses berpikir pegawai sebab bekerja yang baik akan meningkatkan kualitas pelayanan pada masyarakat
 - e) Memusatkan perhatian pegawai terhadap masalah-masalah yang sedang ditangani di lapangan
2. Pengetahuan dan keterampilan memberikan penguatan
Pengetahuan adalah segala yang berbentuk respon baik yang bersifat verbal (diungkapkan dengan kata-kata langsung) maupun bersifat non verbal yang merupakan bagian dari tingkah laku atau kebijakan pimpinan terhadap pegawainya yang bertujuan untuk memberikan informasi umpan balik bagi pegawai atas pekerjaannya sebagai suatu tindakan dorongan atau koreksi
Tujuan penguatan yang diharapkan berpengaruh positif terhadap sikap pegawai adalah untuk :
 - a) Meningkatkan perhatian pegawai terhadap konsentrasi pekerjaan
 - b) Merangsang dan meningkatkan motivasi kerja
 - c) Meningkatkan gairah kerja dan membina tingkah laku pegawai yang produktif
3. Pengetahuan dan keterampilan mengadakan variasi
Variasi pemberian rangsangan pegawai adalah suatu kegiatan pimpinan dalam konteks proses interaksi pekerjaan di lapangan yang ditujukan untuk mengatasi kebosanan pegawai sehingga dalam situasi melaksanakan pekerjaan pegawai

senantiasa menunjukkan disiplin, kejujuran, tanggung jawab, antusiasme, serta penuh partisipasi. Secara garis besar tujuan dan manfaat dari variasi ini adalah :

- a) Menimbulkan dan meningkatkan perhatian pegawai kepada aspek tugas dan tanggung jawab yang diembannya yang relevan dengan tugas dan fungsinya
- b) Memberikan kesempatan bagi berkembangnya bakat atau prakarsa pegawai yang ingin mengetahui dan menyelidiki pekerjaan baru
- c) Memupuk tingkah laku yang positif terhadap pimpinan dan instansi/lembaga dengan berbagai cara pekerjaan yang lebih hidup dan bervariasi di lingkungan kerjanya dengan lebih baik
- d) Memberikan kesempatan kepada pegawai untuk memperoleh cara menyerap pengarahan pimpinan yang menjadi tugas dan fungsinya sebagai seorang pegawai yang baik.

2.1.7.1.2 Motivasi

Motivasi merupakan unsur penting dalam diri manusia yang berperan mewujudkan keberhasilan dalam usaha atau pekerjaan manusia. Terry dalam Mutaqien (2006) mengemukakan bahwa motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang yang merangsangnya untuk melakukan tindakan-tindakan.

Siagian dalam Mutaqien (2006) mendefinisikan bahwa motivasi sebagai keseluruhan proses pemberian motif kerja kepada para bawahan sedemikian rupa sehingga mereka mau bekerja dengan ikhlas demi tercapainya tujuan organisasi dengan efektif dan efisien.

Hasibuan (2000) mengartikan motivasi adalah pemberian daya penggerak yang menciptakan kegairahan kerja seseorang agar mereka mau bekerja sama, bekerja interaktif dan terintegrasi dengan segala daya upayanya untuk mencapai kepuasan. Teori motivasi dari Mc.Clelland's Achievement Motivation Theory mengatakan bahwa pegawai mempunyai cadangan energi potensial. Bagaimana energi dilepas dan digunakan tergantung pada kekuatan dorongan motivasi seseorang dan situasi serta peluang yang tersedia. Energi akan dimanfaatkan oleh pegawai karena didorong oleh motif, harapan, dan insentif.

Motif adalah suatu perangsang keinginan dan daya penggerak kemauan bekerja seseorang. Setiap motif mempunyai tujuan tertentu yang ingin dicapai.

Beberapa indikator motif diantaranya adalah kesempatan untuk maju dengan diberikan kesempatan untuk menyampaikan ide/gagasan, pengakuan atas prestasi, diterima oleh rekan-rekan ditempat kerja, dan perlakuan yang wajar dari atasan dengan diberi kepercayaan dalam bekerja (Mutaqien, 2006 :41)

Harapan adalah suatu kesempatan yang diberikan terjadi karena perilaku untuk tercapainya tujuan atau dapat diartikan sebagai sesuatu keyakinan sementara pada diri seseorang bahwa suatu tindakan tertentu akan diikuti oleh hasil atau tindakan berikutnya. Beberapa indikator harapan diantaranya perasaan ikut terlibat dalam organisasi, penghargaan atas penyelesaian pekerjaan, jaminan keamanan pekerjaan (Mutaqien, 2006)

Insentif adalah memotivasi (merangsang) bawahan dengan memberikan hadiah (imbalan) kepada mereka yang berprestasi di atas prestasi standar. Dengan demikian, semangat kerja bawahan akan meningkat karena umumnya manusia senang menerima yang baik. Beberapa indikator insentif diantaranya adalah finansial, promosi jabatan, pencapaian prestasi melalui pengembangan karier (Mutaqien, 2006)

2.1.8. Perspektif Bisnis Internal

Menurut Mahsun (2006:171) perspektif bisnis internal mencakup indikator produktivitas, kualitas, waktu penyerahan, waktu tunggu dan sebagainya. Indikator ini memungkinkan penilaian kinerja untuk menentukan apakah proses telah mengalami peningkatan, sejajar dengan *benchmark*, dan atau mencapai target dan sasaran. Teknik pengukuran perspektif ini dapat melalui penggunaan data primer skala likert seperti kuisioner maupun data sekunder dan statistika yang menunjukkan rasio-rasio kinerja.

Selain itu, dalam proses bisnis internal *balanced scorecard* manajemen harus mengidentifikasi proses yang paling kritis untuk tujuan peningkatan nilai bagi pelanggan (perspektif pelanggan). Banyak organisasi memfokuskan untuk melakukan peningkatan proses operasional. Yang biasa digunakan untuk *balanced scorecard* adalah model rantai nilai proses bisnis internal yang terdiri dari tiga komponen utama yaitu (Gazpers dalam Yaniwanti, 2004:33) :

1. Proses inovasi yang mengidentifikasi kebutuhan pelanggan masa kini dan masa mendatang serta mengembangkan solusi baru untuk kebutuhan tersebut. Misalnya solusi yang dilakukan adalah meluncurkan produk baru, memberikan solusi yang unik, mempercepat penyerahan produk/layanan jasa ke pasar
2. Proses operasional yang mengidentifikasi sumber-sumber pemborosan dalam proses operasional serta mengembangkan solusi masalah yang terdapat dalam proses operasional demi meningkatkan efisiensi produksi, meningkatkan kualitas produk dan proses, memperbaiki waktu siklus sehingga meningkatkan penyerahan produk berkualitas tepat waktu
3. Proses pelayanan, berkaitan dengan pelayanan kepada pelanggan, seperti pelayanan purna jual, menyelesaikan masalah yang timbul pada pelanggan pada kesempatan pertama dengan cepat, melakukan tindak lanjut secara proaktif dan tepat waktu.

Menurut Sri Handono dalam seminar National Health Account Rumah Sakit Banjarnegara, indikator kinerja operasional pada rumah sakit meliputi pertumbuhan produktivitas, pertumbuhan efisiensi, pertumbuhan daya saing, pengembangan SDM, inovasi dalam produk bisnis, serta penelitian dan pengembangan.

Menurut Yaniwanti (2004) untuk rumah sakit khususnya instalasi rawat inap proses inovasi dapat dilihat dari ada atau tidaknya pengembangan produk baru bidang pelayanan, ada atau tidaknya pengembangan sistem manajemen mutu dan ada atau tidaknya penguasaan teknologi baru.

Berdasarkan Yanmedik Depkes (2002) dalam Yaniwanti (2004) proses operasional dan proses pelayanan dapat dilihat dari pertumbuhan produktivitas yang berkaitan dengan pertumbuhan hari perawatan rawat inap, efisiensi pelayanan yang berkaitan dengan rasio pasien rawat inap dengan dokter, rasio pasien rawat inap dengan perawat, BOR, *Average Length of Stay* (hari), *Bed Turn Over* (kali), *Turn Over Interval* (hari), dan pertumbuhan daya saing yang diukur melalui perbandingan pendapatan bruto tahun berjalan terhadap pendapatan bruto tahun lalu.

Tabel 2.1 Indikator Kinerja Inovasi dan Operasional Rumah Sakit

No	Variabel	Indikator	Bobot	Ideal
A	Inovasi			
1	Penciptaan produk/jasa pelayanan baru, pengembangan sistem manajemen mutu, dan penguasaan teknologi baru	- Tidak ada - Ada sampai tahap proposal - Dilakukan sebagian - Dilaksanakan sepenuhnya	0,0 0,25 1,5 2	2
B	Proses Operasional			
1	Pertumbuhan produktivitas : Pertumbuhan hari pasien rawat inap (perbandingan antara hari perawatan tahun ini dengan hari perawatan tahun lalu)	< 0,85 0,85 – 0,94 0,95 – 1,04 1,05 – 1,14 1,15 – 1,24 > 1,25	0 0,3 0,6 1,2 1,6 2	2
2	Efisiensi : a. Rasio pasien rawat inap dengan dokter (perbandingan jumlah pasien rawat inap per hari dengan jumlah dokter yang melayani per hari)	< 15 orang 15 – 24 orang 25 – 30 orang 31 – 40 orang > 41 orang	0,25 0,5 1 0,5 0,25	1
	b. Rasio pasien rawat inap dengan perawat (perbandingan jumlah pasien rawat inap per hari dengan jumlah perawat yang melayani per hari)	< 2 orang 2 – 3 orang 4 – 6 orang 6 – 10 orang > 40 orang	0,25 0,5 1 0,5 0,25	1
	c. Bed Occupancy Rate (jumlah hari perawatan per tahun dibagi dengan jml TT dikali 365 hari)	> 100% 96 – 100% 86 – 95% 70 – 85% 60 – 69% 50 – 59% < 50%	0,5 1 1,5 2 1,5 1 0,5	2
	d. Average Length of Stay (Jumlah hari perawatan pasien/tahun dibagi dengan jumlah pasien keluar)	> 15 hari 12 – 15 hari 10 – 12 hari 6 – 9 hari 4 – 6 hari 2 – 4 hari < 2 hari	0,5 1 1,5 2 1,5 1 0,5	2
	e. Bed Turn Over (jumlah pasien keluar (hidup/mati) per tahun dibagi jumlah tempat tidur)	≥ 70 kali 60 – 70 kali 50 – 60 kali 40 – 50 kali 30 – 40 kali 20 – 30 kali < 20 kali	0,5 1 1,5 2 1,5 1 0,5	2
	f. Turn Over Interval (Jumlah tempat tidur x 365 – hari perawatan riil per tahun dibagi dengan jumlah pasien keluar)	< 1 hari 1 – 2 hari 2 – 3 hari 3 – 4 hari 4 – 5 hari > 5 hari	1 1,5 2 1,5 1 0,5	2
3	Pertumbuhan daya saing (pendapatan bruto tahun berjalan dibagi dengan pendapatan bruto tahun lalu)	< 0,85 0,85 – 0,94 0,95 – 1,04 1,05 – 1,14 1,15 – 1,24 > 1,25	0 0,24 0,8 1,2 1,6 2	2
	SKOR TOTAL			16

Sumber : Yanmedik Depkes dalam Yaniwarti (2004)

Universitas Indonesia

2.1.9. Perspektif Pelanggan

Pelayanan publik menyangkut dua faktor penting yaitu pemerintah sebagai penyedia barang dan jasa dan konsumen atau masyarakat sebagai pengguna barang atau jasa. Dalam hal ini barang dan jasa yang disediakan oleh pendidikan, kesehatan dan lainnya. Sedangkan masyarakat sebagai pelanggan tentu dapat mengoreksi berbagai pelayanan yang ada dan disediakan oleh pemerintah.

Menurut Kotler, kepuasan pelanggan adalah :

”Tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang ia rasakan dibandingkan dengan pengharapannya”
(Kotler, 1995: 46)

Tingkat kepuasan pelanggan merupakan fungsi dari harapan pelanggan dengan kinerja yang dirasakannya. Bila kinerjanya dibawah pengharapannya, maka pelanggan akan kecewa, sedangkan apabila kinerjanya sesuai bahkan melebihi harapannya maka dia akan merasa puas dan senang.

Dengan pertimbangan tersebut maka kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan sangat diutamakan mengingat keduanya mempunyai pengaruh yang besar untuk keberlangsungan dan kesejahteraan publik.

Menurut Supranto (1997) batas kesesuaian antara harapan dan kenyataan pelayanan yang dirasakan pelanggan diberikan batas kepuasan di bidang jasa pelayanan yaitu 90%. Batasan ini bukan batasan yang baku karena dalam buku yang sama Latham, 1979 menentukan tingkat kepuasan pasien sebesar 80%.

Menurut Wijono dalam Yaniwarti (2004) kepuasan pelanggan yang berkaitan dengan dimensi mutu antara lain :

1. Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berkaitan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang ditetapkan yaitu dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan, ketepatan, ketahanan uji, dan konsistensi

2. Akses terhadap pelayanan kesehatan

Akses terhadap pelayanan berarti pelanggan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosek, budaya, organisasi, atau hambatan bahasa. Akses geografis

diukur dari jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan, dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya terjangkau pasien. Akses sosial atau budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang dikaitkan dengan nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinik, waktu tunggu. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan yang diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.

3. Efektivitas

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada

4. Hubungan antar manusia

Berhubungan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, pimpinan dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat.

5. Efisiensi

Merupakan dimensi yang paling penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan

6. Kelangsungan pelayanan

Pelanggan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan tanpa mengulangi prosedur diagnosa yang tidak perlu

7. Keamanan

Mengurangi efek samping atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan

8. Kenyamanan

Keramahan atau kenikmatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan mempengaruhi bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan, personil dan peralatan medis maupun non medis. Kenyamanan, kebersihan dan privacy juga sangat berperan. Unsur kenyamanan yang lain adalah untuk membuat waktu tunggu lebih menyenangkan misalnya musik, televisi, majalah, kebersihan, adanya kamar kecil, gordin, dan lain-lain.

2.2 Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai penggunaan metode *Balanced Scorecard* pada organisasi publik telah banyak dilakukan. *Balanced Scorecard* juga telah digunakan untuk mengukur kinerja pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit pemerintah. Penelitian pada rumah sakit terutama dilaksanakan pada instalasi-instalasi besar dan utama seperti rawat jalan dan rawat inap. Penelitian ini merujuk pada beberapa penelitian pengukuran kinerja rumah sakit pemerintah seperti yang dilakukan oleh Yaniwarti pada Rumah Sakit Dokter Mohammad Husein Palembang tahun 2004, Hestiningsih pada Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta pada tahun 2004, Desy N Simarmata pada Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta pada tahun 2008, dan Zaenal Mutaqien pada lima Puskesmas di Kabupaten Cirebon pada tahun 2006.

Penelitian-penelitian terdahulu memiliki perbedaan satu sama lain yaitu dalam penetapan indikator pada masing-masing perspektif *balanced scorecard*, perbedaan metode penentuan sample untuk penyebaran kuisioner, perbedaan materi indikator serta item pilihan jawaban baik untuk kuisioner pada kepuasan pelanggan maupun untuk kuisioner pertumbuhan dan pembelajaran, serta perbedaan hasil pengukuran kinerja sesuai dengan kondisi obyek penelitian masing-masing. Penelitian-penelitian terdahulu yang menjadi acuan serta membentuk kerangka *Balanced Scorecard* penelitian ini dirangkum dalam tabel berikut :

Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti dan Obyek Penelitian	Indikator Perspektif Finansial	Indikator Perspektif Pelanggan	Indikator Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	Indikator Perspektif Proses Bisnis Internal	Metode Penentuan Sample	Hasil Penelitian
1	Yaniwarti Instalasi Rawat Inap Utama RSMH Palembang	<ul style="list-style-type: none"> - Cost Recovery Rate - Biaya satuan - Titik Impas 	<ul style="list-style-type: none"> - Akses thd pelayanan - Hubungan antar manusia - Keamanan - Kenyamanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Gaji dan Insentif - Pelatihan karyawan - Keterlibatan dlm perencanaan - Kepuasan karyawan 	<ul style="list-style-type: none"> - Inovasi - Pertumbuhan produktivitas - Rasio pasien rawat inap thd perawat - Rasio pasien rawat inap thd dokter - BOR, ALOS, BTO, TOI - Pertumbuhan daya saing 	Minimum Sample Sugiarto (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien puas 48,3 % - Karyawan ikut diklat 67,7% - Inovasi dan manajemen mutu blm ada - Nilai mutu BOR, TOI tdk efisien - CRR 70,20%
2	Hestiningih Instalasi Rwat Inap RSUD Pasar Rebo	<ul style="list-style-type: none"> - Pertumbuhan Tk Pendapatan IRNA - Pengeluaran biaya belanja - Perbandingan Anggaran dan Realisasi - Perbandingan Pendapatan dan Belanja 	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat Kepuasan Pelanggan - Retensi Pelanggan - Akuisisi Pelanggan - Pangsa Pasar Rawat Inap 	<ul style="list-style-type: none"> - Kapabilitas Pekerja : <ul style="list-style-type: none"> a) Tk Kepuasan Kerja b) Tk Retensi Karyawan c) Absensi Karyawan d) Produktifitas Karyawan - Kapabilitas Sistem Informasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Inovasi - Indikator Pelayanan <ul style="list-style-type: none"> b) BOR c) TOI d) ALOS e) BTO f) NDR g) GDR h) Kunjungan rata-rata pasien per hari i) Jml komplain pasien per tahun - Layanan purna jual 	Minimum Sample Sugiarto (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Pertumbuhan pendapatan meningkat - Tingkat Kepuasan Pasien diatas 66% - Pangsa pasar 25% - Retensi pelanggan meningkat - Kepuasan karyawan 93% - Retensi karyawan meningkat - Kapabilitas informasi krg baik

Tabel 2.2 (Sambungan)

3	Desy N Simarmata IRNA RSUP Persahabatan	<ul style="list-style-type: none"> - Rasio Profitabilitas - Rasio Aktivitas - Rasio Hutang - Rasio Likuiditas 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan pelanggan terhadap aspek : <ul style="list-style-type: none"> b) Tangibles c) Empathy d) Responsiveness e) Reliability f) Assurance 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan pegawai thd pekerjaan dan promosi - Lingkungan kerja - Kepuasan pegawai thd atasan - Tingkatan Sistem Informasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Operasi : <ul style="list-style-type: none"> b) BOR c) LOS d) TOI e) NDR f) GDR - Inovasi - Purna Jual 	<ul style="list-style-type: none"> - Rumus Slovin 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan pegawai diatas 90% - Perspektif pelanggan puas dengan persentase diatas 90% - Kinerja keuangan mengalami penurunan - Proses bisnis internal memenuhi standar baku
4	Zaenal Mutaqien Lima Puskesmas di Kota Cirebon	<ul style="list-style-type: none"> - Potensi penerimaan retribusi - Ratio realisasi penerimaan retribusi thd potensi 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan pasien <ul style="list-style-type: none"> b) Tangibles c) Empathy d) Responsiveness e) Reliability f) Assurance 	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan petugas - Motivasi petugas 	<ul style="list-style-type: none"> - Kualitas proses pelayanan dari aspek : <ul style="list-style-type: none"> b) Tangibles c) Empathy d) Responsiveness e) Reliability f) Assurance 	<ul style="list-style-type: none"> - Rumus Slovin 	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan dan motivasi pegawai baik - Proses pelayanan dikategorikan baik - Kepuasan pasien dikategorikan baik - Perspektif finansial dikategorikan baik

Sumber : Penelitian terdahulu diolah kembali

Penelitian ini merujuk pada penggunaan indikator perspektif pelanggan, perspektif finansial, serta perspektif bisnis internal dalam penelitian Yaniwarti. Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran merujuk pada indikator penelitian Zaenal Mutaqien. Metode penentuan sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah rumus Slovin untuk menentukan sampel kepuasan pelanggan dan kepuasan karyawan. Perbedaan metode Balanced Scorecard penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah penerapannya pada objek yang berbeda, untuk perspektif pertumbuhan dan pembelajaran serta perspektif pelanggan kuisioner menggunakan

Universitas Indonesia

skala Likert 1-4 untuk lebih menyederhanakan, pilihan indikator merupakan kombinasi dari penelitian terdahulu yang menyesuaikan dengan visi dan misi BP RSUD Wangaya, perhitungan unit cost lebih terperinci dari perhitungan unit cost Yaniwarti (2004).

Selain berdasarkan penelitian terdahulu mengenai pengukuran kinerja rumah sakit pemerintah dengan menggunakan metode balanced scorecard, penelitian ini juga didasari atas penelitian mengenai perhitungan unit cost pada instalasi rawat inap BP RSUD Wangaya pada tahun 2004 oleh Widra. Hasil penelitian menunjukkan *Cost Recovery Rate* total sebesar 47,45%. Perhitungan unit cost secara penuh menunjukkan bahwa unit cost lebih besar dari tarif yang berlaku., pelaksanaan subsidi silang dari kelas I, Utama dan Madyatama untuk kelas dibawahnya tidak dapat dilakukan karena tarif yang berlaku lebih rendah dari biaya pelayanannya dan ini berarti rumah sakit mengalami kerugian

