



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA
UNIT GAWAT DARURAT PELAYANAN KESEHATAN ST. CAROLUS
DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD**

TESIS

**Feni Nugraha
NPM : 1006746041**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA
UNIT GAWAT DARURAT PELAYANAN KESEHATAN ST. CAROLUS
DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD**

TESIS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit

**Feni Nugraha
NPM : 1006746041**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JANUARI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Feni Nugraha

NPM : 1006746041

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Januari 2012

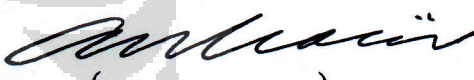
HALAMAN PENGESAHAN

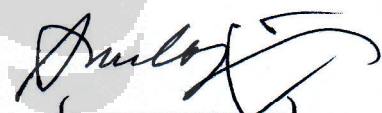
Tesis ini diajukan oleh :

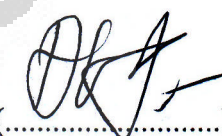
Nama : Feni Nugraha
NPM : 1006746041
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisis Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan
St. Carolus Dengan Pendekatan Balanced Scorecard

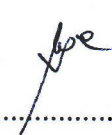
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

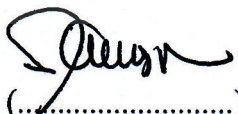
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Anhari Achadi S.K.M., Sc.D 
(.....)

Penguji : Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf S.K.M., Dr.PH 
(.....)

Penguji : DR. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS 
(.....)

Penguji : DR. Budi Hartono, SE., MARS 
(.....)

Penguji : dr. Angela Abidin, MARS., Sp.MK 
(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Feni Nugraha
NPM : 1006746041
Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

ANALISIS KINERJA UNIT GAWAT DARURAT PELAYANAN KESEHATAN ST CAROLUS DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 Januari 2012



(Feni Nugraha)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

**Tesis ini telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan
Dihadapan Tim Penguji Tesis Program Pascasarjana
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia**

Depok, 19 Januari 2012

Pembimbing Tesis



(Prof. dr. Anhari Achadi S.K.M., Sc.D)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Feni Nugraha
Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 29 Januari 1985
Alamat : Jln. Kompleks Sunter Agung Podomoro blok M3 no 9
Riwayat Pendidikan :

- 1991-1997 SD Dharma Budhi Bhakti
- 1997-2000 SMPK I Jakarta
- 2000-2003 SMUK III Jakarta
- 2003-2009 Fakultas Kedokteran Umum Universitas Padjadjaran Bandung
- 2010-sekarang Program Studi KARS Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Anhari Achadi S.K.M., Sc.D selaku dosen pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktunya dan begitu sabar memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan tesis ini
2. Dr. Markus Waseso Suharyono, MARS selaku Direktur Utama Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang telah memberikan ijin penelitian bagi penulis di Pelayanan Kesehatan St. Carolus.
3. Dr. Imelda Kurniawan selaku Kepala Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dan dr. C. Krismini. D.I, MARS selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan ijin, arahan serta bimbingan selama penulis melakukan residensi dan penulisan tesis.
4. Ketua, sekretaris, staf pengajar, serta karyawan Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah mengatur kelancaran proses belajar mengajar serta memberikan materi perkuliahan.
5. Rekan-rekan seperjuangan KARS RSPAD 2010 yang telah bersama-sama menjalani suka duka selama menjalani proses pendidikan dan memberikan dukungan yang tiada terkira. Untuk kelompok 4 : Ka Vero, Ka Anti, Cory, Mba Nanda, Nonic, kalian semua adalah teman-temanku yang terbaik.
6. Papa Atet Nugraha dan Mama Dede Eni tercinta yang telah memberikan dukungan yang tak terhingga baik kasih sayang maupun dukungan doa yang

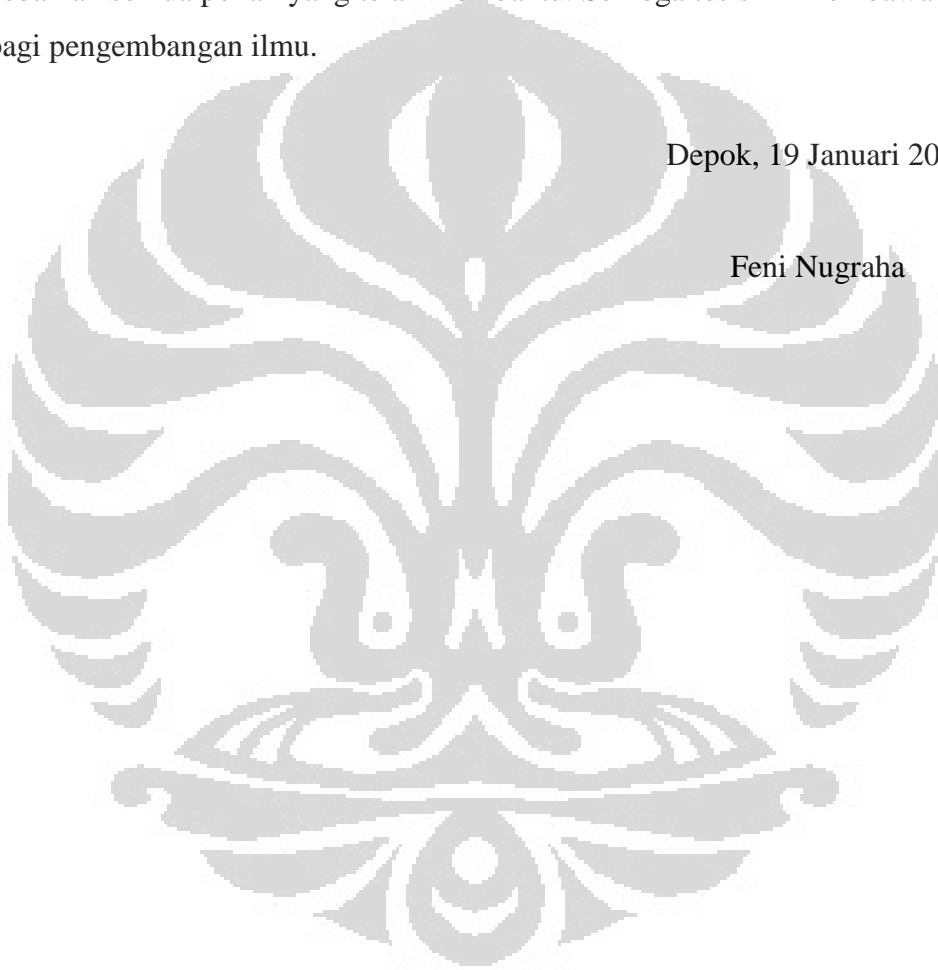
tak pernah putus pada penulis dalam menjalani proses pendidikan ini. Juga kepada Kakak dr. Cissie Nugraha, MARS yang selalu menjadi teladan dan tak habis-habisnya mendukung serta mendoakan.

7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan serta dukungan kepada penulis

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 19 Januari 2012

Feni Nugraha



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Feni Nugraha
NPM : 1006746041
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

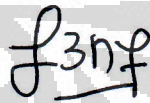
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

"Analisis Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Dengan Pendekatan Balanced Scorecard"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 19 Januari 2012
Yang menyatakan



(Feni Nugraha)

ABSTRAK

Nama : Feni Nugraha
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Penyelenggaraan kesehatan pada sarana kesehatan harus memperhatikan mutu dari pelayanan yang diberikan, demikian juga rumah sakit. Rumah sakit harus selalu berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanannya kepada pasien, untuk menjadi yang terbaik di era globalisasi saat ini. Untuk memperoleh hasil yang baik, diperlukan sistem keuangan yang baik, kepuasan pelanggan, melaksanakan bisnis dengan profesional dan meningkatkan sumber daya manusia. Pendekatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja keempat aspek tersebut adalah dengan menggunakan *balanced scorecard*. Penelitian ini dilakukan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus untuk mengetahui gambaran kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard*. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik, dimana data primer diperoleh dari responden dan data sekunder diperoleh dari laporan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

Dari hasil penelitian diperoleh : 1) Kinerja keuangan sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat dari tingkat pertumbuhan penerimaan yang meningkat dari tahun 2008 sampai tahun 2010, *Cost Recovery Rate* (CRR) diatas 100% yaitu tahun 2008 sebesar 131,04%, tahun 2009 sebesar 124,26%, tahun 2010 sebesar 112,31%. 2) Kinerja pelanggan secara umum baik dengan tingkat kepuasan pelanggan sebesar 83,09. 3) Kinerja proses bisnis internal secara umum cukup, tetapi masih perlu perbaikan, hal ini dilihat dari AKPGD dan persentase jumlah pasien yang meninggal di UGD yang masih belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal menurut Depkes RI. 4) Kinerja pembelajaran dan pertumbuhan secara umum cukup, dilihat dari tingkat kepuasan kerja pegawai adalah sebesar 52,8% merasa tidak puas dan 47,2% merasa puas, tingkat *turn over* pegawai yang meningkat di tahun 2010, tingkat absensi pegawai yang menurun dari tahun 2008-2010, tingkat pendapatan per pegawai yang menurun pada tahun 2010 dan akses terhadap pelatihan dan pendidikan yang berkurang di tahun 2010.

Dari hasil penelitian keempat aspek dengan pendekatan *balanced scorecard* dapat dikatakan bahwa kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sudah cukup baik. Untuk itu diharapkan agar adanya komitmen dari tenaga di UGD dalam memberikan pelayanan yang bermutu terhadap pasien dengan menjalankan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Depkes RI dan menggunakan hasil penelitian yang didapat sebagai dasar untuk melakukan evaluasi kinerja selanjutnya di Unit Gawat Darurat demi tercapainya visi dan misi Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

Kata kunci :
Balanced scorecard, kinerja

ABSTRACT

Name : Feni Nugraha
Study Program : Study of Hospital Administration
Title : The Analysis of St. Carolus Health Service of Emergency Unit Performance With Balanced Scorecard Approach

Health implementation of medical equipments should concerns about the service quality provided, and the hospital as well. Hospital should keep on improving service quality to the patient in achieving the excellence in this currently global era. In order to achieve better input, good financial system is necessary, customer satisfaction, professionally business implementation and human resource improvement. The available approach to improve the performance of those four aspects applies *balanced scorecard*.

This resource executed in Emergency Unit of St. Carolus Medical Service to describe the performance of Emergency Unit St. Carolus Medical Service applying *balanced scorecard* approach. This research is analytically descriptive research, in which the primary data obtained from the respondents and the secondary data from the Emergency Unit report of St. Carolus medical service.

From the research acquired : 1) Sufficiently financial performance, this can be seen by the level of the increasing revenue growth from 2008 to 2010, *Cost Recovery Rate* (CRR) over 100% in 2008 as of 131,04%, in 2009 of 124,26%, and in 2010 of 112,31%. 2) Customer performance is generally good with the level of customer satisfaction is 83,09. 3) The performance of internal business processes generally is sufficient, however some corrections required, this can be seen from AKPGD and total percentage of dead patients in UGD that has not qualified to the Minimum Service Standard of Department of Health of Republic Indonesia. 4) The performance of Study and Growth in general is sufficient, as seen by the level of staff working performance 52,8% is unsatisfied and 47,2% is satisfied, turn over level of the staff increased in 2010, the level of staff attendance decreased during 2008-2010, the level of the income per staff decreased in 2010 and the access to the training and education decreased in 2010.

Based on the research of these four aspects with *balanced scorecard* approach might be said that the performance of Emergency Unit of St. Carolus medical service is relatively good. Therefore, it is expected for the medical staff of UGD a commitment to provide a good quality of medical service to the patient by conducting a minimum service standard stipulated by Depkes RI and applying the research input as the basis to evaluate further performance of Emergency unit in order to achieve the vision and mission of St. Carolus medical service.

Key word :
Balanced Scorecard, performance

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH	ix
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	7
II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Rumah Sakit	8
2.2 Unit Gawat Darurat	9
2.3 Kinerja	21
2.4 <i>Balanced Scorecard</i>	23
2.4.1 Perspektif Keuangan	27
2.4.2 Perspektif Pelanggan	31
2.4.3 Perspektif Proses Bisnis Internal	33
2.4.4 Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	34
2.5 Peta Strategi	36
III GAMBARAN UMUM PELAYANAN KESEHATAN ST. CAROLUS	
3.1 Sejarah dan Perkembangan	39
3.2 Falsafah, Visi, Misi dan Tujuan Pelayanan Kesehatan St. Carolus	40
3.3 Lokasi dan Layanan Pelayanan Kesehatan St. Carolus	41
3.4 Sumber Daya Manusia	43
3.5 Kinerja	44
3.6 Gambaran Unit Gawat Darurat	45
3.6.1 Falsafah, Visi, Misi dan Tujuan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus	45
3.6.2 Denah Unit Gawat Darurat	46

3.6.3 Sarana Fisik dan Medik	47
3.6.4 Sumber Daya Manusia	49
3.6.5 Kinerja	51
IV KERANGKA KONSEP	
4.1 Kerangka Konsep	54
4.2 Definisi Operasional	56
V METODOLOGI PENELITIAN	
5.1 Desain Penelitian	63
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	63
5.3 Populasi dan Sampel	63
5.4 Subyek dan Informan	64
5.5 Pengumpulan Data	66
5.6 Validitas dan Reliabilitas	68
5.7 Pengolahan dan Analisis Data	68
VI HASIL PENELITIAN	
6.1 Visi dan Misi Unit Gawat Darurat	71
6.2 Hasil Pengukuran Dengan <i>Balanced Scorecard</i>	71
6.2.1 Perspektif Keuangan	72
6.2.1.1 Tingkat Pertumbuhan Penerimaan UGD	73
6.2.1.2 Tingkat Pertumbuhan Pengeluaran UGD	74
6.2.1.3 Perbandingan Realisasi Dengan Rencana Penerimaan UGD	74
6.2.1.4 Perbandingan Penerimaan Dengan Pengeluaran (CRR) UGD	75
6.2.2 Perspektif Pelanggan	77
6.2.2.1 Kemudahan Mencapai UGD.....	83
6.2.2.2 Pelayanan Dokter	83
6.2.2.3 Pelayanan Perawat	84
6.2.2.4 Waktu Tunggu Rawat Inap	84
6.2.2.5 Waktu Tunggu Rujukan	84
6.2.3 Perspektif Proses Bisnis Internal	85
6.2.3.1 Kecepatan Kontak Pertama Pelayanan	85
6.2.3.2 Persentase Jumlah Pasien yang meninggal di UGD dan Yang Dirujuk ke Rumah Sakit Lain	87
6.2.4 Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	87
6.2.4.1 Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai UGD.....	87
6.2.4.2 Retensi Pegawai UGD.....	91
6.2.4.3 Tingkat Absensi Pegawai UGD.....	92
6.2.4.4 Tingkat Produktivitas Pegawai UGD.....	93
6.2.4.5 Akses Terhadap Pelatihan dan Pendidikan UGD.....	94
6.3 Pendapat Tentang Pelayanan Kesehatan St. Carolus	95
VII PEMBAHASAN	
7.1 Keterbatasan Penelitian	98
7.2 Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Dengan	

Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i>	98
7.2.1 Kinerja Keuangan	98
7.2.2 Kinerja Pelanggan	102
7.2.2.1 Kemudahan Mencapai UGD	103
7.2.2.2 Pelayanan Dokter	103
7.2.2.3 Pelayanan Perawat	104
7.2.2.4 Waktu Tunggu Rawat Inap	105
7.2.2.5 Waktu Tunggu Rujukan	106
7.2.3 Kinerja Proses Bisnis Internal	106
7.2.3.1 Kecepatan Kontak Pertama Pelayanan	106
7.2.3.2 Persentase Jumlah Pasien yang Meninggal di UGD dan Yang Dirujuk ke Rumah Sakit Lain	107
7.2.4 Kinerja Pembelajaran dan Pertumbuhan	108
7.2.4.1 Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai	108
7.2.4.2 Retensi Pegawai	110
7.2.4.3 Tingkat Absensi Pegawai	111
7.2.4.4 Tingkat Produktivitas Pegawai	111
7.2.4.5 Akses Terhadap Pelatihan dan Pendidikan	112
7.2.5 Perumusan Peta Strategi	113
VIII KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1 Kesimpulan	117
8.2 Saran	119
DAFTAR REFERENSI	121
LAMPIRAN	125

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Statistik Rawat Inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus	44
Tabel 3.2	Penyebaran Ketenagaan Dalam Shift	51
Tabel 3.3	Jumlah Kunjungan Pasien UGD Tahun 2008	51
Tabel 3.4	Jumlah Kunjungan Pasien UGD Tahun 2009	52
Tabel 3.5	Jumlah Kunjungan Pasien UGD Tahun 2010	53
Tabel 5.1	<i>Dummy Table</i> Pengumpulan Data	66
Tabel 6.1	Data Keuangan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	72
Tabel 6.2	Data Kunjungan Pasien Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	72
Tabel 6.3	Tingkat Pertumbuhan Penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	73
Tabel 6.4	Tingkat Pertumbuhan Pengeluaran Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	74
Tabel 6.5	Perbandingan Realisasi Dengan Rencana Penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	75
Tabel 6.6	Perbandingan Penerimaan Dengan Pengeluaran Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	76
Tabel 6.7	Karakteristik Responden Pelanggan Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan	77
Tabel 6.8	Jawaban 100 Pelanggan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tentang Tingkat Kepuasan Pelanggan Tahun 2011	78
Tabel 6.9	Distribusi Perbandingan Tingkat Kepuasan Pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011	80
Tabel 6.10	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepuasan Pelanggan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011	81
Tabel 6.11	Hasil Survey Service Time Unit Gawat Darurat Pelayanan	

	Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	85
Tabel 6.12	Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	86
Tabel 6.13	Persentase Jumlah Pasien yang Meninggal dan Dirujuk ke Rumah Sakit Lain di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	87
Tabel 6.14	Karakteristik Responden Pegawai Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan	88
Tabel 6.15	Jawaban Responden Tentang Kuesioner Kepuasan Kerja Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011	89
Tabel 6.16	Distribusi Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011	90
Tabel 6.17	Data Turn Over Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	91
Tabel 6.18	Data Tingkat Absensi Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	92
Tabel 6.19	Data Penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Per Pegawai Tahun 2008-2010	93
Tabel 6.20	Data Akses Pelatihan dan Pendidikan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Proses Bisnis Internal	34
Gambar 2.2	Model Untuk Peningkatan Kapabilitas Pekerja	36
Gambar 2.3	Peta Strategi	38
Gambar 3.1	Struktur Organisasi Pelayanan Kesehatan St. Carolus	38
Gambar 3.2	Denah Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus	46
Gambar 3.3	Struktur Organisasi Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus	49
Gambar 7.1	<i>Strategy Map</i> Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus	116



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Pelanggan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus	125
Lampiran 2	Kuesioner Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus	128



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Sistem Kesehatan Nasional, 2009).

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur berkembang kearah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan (UU No. 36 Tentang Kesehatan, 2009).

Memasuki abad ke-21, Indonesia menghadapi berbagai perubahan dan tantangan strategis, diantaranya yaitu telah terjadi pertumbuhan yang sangat pesat di berbagai sektor industri, tak terkecuali juga di bidang kesehatan. Pertumbuhan tersebut diiringi dengan semakin ketatnya persaingan antar pemberi layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan telah berubah menjadi sesuatu yang bisa diperdagangkan. Rumah sakit berlomba-lomba untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasiennya, disertai dengan berbagai fasilitas dan peralatan kedokteran yang termodern dan terlengkap, guna menjadi rumah sakit yang terdepan dalam pemberi jasa pelayanan kesehatan.

Fasilitas kesehatan yang ada harus mampu mengantisipasi perubahan-perubahan yang terjadi di tengah-tengah masyarakat Seiring dengan membaiknya tingkat pendidikan, meningkatnya keadaan sosial ekonomi masyarakat, serta adanya kemudahan di bidang transportasi dan komunikasi mengakibatkan sistem nilai dalam masyarakat berubah.

Akibatnya masyarakat cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan (Jacobalis, 2000). Hal ini merupakan suatu tantangan, sehingga institusi pelayanan kesehatan membutuhkan strategi yang dapat menjawab perubahan-perubahan yang terjadi.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (UU No. 44 Tentang Rumah Sakit, 2009). Berdirinya rumah sakit di tengah ketatnya kompetisi dalam globalisasi ekonomi sekarang rumah sakit ini, perlu peninjauan kembali sistem manajemen yang digunakan. Pada saat ini rumah sakit tidak lagi dipandang sebagai usaha sosial yang dapat dikelola dengan begitu saja, tetapi lebih merupakan suatu industri jasa (Kaplan dan Norton, 1996).

Selama ini para manajer rumah sakit hanya mengukur keberhasilan rumah sakit dengan keberhasilan finansial saja. Risiko yang timbul dengan menggunakan ukuran finansial saja adalah tidak selalu memberikan gambaran yang akurat tentang arah organisasi dan dapat memimpin organisasi kearah jangka pendek bukan jangka panjang. Oleh karena itu, untuk mengukur kinerja didalam rumah sakit diperlukan sistem pengukuran kinerja yang tidak hanya mengukur aspek keuangan saja, tetapi juga mempertimbangkan aspek non keuangan seperti kepuasan pelanggan, proses bisnis internal dan proses pembelajaran dan pertumbuhan. Ukuran kinerja ini disebut dengan *balanced scorecard* yang menawarkan suatu peta jalan yang sistematis dan komprehensif bagi organisasi-organisasi untuk menerjemahkan pernyataan visi dan misi mereka kedalam sekumpulan ukuran kinerja yang saling berkaitan. Ukuran-ukuran ini tidak digunakan untuk mengendalikan perilaku tetapi untuk mengartikulasikan strategi organisasi, dan membantu menyesuaikan

inisiatif individu, lintas departemen, organisasi, demi tercapainya sasaran bersama (Gaspersz, 2011).

Walaupun pengukuran kinerja dengan menggunakan *balanced scorecard* lebih banyak digunakan di perusahaan-perusahaan bisnis yang menghasilkan barang atau produk, tetapi dapat juga diterapkan pada rumah sakit yang bergerak dalam usaha jasa. John R Griffith & John G King dalam *Journal of Healthcare Management* edisi Jan/Feb 2000 dan Chee W Chow et al dalam jurnal yang sama edisi Mei 1998 menganjurkan *balanced scorecard* untuk digunakan dalam organisasi kesehatan yaitu rumah sakit.

Pelayanan Kesehatan St. Carolus merupakan institusi pelayanan kesehatan berbasis pelayanan mutu prima dan kepuasan pelanggan/pasien, menjadi tempat pilihan peneliti untuk melakukan analisis kinerja, khususnya di Unit Gawat Darurat. Unit Gawat Darurat merupakan pelayanan di depan yang harus dilayani dengan cepat dan profesional. Kegiatan pelayanan terhadap pasien berjalan terus menerus selama 24 jam dengan kedatangan pasien dan dengan berbagai tingkat kegawatan. Dalam penatalaksanaan rujukan di rumah sakit, seleksi dilakukan di Unit Gawat Darurat maupun di Unit Rawat Jalan, untuk selanjutnya penderita disalurkan ke instalasi yang dirujuk (Djojodibroto, 1997).

Data dari Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada tahun 2008-2010 menunjukkan bahwa terjadi penurunan jumlah kunjungan pasien ke Unit Gawat Darurat, dilihat berturut-turut dari tahun 2008, 2009 dan 2010 : 20667 pasien, 20515 pasien dan 18827 pasien, dimana hampir 50 % pasien Rawat Inap berasal dari Unit Gawat Darurat. Dilihat dari perspektif pemasukan pasien, hal ini akan sangat berpengaruh terhadap penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Pada tahun 2010, di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terjadi revisi tarif paket UGD dan selain itu dilakukan efisiensi ketenagaan untuk mengurangi pengeluaran biaya UGD, karena sumber pengeluaran terbesar adalah untuk sumber daya manusia yaitu mencapai 40% dari pengeluaran yang ada. *Cost Recovery Rate* (CRR) Unit Gawat Darurat dari tahun 2008-

2010 mengalami penurunan, meskipun masih diatas 100%, hal ini menunjukkan bahwa perbandingan penerimaan dengan pengeluaran yang semakin menurun.

Pelayanan Kesehatan St. Carolus termasuk rumah sakit non profit, namun demikian mereka tetap *concern* terhadap masalah keuangan, dimana profit yang diperoleh akan dapat merangsang peningkatan investasi sebagai pengembangan Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Di tengah maraknya dibangun Rumah Sakit-Rumah Sakit baru yang modern dan berorientasi profit di kota metropolitan Jakarta ini, tidaklah mudah bagi Pelayanan Kesehatan St. Carolus untuk mempertahankan visi dan misinya. Masyarakat dihadapkan kepada berbagai pilihan alternatif untuk berobat. Oleh karena itu, untuk menjadikan Unit Gawat Darurat sebagai andalan sesuai dengan visi dan misi rumah sakit, diperlukan kinerja rumah sakit yang baik yang akan menuntun pada suatu kerangka kerja yang strategis yang tepat dan dapat memicu keunggulan berkompetisi secara sehat di era globalisasi ini, maka Unit Gawat Darurat sebagai suatu unit dapat diukur kinerjanya dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard*.

Dengan memakai pendekatan *balanced scorecard*, maka kinerja Unit Gawat Darurat dapat dievaluasi dari empat perspektif, yaitu aspek keuangan, aspek pelanggan, aspek proses bisnis internal dan aspek pembelajaran dan pertumbuhan, yang selanjutnya dapat menjadi bahan masukan dalam perencanaan strategic Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Selain itu, belum pernah dilakukan evaluasi kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan menggunakan konsep *balanced scorecard*.

1.2 Rumusan Masalah

Dilihat dari perspektif pemasukan pasien dan untuk menjadikan Unit Gawat Darurat sebagai andalan sesuai dengan visi dan misi rumah sakit, diperlukan kinerja rumah sakit yang baik yang akan menuntun pada suatu kerangka kerja yang strategis yang tepat dan dapat memicu

keunggulan berkompetisi secara sehat di era globalisasi ini. Selain itu, berdasarkan fakta yang telah diuraikan dalam latar belakang, maka dapat ditemukan bahwa belum adanya bentuk penilaian analisis kinerja dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard* di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus ditinjau dari perspektif keuangan?
- b. Bagaimana kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus ditinjau dari perspektif pelanggan?
- c. Bagaimana kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus ditinjau dari perspektif proses bisnis internal?
- d. Bagaimana kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus ditinjau dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan?

1.4 Tujuan penelitian

- a. Tujuan Umum
Mengetahui kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan pendekatan *balanced scorecard*.
- b. Tujuan Khusus
 1. Memberikan gambaran kinerja dari perspektif keuangan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus
 2. Memberikan gambaran kinerja dari perspektif pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus
 3. Memberikan gambaran kinerja dari perspektif proses bisnis internal di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus
 4. Memberikan gambaran kinerja dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus

1.5 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif Bagi Rumah Sakit

Dapat mengetahui gambaran kinerja rumah sakit dengan pendekatan *balanced scorecard* sehingga diharapkan pihak manajemen rumah sakit mendapat masukan dan dapat sebagai indikator pemantauan rutin mutu pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

2. Manfaat Aplikatif Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu sumbangan ilmu dan wawasan, juga pengalaman dalam menerapkan ilmu yang didapat selama belajar di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS).

3. Manfaat Aplikatif Bagi Peneliti

Dapat memperoleh pengalaman penelitian yang dapat dipergunakan dalam melaksanakan pekerjaan di masa mendatang dan merupakan salah satu syarat guna memperoleh gelar Master Administrasi Rumah Sakit.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dalam periode tahun 2008-2010 dengan pendekatan *balanced scorecard*. Penelitian akan dilakukan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan melakukan pendekatan dari perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Data-data yang digunakan meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui kuesioner yang diedarkan kepada pelanggan dan pegawai. Data ini dikumpulkan untuk mengukur kinerja dari perspektif pelanggan, pembelajaran dan pertumbuhan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari bagian keuangan, laporan survey *response time* UGD, laporan kematian UGD dan data kepegawaian UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Data sekunder ini merupakan data keadaan tahun

2008-2010 yang dikumpulkan untuk mengukur kinerja rumah sakit dari perspektif keuangan, proses bisnis internal dan pembelajaran dan pertumbuhan .



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (UU No. 44 Tentang Rumah Sakit, 2009). WHO (1957) memberikan batasan rumah sakit sebagai suatu bagian menyeluruh dari organisasi sosial dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, dengan pelayanan yang menjangkau keluarga dan lingkungan (Ilyas Y, 2002). Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang sangat majemuk dan cepat sekali berubah. Lembaga pelayanan kesehatan ini mengandung unsur padat modal, padat karya, padat teknologi (Iskandar D, 1998).

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sedangkan fungsi dari rumah sakit yaitu :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (UU No. 44 Tentang Rumah Sakit, 2009).

e. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam rumah sakit (UU No. 44 Tentang Rumah Sakit, 2009).

2.2 Unit Gawat Darurat

Unit Gawat Darurat (UGD) merupakan salah satu unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan penderita gawat darurat yang perlu diorganisir. Unit Gawat Darurat harus dapat : 1) mencegah kematian dan cacat penderita gawat darurat hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya, 2) merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai, 3) ikut menanggulangi korban bencana pada masyarakat. Salah satu kegiatan rumah sakit yang berkaitan dengan fungsi pelayanan adalah menyelenggarakan pelayanan gawat darurat (Azwar, 1994).

Dengan sifat khusus yang dimiliki, pelayanan gawat darurat tersebut umumnya dilaksanakan dalam satuan organisasi khusus yang disebut Unit Gawat Darurat, dan merupakan unit pelaksana teknis fungsional rumah sakit dibawah direktur yang menunjang kegiatan pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang sifatnya segera untuk kasus-kasus yang gawat atau darurat. Peranan Unit Gawat Darurat sangat penting didalam pelayanan kesehatan karena unit ini memberikan pelayanan

khusus kepada penderita gawat darurat selama 24 jam setiap harinya (Depkes, 1995).

Keberhasilan penanggulangan penderita gawat darurat didalam mencegah kematian dan kecacatan ditentukan oleh : 1) kecepatan menemukan penderita gawat darurat, 2) kecepatan meminta pertolongan, 3) kecepatan dan kualitas pertolongan yang diberikan di tempat kejadian, di dalam perjalanan ke rumah sakit, pertolongan selanjutnya secara mantap di rumah sakit. Agar penanggulangan penderita gawat darurat dapat berhasil, maka perlu sistem Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD) dengan tujuan tercapainya suatu pelayanan kesehatan yang optimal, terarah dan terpadu bagi setiap anggota masyarakat yang berada dalam keadaan gawat darurat melalui proses : 1) Pra rumah sakit, yaitu masyarakat awam dan puskesmas, 2) Intra rumah sakit, yaitu Unit Gawat Darurat (Depkes, 1995).

Upaya pelayanan kesehatan pada penderita gawat darurat pada dasarnya mencakup suatu rangkaian kegiatan yang harus dikembangkan sedemikian rupa sehingga mampu mencegah kematian dan cacat yang mungkin terjadi. Cakupan pelayanan kesehatan yang perlu dikembangkan meliputi : 1) penanggulangan penderita di tempat kejadian, 2) transportasi penderita gawat darurat dari tempat kejadian ke sasaran kesehatan yang lebih memadai, 3) upaya penyediaan sarana komunikasi untuk menunjang kegiatan pelayanan penderita gawat darurat, 4) upaya rujukan ilmu pengetahuan, pasien dan tenaga ahli, 5) upaya penanggulangan penderita gawat darurat di tempat rujukan (Unit Gawat Darurat dan Intensive Care Unit), 6) upaya pembiayaan penderita gawat darurat (Depkes, 1995)

Rijadi (1997) membagi pasien gawat darurat berdasarkan klasifikasinya :

1. Pasien Gawat Darurat

Pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat darurat atau terancam nyawanya atau badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya

2. Pasien Gawat Tidak Darurat

Pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya pasien dengan keganasan stadium lanjut

3. Pasien Darurat Tidak Gawat

Pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya, misalnya pasien dengan luka sayat dangkal

4. Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat

Keadaan pasien tidak mengancam nyawa dan badannya, misalnya pasien dengan tbc kulit, pyodermi dan sebagainya

Unit pelayanan gawat darurat ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan, diperlukan data jumlah/jenis kunjungan yang diterima sehari-hari dan kesiapan serta kemampuan menangani korban massal.

Klasifikasi unit pelayanan gawat darurat terdiri dari :

a. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas IV

Yang dimaksud unit pelayanan gawat darurat kelas IV yaitu memiliki dokter subspecialis yang siap dipanggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siap di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan *General Emergency Life Support* (GELS) dengan kemampuan memberikan resusitasi dan stabilisasi *airways, breathing, circulation*, serta terapi definitif. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siap dalam 24 jam

b. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas III

Memiliki dokter spesialis empat besar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan) yang siaga di tempat (*on-site*) dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi medik untuk pelayanan GELS dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi dengan masalah ABC untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam

c. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas II

Memiliki dokter spesialis empat besar yang siap panggil, dokter umum yang siaga di tempat dalam 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS dan mampu memberikan resusitasi dan stabilisasi dengan masalah ABC untuk terapi definitif serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi yang siap 24 jam

d. Unit Pelayanan Gawat Darurat Kelas I

Memiliki dokter umum di tempat 24 jam yang memiliki kualifikasi GELS, mampu melakukan resusitasi dan stabilisasi pasien, serta memiliki alat transportasi untuk rujukan dan komunikasi. (Depkes, 2004)

Dalam buku Manajemen Layanan Kesehatan, Wiyono D (1999), ada 7 (tujuh) standardisasi yang dikemukakan untuk Unit Gawat Darurat :

a. Standar 1. Falsafah dan tujuan

Memberikan pelayanan gawat darurat dengan standar yang tinggi kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan.

Kriteria :

1. Pelayanan harus diselenggarakan dalam 24 jam

Pengertian : harus ada petunjuk yang jelas bagaimana mendapatkan pelayanan gawat darurat untuk rumah sakit yang buka hanya pada jam kerja

2. Pelayanan pasien yang tak darurat tidak boleh mengganggu pelayanan pasien gawat darurat

3. Unit gawat darurat harus membatasi diri dalam pelayanan gawat darurat saja (*primary emergency care*), perawatan selanjutnya diatur dibagian lain/tempat lain

Pengertian : di tempat pelayanan tertentu pelayanan kasus bedah yang ringan dapat/ boleh dilakukan di unit

4. Unit gawat darurat menyelenggarakan pendidikan pelatihan penanggulangan gawat darurat untuk perawat pegawai rumah sakit dan masyarakat sekitarnya

5. Penelitian yang berhubungan dengan fungsi gawat darurat dan kesehatan masyarakat yang harus diselenggarakan

b. Standar 2. Administrasi dan pengelolaan

Unit gawat darurat harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan harus diatur dan dipimpin serta diintegrasikan dengan bagian dan instalasi rumah sakit lainnya

Kriteria :

1. Harus ada dokter yang bertanggung jawab pada pelayanan

Pengertian : di rumah sakit yang besar penanggung jawab adalah kepala unit seorang staf senior, dengan unit yang sejajar dengan unit lainnya. Di rumah sakit yang kecil penanggung jawab adalah dokter atau suatu tim dengan dokter sebagai ketua

2. Harus ada seorang perawat senior dengan kualifikasi berijazah khusus yang mengepalari perawatan gawat darurat

3. Kerjasama yang erat diperlukan untuk :

- a. Unit/bagian/instalasi lainnya dari rumah sakit
- b. Pelayanan ambulance
- c. Dokter disekitarnya
- d. Instansi dan pelayanan setempat

4. Unit harus punya peran utama dalam perencanaan :

- a. penanggulangan bencana/*disaster*
- b. penanggulangan kasus-kasus kebakaran
- c. penanggulangan henti jantung

5. Semua staf/ pegawai harus menyadari dan mengetahui kebijakan dan tujuan dari unit.

Pengertian : meliputi kesadaran sopan santun, keleluasaan pribadi (*privacy*), waktu tunggu, bahasa, perbedaan rasial (suku), kepentingan konsultasi dan bantuan sosial dan bantuan keagamaan.

Pendekatan terpadu sebagai satu tim sangat penting untuk tercapainya standar perawatan yang tinggi dan pemeliharaan semangat tim perlu selalu dipertahankan

6. Identifikasi pasien pada saat masuk harus cermat

Pengertian : hal ini dicapai dengan sistem penomoran di unit sesuai dengan rekam medis atau memakai penomoran rekam medis sendiri dan pencatatan rekam medis harus disimpan agar dapat digunakan dalam pelaporan dan statistik

7. Semua pasien yang masuk harus melalui triase

Pengertian : triase harus dilakukan oleh dokter atau perawat senior yang berijazah/ berpengalaman. Triase sangat penting untuk penilaian kegawatan pasien dan pemberian pertolongan/ terapi sesuai dengan derajat kegawatan dan kedaruratan yang dihadapi. Petugas triase juga bertanggung jawab dalam organisasi dan pengawasan penerimaan pasien dan daerah ruang tunggu

8. Rumah sakit yang memberi pelayanan terbatas pada pasien gawat darurat harus dapat mengatur untuk rujukan ke rumah sakit lain

Pengertian : rumah sakit tersebut harus memberikan pertolongan sesuai dengan indikasi dan kemampuannya yang maksimal. Mengatur transportasi ke tempat rujukan dan memberi tahu rumah sakit rujukan, menyertakan pengawalan yang sesuai dengan keperluan serta menyertakan semua data klinis yang diperlukan oleh rumah sakit yang dirujuk

9. Pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa harus selalu diobservasi dan dipantau oleh tenaga trampil dan mampu

Pengertian : pemantauan harus dilakukan dari unit gawat darurat kebagian lain, dari rumah sakit ke rumah sakit yang lain dan pasien harus didampingi oleh tenaga trampil dan mampu memberikan pertolongan bila timbul kesulitan umumnya pendamping seorang dokter

10. Tenaga dan cadangan tenaga untuk unit harus diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan

Pengertian :

- a. jadwal jaga harian dan jadwal jaga konsulen dari semua unit harus selalu tepat dan sesuai

- b. pelayanan radiologi, hematologi, biokimia, mikrobiologi dan patologi harus diorganisasi/ diatur sesuai kemampuan pelayanan rumah sakit
 - c. fasilitas penyediaan darah dan reaksi kecocokan darah (*cross matching*) harus tersedia selama 24 jam dan kerja sama dengan PMI
 - d. harus ada pengaturan penyediaan obat, cairan infus termasuk *plasma expander* , alat dan kain steril, linen, alat sekali pakai dalam jumlah dan jenis yang siap pakai sesuai dengan kebutuhan
11. Pasien yang dipulangkan harus mendapat petunjuk dan penerangan yang jelas mengenai penyakitnya dan pengobatan selanjutnya
12. Rekam medis harus disediakan untuk setiap kunjungan
- Pengertian : sistem yang optimum adalah bila rekam medis unit gawat darurat, menyatu dengan rekam medis rumah sakit. Rekam medis harus dapat melayani selama 24 jam, bila ini tidak dapat diselenggarakan setiap pasien harus dibuatkan rekam medis sendiri, rekam medis untuk pasien minimal harus mencantumkan :
13. Unit gawat darurat harus mempunyai struktur organisasi yang tertulis dan pembagian tugas untuk semua petugas, bila diperlukan penilaian dilakukan setiap tiga tahun
- c. Standar 3. Staf dan pimpinan
- Unit gawat darurat dipimpin oleh dokter dan staf yang terdiri dari tenaga medis, para medis perawatan, dan tenaga non medis yang berkualifikasi untuk menjamin dilaksanakannya pelayanan yang telah ditentukan.
- Kriteria :
- 1. Tenaga yang bekerja di unit harus sesuai dengan jumlah dan kemampuannya
 - a. Harus selalu ada dokter yang bertanggung jawab setiap waktu bila unit merupakan unit tersendiri. Bila ia tidak berada ditempat harus ada sistem pengganti yang memadai. Di rumah

sakit yang besar atau pendidikan harus selalu ada peserta program dokter spesialis yang minimal tahun kedua. Bila ada mahasiswa kedokteran yang ikut dalam unit mereka setiap waktu harus didampingi oleh dokter

- b. Tenaga paramedis perawatan yang bekerja harus berpengalaman/ terdidik. Hal ini diperlukan karena sifat pekerjaan dan tugas dalam gawat darurat harus selalu tersedia selama 24 jam
 - c. Kedudukan tenaga non medis seperti tenaga tata usaha, sekretaris, pekerja sosial dan tenaga lainnya harus disesuaikan dengan kebutuhan
2. Unit harus mempunyai bagian organisasi yang dapat menunjukkan hubungan antara staf medis, paramedis perawatan, paramedis non perawatan dan tenaga non medis serta garis otoritas dan tanggung jawab
 3. Rapat/ pertemuan staf secara teratur harus diadakan agar komunikasi berjalan dengan baik dan untuk penilaian pelayanan
 4. Rincian tugas tertulis sejak penugasan harus selalu ada bagi setiap petugas
 5. Pada saat mulai diterima sebagai tenaga kerja harus diberikan orientasi dan pengenalan lapangan
 6. Harus ada program penilaian untuk kerja sebagai umpan balik untuk seluruh staf
- d. Standar 4. Fasilitas dan perawatan

Fasilitas yang disediakan harus menjamin efisiensi bagi pelayanan pasien gawat darurat dalam waktu 24 jam terus-menerus

Kriteria :

1. Susunan ruangan dan arsitektur harus dapat menjamin efisiensi pelayanan kegawatan

Pengertian :

- a. Letak unit harus diberi petunjuk jelas hingga dapat diketahui dari jalan manapun dari dalam rumah sakit

- b. Tempat pemutaran ambulance harus cukup luas bila mungkin dibawah atap. Tempat penerimaan pasien dari triase harus diletakkan sedemikian rupa hingga dapat melihat dan mengawasi kedatangan ambulance dan tempat brankar. Bila mungkin ruang resusitasi berada dekat dan mudah dicapai dari tempat penerimaan pasien
 - c. Tempat pemeriksaan tempat tidur/brankar harus cukup untuk menerima beban pekerjaan. Harus disediakan ruang yang cukup dan ada tempat tersendiri untuk melakuka resusitasi, perawatan luka, pembidaian, observasi, isolasi untuk kasus infeksi dan ruang perawat
 - d. Daerah yang memang agar disediakan untuk keluarga yang duka dan gelisah
 - e. Besarnya rumah sakit menentukan perlu tidaknya
 - 1) Ruang penyimpanan alat steril, obat cairan infus, alat kedokteran, serta ruang penyimpanan lain
 - 2) Ruang kantor untuk kepala staf, perawat dan lain-lain
 - 3) Ruang pembersihan dan ruang pembangunan
 - 4) Ruang rapat dan ruang istirahat
 - 5) Kamar mandi
 - 6) Harus tersedia nomor telepon yang cukup. Unit yang besar harus mempunyai sistem komunikasi didalam unit dan dengan unit/bagian terkait dalam rumah sakit
2. Harus ada pelayanan radiologi yang diorganisasi dengan baik serta lokasinya berdekatan dengan unit gawat darurat
- Pengertian : pelayanan radiologi harus dapat dilaksanakan diluar jam kerja. Pelayanan radiologi sangat penting dan dalam unit yang besar harus terletak didalam unit. Harus tersedia ruang untuk membaca foto dan ruang untuk akomodasi staf radiologi.
3. Alat dan instrumen harus berkualitas baik dan selalu tersedia untuk dipakai , peralatan ini juga harus tersedia untuk anak
- Pengertian : peralatan dan obat berikut harus tersedia di dalam unit :

- a. Tabung oksigen dengan cukup oksigen untuk terapi dan nebulasi
- b. Alat ventilasi manual yang mampu memberikan 100% oksigen medis
- c. Alat pengisap (suction)
- d. Laringoskop dan pipa endotrakheal
- e. Cairan infus dan set infus serta alat pompa infus
- f. ECG (*elektro cardiography*) dengan 12 titik pantau untuk diagnosis
- g. Defibrilator
- h. *Military Anti Shock Trousers* (MAST *suit*) untuk anak dan dewasa
- i. Jordan frame
- j. Alat untuk pemasangan WSD (*Water Sealed Drainage*)
- k. Set bedah minor
- l. Bidai dan bidai servikal/leher
- m. Set trakheostomi
- n. Anti bisa ular/tetanus
- o. Obat penyambung nyawa
- p. Respirator
- q. Humidifier
- r. Resusitasi
- s. Pemanas darah
- t. Lemari es untuk menyimpan darah
- u. Alat CVP (*Central Venous Pressure*)

e. Standar 5. Kebijakan dan prosedur

Harus ada kebijakan dan prosedur pelaksanaan tertulis diunit yang selalu disempurnakan dan mudah didapat oleh seluruh staf.

Kriteria :

1. Buku petunjuk berikan hal-hal sebagai berikut :
 - a. Organisasi dan kebijakan umum
 - b. Triase

- c. Rujukan
 - d. Prosedur penerimaan pasien
 - e. Cara pembayaran
 - f. Asuransi
 - g. Perkosaan
 - h. Penyiksaan anak (*Child abuse*)
 - i. Kasus kriminal
 - j. Cedera karena kejahatan
 - k. Cara pengamanan
 - l. Rujukan untuk kasus psikiatri
 - m. Pasien tak dikenal
 - n. Cara penyediaan kebutuhan obat, rekam medis, radiologi dan lain-lain selama 24 jam
 - o. Penyakit yang harus dilaporkan
 - p. Tiba mati (*DOA/Death On Arrival*)
 - q. Otopsi
 - r. *Visum et repertum*
 - s. Permintaan oleh yang berwajib untuk barang bukti
 - t. Permintaan oleh yang berwajib untuk pengukuran kadar alkohol
 - u. Permintaan oleh yang berwajib untuk pengambilan contoh darah
 - v. Rahasia jabatan dan rahasia medis
 - w. Penulis resep
 - x. Permintaan obat narkotik
 - y. Penanganan henti jantung
 - z. Prosedur bencana di rumah sakit
 - å. Prosedur bencana dari luar rumah sakit
 - ä. Prosedur dalam pemadaman listrik, kebakaran
 - ö. Prosedur adanya ancaman bom, penyanderaan
2. Prosedur medis tertulis disesuaikan kebijakan unit terkait dan kebijakan rumah sakit, prosedur ini berisi pula :

- a. Batas tanggung jawab tiap staf dokter atau unit yang terkait
- b. Batasan tindakan apa yang dikerjakan di Unit Gawat Darurat
- c. Penggunaan/pemakaian tempat tidur
- d. Protokol medis untuk pelaksanaan kasus mengancam nyawa, penyakit/keadaan yang sering dijumpai
- e. Protokol medis untuk penyakit/keadaan yang jarang dijumpai seperti rabies dan lain-lain

f. Standar 6. Pengembangan staf dan program pendidikan

Unit gawat darurat agar dimanfaatkan untuk pelatihan magang dan pendidikan berkelanjutan bagi seluruh pegawai

Kriteria :

1. Unit gawat darurat sebagai tempat praktek untuk kebutuhan pendidikan dari mahasiswa kedokteran, peserta program dokter spesialis dan siswa perawat serta paramedis lain
2. Perlu adanya program orientasi bagi setiap dokter, perawat maupun non medis sebelum mereka mulai bekerja di unit gawat darurat
3. Bila memungkinkan unit mengusahakan agar staf/pegawai dapat menghadiri pertemuan ilmiah yang ada hubungannya dengan fungsi unit
4. Bila memungkinkan unit akan membantu penelitian kedokteran maupun keperawatan
5. Semua pegawai paramedis harus mampu dalam pertolongan hidup dasar (*basic life support*) :
 - a. Pembebasan jalan nafas dan bantuan pernafasan
 - b. Pengendalian perdarahan
 - c. Pijatan jantung eksternal
 - d. Penggunaan defibrilator

g. Standar 7. Evaluasi dan pengendalian mutu

Adanya upaya penilaian kemampuan dan hasil unit gawat darurat harus secara terus menerus

Kriteria :

1. Harus tersedia data dan informasi untuk upaya penelitian secara berkala

Pengertian : pengumpulan statistik harus dibatasi dan disesuaikan dengan kemampuan staf yang mengerjakannya. Statistik yang berguna adalah mengenal jumlah pengunjung, waktu pelayanan, penggunaan pemeriksaan penunjang, pola penyakit/kecelakaan dan angka kematian. Statistik ini harus dinilai secara berkala

2. Pelaporan tentang kecelakaan harus ditelaah dan dibahas
3. Unit menyelenggarakan pertemuan berkala

Pengertian : tujuan pertemuan/pembicaraan adalah :

- a. Mengenal masalah yang penting
 - b. Melakukan intervensi bila perlu
 - c. Menyebarkan informasi tersebut ke seluruh unit
4. Diusahakan penilaian hasil pelayanan medis

Pengertian : metode sederhana seperti laporan kasus, penilaian ulang penyakit tertentu dan studi prospektif harus diusahakan.

2.3 Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak hanya terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga keseluruhan jajaran personel di dalam organisasi (Ilyas, 2002). Nawawi (2003) mengatakan bahwa kinerja adalah suatu proses organisasi melakukan penilaian terhadap pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya.

Ada tiga komponen penting menyangkut deskripsi dari kinerja yaitu tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap personel. Walau demikian, penentuan tujuan saja tidaklah cukup, sebab itu dibutuhkan ukuran apakah

seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan. Untuk itu ukuran kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap petugas dan jabatan personel memegang peranan penting. Aspek ketiga dari kinerja adalah penilaian. Aspek penilaian kinerja dikaitkan dengan proses pencapaian personel terhadap tujuan dari suatu organisasi. Instrumen penilaian kinerja harus dimiliki oleh suatu organisasi pelayanan kesehatan. Penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya bersama dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Diharapkan kinerja organisasi dapat meningkat dengan melaksanakan penilaian kinerja yang dilaksanakan dengan cara membandingkan penampilan kerja organisasi dengan standar baku yang telah ditetapkan (Ilyas, 2002)

Penilaian kinerja menurut Suprihanto J (2000) adalah suatu sistem yang digunakan untuk menilai dan mengetahui apakah seorang karyawan telah melaksanakan pekerjaannya masing-masing secara keseluruhan. Penilaian kinerja harus dilakukan secara adil, tidak memihak dan harus menggambarkan kinerja kerja aktual yang akurat, sehingga harus ada kepastian bahwa unsur kinerja sebenarnya dapat dikenali (Ferris G R dan Gilmore D C, 1992).

Manajemen kinerja menurut Permana (2002) adalah suatu strategi dan pendekatan terpadu yang mendukung kesuksesan suatu organisasi melalui suatu peningkatan kinerja dalam organisasi dengan mengembangkan kemampuan tim serta kontribusi dari individu.

Menurut Mulyadi (2001), penilaian kinerja dapat dimanfaatkan oleh manajemen untuk :

- a. Mengelola operasi organisasi secara efektif dan efisien melalui pemotivasian pegawai secara maksimum
- b. Membantu pengambilan keputusan yang bersangkutan dengan pegawainya seperti promosi, pemberhentian, dan mutasi
- c. Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan pengembangan pegawai dan untuk menyediakan kriteria seleksi dan evaluasi program pelatihan pegawai

- d. Menyediakan umpan balik bagi pegawai mengenai bagaimana atasan mereka menilai kinerja mereka
- e. Menyediakan suatu dasar bagi distribusi penghargaan

Lawrence dan Lorsch (1967) dan Gilbraith (1973) menemukan bahwa organisasi yang berkinerja tinggi adalah yang memiliki ciri-ciri :

1. Setiap unit diorganisir dan dikelola sedemikian rupa sesuai dengan tugas dan bagian lingkungannya
2. Disamping dapat menggambarkan perbedaan nyata antar unit, setiap bagian organisasi merupakan kesatuan yang terorganisasi sesuai dengan kebutuhan untuk menampilkan total kinerja fungsi organisasi (Ilyas Y, 2002)

2.4 *Balanced Scorecard*

Balanced scorecard terdiri dari dua kata yaitu *scorecard* (kartu skor) dan *balanced* (berimbang). Kartu skor adalah kartu yang digunakan untuk merencanakan skor yang hendak dicapai oleh personel di masa depan. Melalui kartu skor, skor yang hendak diwujudkan personel di masa depan dibandingkan dengan hasil kinerja sesungguhnya. Hasil perbandingan ini digunakan untuk melakukan evaluasi atas kinerja personel yang bersangkutan. Sedangkan kata berimbang menunjukkan bahwa kinerja personel diukur secara berimbang dari dua aspek : keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang, serta antara kinerja yang bersifat intern dan kinerja yang bersifat ekstern (Mulyadi, 2001). *Balanced scorecard* adalah kumpulan kinerja yang terintergrasi yang diturunkan dari perusahaan yang mendukung strategi segala keseluruhan. *Balanced scorecard* juga memberikan suatu cara untuk mengkomunikasikan strategi suatu perusahaan pada manager-managernya (Amin Wijaya, 2001).

Balance scorecard ternyata tidak hanya untuk memperjelas dan mengkomunikasikan strategi, tetapi juga untuk merencanakan dan mengembangkan strategi sehingga *balanced scorecard* telah berkembang dari sebuah sistem pengukuran menjadi sebuah sistem manajemen.

Balanced scorecard menyediakan para manajer suatu instrumen yang dibutuhkan untuk mengemudikan perusahaan menuju kepada keberhasilan persaingan masa depan, pada saat ini, perusahaan bersaing dalam lingkungan yang kompleks sehingga pemahaman yang akurat tentang tujuan serta metode untuk mencapainya adalah amat vital (Mulyadi, 2001)

Konsep *balanced scorecard* dikembangkan oleh Robert S. Kaplan dan David P. Norton. *Balanced scorecard* menerjemahkan visi dan strategi perusahaan ke dalam seperangkat ukuran yang menyeluruh yang memberi kerangka kerja bagi pengukuran dan sistem manajemen strategi (Kaplan dan Norton, 1996). *Balanced scorecard* juga merupakan suatu konsep manajemen yang membantu menerjemahkan strategi ke dalam tindakan (Gaspersz, 2011). *Balanced scorecard* berfungsi sebagai alat untuk mengkomunikasikan strategi diantara para *stakeholders* dari suatu perusahaan. Dengan menggunakan *balanced scorecard*, para *stakeholders* dapat melakukan *review* terhadap strategi dan pencapaiannya dengan bahasa yang sama (Luis dan Biromo, 2007). Selain tetap memberikan penekanan pada pencapaian tujuan finansial, *balanced scorecard* juga memuat faktor pendorong kinerja tercapainya tujuan finansial tersebut. *Scorecard* mengukur kinerja perusahaan pada empat perspektif yang seimbang (*Balanced*) finansial, pelanggan, proses bisnis internal, dan proses pembelajaran serta pertumbuhan (Mulyadi, 2001).

Menurut Mulyadi perusahaan menggunakan fokus pengukuran *scorecard* untuk menghasilkan berbagai proses manajemen penting :

- a. Memperjelas dan menerjemahkan visi dan strategi
- b. Mengkomunikasikan dan mengaitkan beberapa tujuan dan ukuran strategis
- c. Merencanakan, menetapkan sasaran, dan menyelaraskan berbagai inisiatif strategis
- d. Meningkatkan umpan balik dan pembelajaran strategis.

Menurut Sabarguna (2007), peran *Balanced Scorecard* dalam suatu perusahaan atau industri yaitu sebagai berikut :

- a. Berperan memperluas perspektif yang dicakup dalam menafsirkan dampak trend perubahan lingkungan makro dan industri
- b. Berperan dalam menjadikan komprehensif dan koheren sasaran inisiatif strategis yang dihasilkan dalam perencanaan strategis
- c. Berperan dalam menjadikan komprehensif program yang dihasilkan dalam penyusunan program
- d. Berperan dalam menjadikan komprehensif anggaran yang dihasilkan dalam penyusunan anggaran
- e. Berperan memperluas perspektif kinerja personel yang diukur dan dievaluasi.

Menurut Harvard (dalam Yuwono, 2002), salah satu instrument penilaian kinerja rumah sakit yang sekaligus dapat digunakan sebagai alat perencanaan strategis adalah *balanced scorecard*. Keunggulan pendekatan *balanced scorecard* dalam sistem perencanaan strategis (Mulyadi, 2001) yaitu :

- a. Komprehensif

Balanced scorecard memperluas perspektif dari yang sebelumnya hanya berfokus pada keuangan meluas dan mencakup pada perspektif customer, proses bisnis internal serta pembelajaran dan pertumbuhan sehingga lebih komprehensif. Perluasan tersebut bermanfaat dalam melipatgandakan kinerja keuangan dalam waktu jangka panjang dan membuat perusahaan/organisasi mampu untuk memasuki lingkungan bisnis/organisasi yang kompleks.

- b. Koheren

Balanced scorecard mewajibkan personel untuk membangun hubungan sebab akibat dalam berbagai sasaran strategis yang dihasilkan dalam perencanaan strategis. Setiap sasaran strategis yang ditetapkan dalam persepektif nonkeuangan harus mempunyai hubungan kausal dengan sasaran keuangan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Misalnya, sasaran strategis dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan harus menjadi penyebab terwujudnya

sasaran strategik di proses bisnis internal, customer atau secara langsung pada perspektif keuangan.

c. Seimbang

Dalam sistem perencanaan strategik, *balanced scorecard* menggambarkan keseimbangan sasaran yang dihasilkan dalam keempat perspektif. Keseimbangan harus terjadi diantara keempat perspektif, yaitu keseimbangan internal (perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan), keseimbangan external (perspektif keuangan dan customer), keseimbangan berfokus pada proses (perspektif keuangan dan proses bisnis internal) dan keseimbangan berfokus pada orang (perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, perspektif customer). Ketidakseimbangan terjadi jika :

- Sasaran strategik lebih berfokus pada intern yaitu pada proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan sehingga mengakibatkan perspektif customer dan keuangan menjadi terabaikan. Hal ini akan mempengaruhi kepuasan customer dan pemegang saham sehingga dapat mempengaruhi kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kinerja keuangan dalam jangka panjang
- Sasaran strategik lebih berfokus pada ekstern yaitu pada perspektif keuangan dan customer sehingga mengakibatkan perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan menjadi terabaikan. Hal ini akan mempengaruhi kepuasan personel perusahaan sehingga dapat mempengaruhi kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kinerja keuangan dalam jangka panjang
- Sasaran strategik lebih berfokus pada orang yaitu pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dan perspektif customer sehingga perspektif proses bisnis internal dan keuangan terabaikan. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kinerja keuangan dalam jangka panjang
- Sasaran strategik lebih berfokus pada proses yaitu pada perspektif keuangan dan perspektif proses bisnis internal sehingga

mengakibatkan perspektif customer dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan menjadi terabaikan. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kinerja keuangan dalam jangka panjang.

d. Terukur

Salah satu keunggulan dalam *balanced scorecard* adalah dalam hal keterukuran. Melalui pendekatan *balanced scorecard*, sasaran-sasaran strategik non keuangan yang sulit diukur seperti customer, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan dapat ditentukan ukurannya sehingga dapat dikelola dan diwujudkan.

2.4.1 Perspektif Keuangan (Finansial)

Perusahaan biasanya menekankan dua aspek utama dalam perancangan strategi finansialnya yaitu pertumbuhan pendapatan dan produktivitas. Strategi pertumbuhan pendapatan berfokus pada pencapaian penjualan dari pasar baru dan produk baru atau memperkuat dan memperluas relasi dengan pelanggan saat ini. Sedangkan strategi produktivitas terdiri dari dua bentuk yaitu memperbaiki struktur biaya perusahaan dengan jalan menekan biaya dan memanfaatkan aset secara lebih efisien dengan jalan menekan kebutuhan modal kerja dan modal tetap untuk mendukung tingkat keluaran (output) tertentu.

Untuk membangun suatu *balanced scorecard* harus mengaitkan unit-unit bisnis kepada tujuan finansial yang berkaitan dengan strategi perusahaan. Tujuan finansial berperan sebagai fokus untuk tujuan-tujuan strategik dan ukuran-ukuran dalam semua perspektif yang lain dari *balanced scorecard*. Setiap ukuran yang dipilih seyogyanya menjadi bagian dari suatu keterikatan hubungan sebab akibat yang memuncak dalam peningkatan kinerja finansial (Gaspersz, 2011)

Sasaran strategik di perspektif keuangan (meningkatnya *return on investment*, pertumbuhan pendapatan, berkurangnya biaya) dapat terwujud akibat dari dipicunya perspektif customer, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (Mulyadi, 2001).

Menurut Gaspersz (2011), ketika mendefinisikan perspektif finansial, manajemen perusahaan harus mempertimbangkan tahap-tahap dalam siklus hidup bisnis (*business life cycle*), yang pada dasarnya dibagi ke dalam tiga tahap, yaitu perusahaan yang berada pada tahap awal pertumbuhan (*early stage company*), perusahaan yang berada pada tahap keberlangsungan (*sustainable stage company*), dan perusahaan yang berada pada tahap kematangan (*mature stage company*).

Perusahaan yang berada pada tahap awal pertumbuhan (*early stage company*), memiliki produk (barang dan/atau jasa) yang bertumbuh secara signifikan, sehingga strategi dan pengukuran dalam perspektif finansial yang dilakukan dapat difokuskan pada pertumbuhan penerimaan (*revenue growth*), penghasilan/keuntungan positif (*sales and market share growth*).

Perusahaan yang berada pada tahap keberlangsungan (*sustainable stage company*) memiliki produk (barang dan/atau jasa) yang bertumbuh stabil, sehingga strategi dan pengukuran perspektif finansial yang dilakukan dapat difokuskan pada peningkatan pendapatan operasional, peningkatan tingkat pengembalian investasi (*return on investment-ROI*) dan peningkatan keuntungan kotor (*gross margin*).

Perusahaan yang berada pada tahap kematangan (*mature stage company*) memiliki produk (barang dan/atau jasa) yang bertumbuh secara lambat, sehingga strategi dan pengukuran perspektif finansial dapat difokuskan pada pengelolaan arus kas (*cash flow management*), nilai tambah ekonomis (*economic value added*), dan nilai tambah kas (*cash value added*). Tema-tema strategis untuk perspektif finansial yang umum ditampilkan pada tahap ketiga dari siklus bisnis adalah pertumbuhan dan keberagaman sumber penerimaan, reduksi biaya dan/atau peningkatan produktivitas, dan utilisasi asset dan/atau strategi investasi (Gaspersz, 2011).

Selain itu, Kaplan dan Norton (1996) mengidentifikasi tiga tahapan dari siklus bisnis yaitu :

- a. Tahap bertumbuh atau berkembang (*growth*)
- b. Tahap bertahan (*sustain*)

c. Tahap menuai atau panen (*harvest*)

Tahap bertumbuh atau berkembang (*growth*) adalah tahap awal dari siklus kehidupan bisnis. Pada tahap ini suatu perusahaan memiliki produk atau jasa yang secara signifikan mempunyai tingkat pertumbuhan yang baik sekali atau paling tidak memiliki potensi untuk berkembang baik. Sasaran keuangan dari bisnis yang berada pada tahap ini menekankan pengukuran pada persentase tingkat pertumbuhan pendapatan dan tingkat pertumbuhan penjualan di berbagai pasar sasaran, kelompok pelanggan dan wilayah yang ditargetkan. Perusahaan dalam tahap ini, mungkin secara aktual beroperasi dengan aliran kas (*cash flow*) yang negatif dan tingkat pengembalian atas modal yang rendah. Investasi yang ditanamkan untuk kepentingan masa depan, sangat mungkin memakan biaya lebih besar dibandingkan dengan jumlah dana yang mampu dihasilkan. Jadi pada tahap berkembang ini, sasaran keuangan ditekankan pada pertumbuhan penjualan produk atau jasa untuk pasar dan pelanggan baru, memelihara tingkat pengeluaran yang cukup untuk produk dan pengembangan proses, sistem, kapabilitas pegawai, memantapkan pemasaran baru, penjualan, serta saluran distribusi.

Tahap bertahan (*sustain*) adalah tahap dimana perusahaan masih melakukan investasi dan reinvestasi dengan mensyaratkan tingkat pengendalian yang baik. Dalam tahap ini perusahaan berusaha mempertahankan pangsa pasar yang ada dan mengembangkan apabila mungkin. Serta tidak lagi bertumpu pada strategi-strategi jangka panjang. Sasaran keuangan pada tahap ini lebih diarahkan pada besarnya tingkat pengembalian atas investasi yang dilakukan.

Tahap menuai atau panen (*harvest*) adalah tahap dimana perusahaan melakukan panen terhadap investasi mereka. Perusahaan tidak lagi melakukan investasi lebih jauh kecuali hanya untuk memelihara dan perbaikan fasilitas, tidak akan melakukan atau membangun suatu kemampuan baru, jadi sasaran-sasaran keuangan pada tahap ini ditekankan pada memaksimalkan aliran kas masuk ke perusahaan.

Penilaian kinerja perusahaan yang umumnya dilakukan untuk jangka waktu yang lebih panjang (lebih dari 1 tahun) adalah untuk menilai implementasi strategi perusahaan. Untuk menilai kinerja perusahaan jangka panjang dari aspek keuangan dapat dilakukan dengan menganalisa laporan keuangan, salah satu cara yang digunakan adalah dengan menggunakan analisa rasio (rasio likuiditas, rasio solvabilitas, rasio rentabilitas dan rasio profitabilitas). Selain dengan analisa rasio, evaluasi kinerja keuangan juga dilakukan dengan analisa *return on investment*. Analisa ROI ini sudah merupakan tehnik analisa yang lazim digunakan oleh pimpinan perusahaan untuk mengukur efektifitas dari keseluruhan operasi perusahaan, dan merupakan salah satu tehnik analisa keuangan yang bersifat menyeluruh (Munawir. S, 1989).

Pada perspektif finansial manajemen rumah sakit, menurut Sabarguna (2007), pada dasarnya penghematan biaya secara otomatis harus sudah menjadi bagian dari pelaksanaan pelayanan dan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan dari sisi keuangan. Hal tersebut biasanya dilakukan rumah sakit yang sedang berusaha meningkatkan jumlah pasien melalui upaya pemasaran yang sedang dilakukan, dapat secara simultan mengadakan penghematan sehingga akan memperoleh nilai tambah yang lebih besar untuk lebih memacu pengembangan rumah sakit.

Sistem akuntansi adalah organisasi formulir, catatan, dan laporan yang dikoordinasi sedemikian rupa untuk menyediakan informasi keuangan yang dibutuhkan oleh manajemen guna memudahkan pengelolaan perusahaan. Sistem akuntansi hendaknya disusun sedemikian rupa sehingga dapat menurunkan biaya operasional yang mengakibatkan peningkatan efisiensi dan efektifitas kerja. Indikator yang dapat digunakan untuk menilai kinerja perspektif finansial yaitu antara lain : pertumbuhan pendapatan, pertumbuhan ROI, dan berkurangnya biaya. (Mulyadi, 2001).

2.4.2 Perspektif Pelanggan

Dalam perspektif pelanggan, perusahaan haruslah mengidentifikasi pelanggan dan segmen pasar yang akan dimasuki. Selain dituntut untuk memuaskan pelanggan, para manajer unit bisnis juga harus menterjemahkan pernyataan misi dan strategi ke dalam tujuan yang disesuaikan dengan pasar dan pelanggan yang spesifik. Kinerja yang buruk dari perspektif ini akan menurunkan jumlah pelanggan di masa depan (Kaplan dan Norton, 1996).

Menurut Tjiptono (2004), ukuran-ukuran pokok perspektif pelanggan dalam *balanced scorecard*, yaitu :

- a. Pangsa pasar, mencerminkan proporsi bisnis di pasar tertentu (dalam hal jumlah pelanggan, nilai rupiah yang dibelanjakan, atau unit volume penjualan) yang dijual sebuah unit bisnis
- b. *Customer acquisition*, mencerminkan kemampuan sebuah unit bisnis untuk menarik atau mendapatkan pelanggan atau bisnis baru dan merupakan ukuran pemacu kinerja organisasi bisnis dalam perspektif customer
- c. Retensi pelanggan, merefleksikan kemampuan sebuah unit bisnis untuk mempertahankan pelanggan. Salah satu hal yang perlu dilakukan untuk mempertahankan pelanggan adalah dengan melakukan tindak lanjut komplain dari pelanggan dengan baik. Upaya tindak lanjut komplain yang cepat dan efektif dapat mempertahankan sebagian diantara para pelanggan yang tidak puas sebelum mereka beralih pemasok dan meminimalkan kemungkinan terulangnya kembali masalah yang sama di kemudian hari. Retensi pelanggan yang dilandasi kemampuan membangun orientasi pelanggan dapat memberikan manfaat salah satunya adalah terciptanya loyalitas pelanggan
- d. Kepuasan pelanggan, memenuhi tingkat kepuasan pelanggan berdasarkan kinerja spesifik seperti kualitas, layanan, atau kehandalan pengiriman tepat waktu. Pengukuran kepuasan pelanggan menjadi hal yang penting untuk dilakukan oleh setiap organisasi. Kepuasan

pelanggan menurut teori *service quality* dari Valerie Zeithamal dipengaruhi oleh 5 (lima) dimensi yang meliputi :

1. *Tangible*

Dimensi ini merupakan berbagai fasilitas yang dapat dilihat dan digunakan perusahaan dalam upaya memenuhi kepuasan pelanggan, seperti :

- a. Bangunan gedung/kantor
- b. Peralatan yang dimiliki perusahaan
- c. Penampilan karyawan/petugas perusahaan
- d. Usaha dalam mempromosikan perusahaan

2. *Reliability*

Merupakan kehandalan karyawan/petugas dalam melayani pelanggan sesuai yang dijanjikan seperti :

- a. Kemampuan dalam menepati janji
- b. Kemampuan dalam memecahkan masalah pelanggan
- c. Kemampuan dalam memberikan pelayanan pertama yang terbaik
- d. Tidak melakukan kesalahan yang berarti

3. *Responsiveness*

Dimensi ini dimaksudkan sebagai sikap tanggap, mau mendengarkan, merespon pelanggan dalam usaha memuaskan pelanggan seperti :

- a. Kemampuan perusahaan untuk memberikan informasi secara tepat
- b. Berusaha memberikan pelayanan dengan segera ketika diperlukan
- b. Berusaha memberikan pertolongan kepada pelanggan
- c. Tidak menunjukkan sikap sok sibuk

4. *Assurance*

Rasa aman/kenyamanan dirasakan atau diterima pelanggan, meliputi :

- a. Kredibilitas perusahaan
- b. Perusahaan menghargai bisnis pelanggan

- c. Memperlakukan pelanggan secara sopan santun
- b. Karyawan memiliki pengetahuan di bidangnya

5. *Emphaty*

- a. Karyawan mampu memberikan perhatian yang bersifat pribadi kepada pelanggan.
- b. Perusahaan mengerti kemauan dan keinginan pelanggan
- c. Kenyamanan jam operasional perusahaan bagi pelanggan
- d. Mempelajari kebutuhan pelanggan sebelum mengambil tindakan apapun

2.4.3 Perspektif Proses Bisnis Internal

Dalam perspektif proses bisnis internal, manajer harus mengidentifikasi proses-proses yang paling kritis untuk mencapai tujuan peningkatan nilai bagi pelanggan (perspektif pelanggan) dan tujuan peningkatan nilai bagi pemegang saham (perspektif finansial). Banyak organisasi memfokuskan untuk melakukan peningkatan proses-proses operasional. Untuk *balanced scorecard*, biasanya dipergunakan model rantai nilai proses bisnis internal yang terdiri dari tiga komponen utama, yaitu :

a. Proses inovasi

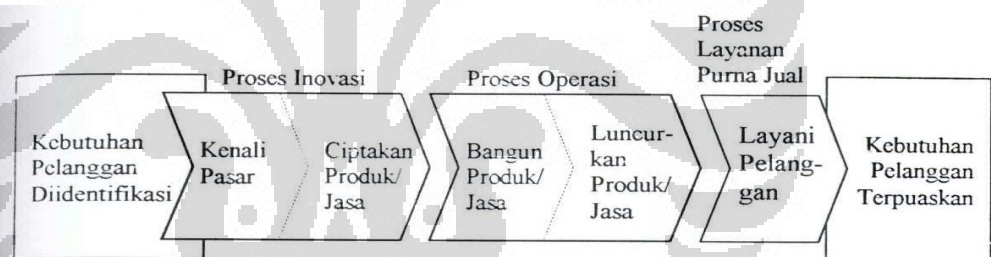
Yang mengidentifikasi kebutuhan pelanggan masa kini dan masa mendatang serta mengembangkan solusi baru untuk kebutuhan pelanggan itu. Sebagai misal solusi yang dilakukan adalah meluncurkan produk (barang dan/atau jasa) baru, menambah *features* baru pada produk yang telah ada, memberikan solusi yang unik, mempercepat penyerahan produk ke pasar, dll. Proses inovasi dapat dilakukan melalui riset pasar untuk mengidentifikasi ukuran pasar, preferensi atau kebutuhan pelanggan secara spesifik, sehingga mampu menciptakan dan menawarkan produk (barang dan/atau jasa) sesuai kebutuhan pelanggan dan pasar.

b. Proses operasional

Yang mengidentifikasi sumber-sumber pemborosan dalam proses operasional serta mengembangkan solusi masalah yang terdapat dalam proses operasional itu agar meningkatkan efisiensi produksi, meningkatkan kualitas produk dan proses, memperpendek waktu siklus (*cycle time*) sehingga meningkatkan penyerahan produk berkualitas tepat waktu. Proses operasional dapat ditingkatkan melalui eliminasi terhadap semua pemborosan serta melakukan kualitas pada setiap sub-proses kritis dalam proses itu menggunakan diagram alir proses (*process flowchart*).

c. Proses pelayanan

Berkaitan dengan pelayanan kepada pelanggan, seperti : pelayanan purna jual, menyelesaikan masalah yang timbul pada pelanggan dalam kesempatan pertama yang cepat, melakukan tindak lanjut secara proaktif dan tepat waktu, memberikan sentuhan pribadi (*personal touch*). (Gaspersz, 2011)



Sumber : Kaplan dan Norton, 2004

Gambar 2.1 Model Proses Bisnis Internal

2.4.4 Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Aspek keempat yang menjadi unsur pengukuran kinerja organisasi dalam model *balanced scorecard* adalah proses pembelajaran dan pertumbuhan. Jika tujuan-tujuan yang ditetapkan dalam perspektif finansial, pelanggan dan proses bisnis internal mengidentifikasi dimana organisasi harus unggul untuk mencapai terobosan kinerja, maka tujuan dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan memberikan infrastruktur yang memungkinkan tujuan-tujuan ambisius dalam ketiga perspektif itu

tercapai. Tujuan-tujuan dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan merupakan pengendali untuk mencapai keunggulan outcome dalam ketiga perspektif finansial, pelanggan dan proses bisnis internal (Gaspersz, 2011).

Sumber daya manusia harus berkembang jika perusahaan menginginkan kemakmuran, pengetahuan karyawan harus menjadikan sesuatu yang produktif untuk memberikan nilai bagi pelanggan. Karyawan akan memberikan komitmennya bila ia merasakan ikatan emosional dengan suatu perusahaan. Perusahaan-perusahaan dalam menghadapi persaingan global membutuhkan karyawan yang cerdas, berinovasi dan berkreasi, menguasai komputer dan mudah menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan bisnis. Perusahaan harus memperhatikan hal-hal yang dapat menurunkan citra perusahaan dimata pelanggan, sebaiknya karyawan baru yang tidak terlatih, tidak memiliki komitmen, tidak memiliki kompetensi untuk menjawab pertanyaan pelanggan jangan dipekerjakan secara langsung untuk berhadapan dengan pelanggan. Sumber daya manusia merupakan satu-satunya kekayaan perusahaan yang memiliki kemampuan untuk menghasilkan sinergi dari penggabungan berbagai sumber daya (Kaplan dan Norton, 1996).

Banyak cara yang dapat digunakan untuk mengukur kepuasan kerja. Salah satunya adalah pengukuran yang dikembangkan oleh Cellucci dan De Vries (1978) dalam Khadijah (2002). Dengan menggunakan skala Likert, perasaan hati seorang pekerja dapat dicerminkan dari jawaban-jawaban dalam kuesioner yang diisi. Skor yang rendah mengindikasikan ketidakpuasan yang tinggi, demikian pula sebaliknya.

Untuk menetapkan tingkat kepuasan dengan menggunakan skala Likert dilakukan interpretasi skor skala Likert dengan skor T. Hal ini merupakan suatu cara yang dapat menginterpretasikan skor individual dalam skala rating yang dijumlahkan dan membandingkannya dengan harga rata-rata (nilai *mean*) skor kelompok dimana subyek merupakan bagian dari kelompok. Perbandingan relatif ini akan menghasilkan interpretasi skor individual sebagai lebih atau kurang *favorable* dibandingkan dengan rata-rata kelompoknya. Salah satu skor standar yang

biasanya digunakan dalam skala model Likert adalah skor T dengan rumus sebagai berikut :

$$T = 50 + 10 \left(\frac{X - \bar{X}}{s} \right)$$

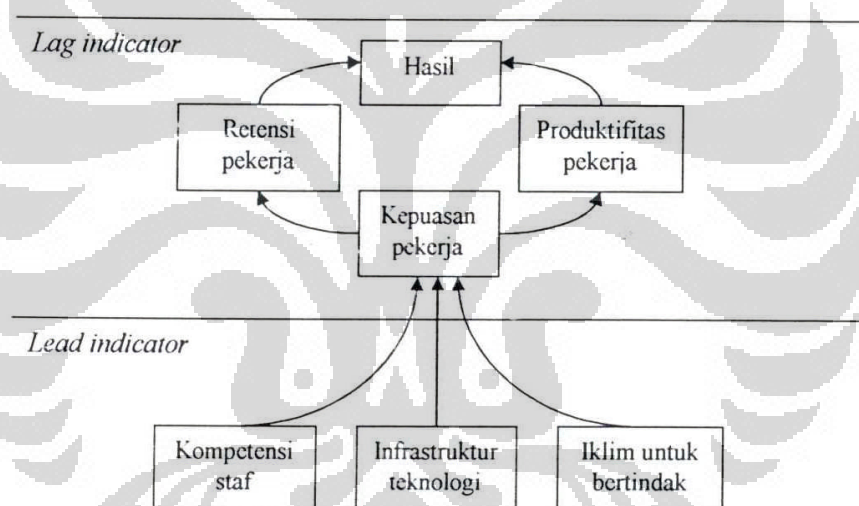
X = Skor individual yang diperoleh dari skor total pada skala sikap

\bar{X} = Mean skor kelompok

s = Deviasi standar skor kelompok

Jika : - Skor $T \leq$ median = tidak puas

- Skor $T >$ median = puas



Sumber : Kaplan dan Norton, 2004

Gambar 2.2 Model Untuk Peningkatan Kapabilitas Pekerja

2.4.5 Peta Strategi

Menurut Kaplan dan Norton (2004), peta strategi (*strategy map*) adalah diagram yang mendeskripsikan/ menggambarkan strategi melalui hubungan sebab akibat (*cause and effect relationship*) diantara tujuan-tujuan dalam keempat perspektif *balanced scorecard* secara eksplisit. Peta

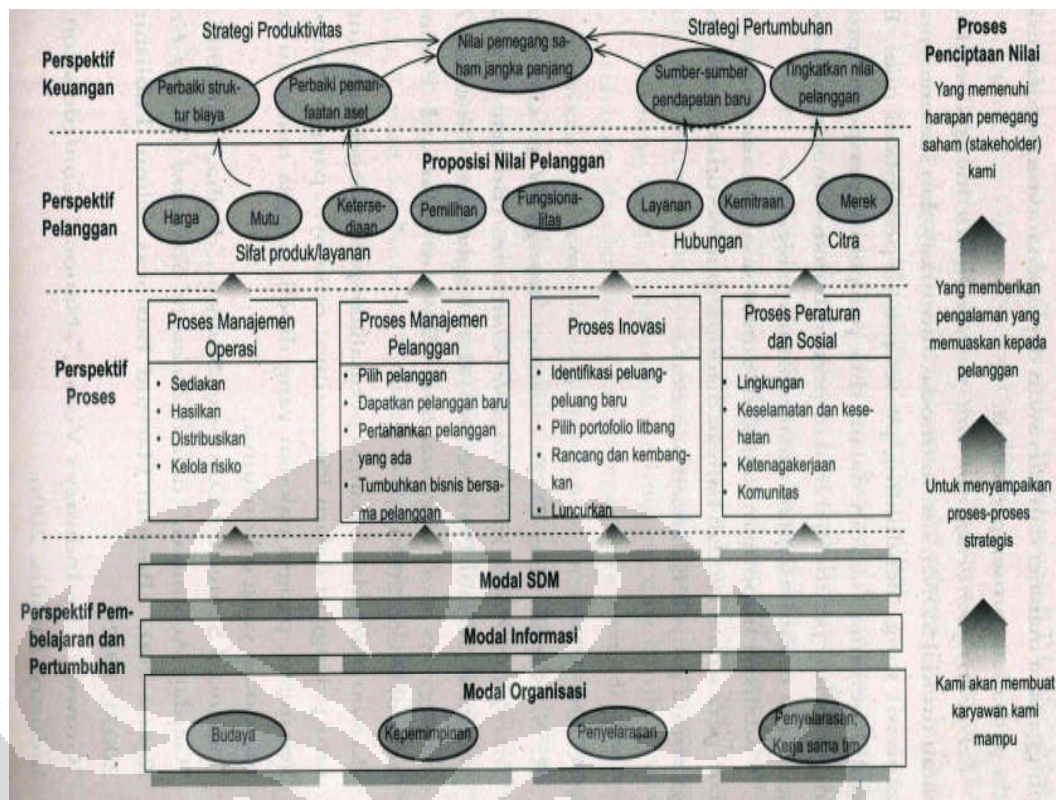
strategi penting karena pelaksanaan strategi yang berhasil membutuhkan tiga komponen yang dapat ditulis sebagai persamaan :

$$\begin{aligned} \{Breakthrough\ results\} &= \{Describe\ the\ strategy\} + \{Measure\ the\ strategy\} \\ &+ \{Manage\ the\ strategy\} \\ \{Breakthrough\ results\} &= \{Strategy\ maps\} + \{Balanced\ scorecard\} + \\ &\{Strategy\ focused\ organization\} \end{aligned}$$

Dengan peta strategi maka strategi dapat dijelaskan dengan cara yang serupa dan konsisten kepada seluruh anggota organisasi sehingga tujuan-tujuan dan ukuran-ukuran dapat dikelola dengan baik. Peta strategi merupakan mata rantai yang hilang (*missing link*) antara proses formulasi strategi dan pelaksanaannya.

Kaplan dan Norton menyusun model peta strategi yang dapat disajikan *template* (panduan) dalam menyusun peta strategi yang disesuaikan dengan keadaan organisasi atau perusahaan masing-masing. Perusahaan dapat memanfaatkannya sebagai *normative checklist* (pembanding kelengkapan) dari komponen-komponen strategi serta hubungan saling keterkaitannya dalam peta strategi spesifik yang sedang dibuat. Bila salah satu komponen dalam peta strategi tidak lengkap maka dikhawatirkan strategi yang dibuat akan “pincang” (Kaplan dan Norton, 2004).

Secara bersama-sama, perspektif keuangan dan pelanggan dalam peta strategi dan *balanced scorecard* menguraikan apa yang ingin dicapai oleh organisasi: peningkatan nilai pemegang saham melalui pertumbuhan pendapatan dan peningkatan produktivitas, dan peningkatan pangsa perusahaan dari jumlah pengeluaran untuk pelanggan melalui pendapatan, kepuasan, retensi, kesetiaan, dan pertumbuhan pelanggan. Bila diambil bersama, sasaran dalam dua perspektif lainnya, perspektif proses dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan menggambarkan bagaimana organisasi akan menerapkan strateginya (Kaplan dan Norton, 2008).



Sumber : Kaplan dan Norton, 2008

Gambar 2.3 Peta Strategi

BAB III

GAMBARAN UMUM

PELAYANAN KESEHATANST. CAROLUS

3.1 Sejarah dan Perkembangan

Pada tahun 1910, beberapa pemeluk awam Katolik, seperti Bapak P.A. Karthaus, Ir. Acken, dan Kapten Orie, merasa perlu didirikan sebuah rumah sakit di Jakarta. Tiga tahun kemudian mereka diterima baik oleh Tarekat Suster-suster Cinta Kasih Santo Carolus Borromeus, di Maatstricht, Negeri Belanda. Pada tanggal 16 Juli 1917 berdirilah Perhimpunan St.Carolus (Sint Carolus Vereginig), sebuah badan yang kemudian membangun Rumah Sakit St.Carolus. Sejak tahun 1980, nama rumah sakit ini diganti menjadi Pelayanan Kesehatan St.Carolus, atau PK St Carolus.

Sejak berdirinya, Rumah Sakit St.Carolus menempati areal di JL. Salemba 41 Jakarta. Ketika pada tanggal 19 Januari 1919 untuk pertama kalinya menerima pasien, dengan diberkati oleh Uskup Mgr. E.S.Luypen, SJ, modal rumah sakit hanya 10 suster dari Santo Carolus Borromeus dan 40 tempat tidur. Pada hari itu lahirlah rumah sakit Katolik pertama di Jakarta. Tahun 1921, Kamar Bedah dan Bangsal penyakit Dalam diperluas. Tahun 1934 mulai dibangun Asrama Perawat. Pada zaman pendudukan Jepang, para dokter dan karyawan ditahan. Rumah sakit dialihkuasakan. Meskipun begitu, di tempat pengungsianya, Rumah Sakit St. Carolus tetap melayani masyarakat.

Setelah Indonesia merdeka, Rumah Sakit St.Carolus membuka sekolah bidan (1946) dan Kursus Pembantu Perawat (1947). Pada bulan Agustus 1948, setelah diserahkan kembali ke Perhimpunan St.Carolus, Rumah Sakit St. Carolus sepenuhnya berstatus swasta, terbuka bagi dokter-dokter Indonesia, dan berbahasa pengantar Indonesia. Tahun 1950 pengurus dan staf ahli diperbarui dan diremajakan. Jumlah kamar bedah, laboratorium, poliklinik, kamar cuci, dapur dan asrama ditambah.

Pada tahun 1952 didirikan Sekolah Pengatur Rawat (setingkat SLTA), yang pada tahun 1962 ditingkatkan menjadi akademi (Akademi Perawat)/ pada dekade 70-1n dibuka Balkesmas (Balai Kesehatan Masyarakat), tersebar di seluruh wilayah Jakarta.

Walaupun sejak tahun 90-an PK St.Carolus tak urung harus ikut memasuki era kompetisi dengan menjamurnya rumah sakit baru, tetapi eksistensi rumah sakit ini tetap baik. Hal ini menambah keyakinan bahwa pelayanan ST.Carolus menyentuh jiwa masyarakat Indonesia. Dan selama 85 tahun lebih, PK. St Carolus setia melayani masyarakat, memberikan pelayanan yang bermutu dan terbaik bagi mereka yang dilayani.

3.2 Falsafah, Visi, Misi dan Tujuan Pelayanan Kesehatan St. Carolus

a. Falsafah

1. Iman, Pengharapan, dan Kasih merupakan karunia yang mendasari keyakinan Pelayanan Kesehatan Sint Carolus (P.K) dalam memberdayakan manusia sebagai ciptaan Allah yang mempunyai citra dan martabat yang unik
2. Setiap orang berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal dan berkewajiban memelihara serta meningkatkannya dengan sebaik-baiknya
3. Karya kesehatan buka semata-mata kegiatan teknis tetapi juga merupakan ungkapan komitmen terhadap pengabdian dan cinta kasih sesama

b. Visi

Menjadi pelayanan kesehatan yang dikenal melayani sesama dengan sentuhan manusiawi, utuh dan terpadu, melalui sumber daya manusia yang mampu dan mau bekerja keras, belajar dan mengembangkan diri.

c. Misi

1. Memberikan pelayanan kesehatan dengan sikap bela rasa, rendah hati, hormat terhadap kehidupan dan adil kepada mereka yang membutuhkan

2. Memberikan pelayanan kesehatan melalui Balikesmas, Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Pelayanan Penunjang dengan memperhatikan aspek fisik, mental, sosial dan spiritual
3. Menyediakan pelayanan kesehatan bagi warga masyarakat dari semua strata sosial dan ekonomi dengan cara subsidi silang
4. Menyediakan sarana dan prasarana untuk meningkatkan kesejahteraan dan pengembangan bagi semua yang berkarya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan PKSC
5. Menciptakan suasana atau iklim kerja yang serasi dan mendukung kebersamaan, rasa memiliki, serta disiplin demi kemajuan PKSC>

d. Tujuan

1. Berkembangnya budaya hidup sehat pada masyarakat yang dilayani, melalui pendekatan holistik dan komprehensif
2. Tersedianya pelayanan kesehatan bermutu bagi mereka yang membutuhkan, dengan memperhatikan kemajuan ilmu, teknologi dan etika profesi, serta penggunaan sumber daya yang efektif dan efisien
3. Terciptanya suasana dan iklim kerja partisipatif yang didasari cinta kasih demi pengembangan karya P.K. Sint Carolus dan kesejahteraan seluruh karyawan

3.3 Lokasi dan Layanan Pelayanan Kesehatan St. Carolus

Pelayanan Kesehatan St. Carolus terletak di Jalan Salemba Raya No 41, Jakarta Pusat. PK St. Carolus mempunyai jenis pelayanan, antara lain :

a. Fasilitas Rawat Jalan terdiri dari

1. Poliklinik Spesialis :

Poliklinik spesialis meliputi bagian kesehatan anak, kebidanan & kandungan, penyakit dalam, penyakit jantung, penyakit paru, penyakit hati & pencernaan, penyakit ginjal, penyakit mata, penyakit kulit & kelamin, penyakit syaraf, penyakit jiwa, bedah umum, bedah digestif, bedah tulang, bedah saluran kemih, bedah

syaraf, bedah anak, bedah thorax, bedah vaskuler, bedah tumor, bedah plastic, bedah mulut, rehabilitasi medic, klinik gigi orthodonti.

2. Poli Umum
3. Poli Gigi
4. Psikologi
5. Konsultasi Gizi
6. Hemodialisa

b. Fasilitas Diagnostik

Fasilitas diagnostik meliputi Lab patologi klinik, Lab patologi anatomi, radiologi, ultrasonografi, echocardiografi, mamografi, CT-Scan, EEG, EKG, Treadmill, Spirometri, Endoscopy, Bronchoscopy, Arthroscopy, Audiometri

c. Fasilitas Penunjang

Fasilitas penunjang meliputi fisioterapi, farmasi, klinik laktasi, kelompok senam

d. Fasilitas Rawat Inap

1. Ruang VIP
2. Kelas Utama
3. Kelas I
4. Kelas II
5. Kelas III
6. Ruang Isolasi
7. Unit Perawatan Intensif Umum
8. Unit Perawatan Intensif Bedah
9. Unit Perawatan Intensif
10. Kardiologi.

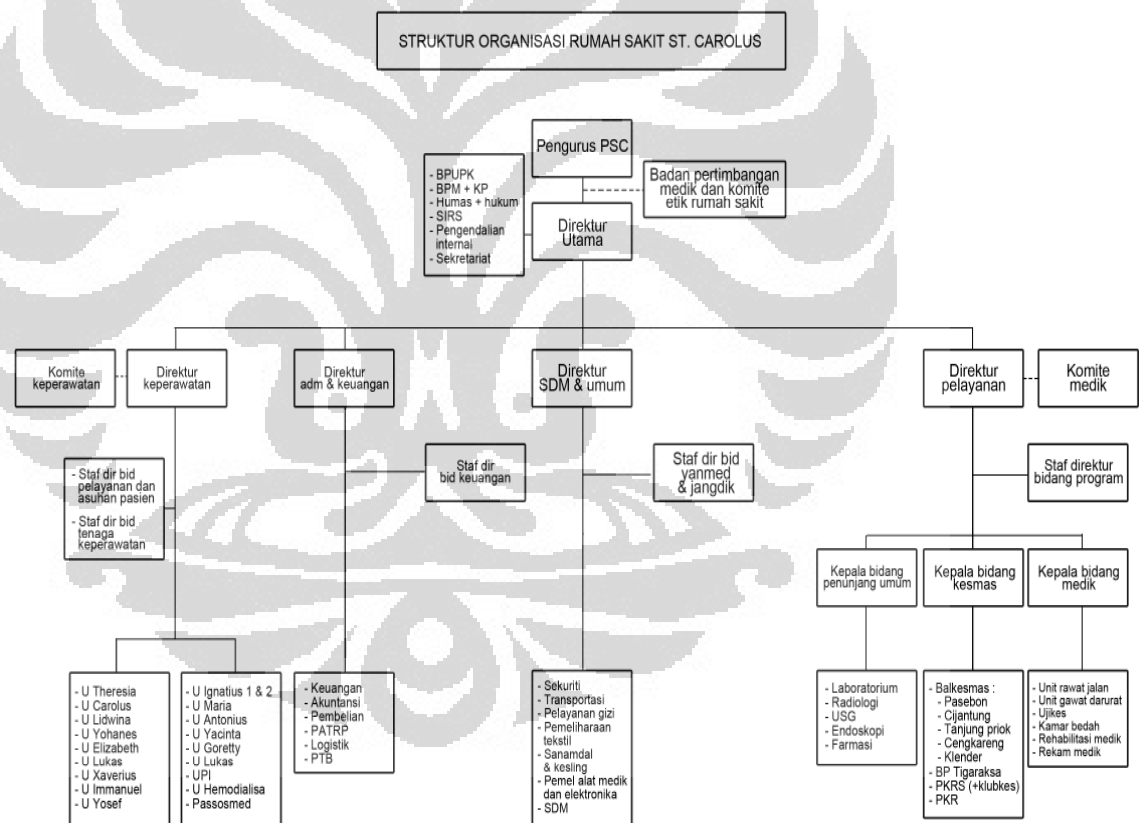
e. Fasilitas Pelayanan

1. Fasilitas Pelayanan Gawat Darurat
2. Fasilitas Kamar Bedah
3. Fasilitas Medical Check Up
4. Fasilitas Balai Kesehatan Masyarakat

5. Poli Anak Terpadu
6. Pelayanan Bedah Mikro Orthopedi
7. Pelayanan Geriatri
8. Klinik Hari Minggu dan Hari Libur
9. Pelayanan Promotif dan Rehabilitatif
10. Pelayanan Spiritual dan Sosial
11. Unit Amdal
12. Pelayanan Penunjang

3.4 Sumber Daya Manusia

a. Struktur Organisasi



Sumber : Bagian Informasi PKSC, 2010

Gambar 3.1 Struktur Organisasi Pelayanan Kesehatan St. Carolus

Struktur organisasi terdiri dari Pengurus PKSC yang membawahi langsung Direktur Utama. Unsur dewan direksi adalah Direktur Utama dan 4 Direktur yaitu Direktur Keperawatan, Direktur Administrasi dan Keuangan, Direktur SDM dan Umum, Direktur Pelayanan. Sedangkan dewan pengawas terdiri dari 1 orang ketua dan 11 orang anggota.

b. Ketenagaan

Ketenagaan di Pelayanan Kesehatan St. Carolus berjumlah 1535 orang, yang terdiri dari :

- Tenaga medik : 77 orang, terdiri atas dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis
- Tenaga perawat : 601 orang, terdiri atas S1 keperawatan, akademi keperawatan D3, SPK/SPR
- Tenaga paramedik : 134 orang, terdiri atas analis, fisioterapis, penata radiologi, penata fisioterapi, ahli gizi, asisten apoteker, perawat gigi
- Tenaga penunjang medik : 723 orang, terdiri atas pekarya, petugas administrasi, dan staf lainnya

3.5 Kinerja

**Tabel 3.1 Statistik Rawat Inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus
Tahun 2008 s/d 2010**

Tahun	Kapasitas TT	BOR	AVLOS	TOI	BTO
2008	447	61.21	5.69	3.61	39.38
2009	397	65.40	5.51	2.91	43.40
2010	390	66.22	5.49	2.80	43.96
Standar Ideal DEPKES		60-85%	6-9 hari	1-3 hari	40-50 kali

Sumber : Laporan Tahunan Statistik Rawat Inap, 2008-2010

Dari tabel 3.1, dapat dilihat statistik rawat inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008-2010. Untuk tahun 2008, kapasitas TT

sebesar 447, BOR sebesar 61,21%, AVLOS sebesar 5,69 hari, TOI sebesar 3,61 hari dan BTO sebesar 39,38 kali. Untuk tahun 2009, kapasitas TT sebesar 397, BOR sebesar 65,40%, AVLOS sebesar 5,51 hari, TOI sebesar 2,91 hari dan BTO sebesar 43,40 kali. Untuk tahun 2010, kapasitas TT sebesar 390, BOR sebesar 66,22%, AVLOS sebesar 5,49 hari, TOI sebesar 2,80 hari dan BTO sebesar 43,96 kali.

3.6 Gambaran Unit Gawat Darurat

3.6.1 Falsafah, Visi, Misi dan Tujuan Unit Gawat Darurat Pelayanan

Kesehatan St. Carolus

a. Falsafah

Iman, Pengharapan dan Kasih

b. Visi

Menjadi pelayanan gawat darurat yang dikenal dengan tulus ikhlas, cepat dan profesional

c. Misi

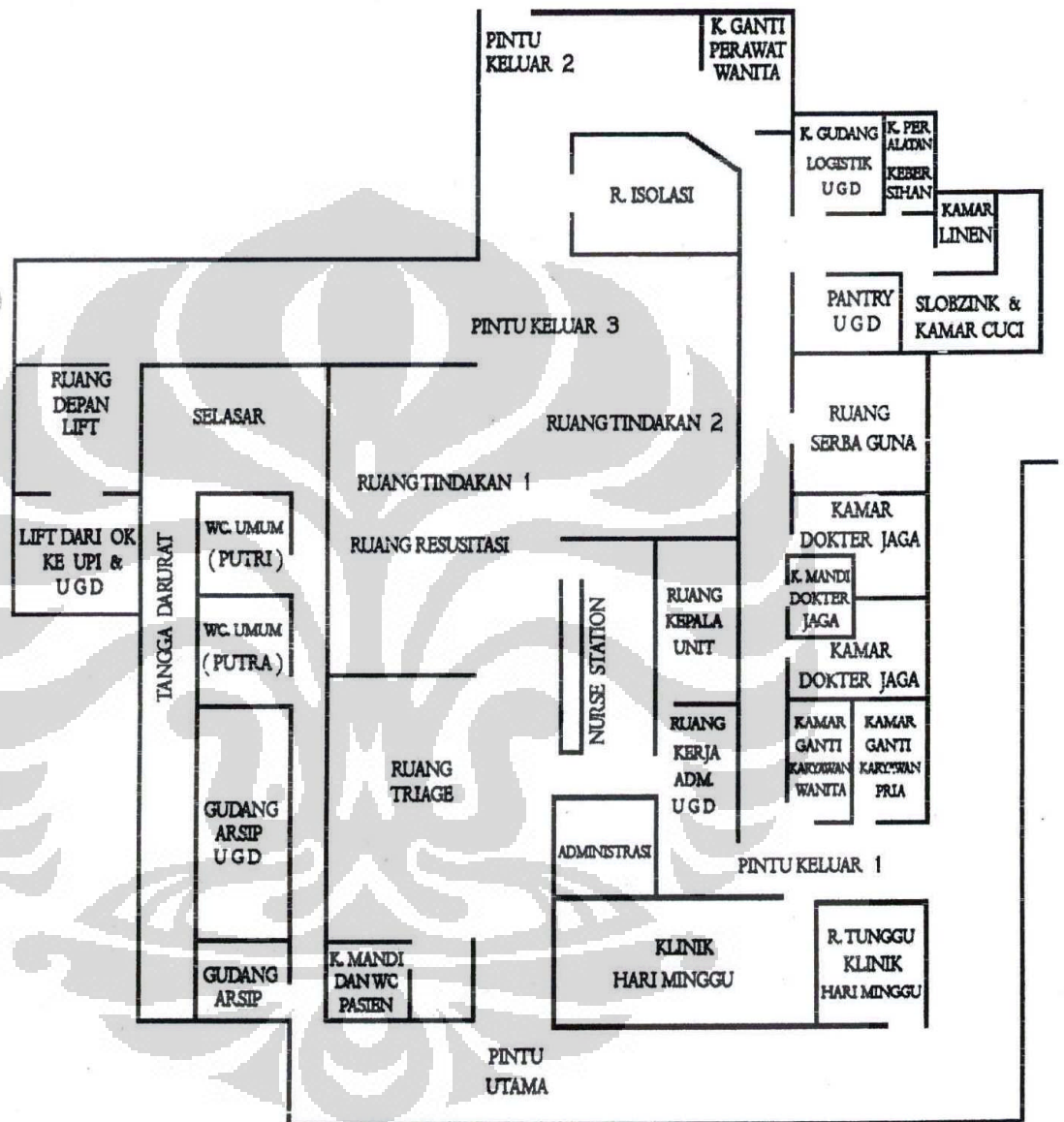
1. Memberikan pelayanan gawat darurat bagi masyarakat dengan penuh hormat dan ramah tanpa membedakan agama, ras, golongan, status sosial dan ekonomi
2. Memberikan pelayanan gawat darurat dengan cepat, tepat dan profesional
3. Menciptakan suasana kerja yang baik dan bersemangat melayani di lingkungan UGD

d. Tujuan

1. Terciptanya pelayanan gawat darurat dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia secara holistik
2. Terciptanya pelayanan gawat darurat yang profesional dengan mempertimbangkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi
3. Terciptanya iklim kerja yang partisipatif dalam unit gawat darurat dan antar unit kerja di seluruh PK. St. Carolus

3.6.2 Denah Unit Gawat Darurat

Skala 1 : 100



Sumber : Data Fisik Bangunan PKSC, 2010

Gambar 3.2 Denah Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus

Alur proses pelayanan pasien di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dimulai dari kedatangan pasien pada pintu utama seperti terlihat pada gambar 3.2, dimana pasien akan disambut oleh perawat jaga yang akan segera membawa pasien langsung ke ruang pemeriksaan (terdapat 4 ruangan di UGD, yaitu ruang triage, ruang resusitasi dan ruang tindakan 1 dan 2), untuk selanjutnya perawat jaga segera mengisi biodata pasien ke dalam formulir isian pasien UGD dan dilanjutkan dengan anamnesa awal oleh perawat dan pemeriksaan tanda-tanda vital, untuk selanjutnya dikonsultasikan kepada dokter yang bertugas untuk anamnesa dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll) serta pemberian instruksi tindakan dan pengobatan atau konsul dokter ahli. Selanjutnya diputuskan terhadap keluarga pasien bahwa yang bersangkutan harus dirawat.

Dilihat dari *design* atau denah gedung yang ada, seharusnya alur proses pelayanan dapat berlangsung cukup lancar dengan memfungsikan masing-masing ruangan yang ada di UGD. Alur proses pelayanan yang lancar akan mempengaruhi *response time* pasien UGD untuk segera dilayani oleh dokter dan perawat, yang pada akhirnya akan mempengaruhi kepuasan pelanggan UGD. Pelanggan yang puas akan tetap menggunakan pelayanan yang membuat mereka puas. Dan sebaliknya, pelanggan yang tidak puas tidak akan kembali untuk menggunakan pelayanan yang membuat mereka tidak puas. Hal ini akan mempengaruhi jumlah kunjungan pasien UGD, dimana jumlah kunjungan meningkat maka penerimaan UGD bertambah, profit yang didapat dapat digunakan untuk pengembangan UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

3.6.3 Sarana Fisik dan Medik

a. Sarana Fisik

1. Jumlah Bed

10 bed ditambah 2 branchard cadangan di Ruang Triase, Ruang Tindakan, Ruang Resusitasi, Ruang Isolasi

2. Ambulance

- 3 buah ambulans transportasi
- 3 Akses perawatan lanjut
Akses perawatan lanjut ke UPI, OK, VK, Ruang Intermediate,
Ruang Perawatan Interna, Bedah, Anak, Kebidanan, Psikiatri
- 4. Pemeriksaan penunjang
Laboratorium dan Radiologi

b. Sarana Medik

1. Alat-alat Medik :

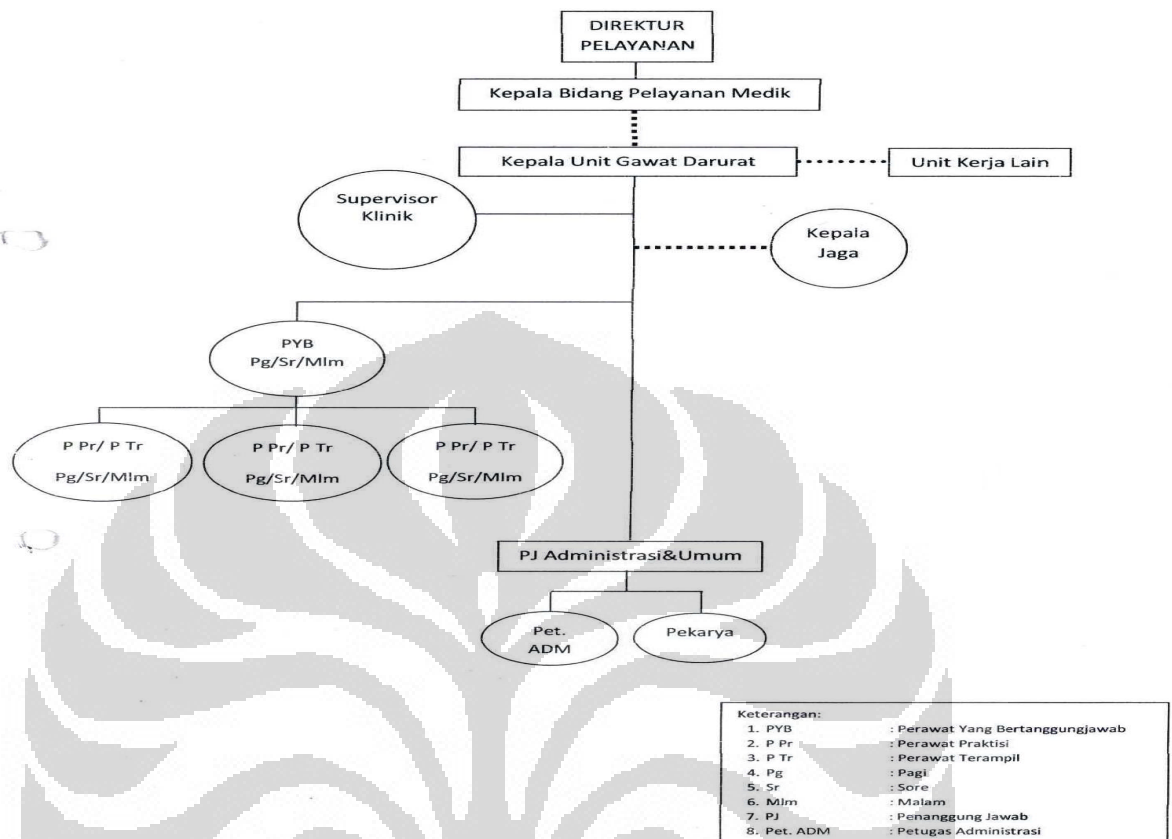
- Monitor ECG/Hemodinamik : 2 buah
- ECG 12 lead : 2 buah
- DC Shock : 1 buah
- Meja emergency + Set Resusitasi (termasuk laryngoscopy dan
ambu bag): 2 set
- Oksigen dinding : 8 buah
- Ventilator portable : 1 buah
- Infusion pump : 1 buah (+ 1 th 2007)
- Syringe pump : 1 buah (2007)
- Pulse Oksimeter : 2 buah
- Inkubator : 2 buah

2. Obat-obat Emergency

- Adrenalin
- Sulfas Atropin
- Infus Kristaloid, Koloid & Dextrose
- Kortikosteroid
- Antikonvulsan
- Dopamin & Dobutamin
- ATS
- *Trombolitic agent*

3.6.4 Sumber Daya Manusia

a. Struktur Organisasi



Sumber : Kepala Ruangan UGD PKSC, 2011

**Gambar 3.3 Struktur Organisasi Unit Gawat Darurat
Pelayanan Kesehatan St. Carolus**

Struktur organisasi Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dapat dilihat pada gambar 3.3. Kepala Bidang Pelayanan Medik yang membawahi Kepala Unit Gawat Darurat langsung berhubungan dengan Direktur Pelayanan. Kepala UGD akan membawahi langsung penanggung jawab Administrasi Umum dan Logistik, penanggung jawab Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat, Ambulance dan Pelayanan Bantuan Informasi Medis. Fungsi dari Kepala UGD adalah membantu Direktur dalam mengorganisir pelayanan dan sumber daya manusia di Unit Gawat Darurat sehingga tercapai pelayanan yang profesional dan manusiawi sesuai dengan visi dan misi Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

b. Ketenagaan

Ada 4 macam jenis ketenagaan (profesi) di UGD, yaitu:

1. Dokter (16 orang)

Dokter terdiri dari dokter jaga UGD (11 orang) yaitu dokter umum yang sudah terlatih dengan bersertifikat ACLS dan ATLS dan dokter struktural (5 orang)

2. Perawat (25 orang)

Perawat UGD adalah perawat yang sudah terlatih dengan bersertifikat Basic Life Support dengan lulusan D3 (21 orang) dan S1 (4 orang).

3. Petugas Administrasi (7 orang)

Petugas administrasi di UGD adalah karyawan dengan pendidikan minimal setingkat sekolah menengah atas yang menguasai administrasi dan komputer.

4. Pekarya (7 orang)

Pekarya di UGD adalah karyawan dengan pendidikan minimal setingkat Sekolah Menengah Pertama dan menguasai teknik kebersihan dan pelayanan terhadap pasien.

5. Dokter Konsulen

Anak – Interna - Jantung - Paru - Neurolog - Bedah Umum - Bedah Digestif - Bedah saraf - Bedah Anak - Bedah mulut - Bedah Urolog - Bedah Orthopedy - Bedah Thorax - Bedah Plastik - Haematologi - THT - Mata - Kulit – Obgyn

Tabel 3.2 Penyebaran Ketenagaan Dalam Shift

Petugas	Dinas Pagi	Dinas Sore	Dinas Malam	Keterangan
Dokter	Pk.07.30-14.00 1 orang dokter dari UPI	Pk.14.00-20.00 1 orang di UGD + 1 orang di bangsal	Pk.20.00-07.30 1 orang di UGD + 1 orang di bangsal	Hari libur Pk. 08.00-07.30 2 orang di UGD+1 orang di bangsal
Perawat	Pk.07.00-14.30 5-6 orang	Pk.13.45-20.30 5-6 orang	Pk.20.30-07.30 6 orang	Hari libur pagi dan sore ditambah 1 orang (jumlah minimal 5 orang)
Administrasi	2-3 orang	1-2 orang	2 orang	Hari libur pagi dan sore 2 orang
Pekarya	2-3 orang	1-2 orang	1 orang	Hari libur tidak perlu ditambah orang

Sumber : Data Kepegawaian UGD PKSC, 2010

3.6.5 Kinerja

Tabel 3.3

Jumlah Kunjungan Pasien UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008

Tahun 2008	Pasien Rawat	Pasien Menolak Rawat	Pasien Masuk UPI	Pasien menolak UPI	Pasien Non Rawat dan UPI	Total Pasien
Januari	881	29	40	25	991	1966
Februari	742	22	36	14	835	1649
Maret	851	27	30	20	1030	1958
April	824	25	32	12	909	1802
Mei	926	33	25	22	993	1999
Juni	786	23	24	13	857	1703
Juli	713	20	22	14	805	1574
Agustus	627	18	30	12	785	1472
September	563	16	23	12	686	1300
Oktober	696	19	25	15	938	1693
Nopember	642	19	22	14	865	1562
Desember	742	22	25	27	1173	1989
JUMLAH	8993	273	334	200	10867	20667
PERSENTASE	43.51%	1.32%	1.62%	0.97%	52.58%	100%

Sumber : Laporan Kunjungan Pasien UGD PKSC, 2008

Dilihat dari tabel 3.3, jumlah kunjungan pasien UGD pada tahun 2008 sebesar 20667 pasien dengan 43,51% pasien dirawat inap, 1,32% pasien menolak rawat, 1,63% pasien masuk UPI, 0,97% pasien menolak UPI, 52,58% pasien non rawat dan non UPI.

Tabel 3.4
Jumlah Kunjungan Pasien UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2009

Tahun 2009	Pasien Rawat	Pasien Menolak Rawat	Pasien Masuk UPI	Pasien Menolak UPI	Pasien Non Rawat dan UPI	Total Pasien
Januari	794	26	42	15	975	1852
Februari	725	17	27	13	811	1593
Maret	904	30	47	14	1171	2166
April	830	15	42	14	988	1889
Mei	765	17	40	15	977	1814
Juni	733	14	43	17	812	1619
Juli	791	25	45	16	1352	2229
Agustus	691	15	38	14	889	1647
September	553	16	36	22	784	1411
Oktober	595	15	50	31	688	1379
Nopember	570	17	37	22	710	1356
Desember	635	16	33	18	858	1560
JUMLAH	8586	223	480	211	11015	20515
PERSENTASE	41.85%	1.09%	2.34%	1.03%	53.69%	100%

Sumber : Laporan Kunjungan Pasien UGD PKSC, 2009

Dilihat dari tabel 3.4, jumlah kunjungan pasien UGD pada tahun 2009 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya menjadi sebesar 20515 pasien dengan 41,85% pasien dirawat inap, 1,09% pasien menolak rawat, 2,34% pasien masuk UPI, 1,03% pasien menolak UPI, 53,69% pasien non rawat dan non UPI.

Tabel 3.5
Jumlah Kunjungan Pasien UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun
2010

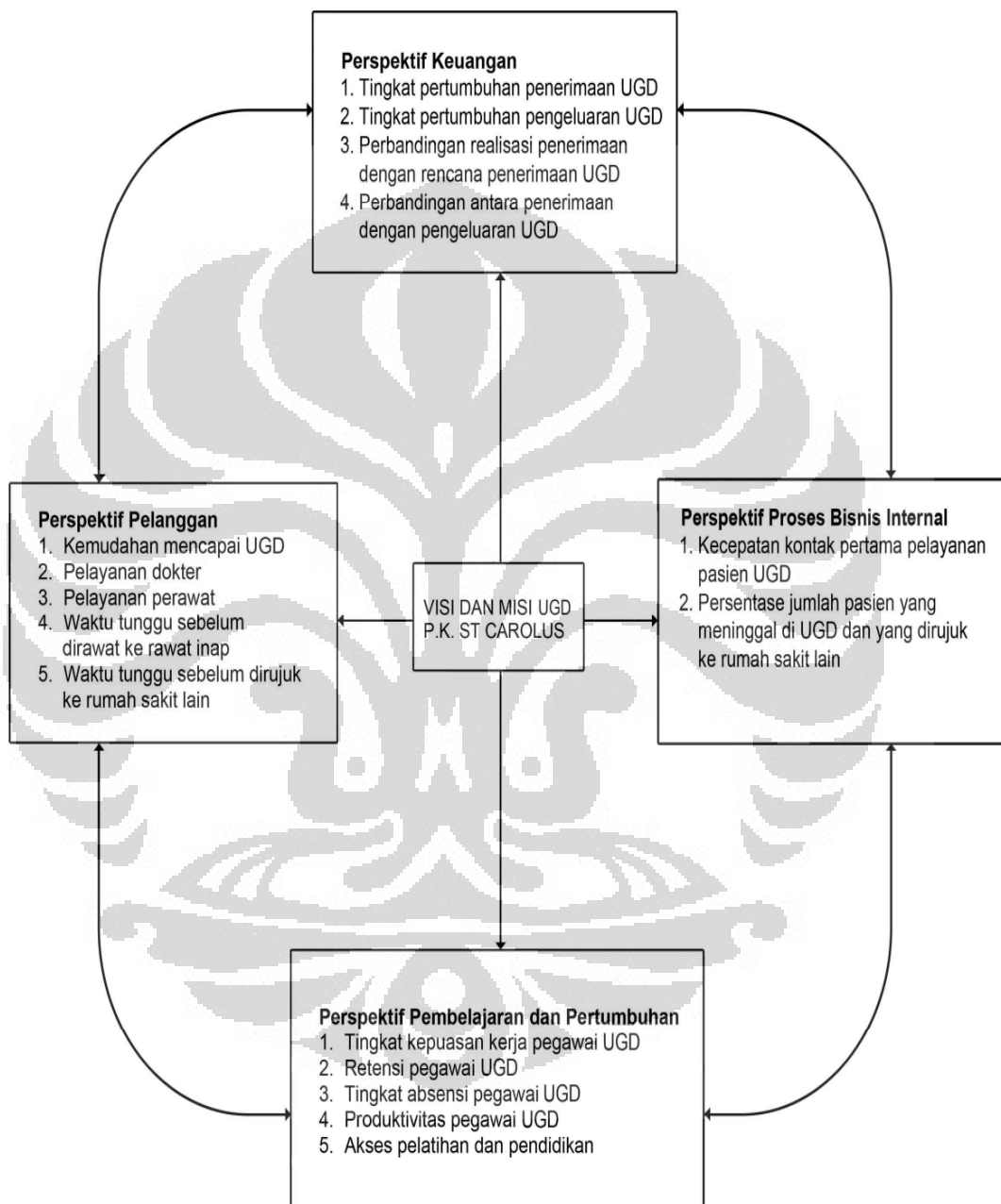
Tahun 2010	Pasien Rawat	Pasien Menolak Rawat	Pasien Masuk UPI	Pasien Menolak UPI	Pasien Non Rawat dan UPI	Total Pasien
Januari	713	17	34	22	844	1630
Februari	684	19	40	20	966	1729
Maret	752	10	28	30	970	1790
April	725	20	45	29	688	1507
Mei	714	31	37	31	702	1515
Juni	623	28	41	36	643	1371
Juli	731	16	40	24	692	1503
Agustus	747	10	28	20	832	1637
September	656	9	30	25	786	1506
Oktober	639	22	32	22	791	1506
November	676	19	37	35	733	1500
Desember	643	15	36	29	910	1633
JUMLAH	8303	216	428	323	9557	18827
PERSENTASE	44.10%	1.15%	2.27%	1.72%	50,76%	100%

Sumber : Laporan Kunjungan Pasien UGD PKSC, 2010

Dilihat dari tabel 3.5, jumlah kunjungan pasien UGD pada tahun 2010 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya menjadi sebesar 18827 pasien dengan 44,10% pasien dirawat inap, 1,15% pasien menolak rawat, 2,27% pasien masuk UPI, 1,72% pasien menolak UPI, 50,76% pasien non rawat dan non UPI.

BAB IV KERANGKA KONSEP

4.1 Kerangka Konsep



Kerangka konsep kinerja disusun berdasarkan konsep *balanced scorecard* (Kaplan dan Norton, 1996).

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran kinerja di pelayanan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus melalui pendekatan *balanced scorecard* yang terdiri dari empat perspektif, yaitu :

1. Perspektif Keuangan

Merupakan bentuk pertanggung jawaban dari kinerja keuangan yang menjadi kewajiban provider rumah sakit. Untuk menilai kinerja ini dengan menghitung : a) tingkat pertumbuhan penerimaan UGD, b) tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD, c) perbandingan realisasi penerimaan dengan anggaran penerimaan UGD, d) perbandingan antara penerimaan dengan pengeluaran UGD

2. Perspektif Pelanggan

Pihak provider rumah sakit harus mengetahui mutu pelayanan yang mereka berikan kepada pasien apakah sudah sesuai dengan keinginan dan tingkat kepuasan pasien. Untuk mengetahuinya dilakukan dengan mengetahui pendapat pasien/keluarga atau pengantar pasien terhadap: a) kemudahan mencapai UGD, b) pelayanan dokter, c) pelayanan perawat, d) waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap, e) waktu tunggu sebelum dirujuk ke rumah sakit lain. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi dari kuesioner yang pernah dilakukan oleh Sri. D (2000).

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Untuk mengevaluasi proses bisnis internal dilakukan dengan mengukur pelayanan pasien melalui: a) kecepatan kontak pertama pelayanan pasien UGD b) persentase jumlah pasien yang meninggal di Unit Gawat Darurat dan yang dirujuk ke rumah sakit lain

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Kemampuan rumah sakit meningkatkan dan memenuhi kebutuhan serta harapan dari sumber daya manusia sebagai pemberi pelayanan kepada pasien di UGD melalui a) tingkat kepuasan kerja pegawai UGD, b) retensi pegawai UGD, c) tingkat absensi pegawai UGD, d) produktivitas pegawai UGD, e) akses pelatihan dan pendidikan. Peneliti dalam hal ini meneliti kepuasan kerja pegawai di Unit Gawat Darurat menggunakan

kuesioner peneliti Khadijah S, 2002 (kepuasan kerja pegawai RS X, berdasarkan pengukuran kepuasan kerja Cellucidan DeVries).

Balanced scorecard memberi manajemen organisasi suatu pengetahuan, keterampilan, dan sistem yang memungkinkan karyawan dan manajemen belajar dan berkembang terus menerus (perspektif pembelajaran dan pertumbuhan) dalam berinovasi untuk membangun kapabilitas yang tepat serta efisien (perspektif proses bisnis internal) agar mampu memberikan nilai spesifik ke pasar (perspektif pelanggan), dan selanjutnya akan mengarah pada nilai saham yang terus menerus meningkat (perspektif keuangan).

4.2 Definisi Operasional

1. Perspektif Keuangan

- a. Tingkat pertumbuhan penerimaan UGD adalah perbandingan besarnya penerimaan UGD tahun 2008 s/d 2010 (tahun 2010/ 2009, 2009/2008, 2010/2008)

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder, dengan menggunakan formula :

$$\frac{\text{Penerimaan UGD tahun 2010}}{\text{Penerimaan UGD tahun 2009}} \times 100 \%$$

Formula juga digunakan untuk perbandingan penerimaan UGD tahun 2009/2008 dan tahun 2010/2008

Skala ukur : ratio

Hasil ukur : persentase penerimaan UGD tahun 2010/2009, 2009/2008, 2010/2008

- b. Tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD adalah perbandingan besarnya pengeluaran UGD tahun 2008 s/d 2010 (tahun 2010/2009, 2009/2008, 2010/2008)

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder, dengan menggunakan formula :

Pengeluaran UGD tahun 2010

$$\frac{\quad}{\quad} \times 100 \%$$

Pengeluaran UGD tahun 2009

Formula juga digunakan untuk perbandingan pengeluaran tahun 2009/2008 dan tahun 2010/2008

Skala ukur : ratio

Hasil ukur : persentase pengeluaran UGD tahun 2010/2009, 2009/2008, 2010/2008

- c. Perbandingan realisasi penerimaan dengan rencana penerimaan UGD adalah perbandingan antara target penerimaan dengan perencanaan anggaran penerimaan UGD dalam periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder, dengan menggunakan formula :

Realisasi penerimaan UGD tahun 2010

$$\frac{\quad}{\quad} \times 100\%$$

Rencana penerimaan UGD tahun 2010

Formula juga digunakan untuk perbandingan realisasi penerimaan dengan rencana penerimaan UGD tahun 2008 dan 2009

Skala ukur : ratio

Hasil ukur: persentase realisasi penerimaan dengan rencana penerimaan UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

- d. Perbandingan antara penerimaan dengan pengeluaran (CRR : *Cost Recovery Rate*) UGD adalah perbandingan antara penerimaan dan pengeluaran UGD dalam periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder, dengan menggunakan formula :

Jumlah penerimaan UGD tahun 2010

$$\frac{\quad}{\quad} \times 100 \%$$

Jumlah pengeluaran UGD tahun 2010

Formula juga digunakan untuk perbandingan penerimaan dengan pengeluaran UGD tahun 2008 dan 2009

Skala ukur : ratio

Hasil ukur : persentase penerimaand engan pengeluaran UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

2. Perspektif Pelanggan

- a. Kemudahan mencapai UGD adalah persepsi pasien terhadap kemudahan untuk mengakses dan mencapai fasilitas layanan UGD

Cara ukur : kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : tingkat kesesuaian ratio kepuasan terhadap harapan pasien :

- puas
- tidak puas

- b. Pelayanan dokter adalah persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas medis di UGD

Cara ukur : kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : tingkat kesesuaian ratio kepuasan terhadap harapan pasien :

- puas
- tidak puas

- c. Pelayanan perawat adalah persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas paramedis di UGD

Cara ukur : kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : tingkat kesesuaian ratio kepuasan terhadap harapan pasien :

- puas
- tidak puas

- d. Waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap adalah persepsi pasien terhadap lamanya mendapatkan jasa pelayanan rawat inap setelah mendapatkan pelayanan di UGD

Cara ukur : kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : tingkat kesesuaian ratio kepuasan terhadap harapan pasien :

- puas
- tidak puas

- e. Waktu tunggu sebelum dirujuk ke rumah sakit lain adalah persepsi pasien terhadap lamanya mendapatkan keputusan rujukan ke rumah sakit lain

Cara ukur : kuesioner

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : tingkat kesesuaian ratio kepuasan terhadap harapan pasien :

- puas
- tidak puas

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

- a. Kecepatan kontak pertama pelayanan adalah ketepatan waktu responden mendapat pelayanan pertama oleh petugas UGD menurut standar Depkes RI dalam periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder

Skala ukur : interval

Hasil ukur : kecepatan waktu kontak pertama pelayanan tahun 2008 s/d 2010

- b. Persentase jumlah pasien yang meninggal di UGD dan yang dirujuk ke rumah sakit lain adalah persentase jumlah kasus kematian di UGD serta jumlah kasus yang harus dikirim ke rumah sakit lain untuk mendapatkan pelayanan dalam periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder

Skala ukur : interval

Hasil ukur : - persentase jumlah kasus yang meninggal di UGD tahun 2008 s/d 2010

- persentase jumlah kasus yang dirujuk ke rumah sakit lain tahun 2008 s/d 2010

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

- a. Tingkat kepuasan kerja pegawai UGD adalah kemampuan pekerja untuk mencapai sasaran-sasaran tujuan rumah sakit

Cara ukur : kuesioner kepuasan dari Cellucci dan DeVries dengan 20 item yang dibagi atas 5 tipe (kepuasan terhadap gaji, terhadap promosi, terhadap teman kerja, terhadap atasan, kepuasan terhadap pekerjaan sendiri) dengan menggunakan 4 point skala Likert (sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, sangat setuju)

Skala ukur : ordinal

Hasil ukur : - Skor $T \leq$ median = tidak puas

- Skor $T >$ median = puas

- b. Retensi pegawai UGD adalah persentase jumlah pegawai tetap UGD yang keluar dibandingkan dengan jumlah keseluruhan pegawai UGD selama periode tahun 2008 s/d 2010. *Turn over* pegawai tinggi maka retensi pegawai rendah.

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder bagian kepegawaian, *turn over* pegawai dihitung dengan menggunakan formula :

$$\frac{\text{Jumlah pegawai tetap UGD yang keluar tahun 2010}}{\text{Jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2010}} \times 100\%$$

Formula juga digunakan untuk perbandingan jumlah pegawai tetap UGD yang keluar dengan jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008 dan 2009

Skala ukur : ratio

Hasil ukur : persentase jumlah pegawai tetap UGD yang keluar dengan jumlah seluruh pegawai tahun 2008, 2009 dan 2010

- c. Tingkat absensi pegawai UGD adalah persentase jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang dari seluruh jumlah hari kerja pegawai UGD selama periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder bagian kepegawaian, dengan menggunakan formula :

$$\frac{\text{Jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang tahun 2010}}{\text{Jumlah seluruh hari kerja pegawai UGD tahun 2010}} \times 100\%$$

Formula juga digunakan untuk perbandingan jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang dari jumlah hari kerja pegawai UGD tahun 2008 dan 2009

Skala ukur : ratio

Hasil ukur : persentase jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang dari jumlah hari kerja pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

- d. Produktivitas pegawai UGD adalah persentase jumlah pendapatan UGD dibagi dengan jumlah pegawai tetap UGD selama periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder bagian kepegawaian, dengan menggunakan formula :

$$\frac{\text{Total pendapatan UGD tahun 2010}}{\text{Jumlah pegawai UGD tahun 2010}} \times 100\%$$

Formula juga digunakan untuk perbandingan total pendapatan UGD dengan jumlah pegawai UGD tahun 2008 dan 2009

Skala ukur : ratio

Hasil ukur : persentase total pendapatan UGD dengan jumlah pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

- e. Akses pelatihan dan pendidikan adalah persentase jumlah pegawai UGD yang mendapat pelatihan dan pendidikan selama periode tahun 2008 s/d 2010

Cara ukur : telaah dokumen dari data sekunder bagian kepegawaian, dengan menggunakan formula :

$$\frac{\text{Jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan tahun 2010}}{\text{Jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2010}} \times 100\%$$

Jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2010

Formula juga digunakan untuk perbandingan jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan dengan jumlah seluruh pegawai tahun 2008 dan 2009

Skala ukur : ratio

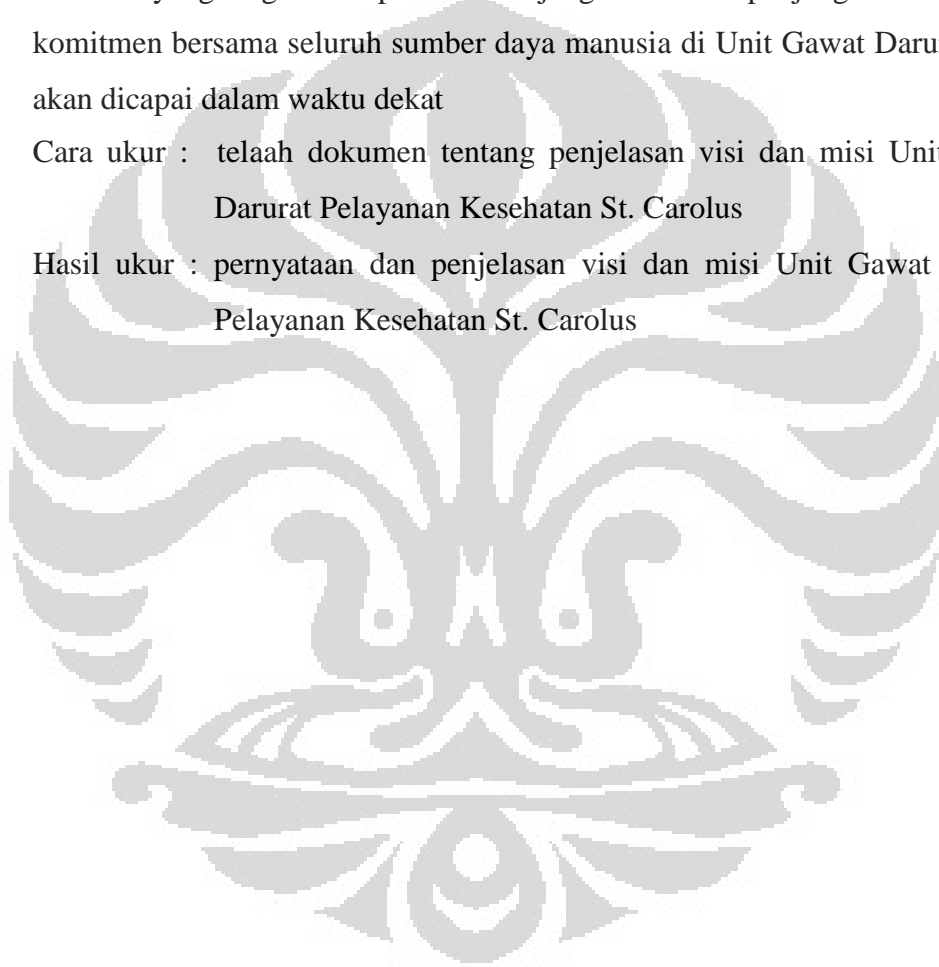
Hasil ukur : persentase jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan dengan jumlah seluruh pegawai tahun 2008, 2009 dan 2010

5. Visi dan Misi UGD P.K. St. Carolus

Visi dan Misi adalah gambaran konseptual tentang keinginan masa mendatang dan bagaimana cara mewujudkannya. Visi adalah apa yang merupakan mimpi bersama seluruh sumber daya manusia di Unit Gawat Darurat yang ingin dicapai dalam jangka waktu panjang. Misi adalah komitmen bersama seluruh sumber daya manusia di Unit Gawat Darurat yang akan dicapai dalam waktu dekat

Cara ukur : telaah dokumen tentang penjelasan visi dan misi Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus

Hasil ukur : pernyataan dan penjelasan visi dan misi Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus



BAB V METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik, secara kualitatif dan kuantitatif. Penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisis kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan pendekatan *balanced scorecard*.

1.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, dimana data dikumpulkan pada bulan Desember Tahun 2011.

1.3 Populasi dan Sampel

1. Perspektif Pelanggan

Populasi adalah seluruh pelanggan yang telah menerima pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Selanjutnya diambil sampel berdasarkan rumus proporsi populasi tunggal (menggunakan rumus Lameshow, 1996) :

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai baku distribusi normal pada derajat kepercayaan 95% = 1,96

p = proporsi sesuatu yang tidak diketahui = 0,5

1-p = q

d = derajat akurasi (presisi) yang diinginkan

Dari hasil perhitungan sesuai dengan rumus diatas diperoleh nilai n=96, dan dibulatkan menjadi 100. Pengambilan sampel dilakukan dengan

metode *systematic random sampling*. Sampel harus memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, yaitu : 1) pasien yang datang berobat di Unit Gawat Darurat pada waktu itu, 2) pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik, 3) bila pasien tidak sadar, anak-anak, atau pasien yang mempunyai gangguan jiwa diwakili oleh pengantarnya atau orang tuanya, 4) pasien masih hidup

2. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Populasi adalah seluruh pegawai di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, kecuali petugas administrasi dan kebersihan. Jumlah sampel sebanyak 36 orang, yang terdiri dari dokter jaga UGD (11 orang) dan perawat (25 orang). Sampel dibatasi pada tenaga kesehatan yang fungsional.

1.4 Subyek dan Informan

1. Perspektif Keuangan

a. Tingkat pertumbuhan penerimaan UGD

Data diambil dari dokumen keuangan UGD, yaitu jumlah penerimaan UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

b. Tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD

Data diambil dari dokumen keuangan UGD, yaitu jumlah pengeluaran UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

c. Perbandingan realisasi dengan rencana penerimaan UGD

Data diambil dari dokumen keuangan UGD, yaitu rencana anggaran penerimaan UGD dan realisasi penerimaan UGD tahun 2008, 2009, 2010

d. Perbandingan antara penerimaan dengan pengeluaran UGD

Data diambil dari dokumen keuangan UGD, yaitu jumlah penerimaan UGD dan jumlah pengeluaran UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

2. Perspektif Pelanggan

Subyek dan informan penelitian terdiri dari responden pasien/keluarga yang datang berobat ke Unit Gawat Darurat selama bulan Desember 2011, yaitu sebanyak 96 orang (dibulatkan 100).

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. Kecepatan kontak pertama pelayanan

Data diambil dari laporan survey *response time* UGD, yaitu waktu responden mendapat pelayanan pertama oleh petugas UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

b. Persentase jumlah pasien yang meninggal di UGD dan yang dirujuk ke rumah sakit lain

Data diambil dari laporan UGD (laporan kematian dan rujukan pasien), yaitu jumlah pasien yang meninggal di UGD dan jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain tahun 2008, 2009 dan 2010.

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

a. Tingkat kepuasan kerja pegawai UGD

Subyek dan informan penelitian terdiri dari responden sumber daya manusia di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, kecuali petugas administrasi dan kebersihan yaitu sebanyak 36 orang

b. Retensi pegawai UGD

Data diambil dari dokumen kepegawaian UGD, yaitu jumlah pegawai tetap UGD yang keluar dan jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

c. Tingkat absensi pegawai UGD

Data diambil dari dokumen kepegawaian UGD, yaitu jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang dan jumlah seluruh hari kerja pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

d. Produktivitas pegawai UGD

Data diambil dari dokumen kepegawaian UGD, yaitu total pendapatan UGD dan jumlah pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

e. Akses pelatihan dan pendidikan

Data diambil dari dokumen kepegawaian UGD, yaitu jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan dan jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010

1.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara :

1. Data primer untuk mengevaluasi kepuasan pasien Unit Gawat Darurat dan tingkat kepuasan kerja sumber daya manusia Unit Gawat Darurat dengan kuesioner
2. Data Sekunder untuk mengevaluasi kinerja keuangan Unit Gawat Darurat, proses bisnis internal Unit Gawat Darurat dan kinerja sumber daya manusia dengan telaah dokumen

Tabel 5.1

Dummy Table Pengumpulan Data

No.	Variabel	Sumber data	Cara Pengumpulan Data	Alat/ Instrumen	Hasil
Perspektif Keuangan					
1	Tingkat pertumbuhan penerimaan UGD	Bag. keuangan	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase penerimaan UGD tahun 2010/2009 2009/2008 2010/2008
2	Tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD	Bag. keuangan	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase pengeluaran UGD tahun 2010/2009 2009/2008 2010/2008
3	Perbandingan realisasi dengan rencana penerimaan UGD	Bag. keuangan	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase realisasi/rencana penerimaan UGD tahun 2008 s/d 2010

4	Perbandingan antara penerimaan dengan pengeluaran (CRR) UGD	Bag. keuangan	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase penerimaan/pengeluaran UGD tahun 2008 s/d 2010
Perspektif Pelanggan					
5	Kemudahan mencapai UGD	Pasien/keluarga pasien	Wawancara	Kuesioner	- Puas - Tidak puas
6	Pelayanan dokter	Pasien/keluarga pasien	Wawancara	Kuesioner	- Puas - Tidak puas
7	Pelayanan perawat	Pasien/keluarga pasien	Wawancara	Kuesioner	- Puas - Tidak puas
8	Waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap	Pasien/keluarga pasien	Wawancara	Kuesioner	- Puas - Tidak puas
9	Waktu tunggu sebelum dirujuk ke rumah sakit lain	Pasien/keluarga pasien	Wawancara	Kuesioner	- Puas - Tidak puas
Perspektif Proses Bisnis Internal					
10	Kecepatan kontak pertama pelayanan	Laporan survey <i>response time</i> UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase waktu kecepatan kontak pertama pelayanan tahun 2008 s/d 2010
11	Persentase jumlah pasien yang meninggal di UGD dan yang dirujuk ke RS lain	Dokumen UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	- Persentase jumlah kasus meninggal tahun 2008 s/d 2010 - Persentase jumlah kasus yang dirujuk tahun 2008 s/d 2010
Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan					
12	Tingkat kepuasan kerja pegawai	Pegawai UGD	Wawancara	Kuesioner kepuasan dari Cellucci dan DeVries/ skor T	-Skor $T \leq$ median = tidak puas -Skor $T >$ median = puas
13	Retensi pegawai	Dokumen kepegawaian UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase jumlah pekerja tetap UGD yang keluar/ jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008 s/d 2010
14	Tingkat absensi pegawai	Dokumen kepegawaian UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang/ Jumlah seluruh hari kerja pegawai UGD

					tahun 2008 s/d 2010
15	Produktivitas pegawai	Dokumen kepegawaian UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase total pendapatan UGD/ jumlah pegawai UGD tahun 2008 s/d 2010
16	Akses pelatihan dan pendidikan	Dokumen kepegawaian UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	Persentase jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan/jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008 s/d 2010
17	Visi dan Misi	Dokumen tentang penjelasan visi dan misi UGD	Telaah dokumen	Daftar tilik	Pernyataan dan penjelasan dokumen tentang visi dan misi

1.6 Validitas dan Reliabilitas

Uji coba kuesioner kepuasan pelanggan tidak dilakukan lagi karena kuesioner tersebut telah digunakan oleh peneliti terdahulu dengan karakteristik yang sama, begitu juga dengan kuesioner kepuasan kerja pegawai. (Uji coba kuesioner kepuasan pelanggan oleh Sri D, 2000 dan uji coba kuesioner kepuasan kerja pegawai oleh Khadijah, S, 2002).

1.7 Pengolahan dan Analisis Data

1. Perspektif Keuangan

Untuk perspektif keuangan, data diambil dengan cara telaah dokumen terhadap data sekunder dokumen keuangan di Unit Gawat Darurat dan instrumen menggunakan daftar tilik, sehingga didapatkan data besarnya penerimaan UGD, besarnya pengeluaran UGD, rencana anggaran penerimaan UGD, realisasi penerimaan UGD tahun 2008, 2009 dan 2010.

Hasil yang didapat dari perspektif keuangan yaitu : a) persentase perbandingan total penerimaan UGD tahun 2010/2009, 2009/2008 dan 2010/2008, b) persentase perbandingan pengeluaran UGD tahun 2010/2009, 2009/2008 dan 2010/2008, c) persentase perbandingan realisasi penerimaan dengan rencana penerimaan UGD tahun 2008, 2009 dan 2010, d) persentase perbandingan antara penerimaan dengan

pengeluaran UGD tahun 2008, 2009 dan 2010, kemudian data dianalisa berdasarkan kerangka konsep *balanced scorecard*.

2. Perspektif Pelanggan

Untuk perspektif pelanggan, data diambil dengan cara wawancara dengan menggunakan kuesioner kepuasan pasien. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi dari kuesioner yang pernah dilakukan oleh Sri. D (2000), dimana kuesioner dibagikan kepada semua responden pasien/keluarga yang datang berobat di Unit Gawat Darurat yang memenuhi kriteria selama bulan Desember 2011.

Hasil yang didapat dari perspektif pelanggan yaitu kepuasan pasien terhadap a) kemudahan mencapai UGD, b) pelayanan dokter, c) pelayanan perawat, d) waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap, e) waktu tunggu sebelum dirujuk ke rumah sakit lain, kemudian data dianalisa berdasarkan kerangka konsep *balanced scorecard*.

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Untuk perspektif proses bisnis internal, data diambil dengan telaah dokumen terhadap data sekunder laporan survey *response time* UGD dan dokumen UGD dan instrumen menggunakan daftar tilik, sehingga didapatkan data catatan waktu pasien mendapat pelayanan pertama oleh petugas Unit Gawat Darurat, data jumlah pasien yang meninggal dan yang dirujuk ke rumah sakit lain tahun 2008, 2009 dan 2010.

Hasil yang didapat dari perspektif proses bisnis internal yaitu : a) persentase waktu kecepatan kontak pertama pelayanan pasien, b) persentase pasien meninggal dan dirujuk ke rumah sakit lain, kemudian data dianalisa berdasarkan kerangka konsep *balanced scorecard*.

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Untuk perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, data kepuasan kerja pegawai diambil dengan cara wawancara dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner tingkat kepuasan kerja pegawai berdasarkan kuesioner kepuasan dari Cellucci dan DeVries/ skor T dan kuesioner dibagikan kepada responden sumber daya manusia diambil total sumber daya manusia yang ada di Unit Gawat Darurat kecuali petugas

administrasi dan kebersihan. Untuk data retensi pegawai, tingkat absensi pegawai, produktivitas pegawai, akses pelatihan dan pendidikan pegawai diambil dengan cara telaah dokumen terhadap data sekunder dokumen kepegawaian di Unit Gawat Darurat dan instrumen menggunakan daftar tilik, sehingga didapatkan data jumlah pegawai UGD yang keluar, jumlah seluruh pegawai UGD, jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang, jumlah seluruh hari kerja pegawai, jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan di Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008, 2009 dan 2010.

Hasil yang didapat dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yaitu a) kepuasan kerja pegawai terhadap gaji, terhadap promosi, terhadap teman kerja, terhadap atasan dan terhadap pekerjaan sendiri, b) persentase perbandingan jumlah pegawai UGD yang keluar dengan jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010, c) persentase perbandingan jumlah hari kerja pegawai UGD yang hilang dengan jumlah seluruh hari kerja pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010, d) persentase perbandingan total pendapatan UGD dengan jumlah pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010 dan e) persentase perbandingan jumlah pegawai UGD yang mengikuti pelatihan dan pendidikan dengan jumlah seluruh pegawai UGD tahun 2008, 2009 dan 2010, kemudian data dianalisa berdasarkan kerangka konsep *balanced scorecard*.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang diperoleh merupakan data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh responden. Responden pada penelitian ini adalah pelanggan dan pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Sedangkan data sekunder diperoleh dari bagian yang bersangkutan melalui penelusuran dokumen Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Kemudian data primer diolah melalui tahapan *editing* dan *coding*, *entry* data dan *cleaning* data. Data sekunder diolah dengan cara manual, kemudian data-data tersebut dideskripsikan.

1.1 Visi dan Misi Unit Gawat Darurat

Visi dan misi dari Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yaitu :

Visi

Menjadi pelayanan gawat darurat yang dikenal dengan tulus ikhlas, cepat dan profesional

Misi

- Memberikan pelayanan gawat darurat bagi masyarakat dengan penuh hormat dan ramah tanpa membedakan agama, ras, golongan, status sosial dan ekonomi
- Memberikan pelayanan gawat darurat dengan cepat, tepat dan profesional
- Menciptakan suasana kerja yang baik dan bersemangat melayani di lingkungan UGD

1.2 Hasil Pengukuran Dengan *Balanced Scorecard*

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini akan dibandingkan dengan ukuran atau nilai ideal yang berlaku secara umum. Nilai ideal ini akan menjadi dasar penilaian terhadap kinerja Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

Apabila terdapat perbedaan antara nilai ideal dengan nilai hasil pengukuran dengan kerangka *balanced scorecard* akan terjadi gap, dan gap ini menunjukkan bahwa kinerja suatu rumah sakit tidak efektif dan efisien.

1.2.1 Perspektif Keuangan

Data kinerja keuangan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus diperoleh melalui penelusuran data di bagian keuangan. Data keuangan yang diambil adalah data tahun 2008 sampai dengan tahun 2010.

Tabel 6.1 Data Keuangan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Jenis Anggaran		2008	2009	2010
Penerimaan	Rencana	4.158.366.000	4.743.820.000	4.199.167.000
	Realisasi	3.758.386.000	4.017.681.000	4.233.000.000
Pengeluaran	Rencana	2.723.348.000	3.292.768.000	3.150.393.000
	Realisasi	(2.868.191.000)	(3.233.210.000)	(3.768.916.000)

Tabel 6.2 Data Kunjungan Pasien Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Uraian		2008	2009	2010
Kunjungan	Rencana	22.310	21.000	22.375
	Realisasi	20.667	20.515	18.827
	Realisasi - Rencana	(1643)	(485)	(3548)
	Trend	-	Menurun	Menurun

Dapat dilihat pada tabel 6.1, penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus mengalami peningkatan dari tahun 2008-2010, tahun 2008 yaitu sebesar Rp. 3.758.386.000, tahun 2009 yaitu sebesar Rp. 4.017.681.000 dan penerimaan yang terbesar pada tahun 2010 yaitu sebesar Rp. 4.233.000.000. Untuk pengeluaran Unit Gawat Darurat

Pelayanan Kesehatan St. Carolus juga mengalami peningkatan dari tahun 2008-2010, tahun 2008 yaitu sebesar Rp. 2.868.191.000, tahun 2009 yaitu sebesar Rp. 3.233.210.000 dan tahun 2010 yaitu sebesar Rp. 3.768.916.000.

Dari tabel 6.2 dapat dilihat jumlah kunjungan pasien Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus mengalami penurunan dari tahun 2008-2010. Jumlah kunjungan pasien UGD tahun 2008 yaitu sebesar 20.667 pasien, tahun 2009 yaitu sebesar 20.515 pasien dan tahun 2010 yaitu sebesar 18.827 pasien.

1.2.1.1 Tingkat Pertumbuhan Penerimaan UGD

$$\text{Tingkat Pertumbuhan Penerimaan UGD tahun 2010/2009} = \frac{\text{Penerimaan UGD tahun 2010}}{\text{Penerimaan UGD tahun 2009}} \times 100 \%$$

Formula juga digunakan untuk perbandingan penerimaan UGD tahun 2009/2008 dan tahun 2010/2008

Tabel 6.3 Tingkat Pertumbuhan Penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Tingkat Pertumbuhan Penerimaan	Persentase	Trend
Tahun 2010/2009	105,36%	Meningkat
Tahun 2009/2008	106,90%	Meningkat
Tahun 2010/2008	112,63%	Meningkat

Pada tabel 6.3, tingkat pertumbuhan penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2010 dibandingkan tahun 2009 adalah sebesar 105,36%, tahun 2009 dengan tahun 2008 sebesar 106,90%, sedangkan tahun 2010 dibandingkan dengan tahun 2008 sebesar 112,63%.

1.2.1.2 Tingkat Pertumbuhan Pengeluaran UGD

Tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD tahun 2010/2009 =

Pengeluaran UGD tahun 2010

————— X 100 %

Pengeluaran UGD tahun 2009

Formula juga digunakan untuk perbandingan pengeluaran UGD

tahun 2009/2008 dan tahun 2010/2008

Tabel 6.4 Tingkat Pertumbuhan Pengeluaran Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Tingkat Pertumbuhan Pengeluaran	Persentase	Trend
Tahun 2010/2009	116,57%	Meningkat
Tahun 2009/2008	112,73%	Meningkat
Tahun 2010/2008	131,40%	Meningkat

Pada tabel 6.4, tingkat pertumbuhan pengeluaran Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2010 dibandingkan tahun 2009 adalah sebesar 116,57%, tahun 2009 dengan tahun 2008 sebesar 112,73%, sedangkan tahun 2010 dibandingkan dengan tahun 2008 sebesar 131,40%.

1.2.1.3 Perbandingan Realisasi Dengan Rencana Penerimaan UGD

Perbandingan Realisasi dengan Rencana Penerimaan UGD tahun 2010 =

Realisasi Penerimaan UGD tahun 2010

————— X 100 %

Rencana Penerimaan UGD tahun 2010

Formula juga digunakan untuk perbandingan penerimaan UGD

tahun 2008 dan tahun 2009

Tabel 6.5 Perbandingan Realisasi Dengan Rencana Penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Jenis Anggaran		2008	2009	2010
Penerimaan	Rencana	4.158.366.000	4.743.820.000	4.199.167.000
	Realisasi	3.758.386.000	4.017.681.000	4.233.000.000
	Realisasi -Rencana	(399.980.000)	(726.139.000)	33.833.000
	% Realisasi/Rencana	90,38%	84,69%	100,81%
	Trend	-	Menurun	Meningkat

Dari tabel 6.5, dapat dilihat anggaran penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008 direncanakan sebesar Rp. 4.158.366.000, namun yang terealisasi adalah sebesar Rp. 3.758.386.000. Besarnya persentase realisasi terhadap rencana penerimaan sebesar 90,38%.

Sedangkan anggaran penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2009 direncanakan sebesar Rp. 4.743.820.000, namun yang terealisasi adalah sebesar Rp. 4.017.681.000. Besarnya persentase realisasi terhadap rencana penerimaan sebesar 84,69%.

Pada tahun 2010, anggaran penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus direncanakan sebesar Rp. 4.199.167.000, namun yang terealisasi adalah sebesar Rp. 4.233.000.000. Besarnya persentase realisasi terhadap rencana penerimaan sebesar 100,81%.

1.2.1.4 Perbandingan Penerimaan dengan Pengeluaran UGD (CRR : *Cost Recovery Rate*)

CRR (*Cost Recovery Rate*) adalah ukuran profitabilitas yang digunakan untuk mengetahui berapa besar perbandingan antara penerimaan fungsional rumah sakit terhadap pengeluaran.

Perbandingan Penerimaan dengan Pengeluaran (CRR) UGD tahun 2010 =

$$\frac{\text{Jumlah Penerimaan UGD tahun 2010}}{\text{Jumlah Pengeluaran UGD tahun 2010}} \times 100 \%$$

Formula juga digunakan untuk perbandingan penerimaan dengan pengeluaran UGD tahun 2008 dan tahun 2009

Tabel 6.6 Perbandingan Penerimaan dengan Pengeluaran Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Jenis Anggaran		2008	2009	2010
Penerimaan	Rencana	4.158.366.000	4.743.820.000	4.199.167.000
	Realisasi	3.758.386.000	4.017.681.000	4.233.000.000
	Realisasi - Rencana	(399.980.000)	(726.139.000)	33.833.000
Pengeluaran	Rencana	2.723.348.000	3.292.768.000	3.150.393.000
	Realisasi	(2.868.191.000)	(3.233.210.000)	(3.768.916.000)
	Realisasi - Rencana	(144.843.000)	59.558.000	(618.523.000)
Penerimaan/ Pengeluaran (CRR)	%	131,04%	124,26%	112,31%
	Trend	-	Menurun	Menurun
Sisa Anggaran	Realisasi	890.195.000	784.471.000	464.084.000
	Trend	-	Menurun	Menurun

Dari tabel 6.7, dapat dilihat besarnya sisa anggaran dari realisasi keuangan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008 sebesar Rp. 890.195.000, dengan besar persentase penerimaan terhadap pengeluaran (CRR) sebesar 131,04%.

Sedangkan besarnya sisa anggaran dari realisasi keuangan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2009 sebesar Rp. 784.471.000, dengan besar persentase penerimaan terhadap pengeluaran (CRR) sebesar 124,26%.

Pada tahun 2010, besarnya sisa anggaran dari realisasi keuangan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sebesar Rp. 464.084.000, dengan besar persentase penerimaan terhadap pengeluaran (CRR) sebesar 112,31.

1.2.2 Perspektif Pelanggan

Kuesioner untuk pelanggan disebar kepada pasien dan keluarga pasien di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sebanyak 100 kuesioner, kemudian dilakukan pengolahan data.

Tabel 6.7 Karakteristik Responden Pelanggan Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Variabel	Kriteria	Pelanggan	
		Jumlah	Persentase
Umur	< 20 th	5	5%
	20 – <30 th	29	29%
	30 – <40 th	26	26%
	40 – <50 th	22	22%
	≥50 th	18	18%
Jenis Kelamin	Laki-Laki	44	44%
	Perempuan	56	56%
Pendidikan	Tidak sekolah	1	1%
	SD	2	2%
	SMP	10	10%
	SMU / Sederajat	44	44%
	Akademi/D1/D2/D3	19	19%
	Universitas S1/S2	24	24%
Pekerjaan	Tidak bekerja	5	5%
	Buruh	4	4%
	Ibu rumah tangga	22	22%
	Pegawai swasta	44	44%
	PNS	9	9%
	TNI/POLRI	1	1%
	Pedagang/Wiraswasta	15	15%

Dari tabel 6.7 dapat dilihat bahwa umur responden pelanggan yang terbanyak mengisi kuesioner adalah umur 20-<30 tahun yaitu sebanyak 29 orang atau 29%. Sedangkan untuk umur yang paling sedikit menjadi responden pegawai adalah umur <20 tahun yaitu sebanyak 5 orang atau 5%.

Jenis kelamin responden pelanggan perempuan merupakan jumlah yang terbanyak yaitu 56 orang atau 56%. Sedangkan responden pelanggan laki-laki adalah sebanyak 44 orang atau 44%.

Pendidikan responden yang paling banyak adalah SMA yaitu 44 orang atau 44%. Sedangkan jumlah responden yang paling sedikit adalah tidak sekolah yaitu sebanyak 1 orang atau 1%.

Pekerjaan responden yang paling banyak adalah pegawai swasta yaitu 44 orang atau 44%. Sedangkan jumlah responden yang paling sedikit adalah TNI/POLRI yaitu sebanyak 1 orang atau 1%.

Tabel 6.8 Jawaban 100 Pelanggan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tentang Tingkat Kepuasan Pelanggan Tahun 2011

No	Pernyataan	Kenyataan		Harapan		Tingkat Kepuasan	
		Nilai (A)	Rata-rata	Nilai (B)	Rata-rata	Nilai (A/B)	%
1. Kemudahan Mencapai UGD							
1	Jalan menuju UGD dapat dilalui kendaraan roda empat atau roda dua dan tidak banyak hambatan	389	3,89	465	4,65	0,84	83,66
2	Parkir kendaraan di tempat parkir UGD luas dan nyaman	333	3,33	464	4,64	0,72	71,77
3	Papan petunjuk arah ke UGD jelas	398	3,98	464	4,64	0,86	85,78
4	Kendaraan yang mengantar pasien dapat merapat ke pintu masuk UGD	400	4	453	4,53	0,88	88,30
5	Proses pemindahan pasien dari kendaraan ke kursi atau kereta dorong pasien dapat dilakukan dengan mudah	394	3,94	465	4,65	0,85	84,73
6	Pemanggilan mobil ambulance untuk menjemput pasien gawat darurat dapat dilakukan dengan cepat	373	3,73	457	4,57	0,82	81,62
Total Kemudahan Mencapai UGD		381,17	3,81	461,33	4,61	0,83	82,64

2. Pelayanan Dokter							
7	Dokter yang menangani pasien UGD cepat dalam melakukan pertolongan	422	4,22	488	4,88	0,86	86,48
8	Dokter memeriksa pasien UGD dengan teliti	422	4,22	490	4,9	0,86	86,12
9	Dokter yang memeriksa cukup ramah	422	4,22	479	4,79	0,88	88,10
10	Dokter memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan penyakit pasien UGD	405	4,05	482	4,82	0,84	84,02
11	Penampilan dokter yang menangani pasien di UGD cukup meyakinkan	407	4,07	472	4,72	0,86	86,23
12	Pelayanan yang diberikan dokter terasa memuaskan	416	4,16	475	4,75	0,88	87,58
Total Pelayanan Dokter		415,67	4,16	481,00	4,81	0,86	86,42
3. Pelayanan Perawat							
13	Perawat yang menangani pasien cepat melakukan tindakan pertolongan	421	4,21	486	4,86	0,87	86,63
14	Perawat yang menangani pasien menjalankan instruksi dokter dengan cepat	415	4,15	479	4,79	0,87	86,64
15	Perawat yang memeriksa cukup ramah	443	4,43	482	4,82	0,92	91,91
16	Perawat dan petugas di UGD bersikap baik dan siap membantu	422	4,22	473	4,73	0,89	89,22
17	Pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan kepada perawat umumnya ditanggapi dengan baik	422	4,22	471	4,71	0,90	89,60
18	Pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan keinginan pasien	414	4,14	468	4,68	0,88	88,46
Total Pelayanan Perawat		422,83	4,23	476,50	4,77	0,89	88,74
4. Waktu Tunggu Rawat Inap							
19	Saya tidak lama menunggu di UGD sebelum dirawat ke rawat inap	341	3,41	465	4,65	0,73	73,33
20	Prosedur untuk rawat inap di P.K. St. Carolus tidak berbelit-belit	382	3,82	480	4,8	0,80	79,58
21	Petugas administrasi cekatan memberi informasi tentang adanya kamar kosong di rawat inap	377	3,77	462	4,62	0,82	81,60
22	Saya tidak lama menunggu kepastian dari dokter ahli sebelum dirawat	382	3,82	481	4,81	0,79	79,42

23	Saya tidak lama menunggu kursi dorong atau kereta dorong sebelum dipindahkan ke rawat inap	368	3,68	471	4,71	0,78	78,13
24	Terjalin hubungan kerjasama yang baik antara petugas UGD dan instalasi rawat inap	372	3,72	466	4,66	0,80	79,83
Total Waktu Tunggu Rawat		370,33	3,70	470,83	4,71	0,79	78,65
5. Waktu Tunggu Rujukan							
25	Saya tidak terlalu lama menunggu di UGD sebelum dirujuk ke RS lain	49	3,77	59	4,54	0,83	83,05
26	Sopir ambulance yang akan mengantar saya ke RS rujukan selalu tersedia ditempat	45	3,46	60	4,62	0,75	75,00
27	Prosedur untuk rujukan tidak berbelat-belit	47	3,62	60	4,62	0,78	78,33
28	Petugas UGD cekatan dalam menyelesaikan administrasi syarat-syarat rujukan	50	3,85	61	4,69	0,82	81,97
29	Perawat yang bertugas mengantar pasien rujukan dari UGD selalu siap di tempat	46	3,54	58	4,46	0,79	79,31
30	Persiapan untuk rujukan ke rumah sakit lain tidak terlalu lama	45	3,46	59	4,54	0,76	76,27
Total Waktu Tunggu Rujukan		47	3,62	59,5	4,58	0,79	78,99
TOTAL TINGKAT KEPUASAN		327,4	3,90	389,83	4,70	0,83	83,09

Nilai rata-rata kepuasan yang didapat dari 100 responden pelanggan adalah 0,83 (83,09%). Nilai tersebut adalah hasil perbandingan antara nilai kenyataan (3,90) dengan nilai harapan (4,70).

Tabel 6.9 Distribusi Perbandingan Tingkat Kepuasan Pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011

Kenyataan / Harapan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Puas	47	47
Puas	53	53
	100	100

Berdasarkan tabel 6.9, hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah 47 % pasien merasa tidak puas dan 53% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya. Berikut ini adalah distribusi kepuasan pelanggan pada kelima aspek kepuasan pelayanan.

**Tabel 6.10 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepuasan Pelanggan
Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011**

No	Pernyataan	Tidak Puas		Puas	
		N	%	N	%
1. Kemudahan Mencapai UGD					
1	Jalan menuju UGD dapat dilalui kendaraan roda empat atau roda dua dan tidak banyak hambatan	63	63	37	37
2	Parkir kendaraan di tempat parkir UGD luas dan nyaman	75	75	25	25
3	Papan petunjuk arah ke UGD jelas	59	59	41	41
4	Kendaraan yang mengantar pasien dapat merapat ke pintu masuk UGD	45	45	55	55
5	Proses pemindahan pasien dari kendaraan ke kursi atau kereta dorong pasien dapat dilakukan dengan mudah	56	56	44	44
6	Pemanggilan mobil ambulance untuk menjemput pasien gawat darurat dapat dilakukan dengan cepat	69	69	31	31
Total Kemudahan Mencapai UGD		57	57	43	43
2. Pelayanan Dokter					
7	Dokter yang menangani pasien UGD cepat dalam melakukan pertolongan	59	59	41	41
8	Dokter memeriksa pasien UGD dengan teliti	58	58	42	42
9	Dokter yang memeriksa cukup ramah	52	52	48	48
10	Dokter memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan penyakit pasien UGD	61	61	39	39

11	Penampilan dokter yang menangani pasien di UGD cukup meyakinkan	52	52	48	48
12	Pelayanan yang diberikan dokter terasa memuaskan	54	54	46	46
Total Pelayanan Dokter		42	42	58	58
3. Pelayanan Perawat					
13	Perawat yang menangani pasien cepat melakukan tindakan pertolongan	57	57	43	43
14	Perawat yang menangani pasien menjalankan instruksi dokter dengan cepat	62	62	38	38
15	Perawat yang memeriksa cukup ramah	30	30	70	70
16	Perawat dan petugas di UGD bersikap baik dan siap membantu	49	49	51	51
17	Pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan kepada perawat umumnya ditanggapi dengan baik	48	48	52	52
18	Pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan keinginan pasien	53	53	47	47
Total Pelayanan Perawat		41	41	59	59
4. Waktu Tunggu Rawat Inap					
19	Saya tidak lama menunggu di UGD sebelum dirawat ke rawat inap	83	83	17	17
20	Prosedur untuk rawat inap di P.K. St. Carolus tidak berbelit-belit	79	79	21	21
21	Petugas administrasi cekatan memberi informasi tentang adanya kamar kosong di rawat inap	75	75	25	25
22	Saya tidak lama menunggu kepastian dari dokter ahli sebelum dirawat	81	81	19	19
23	Saya tidak lama menunggu kursi dorong atau kereta dorong sebelum dipindahkan ke rawat inap	77	77	23	23
24	Terjalin hubungan kerjasama yang baik antara petugas UGD dan instalasi rawat inap	73	73	27	27
Total Waktu Tunggu Rawat		75	75	25	25
5. Waktu Tunggu Rujukan					
25	Saya tidak terlalu lama menunggu di UGD sebelum dirujuk ke RS lain	8	61,5	5	38,5
26	Sopir ambulance yang akan mengantar saya ke RS rujukan selalu tersedia ditempat	10	76,9	3	23,1

27	Prosedur untuk rujukan tidak berbelat-belit	10	76,9	3	23,1
28	Petugas UGD cekatan dalam menyelesaikan administrasi syarat-syarat rujukan	8	61,5	5	38,5
29	Perawat yang bertugas mengantar pasien rujukan dari UGD selalu siap di tempat	9	69,2	4	30,8
30	Persiapan untuk rujukan ke rumah sakit lain tidak terlalu lama	9	69,2	4	30,8
Total Waktu Tunggu Rujukan		9	69,2	4	30,8
TOTAL TINGKAT KEPUASAN		47	47	53	53

1.2.2.1 Kemudahan Mencapai UGD

Survey yang dilakukan kepada pelanggan terhadap kemudahan mencapai UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus menunjukkan tingkat kepuasan sebesar 82,64% . Dimana parkir kendaraan di tempat parkir UGD luas dan nyaman memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu sebesar 71,77% . Sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah kendaraan yang mengantar pasien dapat merapat ke pintu masuk UGD yaitu sebesar 88,30%.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap kemudahan mencapai UGD adalah 57 % pasien merasa tidak puas dan 43% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya.

1.2.2.2 Pelayanan Dokter

Survey terhadap pelayanan dokter pada pelanggan UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus menunjukkan tingkat kepuasan sebesar 86,42%. Dimana dokter memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan penyakit pasien UGD memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu sebesar 84,02%. Sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah dokter yang memeriksa cukup ramah yaitu sebesar 88,10%.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap adalah 42% pasien

merasa tidak puas dan 58% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya.

1.2.2.3 Pelayanan Perawat

Hasil penelitian terhadap pelayanan perawat pada pelanggan UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus menunjukkan tingkat kepuasan sebesar 88,74%. Dimana perawat yang menangani pasien cepat melakukan tindakan pertolongan memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu sebesar 86,63%. Sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah perawat yang memeriksa cukup ramah yaitu sebesar 91,91%.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap pelayanan perawat adalah 41% pasien merasa tidak puas dan 59% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya.

1.2.2.4 Waktu Tunggu Rawat Inap

Survey terhadap waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap pada pelanggan UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus menunjukkan tingkat kepuasan sebesar 78,65%. Dimana pasien tidak lama menunggu di UGD sebelum dirawat ke rawat inap memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu sebesar 73,33%. Sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah petugas administrasi cekatan memberi informasi tentang adanya kamar kosong di rawat inap yaitu sebesar 81,60%.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap waktu tunggu rawat adalah 75% pasien merasa tidak puas dan 25% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya.

1.2.2.5 Waktu Tunggu Rujukan

Survey terhadap waktu tunggu rujukan pada pelanggan UGD Pelayanan Kesehatan St. Carolus menunjukkan tingkat kepuasan sebesar 78,99%. Dimana supir ambulance yang akan mengantar ke rumah sakit

rujukan selalu tersedia di tempat memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu sebesar 75,00%. Sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah tidak terlalu lama menunggu di UGD sebelum dirujuk ke rumah sakit lain yaitu sebesar 83,05%.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap waktu tunggu rujukan adalah 69,2 % pasien merasa tidak puas dan 30,8% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya.

1.2.3 Perspektif Proses Bisnis Internal

1.2.3.1 Kecepatan Kontak Pertama Pelayanan

Tabel 6.11 Hasil Survey Service Time Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

No	Kegiatan	Tahun		
		2008	2009	2010
1	Pemeriksaan dokter (<i>response time</i>)	5	4,11	2,10
2	Proses administrasi	20	48,10	52,64
3	Pemeriksaan laboratorium	35	46,89	45,87
4	Pemeriksaan radiologi	10	19,77	5,91
5	Konsul spesialis	<5	<5	<5
6	Masuk ruangan	<5	<5	<5
7	Total pelayanan	95	252,54	154,83

NB : Dalam satuan menit

Dari tabel 6.9, dapat dilihat bahwa pada tahun 2008, waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan dokter (*response time*) yaitu 5 menit, proses administrasi 20 menit, pemeriksaan laboratorium 35 menit, pemeriksaan radiologi 10 menit, konsul spesialis <5 menit, masuk ruangan <5 menit. Total waktu pelayanan, dihitung sejak pasien datang sampai pasien diantar masuk ruangan sebesar 95 menit.

Sedangkan pada tahun 2009, waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan dokter (*response time*) yaitu 4,11 menit, proses administrasi 48,10 menit, pemeriksaan laboratorium 46,89 menit, pemeriksaan radiologi 19,77 menit, konsul spesialis <5 menit, masuk ruangan <5 menit. Total waktu pelayanan, dihitung sejak pasien datang sampai pasien diantar masuk ruangan sebesar 252,54 menit.

Pada tahun 2010, waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan dokter (*response time*) yaitu 2,10 menit, proses administrasi 52,64 menit, pemeriksaan laboratorium 45,87 menit, pemeriksaan radiologi 5,91 menit, konsul spesialis <5 menit, masuk ruangan <5 menit. Total waktu pelayanan, dihitung sejak pasien datang sampai pasien diantar masuk ruangan sebesar 154,83 menit.

AKPGD (Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat), berdasarkan sampel acak sebanyak 50 pasien yang akan dirawat setiap bulan =

$$\frac{\text{Jumlah pasien} > 5 \text{ menit}}{50} \times 100\%$$

Tabel 6.12 Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

AKPGD	Tahun		
	2008	2009	2010
Persentase	4,4%	14,67%	11,82%
Trend	-	Meningkat	Menurun

AKPGD (Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat) yang diambil secara random setiap tanggal 11-20 tiap bulan, sehari diambil 5 pasien, sehingga setiap bulan diambil 50 pasien. Dari sampel yang diambil tahun 2008-2010, didapatkan AKPGD tahun 2008 sebesar 4,4%, mengalami peningkatan pada tahun 2009 yaitu sebesar 14,67% dan menurun pada tahun 2010 yaitu sebesar 11,82%.

1.2.3.2 Persentase Jumlah Pasien Yang Meninggal di UGD dan Yang Dirujuk ke Rumah Sakit Lain

Tabel 6.13 Persentase Jumlah Pasien yang Meninggal dan Dirujuk ke Rumah Sakit Lain di Unit Gawat Darurat Pelayanan St. Carolus Tahun 2008-2010

Tahun	Jumlah Pasien	Meninggal	Persentase	Dirujuk	Persentase
2008	20.667	97	0,47%	112	0,54%
2009	20.515	66	0,32%	67	0,33%
2010	18.827	86	0,46%	97	0,52%

Pada tabel 6.10 menunjukkan bahwa pada tahun 2008, jumlah pasien yang meninggal sebanyak 97 pasien (0,47%) dan jumlah pasien yang dirujuk sebanyak 112 pasien (0,54%) dari jumlah keseluruhan sebesar 20.667 pasien.

Sedangkan pada tahun 2009, jumlah pasien yang meninggal mengalami penurunan dari tahun sebelumnya menjadi 66 pasien (0,32%) dan jumlah pasien dirujuk juga mengalami penurunan menjadi 67 pasien (0,33%) dari jumlah keseluruhan 20.515 pasien.

Untuk tahun 2010, jumlah pasien yang meninggal meningkat kembali sebesar 86 pasien (0,46%) dan jumlah pasien yang dirujuk sebesar 97 pasien (0,52%) dari jumlah keseluruhan yaitu 18.827 pasien.

1.2.4 Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

1.2.4.1 Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai UGD

Kuesioner untuk pegawai disebar sebanyak 36 kuesioner meliputi dokter jaga UGD (dokter fungsional) sebanyak 11 orang dan perawat UGD sebanyak 25 orang.

Tabel 6.14 Karakteristik Responden Pegawai Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan

Variabel	Kriteria	Pegawai	
		Jumlah	Persentase
Umur	< 20 th	0	0
	20 – <30 th	14	38,9%
	30 – <40 th	5	13,9%
	40 – <50 th	9	25%
	≥50 th	8	22,2%
Jenis Kelamin	Laki-Laki	7	19,4%
	Perempuan	29	80,6%
Pendidikan	D III	22	61,1%
	S I	13	36,1%
	SPK	1	2,8%

Dari tabel 6.2 dapat dilihat bahwa umur responden pegawai yang terbanyak mengisi kuesioner adalah umur 20-<30 tahun yaitu sebanyak 14 orang atau 38,9%. Sedangkan untuk umur yang paling sedikit menjadi responden pegawai adalah umur 30-<40 tahun yaitu sebanyak 5 orang atau 13,9%.

Jenis kelamin responden pegawai perempuan merupakan jumlah yang terbanyak yaitu 29 orang atau 80,6%. Sedangkan responden pegawai laki-laki adalah sebanyak 7 orang atau 19,4%.

Pendidikan responden yang paling banyak adalah DIII yaitu 22 orang atau 61,1%. Sedangkan jumlah responden yang paling sedikit adalah pendidikan SPK yaitu sebanyak 1 orang atau 2,8%.

**Tabel 6.15 Jawaban Responden Tentang Kuesioner Kepuasan Kerja Pegawai
Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011**

No	Faktor yang Mempengaruhi	STS	TS	S	SS	Bobot
A. Kepuasan terhadap gaji						
1	Gaji lebih tinggi	17	17	2	0	57
2	Gaji sesuai dengan tanggung jawab	11	17	8	0	69
3	Gaji sesuai dengan beban kerja	13	17	6	0	65
4	Tunjangan cukup	10	23	3	0	65
Rata-rata		12,75	18,5	4,75	0	64
Persentase		35,4%	51,4%	13,2%	0	100%
B. Kepuasan terhadap promosi						
5	Promosi pegawai baik	7	18	11	0	76
6	Promosi sering dilakukan	7	20	9	0	74
7	Kerja baik dapat promosi	7	14	15	0	80
8	Puas dengan karir di rumah sakit	7	13	16	0	81
Rata-rata		7	16,25	12,75	0	77,75
Persentase		19,5%	45,1%	35,4%	0	100%
C. Kepuasan terhadap teman kerja						
9	Teman memberi dukungan	1	3	25	7	110
10	Teman bersedia membantu	0	0	24	12	120
11	Menikmati kerja dengan teman	0	0	27	9	117
12	Teman bertanggungjawab	0	0	28	8	116
Rata-rata		0,25	0,75	26	9	115,75
Persentase		0,7%	2,1%	72,2%	25%	100%
D. Kepuasan terhadap atasan						
13	Atasan mendukung pegawai	0	0	28	8	116
14	Atasan menghargai pegawai	0	0	25	11	119
15	Atasan mendengarkan pegawai	1	1	25	9	114
16	Atasan berlaku adil	0	1	25	10	117
Rata-rata		0,25	0,5	25,75	9,5	116,5
Persentase		0,7%	1,4%	71,5%	26,4%	100%

E. Kepuasan terhadap pekerjaan sendiri						
17	Pekerjaan menarik	0	1	22	13	120
18	Bahagia dengan tanggungjawab	5	3	25	3	98
19	Tidak ingin mencari kerja lain	6	16	14	-	80
20	Memperoleh kepandaian kerja	0	1	23	12	119
Rata-rata		2,75	5,25	21	7	104,25
Persentase		7,6%	14,6%	58,3%	19,5%	100%

Tabel 6.16 Distribusi Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2011

Kepuasan SDM	Dimensi Kepuasan										Kepuasan Keseluruhan	
	Gaji		Promosi		Teman Kerja		Atasan		Pekerjaan Sendiri		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Tidak Puas	18	50	13	36,1	4	11,1	2	5,6	17	47,2	19	52,8
Puas	18	50	23	63,9	32	88,9	34	94,4	19	52,8	17	47,2
Jumlah	36	100	36	100	36	100	36	100	36	100	36	100

Berdasarkan tabel 6.13 diketahui tingkat kepuasan kerja pegawai kesepuruhan diperoleh hasil pegawai yang tidak puas sebanyak 52,8% dan yang puas sebanyak 47,2%. Tingkat kepuasan tertinggi adalah kepuasan terhadap atasan 94,4%, sedangkan tingkat kepuasan terendah adalah kepuasan terhadap gaji 50%.

Nilai pembobotan terhadap kepuasan atas besaran gaji yang diterima adalah sebesar 64, bobot atas kepuasan terhadap promosi adalah sebesar 77,75, bobot atas kepuasan terhadap teman kerja sebesar 115,75, bobot atas kepuasan terhadap atasan sebesar 116,5 dan bobot kepuasan terhadap pekerjaan sendiri adalah sebesar 104,25. Bobot tertinggi dari seluruh nilai pembobotan kepuasan pegawai yang ada adalah bobot. atas kepuasan terhadap atasan yaitu sebesar 116,5, sedangkan bobot yang terendah adalah kepuasan atas besaran gaji yang diterima sebesar 64.

1.2.4.2 Retensi Pegawai UGD

Data *turn over* pegawai diperoleh melalui penelusuran dokumen di bagian kepegawaian. Data ini meliputi jumlah pegawai UGD , jumlah pegawai yang keluar dan yang masuk. Semua data meliputi data kepegawaian tahun 2008 sampai tahun 2010. Retensi pegawai merupakan kemampuan rumah sakit untuk mempertahankan pegawainya. Retensi pegawai bisa dilihat dari *turn over* pegawai dimana *turn over* yang menurun akan meningkatkan retensi pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

Tabel 6.17 Data *Turn Over* Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

Jumlah Pegawai	Tahun		
	2008	2009	2010
Total	40	39	42
Masuk	9	6	7
Keluar	8	4	8
(Keluar : Total) x 100%	20%	10,26%	19,05%
Trend	-	Menurun	Meningkat

Dari data yang dapat dilihat pada tabel 6.12, diketahui bahwa jumlah total pegawai meningkat di tahun 2010. Pada tahun 2008, Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus memiliki pegawai sebanyak 40, dimana jumlah pegawai yang keluar sebanyak 8 orang. *Turn over* pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008 adalah sebesar $(8 : 40) \times 100\% = 20\%$. Pada tahun 2009, Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus memiliki pegawai sebanyak 39, dimana jumlah pegawai yang keluar sebanyak 4 orang. *Turn over* pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2009 sebesar $(4 : 39) \times 100\% = 10,26\%$. Pada tahun 2010, Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus memiliki pegawai sebanyak 42, dimana jumlah pegawai yang keluar sebanyak 8 orang. *Turn over* pegawai Unit

Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2010 adalah sebesar 19,05%. Persentase *turn over* pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terbesar terjadi pada tahun 2008, sedangkan *turn over* paling kecil adalah *turn over* pegawai tahun 2009.

1.2.4.3 Tingkat Absensi Pegawai UGD

Data tingkat absensi pegawai diperoleh dari bagian kepegawaian yang meliputi data absensi pegawai dan jumlah pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.. Jumlah absen merupakan ketidakhadiran pegawai diluar hari cuti, hari sakit dan hari berhalangan.

Tabel 6.18 Data Tingkat Absensi Pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Tahun 2008-2010

	Tahun		
	2008	2009	2010
Hari efektif setahun (E)	365	364	364
Jumlah pegawai (F)	40	39	42
Hari tidak bekerja (G)	312	264	256
Total efektif setahun (ExF)	14.600	14.196	15.288
Persentase absensi	2,14%	1,85%	1,67%
Trend	-	Menurun	Menurun

Berdasarkan tabel 6.13, diketahui bahwa jumlah hari tidak bekerja semakin menurun dari tahun ke tahun. Pada tahun 2008, hari tidak bekerja pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah sebesar 312, dan tingkat persentase absensi pada tahun yang sama sebesar 2,14% dari 40 pegawai. Tahun 2009 diperoleh hari tidak bekerja pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah sebesar 264, dan tingkat persentase absensi pada tahun yang sama sebesar 1,85% dari 39 pegawai. Sedangkan pada tahun 2010, hari tidak bekerja pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah sebesar 256, dan tingkat persentase absensi pada tahun yang sama sebesar 1,67% dari 42

pegawai. Persentase absensi paling tinggi adalah persentase absensi pegawai tahun 2008, dan persentase terendah adalah persentase absensi tahun 2010. Total hari efektif tahun 2009 dan 2010 adalah sebesar 364 hari karena tahun 2009 dan 2010 merupakan tahun kabisat.

1.2.4.4 Tingkat Produktivitas Pegawai UGD

Data tingkat penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai diperoleh dari penelusuran dokumen di bagian keuangan dan bagian kepegawaian. Data yang diambil adalah data tahun 2008 sampai tahun 2010. Data tingkat penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai meliputi data penerimaan UGD tahun 2008 sampai tahun 2010, data jumlah pegawai tahun 2008 sampai tahun 2010.

Tabel 6.19 Data Penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Per Pegawai Tahun 2008-2010

Variabel	Tahun		
	2008	2009	2010
Jumlah Pendapatan	Rp. 3.758.386.000	Rp. 4.017.681.000	Rp. 4.233.000.000
Jumlah Karyawan	40	39	42
Penerimaan/Orang/Tahun	Rp. 93.959.650	Rp. 103.017.461	Rp. 100.785.714
Penerimaan/Orang/Hari	Rp. 257.423	Rp. 282.239	Rp. 276.125
Trend	-	Meningkat	Menurun

Berdasarkan tabel 6.14, dapat dilihat bahwa penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai besarnya bervariasi dari tahun ke tahun. Penerimaan per pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008 adalah sebesar Rp. 3.758.386.000, sedangkan penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai per hari adalah sebesar Rp. 257.423. Penerimaan per pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St.

Carolus tahun 2009 adalah sebesar Rp. 4.017.681.000, sedangkan penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai per hari adalah sebesar Rp. 282.239. penerimaan per pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2010 adalah sebesar Rp. 4.233.000.000, sedangkan penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai per hari adalah sebesar Rp. 276.125. Penerimaan per pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2009 adalah penerimaan tertinggi, sedangkan penerimaan terendah adalah tahun 2008.

1.2.4.5 Akses Terhadap Pelatihan dan Pendidikan

Data mengenai akses terhadap pelatihan dan pendidikan diperoleh melalui penelusuran dokumen di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada bagian kepegawaian dan bagian Diklat. Data akses pelatihan dan pendidikan meliputi data jumlah seluruh pegawai dan jumlah pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang mengikuti pelatihan dan pendidikan dalam setahun. Data yang diambil adalah data kepegawaian tahun 2008 sampai tahun 2010.

Tabel 6.20 Data Akses Pelatihan dan Pendidikan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Per Pegawai Tahun 2008-2010

Jumlah Pegawai	Tahun		
	2008	2009	2010
Pegawai keseluruhan	40	39	42
Mengikuti pelatihan dan pendidikan	16	16	8
Persentase	40%	41,03%	19,05%
Trend	-	Meningkat	Menurun

Dari data yang diperoleh, dapat dilihat bahwa akses pelatihan dan pendidikan pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus besarnya bervariasi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2009 dengan jumlah

pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sebanyak 40 orang, jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan dan pendidikan adalah sebanyak 16 orang, persentase akses pelatihan dan pendidikan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah sebesar 40%. Tahun 2009 dengan jumlah pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sebanyak 39 orang, diketahui jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan dan pendidikan adalah sebanyak 16 orang, persentase akses pelatihan dan pendidikan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah sebesar 41,03%. Sedangkan pada tahun 2010 dengan jumlah pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sebanyak 42 orang, jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan dan pendidikan adalah sebanyak 8 orang, persentase akses pelatihan dan pendidikan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus adalah sebesar 19,05%. Akses pelatihan dan pendidikan pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus meningkat pada tahun 2009, sedangkan tahun 2010 mengalami penurunan.

1.3 Pendapat Tentang Pelayanan Kesehatan St. Carolus

Dari hasil wawancara dengan informan (Pihak Manajemen Pelayanan Kesehatan St. Carolus) mengenai pendapat terhadap Pelayanan Kesehatan St. Carolus, khususnya Unit Gawat Darurat, diperoleh informasi sebagai berikut : Pelayanan Kesehatan St. Carolus merupakan institusi pelayanan kesehatan berbasis pelayanan mutu prima dan kepuasan pelanggan/pasien dan bersifat non profit. Dilihat dari segi aspek finansial, sumber pembiayaan Pelayanan Kesehatan St. Carolus berasal dari dana swadaya, tidak ada bantuan alat dari luar negeri dan bersifat padat karya dengan jumlah sumber daya manusia yang cukup banyak yaitu sekitar 1500 karyawan, dengan upah yang diberikan kepada karyawan mengikuti upah minimum yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah. Karena bersifat padat karya, pengeluaran biaya Pelayanan Kesehatan St. Carolus untuk sumber daya manusia mencapai 40% dari seluruh pengeluaran yang ada. Hal ini ditambah dengan biaya kesehatan yang diperuntukkan untuk

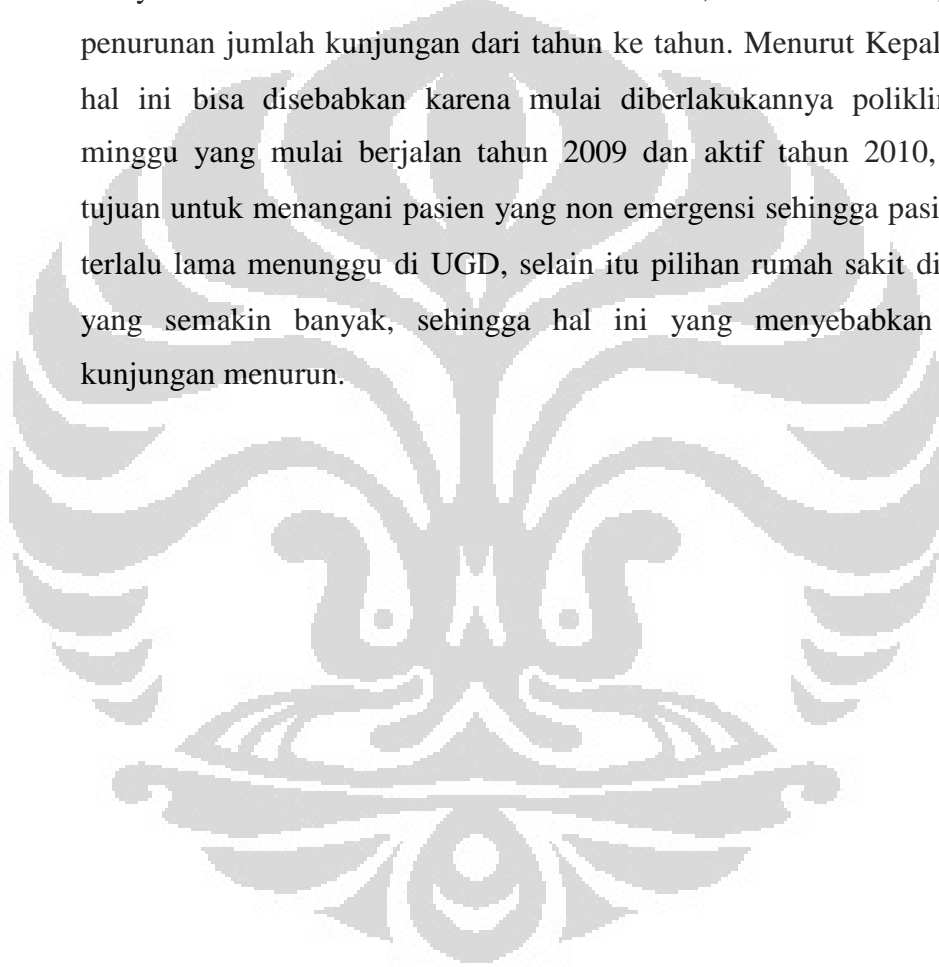
karyawan, dimana yang menjadi daya tarik dari Pelayanan Kesehatan St. Carolus yaitu diberikan tunjangan biaya kesehatan sebanyak 100% untuk karyawan dan keluarganya. Untuk karyawan laki-laki mendapat tanggungan untuk istri dan 3 orang anak (rawat jalan : ditanggung sepenuhnya, rawat inap : sampai anak berumur 21 tahun), untuk karyawan wanita mendapat tanggungan 3 orang anak (rawat jalan dan rawat inap : sampai anak berumur 12 tahun). Selain itu dikatakan bahwa program IT di Pelayanan Kesehatan St. Carolus sendiri belum secara online, oleh karena itu hal ini akan meningkatkan biaya operasional, karena masih bersifat *paperwork*. Hal-hal ini yang menyebabkan masih besarnya biaya pengeluaran Pelayanan Kesehatan St. Carolus hingga sekarang.

Untuk pemasukan Pelayanan Kesehatan St. Carolus, terutama untuk rawat inap, lebih banyak didapatkan dari pasien perawatan kelas VIP, dimana dapat menutup biaya operasional rumah sakit. Sedangkan untuk kelas 1,2 dan 3 ditujukan untuk golongan bawah dengan tarif yang cukup jauh, baik dari biaya konsultasi dokter, obat dan penunjang medis. Keuntungan/ profit yang didapat dari rumah sakit digunakan untuk pengembangan rumah sakit dan sisanya baru untuk bonus karyawan, tetapi tidak sebesar rumah sakit profit.

Di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, dengan membandingkan tahun 2008, 2009 dan 2010, terjadi peningkatan pendapatan dari tahun ke tahun. Pendapatan yang meningkat ini disebabkan karena terjadinya revisi tarif paket UGD pada tahun 2010 (peningkatan tarif UGD), peningkatan tarif untuk pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan penunjang medis lainnya. Hal serupa juga terjadi pada tingkat pengeluaran biaya yang meningkat dengan membandingkan tahun 2008, 2009 dan 2010. Pengeluaran yang meningkat ini dikarenakan peningkatan dari biaya operasional UGD, biaya kesehatan karyawan, upah lembur yang disebabkan jumlah SDM yang kurang sehingga mengakibatkan ada karyawan yang lembur (sedang dilakukan efisiensi ketenagaan).

Menurut Kepala Unit Gawat Darurat, Pelayanan Kesehatan St. Carolus bersifat non profit, sehingga pemeriksaan yang dilakukan untuk pasien sesuai dengan kebutuhan dan tidak semata-mata dibisniskan. Berbeda dengan rumah sakit profit, dimana aspek finansial menjadi tujuan utama rumah sakit sehingga diusahakan balik modal dan alat yang sudah dibeli harus digunakan secara maksimal.

Dilihat dari jumlah kunjungan pasien Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2008, 2009 dan 2010, terjadi penurunan jumlah kunjungan dari tahun ke tahun. Menurut Kepala UGD, hal ini bisa disebabkan karena mulai diberlakukannya poliklinik hari minggu yang mulai berjalan tahun 2009 dan aktif tahun 2010, dengan tujuan untuk menangani pasien yang non emergensi sehingga pasien tidak terlalu lama menunggu di UGD, selain itu pilihan rumah sakit di Jakarta yang semakin banyak, sehingga hal ini yang menyebabkan jumlah kunjungan menurun.



BAB VII

PEMBAHASAN

Berikut akan dilakukan pembahasan mengenai hasil penelitian tentang kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard* yang meliputi kinerja keuangan, kinerja pelanggan, kinerja proses bisnis internal dan kinerja pembelajaran dan pertumbuhan.

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penilaian kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang diteliti oleh peneliti belum mencakup semua *critical success factors* dari *balanced scorecard* karena adanya keterbatasan sumber data, oleh karena itu penilaian yang diberikan belum optimal. Hasil penelitian dilakukan dengan mengambil data tahun 2008 sampai dengan tahun 2010, sehingga kinerja tahun 2010 dapat dievaluasi dengan membandingkannya dengan tahun-tahun sebelumnya. Dengan rentang waktu 3 tahun yang diambil dirasakan masih sangat kurang mengingat pengukuran kinerja suatu rumah sakit tidak dapat digambarkan dengan baik melalui data 3 tahun terakhir. Hasil penelitian merupakan gambaran pada saat tertentu sehingga dapat berbeda pada waktu yang akan datang. Walaupun demikian, dengan rentang waktu yang diambil hanya 3 tahun dapat menggambarkan kecenderungan perkembangan kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

7.2 Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus Dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

7.2.1 Kinerja Keuangan

Rumah sakit harus dapat meningkatkan kinerja keuangannya untuk dapat selalu eksis dalam bisnisnya. Rumah sakit harus dapat membiayai operasionalnya, pemeliharaan, membayar hutang dan meningkatkan investasi yang semakin hari semakin tinggi (Gaspersz, 2002). Untuk

membangun suatu *balanced scorecard* harus mengaitkan unit-unit bisnis kepada tujuan finansial yang berkaitan dengan startegi perusahaan. Tujuan finansial berperan sebagai fokus untuk tujuan-tujuan strategik dan ukuran-ukuran dalam semua perspektif yang lain dari *balanced scorecard* (Gaspersz, 2011).

Pada tabel 6.3, dapat dilihat data hasil penelitian di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan hasil tingkat pertumbuhan penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2010/2009 adalah sebesar 112,63%. Persentase ini menggambarkan penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus tahun 2010 lebih besar dibandingkan dengan penerimaan tahun 2009. Demikian juga tingkat pertumbuhan penerimaan tahun 2009/2008 yaitu sebesar 106,90% dan tahun 2010/2008 yaitu 112,63% yang menggambarkan peningkatan penerimaan pada tahun 2009 dibandingkan dengan tahun 2008 dan pada tahun 2010 dibandingkan dengan tahun 2008. Jumlah pelanggan yang semakin menurun semata-mata tidak berarti menurunnya penerimaan. Hasil wawancara dengan pihak manajemen diperoleh informasi bahwa penerimaan yang meningkat ini disebabkan karena terjadinya revisi tarif paket UGD pada tahun 2010 (peningkatan tarif UGD), peningkatan tarif untuk pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan penunjang medis lainnya (laboratorium).

Pada tabel 6.4, dapat dilihat bahwa tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD tahun 2010/2009 sebesar 116,57% berarti terjadi peningkatan pengeluaran pada tahun 2010 bila dibandingkan dengan pengeluaran tahun 2009. Demikian juga tingkat pertumbuhan pengeluaran tahun 2009/2008 yaitu sebesar 112,73% dan tahun 2010/2008 yaitu sebesar 131,40% yang menggambarkan peningkatan pengeluaran pada tahun 2009 dibandingkan dengan tahun 2008 dan pada tahun 2010 dibandingkan dengan tahun 2008, sejalan dengan meningkatnya penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang dapat terjadi karena meningkatnya penggunaan unit penunjang rumah sakit sehingga biaya alat dan bahan akan meningkat. Hasil wawancara dengan

pihak manajemen diperoleh informasi yaitu pengeluaran yang meningkat dari tahun 2008-2010 dikarenakan peningkatan dari biaya operasional UGD terutama untuk peralatan dan dikarenakan program IT di Pelayanan Kesehatan St. Carolus sendiri belum secara online, maka hal ini akan meningkatkan pengeluaran karena masih bersifat paperwork. Selain itu, karena bersifat padat karya, maka pengeluaran biaya untuk sumber daya manusia mencapai 40% dari seluruh pengeluaran yang ada, ditambah lagi adanya tunjangan biaya kesehatan karyawan untuk karyawan dan keluarganya, untuk karyawan laki-laki mendapat tanggungan untuk istri dan 3 orang anak (rawat jalan : ditanggung sepenuhnya, rawat inap : sampai anak berumur 21 tahun), untuk karyawan wanita mendapat tanggungan 3 orang anak (rawat jalan dan rawat inap : sampai anak berumur 12 tahun), tetapi hal ini yang menjadi daya tarik pegawai Pelayanan kesehatan St. Carolus yaitu mereka mendapat tunjangan kesehatan sebesar 100%, walaupun bonus yang didapat dari profit yang ada tidak besar karena lebih banyak digunakan untuk pengembangan rumah sakit. Hal lain yang menyebabkan tingginya biaya pengeluaran UGD adalah adanya upah lembur yang disebabkan jumlah SDM yang kurang sehingga mengakibatkan ada karyawan yang lembur. Pada saat ini Pelayanan Kesehatan St. Carolus sedang melakukan efisiensi ketenagaan. Hal-hal ini yang menyebabkan masih besarnya biaya pengeluaran Pelayanan Kesehatan St. Carolus hingga sekarang.

Dari hasil penelitian pada tabel 6.5, diperoleh perbandingan realisasi dengan rencana penerimaan tahun 2010 mengalami peningkatan yaitu sebesar 100,81% dibandingkan tahun 2009 yaitu sebesar 84,69% dan tahun 2008 yaitu sebesar 90,38%. Hal ini menunjukkan bahwa tim anggaran Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus telah berupaya maksimal dalam menentukan anggaran keuangan rumah sakit.

Hasil penelitian juga menggambarkan adanya peningkatan perbandingan penerimaan dengan pengeluaran (CRR : *Cost Recovery Rate*) Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, yang dapat dilihat pada tabel 6.6, yaitu tahun 2010 sebesar 112,31%. Dari data tersebut

diperoleh bahwa terdapat sisa penerimaan sebesar 12,31% dari penerimaan total atau sebesar Rp.464.084.000. Untuk tahun 2009, juga terjadi peningkatan perbandingan penerimaan dengan pengeluaran (CRR : *Cost Recovery Rate*) sebesar 124,26%. Dari data tersebut didapatkan bahwa terdapat sisa penerimaan sebesar 24,26% dari penerimaan total atau sebesar Rp.784.471.000. Terjadi peningkatan perbandingan penerimaan dengan pengeluaran (CRR : *Cost Recovery Rate*) juga pada tahun 2008 sebesar 131,04%. Hal ini menandakan bahwa terdapat sisa penerimaan sebesar 31,04% dari penerimaan total atau sebesar Rp.890.195.000. Bila dibandingkan antara penerimaan dengan pengeluaran, terlihat bahwa kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus sudah dikatakan baik. Hal ini tercermin dari nilai CRR yang menunjukkan angka di atas 100%, dimana hal ini berarti bahwa penerimaan sudah lebih besar dari biaya yang dikeluarkan.

Pelayanan Kesehatan St. Carolus bersifat non profit, sehingga pemeriksaan yang dilakukan untuk pasien sesuai dengan kebutuhan dan tidak semata-mata dibisniskan. Berbeda dengan rumah sakit profit, dimana aspek finansial menjadi tujuan utama rumah sakit sehingga diusahakan balik modal dan alat yang sudah dibeli harus digunakan secara maksimal. Di tengah maraknya dibangun Rumah Sakit-Rumah Sakit baru yang modern dan berorientasi “profit” di kota metropolitan Jakarta ini, tidaklah mudah bagi PKSC untuk mempertahankan misi ini. Masyarakat dihadapkan kepada berbagai pilihan alternatif untuk berobat. Namun demikian, hal ini tidak mengurangi komitmen Pelayanan Kesehatan St. Carolus, dengan adanya peningkatan pendapatan ini, Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus akan dapat berbuat lebih banyak untuk dapat meningkatkan investasi dan melaksanakan misinya untuk tetap memberikan pelayanan yang manusiawi, penuh cinta kasih, bertanggung jawab kepada kepentingan pasien dan keluarga.

7.2.2 Kinerja Pelanggan

Pelayanan pasien yang belum baik akan menimbulkan produk yang tidak memuaskan pasien, sedangkan sumber pendapatan rumah sakit adalah pelanggan. Untuk itu, Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dalam menjalankan bisnisnya harus berorientasi kepada pelanggan. Bila rumah sakit telah memenuhi harapan pelanggan maka rumah sakit tersebut tergolong berkualitas (Supranto, 2001).

Dari tabel 6.8, tingkat kepuasan pelanggan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang didapat dari 100 responden cukup tinggi dengan rata-rata nilai kesesuaian sebesar 83,09%. Nilai tersebut adalah hasil perbandingan antara nilai kenyataan (3,90) dengan nilai harapan (4,70). Pelayanan yang diterima oleh pelanggan telah hampir mendekati harapan yang digantungkan pelanggan terhadap Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada tabel 6.9 adalah sebanyak 47% pasien merasa tidak puas dan 53% pasien merasa puas dengan pelayanan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang diterima.

Pelanggan yang puas akan tetap menggunakan pelayanan yang membuat mereka puas. Dan sebaliknya, pelanggan yang tidak puas tidak akan kembali untuk menggunakan pelayanan yang membuat mereka tidak puas. Setiap pelanggan yang tidak puas akan menyampaikan segala keluhan dan pengalamannya kepada 11 orang temannya. Setiap temannya tersebut akan memberitahukan kepada 5 orang disekitarnya.

Dari hasil analisa didapatkan bahwa aspek pelayanan perawat memiliki tingkat kepuasan tertinggi yaitu 0,89 (88,74%), diikuti oleh aspek pelayanan dokter yaitu 0,86 (86,42%), aspek waktu tunggu rujukan yaitu 0,83 (83,09%), aspek kemudahan mencapai UGD yaitu 0,83 (82,64%), sedangkan aspek waktu tunggu rawat inap memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu 0,79 (78,65%) dibandingkan dengan keempat aspek lainnya. Hasil tersebut sesuai dengan hasil pengamatan, dimana

banyak responden yang mengeluhkan waktu tunggu di UGD yang lama sebelum dirawat ke rawat inap.

7.2.2.1 Kemudahan Mencapai UGD

Tingkat kepuasan pelanggan dilihat dari aspek kemudahan mencapai UGD didapat hasil jawaban responden 57% menyatakan tidak puas dan 43% menyatakan puas dengan pelayanan yang diterima. Dari hasil perbandingan kenyataan dan harapan didapatkan tingkat kepuasan terendah adalah parkir kendaraan di tempat parkir UGD luas dan nyaman yaitu sebesar 71,77%, sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah pada aspek kendaraan yang mengantar pasien dapat merapat ke pintu masuk UGD yaitu sebesar 88,30%.

Dari hasil jawaban responden tersebut dapat dilihat bahwa sebagian besar responden merasa tidak puas terhadap kemudahan mencapai UGD di Pelayanan Kesehatan St. Carolus, hal ini disebabkan jalan menuju UGD seharusnya leluasa untuk kendaraan yang mengantar pasien sehingga dengan mudah mencapai pintu masuk UGD dan tidak banyak hambatan, parkir kendaraan di tempat parkir UGD juga harus luas dan nyaman, papan petunjuk yang dirasa belum strategis posisinya, kendaraan yang mengantar pasien seharusnya dapat merapat ke pintu masuk UGD, proses pemindahan pasien dari kendaraan ke kursi atau kereta dorong pasien seharusnya dapat dilakukan dengan mudah dan pemanggilan mobil ambulance untuk menjemput pasien gawat darurat seharusnya dapat dilakukan dengan cepat.

7.2.2.2 Pelayanan Dokter

Aspek ini berhubungan dengan kemampuan dokter yang langsung berhubungan dengan pasien dalam menanamkan rasa percaya dan keyakinan pada pasien. Aspek pelayanan dokter merupakan salah satu aspek yang sangat penting di UGD, didapat hasil jawaban responden 42% menyatakan tidak puas dan 58% menyatakan puas dengan pelayanan yang diterima. Dari hasil perbandingan kenyataan dan harapan didapatkan,

tingkat kepuasan terendah adalah dokter memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan penyakit pasien UGD yaitu sebesar 84,02%, sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah dokter yang memeriksa cukup ramah yaitu sebesar 88,10%.

Kemampuan dan kecekatan dokter sampai saat ini masih menjadi daya tarik utama seseorang datang ke sebuah tempat layanan kesehatan. Oleh sebab itu sebaiknya Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus lebih memotivasi para tenaga medis di UGD dalam melakukan pelayanan kesehatan sehingga mereka tidak hanya menyelesaikan tanggung jawab sebagai dokter jaga tetapi tetap menjaga mutu pelayanan yang maksimal dikarenakan motivasi kerja yang tinggi.

7.2.2.3 Pelayanan Perawat

Aspek pelayanan perawat menempati tingkat kepuasan tertinggi dari seluruh aspek lainnya yaitu sebesar 88,74%. Dari hasil perbandingan nilai kenyataan dan harapan, didapatkan perawat yang menangani pasien cepat melakukan tindakan pertolongan memiliki tingkat kepuasan terendah yaitu sebesar 86,63%. Sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah perawat yang memeriksa cukup ramah yaitu sebesar 91,91%.

Hasil yang didapat dari tingkat kepuasan pelanggan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap pelayanan perawat adalah 41% pasien merasa tidak puas dan 59% pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya.

Perawat memegang peranan penting karena mereka adalah ujung tombak dalam pelayanan kesehatan, hampir sebagian karyawan rumah sakit adalah perawat. Oleh sebab itu pimpinan UGD perlu memberikan masukan kepada perawat untuk lebih fokus kepada pelanggan. Apabila hal ini tidak dilakukan tentu akan merugikan rumah sakit sendiri dimana pelanggan akan pindah ke rumah sakit yang dirasa dapat memenuhi kebutuhannya.

7.2.2.4 Waktu Tunggu Rawat Inap

Waktu tunggu rawat inap adalah aspek yang paling dinamis, karena harapan pasien akan kecepatan pelayanan hampir dipastikan akan berubah dengan kecenderungan naik dari waktu ke waktu, seiring dengan kemajuan teknologi. Apalagi bagi masyarakat Jakarta dengan tingkat pergerakan yang tinggi tentu mengharapkan layanan yang serba cepat namun tepat. Pasien akan mempunyai toleransi yang lebih kecil dalam menunggu, dalam hal ini adalah menunggu di UGD untuk rawat inap.

Tingkat kepuasan pelanggan dilihat dari aspek waktu tunggu sebelum dirawat ke rawat inap didapat hasil jawaban responden 75% menyatakan tidak puas dan 25% menyatakan puas dengan pelayanan yang diterima. Dari hasil perbandingan kenyataan dan harapan didapatkan tingkat kepuasan terendah adalah pasien tidak lama menunggu di UGD sebelum dirawat ke rawat inap yaitu sebesar 73,33%, sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah petugas administrasi cekatan memberi informasi tentang adanya kamar kosong di rawat inap yaitu sebesar 81,60%.

Waktu tunggu setelah mendapatkan pelayanan di UGD sering menjadi masalah, semakin lama waktu tunggu rawat maka dapat menyebabkan pasien dan keluarganya merasa tidak terlayani. Menurut hasil wawancara dengan Kepala UGD, waktu tunggu rawat inap yang lama ini disebabkan waktu tunggu mendapatkan kamar rawat inap yang kosong karena harus disesuaikan dengan permintaan pasien, waktu tunggu hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll) dan menunggu hasil konsultasi dokter konsulen untuk diberikan instruksi pengobatan. Setelah semua beres, baru pasien dimasukkan ke ruangan, dimana seharusnya dapat selesai dalam waktu kurang dari 2 jam. Tetapi pada kenyataan yang berjalan sesuai pengamatan, masih banyak pasien yang mengeluhkan waktu tunggu rawat inap yang lama karena menunggu lebih dari 2 jam di UGD sehingga masih diperlukan perbaikan untuk ke depan.

7.2.2.5 Waktu Tunggu Rujukan

Tingkat kepuasan pelanggan dilihat dari aspek waktu tunggu rujukan didapat hasil jawaban responden 69,2% menyatakan tidak puas dan 30,8% menyatakan puas dengan pelayanan yang diterima. Dari hasil perbandingan kenyataan dan harapan didapatkan tingkat kepuasan terendah adalah supir ambulance yang akan mengantar ke rumah sakit rujukan selalu tersedia di tempat yaitu sebesar 75,00%, sedangkan tingkat kepuasan tertinggi adalah tidak terlalu lama menunggu di UGD sebelum dirujuk ke rumah sakit lain pada yaitu sebesar 83,05%. Sama halnya dengan waktu tunggu rawat inap, hal ini juga menjadi penting untuk dilayani dengan cepat untuk menghindari komplain dari pasien.

7.2.3 Kinerja Proses Bisnis Internal

Kinerja proses bisnis internal merupakan gambaran kinerja proses pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Pengukuran kinerja bisnis internal pada penelitian ini meliputi kecepatan kontak pertama pelayanan dan persentase jumlah pasien yang meninggal di UGD dan yang dirujuk ke rumah sakit lain.

7.2.3.1 Kecepatan Kontak Pertama Pelayanan

Dilihat dari tabel 6.11, hasil survey *response time* di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada tahun 2008-2010, yaitu dari Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan mengenai kecepatan penanganan penderita gawat darurat di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus didapatkan rata-rata Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat (AKPGD) pada tahun 2008 sebesar 4,4%, mengalami peningkatan pada tahun 2009 yaitu sebesar 14,67% dan tahun 2010 menurun yaitu sebesar 11,82%.

Hasil penelusuran dokumen untuk kecepatan kontak pertama pelayanan masih ditemukan keterlambatan dalam *response time* yang seharusnya kurang atau sama dengan 5 menit menurut Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit menurut Standar Depkes RI. Hal ini bisa

disebabkan oleh kelalaian petugas ataupun ketidaktahuan petugas UGD terhadap Standar Pelayanan Minimal di UGD.

AKPGD (Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat) yang diambil secara random setiap tanggal 11-20 tiap bulan, sehari diambil 5 pasien, sehingga setiap bulan diambil 50 pasien sesuai Standar Depkes RI.

Service time yaitu waktu yang diperlukan untuk melayani pasien/memproses sejak pasien masuk ke UGD sampai pasien diantar ke ruang perawatan/pulang. *Response time* adalah waktu yang diperlukan untuk menunggu pelayanan pertama pada pasien gawat, darurat atau gawat darurat yang datang ke UGD. Menurut standar Depkes RI, *response time* UGD seharusnya kurang atau sama dengan 5 menit. *Service time* ini diperhitungkan karena lamanya *service time* dipengaruhi oleh *response time*. Jika *service time* panjang sehingga pasien stagnansi di UGD, sedangkan jumlah bed terbatas, maka *response time* juga akan memanjang.

7.2.3.2 Persentase Jumlah Pasien yang Meninggal di UGD dan yang Dirujuk ke Rumah Sakit Lain

Angka kematian menurut data tiga tahun terakhir, tahun 2008-2010, menunjukkan adanya penurunan persentase jumlah pasien yang meninggal dari tahun 2008 ke tahun 2009 yaitu pada tahun 2008 terdapat 97 pasien yang meninggal dari total 20.667 pasien UGD (0,47%) ke tahun 2009 yaitu 66 pasien dari total 20.515 pasien UGD (0,32%), kemudian meningkat kembali di tahun 2010 yaitu 86 pasien dari total 18.827 pasien UGD (0,46%).

Menurut Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menurut Depkes RI, angka kematian ≤ 24 jam yaitu kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang yaitu harus ≤ 2 perseribu. Untuk angka kematian Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus data tahun 2008-2010, menunjukkan angka yang tinggi dan tidak sesuai dengan standar Depkes RI. Oleh karena itu, hal ini perlu ditinjau ulang agar dapat

terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

Jumlah pasien yang dirujuk pada tahun 2008 sebesar 112 pasien dari total 20.667 pasien UGD (0,54%), kemudian menurun pada tahun 2009 yaitu 67 pasien dari total 20.515 pasien UGD (0,33%) dan mengalami peningkatan pada tahun 2010 yaitu 97 pasien dari total 18.827 pasien UGD (0,52%).

7.2.4 Kinerja Pembelajaran dan Pertumbuhan

Pengukuran kinerja pembelajaran dan pertumbuhan merupakan gambaran atas kemampuan rumah sakit dalam mengelola sumber daya manusia. Tujuan-tujuan dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan merupakan pengendali untuk mencapai keunggulan outcome dalam ketiga perspektif finansial, pelanggan dan proses bisnis internal (Gaspersz, 2011).

Pengukuran kinerja dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan ini meliputi kepuasan kerja pegawai, retensi pegawai, tingkat absensi pegawai, tingkat produktivitas pegawai dan akses terhadap pelatihan dan pendidikan.

7.2.4.1 Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai

Pengukuran tingkat kepuasan kerja pegawai ini adalah untuk mengetahui keadaan emosional yang menyenangkan dimana pegawai memandang pekerjaan mereka. Karyawan akan memberikan komitmennya bila ia merasakan ikatan emosional dengan suatu perusahaan. Perusahaan yang ingin mencapai tingkat kepuasan pelanggan yang tinggi perlu memiliki pelanggan yang dilayani oleh pekerja yang terpuaskan oleh perusahaan (Kaplan dan Norton, 1996). Terdapatnya kepuasan pegawai terhadap lingkungan kerja akan berpengaruh kepada mutu pelayanan baik medis maupun non medis. Pengukuran kepuasan pegawai meliputi kepuasan akan besarnya gaji, promosi, teman kerja, atasan dan kepuasan atas pekerjaan sendiri.

Tampak dari gambaran tingkat kepuasan pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus didapatkan tingkat kepuasan terendah adalah kepuasan terhadap besarnya gaji yang diterima yaitu 18 orang (50%), kemudian tingkat kepuasan terhadap pekerjaans sendiri yaitu 19 orang (52,8%), tingkat kepuasan terhadap promosi yaitu 23 orang (63,9%), tingkat kepuasan terhadap teman kerja yaitu 32 orang (88,9%) dan kepuasan terhadap atasan yaitu 34 orang (94,4%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat ketidakpuasan yang tertinggi adalah terhadap perolehan gaji dan insentif, dan ini memberi pengaruh terhadap produktifitas dan komitmen sumber daya manusia. Perolehan gaji/insentif yang rendah mengakibatkan sumber daya manusia menjadi tidak komitmen dan produktif dan ini akan membuat proses pelayanan tidak baik, sesuai dengan yang dikemukakan oleh Mulyadi (1999) bahwa organisasi akan menghasilkan produk yang baik bagi pelanggan jika organisasi tersebut mempekerjakan sumber daya manusia yang produktif dan berkomitmen di dalam menjalankan proses yang digunakan oleh organisasi.

Pernyataan Handoko, 1988 dalam Sri D (2000) bahwa kompensasi perlu ditingkatkan karena dapat meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja sehingga mutu pelayanan juga meningkat. Upah/kompensasi mempengaruhi kinerja seseorang dan seseorang mengekspesikan ketidakpuasannya dengan bekerja seandainya. Sesuai Magginson (1981) dalam Sutarsa (2001) dalam menentukan kompensasi membayar upah pegawai perlu didasarkan pada kemampuan perusahaan. Hal tersebut berarti jangan sampai menentukan kebijaksanaan kompensasi diluar batas kemampuan yang ada pada perusahaan. Agar tidak adanya kecemburuan maka diperlukan adanya :

1. Rancangan suatu metode atau sistem penggajian/insentif sehingga mereka merasa dihargai dan adanya rasa keadilan
2. Adanya sistem transparansi/keterbukaan sehingga adanya rasa memiliki dari pegawai terhadap rumah sakit. Dengan demikian

walaupun gaji/insentif yang mereka terima tidak sesuai yang mereka harapkan, mereka dapat memahami.

7.2.4.2 Retensi Pegawai

Retensi pegawai merupakan gambaran tentang perbandingan jumlah pegawai keluar (*turn over*) terhadap jumlah pegawai keseluruhan. Retensi pegawai merupakan kemampuan rumah sakit untuk mempertahankan pegawainya. Retensi pegawai bisa dilihat dari *turn over* pegawai dimana *turn over* yang menurun akan meningkatkan retensi pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Berdasarkan data *turn over* pegawai dapat diketahui bahwa *turn over* pegawai pada tahun 2008 adalah sebesar 20%, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2009 yaitu sebesar 10,26%, dimana hal ini menandakan retensi pegawai yang meningkat di tahun 2009, tetapi pada tahun 2010, *turn over* pegawai kembali meningkat yaitu sebesar 19,05% sehingga retensi pegawai menurun jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Turn over pegawai yang meningkat pada tahun 2010 dikarenakan kebijakan yang dilaksanakan oleh Pelayanan Kesehatan St. Carolus untuk mengadakan efisiensi ketenagaan, dimana pegawai tidak tetap UGD (bukan dokter tetap UGD) keluar atau diberhentikan, sehingga semua pegawai yang bekerja di UGD adalah berstatus pegawai tetap. Dimana hal ini berpengaruh pada peningkatan pengeluaran biaya dengan membandingkan tahun 2008, 2009 dan 2010. Pengeluaran yang meningkat ini dikarenakan peningkatan dari biaya upah lembur yang disebabkan jumlah SDM yang kurang karena efisiensi ketenagaan sehingga mengakibatkan ada karyawan yang lembur. Untuk Pelayanan Kesehatan St. Carolus sendiri, pengeluaran biaya untuk sumber daya manusia cukup tinggi yaitu mencapai 40% dari seluruh pengeluaran yang ada.

7.2.4.3 Tingkat Absensi Pegawai

Tingkat absensi pegawai merupakan pengukuran persentase jumlah hari pegawai yang hilang dari seluruh jumlah hari kerja pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Dari data tingkat absensi pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dapat dilihat bahwa tingkat absensi pegawai dengan trend menurun. Tingkat absensi pegawai tahun 2008 sebesar 2,14%, tahun 2009 sebesar 1,85% dan tahun 2010 adalah sebesar 1,67%.

Absensi yang berjalan selama ini di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus masih manual menggunakan buku absen dan menyulitkan perhitungan dan pencacatan data untuk jumlah absensi pegawai UGD. Pada saat penelitian, peneliti juga mengalami kesulitan untuk merekap satu persatu jumlah absensi pegawai UGD. Hasil yang didapat, jumlah absensi pegawai tahun 2010 cenderung menurun bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Kompensasi atau imbalan jasa adalah segala sesuatu yang diterima pegawai sebagai balas jasa untuk kerja yang telah dilakukan dan memotivasi mereka agar mencapai tingkat prestasi yang diinginkan (Handoko, 1988). Oleh karena itu, ada pengaruh absensi dengan imbalan jasa medis yang akan memacu pegawai untuk rajin dan termotivasi kerja. Selain itu perlu dilakukan tindakan pendisiplinan terhadap pegawai yang melanggar ketentuan, dimana berat ringannya sanksi yang diberikan tergantung kepada berat ringannya pelanggaran yang dilakukan.

7.2.4.4 Tingkat Produktivitas Pegawai

Pengukuran tingkat produktivitas pegawai ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai. Dari data penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai yang didapat tahun 2008-2010 dapat dilihat adanya peningkatan penerimaan per pegawai pada tahun 2009 dan sedikit menurun pada tahun 2010 dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Jumlah penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan

Kesehatan St. Carolus per pegawai pada tahun 2010 adalah sebesar Rp. 276.125. Menurunnya tingkat penerimaan Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus per pegawai disebabkan karena penerimaan UGD yang meningkat pada tahun 2010 sementara jumlah pegawai juga mengalami peningkatan pada tahun yang sama.

7.2.4.5 Akses Terhadap Pelatihan dan Pendidikan

Pengukuran akses terhadap pelatihan dan pendidikan merupakan persentase pegawai yang mengikuti pelatihan dan pendidikan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Sebanyak 8 orang pegawai yang mengikuti pelatihan dan pendidikan pada tahun 2010 atau 19,05% dari 42 pegawai Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Persentase ini menggambarkan adanya penurunan dari tahun sebelumnya dengan nilai persentase sebesar 41,03% pada tahun 2009 dan 40% pada tahun 2008.

Sumber daya manusia harus berkembang jika rumah sakit menginginkan kemakmuran, pengetahuan karyawan harus menjadikan sesuatu yang produktif untuk memberikan nilai bagi pelanggan. Dalam menghadapi persaingan global, dibutuhkan karyawan yang cerdas, berinovasi dan berkreasi, menguasai komputer dan mudah menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan bisnis. Bila dilihat dari kepentingan pada masa yang akan datang, jumlah tersebut masih terasa kurang karena persaingan akan menjadi lebih ketat, sehingga manajemen harus dapat mengantisipasinya (Kaplan dan Norton, 1996).

Pengukuran kinerja suatu rumah sakit dengan 4 perspektif yang telah dilakukan pada penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk menentukan parameter-parameter yang diperlukan untuk pengukuran tersebut. Selama ini belum tersedia standar pengukuran dengan parameter-parameter tertentu yang baku di dalamnya. Parameter dalam pengukuran kinerja suatu rumah sakit masih menjadi persoalan yang memerlukan pemikiran oleh pemerintah. Penentuan parameter untuk pengukuran

kinerja rumah sakit akan menemukan banyak masalah mengingat setiap rumah sakit memiliki karakteristik sendiri-sendiri.

Dari pembahasan diatas dapat dilihat bahwa pengukuran kinerja dengan pendekatan *balanced scorecard* dapat dilakukan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Pada dasarnya filosofi dari indikator kinerja ini adalah suatu pengakuan bahwa indikator kinerja dari perspektif keuangan adalah akibat dari 3 indikator kinerja yang lain yaitu dari perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Konsep *balanced scorecard* sangat relevan dan cocok untuk diterapkan juga pada rumah sakit yang non profit, dalam hal ini adalah Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Dimana walaupun termasuk rumah sakit non profit, tetapi pihak manajemen Pelayanan Kesehatan St. Carolus tetap *concern* terhadap masalah keuangan. Profit yang diperoleh Pelayanan Kesehatan St. Carolus, terutama Unit Gawat Darurat, akan dapat merangsang peningkatan investasi sebagai pengembangan rumah sakit, sehingga akan semakin berkembang pula Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dan dapat tetap melaksanakan misinya untuk tetap memberikan pelayanan yang manusiawi, penuh cinta kasih, bertanggung jawab kepada kepentingan pasien dan keluarga. Oleh karena itu, Unit Gawat Darurat sebagai suatu unit, bisa diaplikasikan konsep *balanced scorecard*.

7.2.5 Perumusan Peta Strategi

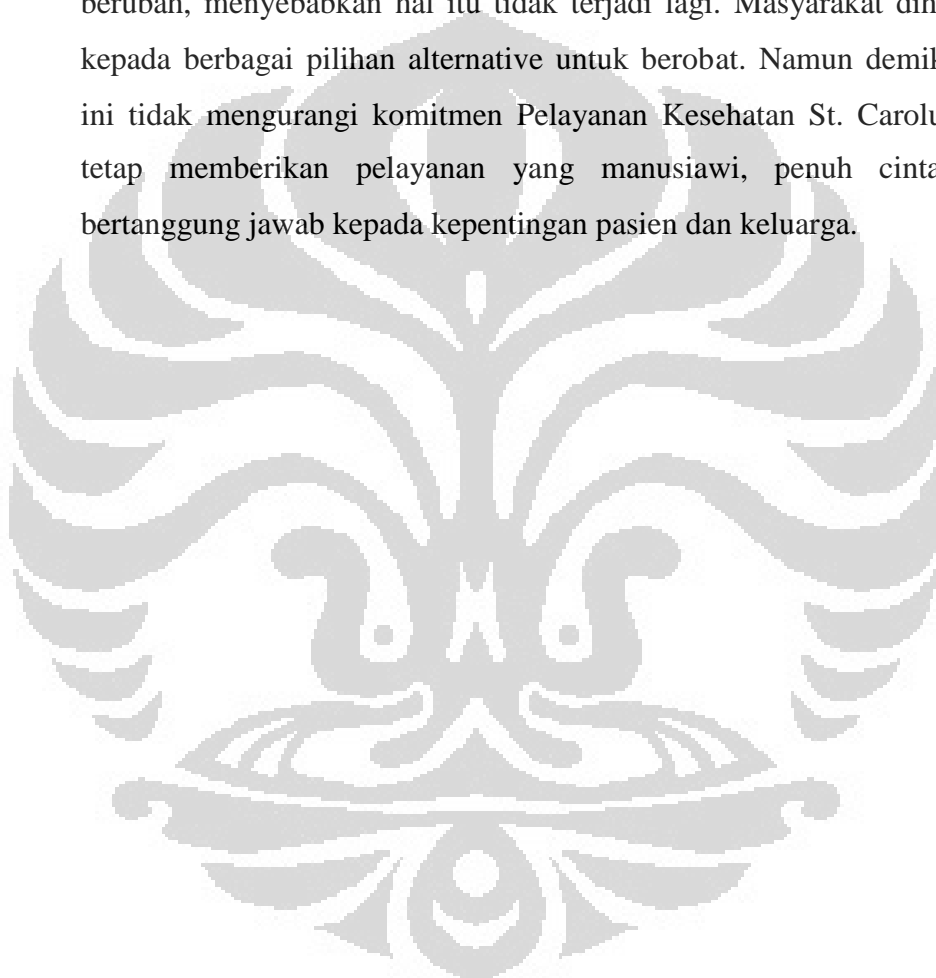
Menurut Kaplan dan Norton (2004), peta strategi (*strategy map*) adalah diagram yang mendeskripsikan/ menggambarkan strategi melalui hubungan sebab akibat (*cause and effect relationship*) diantara tujuan-tujuan dalam keempat perspektif *balanced scorecard* secara eksplisit. Dengan menggunakan peta strategi maka strategi dapat dijelaskan dengan cara yang serupa dan konsisten kepada seluruh anggota organisasi sehingga tujuan-tujuan dan ukuran-ukuran dapat dikelola dengan baik.

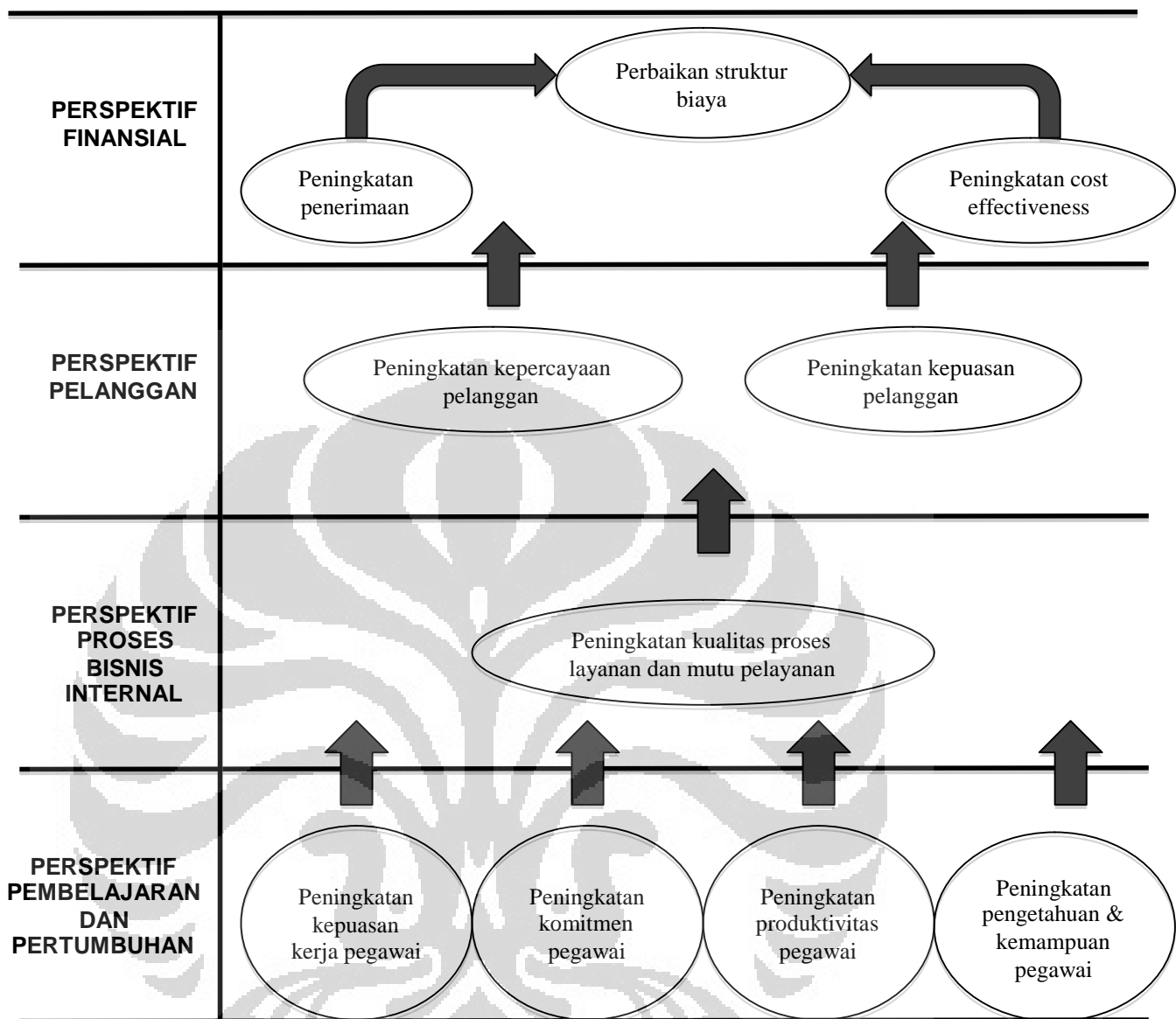
Sebuah peta strategi menguraikan proses penciptaan nilai melalui serangkaian hubungan sebab akibat di antara sasaran-sasaran dalam

keempat perspektif *balanced scorecard* : dimulai dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yaitu adanya peningkatan kepuasan kerja karyawan, peningkatan komitmen pegawai, peningkatan produktivitas pegawai dan peningkatan pengetahuan dan kemampuan pegawai akan dapat meningkatkan kinerja proses bisnis internal yaitu adanya peningkatan kualitas proses layanan dan mutu pelayanan. Dengan adanya mutu pelayanan yang meningkat, maka akan meningkatkan kinerja pelanggan yaitu peningkatan kepercayaan pelanggan dan peningkatan kepuasan pelanggan akan pelayanan yang diberikan. Pelanggan yang puas akan tetap menggunakan pelayanan yang membuat mereka puas. Kinerja pelanggan yang meningkat akan meningkatkan kinerja keuangan, yaitu terjadi peningkatan penerimaan dan peningkatan *cost effectiveness* UGD, sehingga pada akhirnya akan memperbaiki struktur biaya Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

Dari hasil wawancara dengan informan (Pihak Manajemen Pelayanan Kesehatan St. Carolus), Pelayanan Kesehatan St. Carolus merupakan institusi pelayanan kesehatan berbasis pelayanan mutu prima dan kepuasan pelanggan/pasien dan bersifat non profit. Di sepanjang perjalanan pelayanan selama 92 tahun (1919-2011), Pelayanan Kesehatan St. Carolus telah berusaha untuk tetap setia mewujudkan misi pelayanannya, yaitu memberikan perhatian kepada mereka yang lemah dan miskin, meski berbagai tantangan dan kesulitan dialaminya. Perhatian kepada yang lemah dan berkekurangan ini, antara lain diwujudkan dengan dibukanya beberapa Balikesmas di lima wilayah kota Jakarta (Wilayah Paseban, Tanjung Priok, Klender, Cijantung dan Cengkareng) sebagai pusat pelayanan kesehatan yang melayani langsung kepada semua tingkat social masyarakat secara paripurna dan terpadu meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative. Upaya menjangkau pelayanan yang lebih luas dan kepada mereka yang berkekurangan merupakan perjuangan yang terus menerus bagi Pelayanan Kesehatan St. Carolus untuk tetap setia pada misinya.

Di tengah maraknya dibangun Rumah Sakit-Rumah Sakit baru yang modern dan berorientasi “profit” di kota metropolitan Jakarta ini, tidaklah mudah bagi PKSC untuk mempertahankan misi ini. Ada masanya dimana Pelayanan Kesehatan St. Carolus menjadi pilihan utama dan pertama masyarakat Jakarta kalau mereka sakit. Tumbuhnya fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta di Jabodetabek, kemajuan dalam dunia kedokteran yang terjadi dengan sangat cepat, *demand* masyarakat yang berubah, menyebabkan hal itu tidak terjadi lagi. Masyarakat dihadapkan kepada berbagai pilihan alternative untuk berobat. Namun demikian, hal ini tidak mengurangi komitmen Pelayanan Kesehatan St. Carolus untuk tetap memberikan pelayanan yang manusiawi, penuh cinta kasih, bertanggung jawab kepada kepentingan pasien dan keluarga.





Gambar 7.1 *Strategy Map* Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Telah dilakukan penelitian tentang kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan menggunakan pendekatan *balanced scorecard* yang melihat dari 4 perspektif yang berbeda yaitu perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Dari hasil penelitian dan pembahasan dan dengan merujuk kembali pada perumusan masalah dan pertanyaan penelitian, maka dapat diambil kesimpulan :

1. Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dari perspektif keuangan dapat diuraikan sebagai berikut :
 - a. Tingkat pertumbuhan penerimaan UGD tahun 2010/2009 adalah 105,36%, tahun 2009/2008 adalah 106,90% dan tahun 2010/2008 adalah 112,63%.
 - b. Tingkat pertumbuhan pengeluaran UGD tahun 2010/2009 adalah 116,57%, tahun 2009/2008 adalah 112,73% dan tahun 2010/2008 adalah 131,40%.
 - c. Perbandingan realisasi dengan rencana penerimaan UGD tahun 2008 adalah 90,38%, tahun 2009 adalah 84,69% dan tahun 2010 adalah 100,81%.
 - d. Perbandingan penerimaan dengan pengeluaran (CRR : *Cost Recovery Rate*) UGD tahun 2008 adalah 131,04%, tahun 2009 adalah 124,26% dan tahun 2010 adalah 112,31%.
2. Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dari perspektif pelanggan secara umum baik. Hal ini dapat diuraikan dan dilihat dari : tingkat kepuasan pelanggan yang baik yaitu 83,09% dimana tingkat kepuasan tertinggi adalah pada pelayanan perawat
3. Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dari perspektif proses bisnis internal masih harus diperbaiki. Hal ini dapat diuraikan dan dilihat dari :

- a. Angka Keterlambatan Pelayanan Pertama Gawat Darurat (AKPGD) di UGD tahun 2008 adalah sebesar 4,4%, tahun 2009 adalah sebesar 14,67% dan tahun 2010 adalah sebesar 11,82%. Hal ini menunjukkan bahwa *response time* masih ada yang belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal menurut Depkes RI yaitu ≤ 5 menit.
 - b. Persentase jumlah pasien yang meninggal di UGD tahun 2008 adalah sebesar 0,47%, tahun 2009 adalah sebesar 0,32% dan tahun 2010 adalah sebesar 0,46%, Menurut Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menurut Depkes RI, angka kematian ≤ 24 jam yaitu harus ≤ 2 perseribu, dimana untuk angka kematian Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus menunjukkan angka yang tinggi dan tidak sesuai dengan standar Depkes RI.
4. Kinerja Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dapat diuraikan sebagai berikut :
- a. Tingkat kepuasan kerja pegawai yang belum optimal yaitu sebesar 47,2%, dimana tingkat kepuasan terendah adalah kepuasan terhadap gaji
 - b. Retensi pegawai yang dapat dilihat dari *turn over* pegawai, yaitu untuk tahun 2008 adalah sebesar 20%, tahun 2009 adalah sebesar 10,26% dan tahun 2010 adalah sebesar 19,05%. *Turn over* yang meningkat akan menurunkan retensi pegawai.
 - c. Tingkat absensi pegawai dengan trend yang menurun, untuk tahun 2008 adalah sebesar 2,14%, tahun 2009 adalah sebesar 1,85% dan tahun 2010 adalah sebesar 1,67%
 - d. Tingkat pendapatan per pegawai tahun 2008 adalah sebesar Rp. 257.423, tahun 2009 adalah sebesar Rp. 282.239 dan tahun 2010 adalah sebesar Rp. 276.125.
 - e. Akses terhadap pelatihan dan pendidikan mengalami penurunan dari tahun 2008-2010, yaitu tahun 2008 adalah sebesar 40%, tahun 2009 adalah sebesar 41,03% dan tahun 2010 adalah sebesar 19,05%.
5. Pelayanan Kesehatan St. Carolus termasuk rumah sakit non profit, namun demikian mereka tetap *concern* terhadap masalah keuangan. Profit yang

diperoleh akan dapat merangsang peningkatan investasi sebagai pengembangan rumah sakit, sehingga akan semakin berkembang pula Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Oleh karena itu, Unit Gawat Darurat sebagai suatu unit, bisa diaplikasikan konsep *balanced scorecard*

8.2 Saran

Dari hasil penelitian tersebut, peneliti mengajukan saran kepada pihak manajemen Pelayanan Kesehatan St. Carolus :

1. Secara umum agar Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dapat lebih meningkatkan kinerjanya dengan memperhatikan pengukuran kinerja dengan pendekatan *balanced scorecard*.
2. Untuk kepuasan pelanggan dalam hal kemudahan mencapai UGD, sebaiknya perlu peninjauan kembali jalan akses yang dilalui roda empat ke UGD agar pelanggan dengan mudah dapat mencapai UGD
3. Perlu adanya pembinaan terhadap para petugas medis dan paramedis agar lebih fokus kepada pelanggan sehingga pasien merasa senang terlayani oleh para petugas yang ramah dan bersahabat.
4. Waktu tunggu rawat inap masih merupakan salah satu faktor ketidakpuasan pasien di UGD, maka hendaknya Kepala Unit Gawat Darurat mensosialisasikan prosedur tetap rawat inap pasien UGD, memperbaiki alur pasien UGD yang akan dirawat inap dan meningkatkan koordinasi dengan rawat inap agar masalah informasi kamar kosong di rawat inap dapat teratasi sehingga pasien tidak menunggu terlalu lama di UGD dan akan lebih meningkatkan kepuasan pelanggan UGD. Pelanggan yang puas akan tetap menggunakan pelayanan yang membuat mereka puas. Bila rumah sakit telah memenuhi harapan pelanggan, maka rumah sakit tersebut tergolong berkualitas. Untuk itu, Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dalam menjalankan bisnisnya harus berorientasi kepada pelanggan.

5. Optimalisasi pelayanan pasien Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang sesuai dengan Standar pelayanan Minimal menurut Depkes RI.
6. Adanya transparansi/keterbukaan dan sosialisasi sistem penetapan gaji dan insentif pegawai sehingga walaupun gaji/insentif yang mereka terima tidak sesuai dengan yang mereka harapkan, pegawai dapat lebih memahami.
7. Meningkatkan komitmen serta ketrampilan dan pengetahuan sumber daya manusia di UGD dengan mengikuti pelatihan dan pendidikan guna pengembangan kemampuan pegawai.



DAFTAR REFERENSI

- Ayuningtyas, D, 2006, *Modul Manajemen Strategis Rumah Sakit, Program Pasca Sarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.*
- Azwar, A, 1994, *Tantangan Pendanaan Unit Gawat Darurat*, Majalah Kedokteran Indonesia, Volume 43, Nomor 3, hal : 152-153, Jakarta.
- Chow, Chee., et al., 1998, *The Balanced Scorecard; A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management*, Journal of Healthcare Management Vol 43 May (263-280)
- Depkes RI, 1995, *Pedoman Pelayanan Gawat Darurat*, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta.
- Depkes RI, 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta
- Depkes RI, 2004, *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*, Dirjen Yanmedik, Jakarta.
- Depkes Ri, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Jakarta
- Djojodibroto, D, 1997, *Kiat Mengelola Rumah Sakit*, Penerbit Hipokrates, Jakarta.
- Ferris, G. R. Dan Gilmore, D. C., 1992, *Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis Kinerja*, Alex Media Computindo, Ed I, Jakarta.
- Gaspersz V, 2002, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma Untuk Organisasi Bisnis Dan Pemerintah*. Jakarta : Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Gaspersz, V, 2011, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Malcolm Baldrige dan Lean Six Sigma Supply Chain Management Contoh Implementasi pada Organisasi Bisnis dan Pemerintah*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

- Griffith, John R & King, John G, 2000, *Championship Management for Healthcare Organization*, Journal of Healthcare Management, Vol 45 Jan/Feb (17).
- Ilyas, Y., 2002, *Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan Ketiga, Jakarta.
- Iskandar, D., 1998, *Rumah Sakit Tenaga Kesehatan dan Pasien*, Sinar Grafika, Jakarta.
- Jacobalis, S., 2000, *Kumpulan Tulisan Terpilih Tentang Rumah Sakit Indonesia Dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi Dan Krisis Nasional*, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta.
- Kaplan, R.S dan Norton, D.P, 1996. *Translating Strategy Into Action The Balanced Scorecard*, Harvard Business School Press, Boston.
- Kaplan, R.S dan Norton, D.P, 2000, *Menerapkan Strategi Menjadi Aksi Balanced Scorecard*, Erlangga, Jakarta
- Kaplan, R.S dan Norton, D.P, 2004, *Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*. Boston: Harvard Bussiness School Press.
- Kaplan, R.S dan Norton, D.P, 2008, *The Execution Premium : linking strategy to Operation for Competitive*, Harvard Business School Publishing Corporation, Boston
- Khadijah. S., 2002, *Evaluasi Kinerja Rumah Sakit X Periode 1998-2001 Menggunakan Modifikasi Balanced Scorecard*, Thesis, PPS.IKM.UI, Jakarta
- Lameshow. S, et al, 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Jogjakarta : Gadjah Mada University Press.
- Luis, Suwardi and Biromo, Prima, *Step by Step in Cascading Balanced Scorecard to Functional Scorecard*, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama.

- Mulyadi, 2001, *Balanced Scorecard, Alat Manajemen Kontemporer Untuk Pelipatgandaan Kinerja Keuangan Perusahaan*, Penerbit Salemba Empat, Edisi I, Jakarta
- Munawir, S, 1989, *Analisa Laporan Keuangan*, Yogyakarta : Penerbit Liberty.
- Namawi, H., 2003, *Manajemen Strategik Organisasi Non Profit Bidang Pemerintahan*, Gadjah Mada University Press, Cetakan Kedua, Yogyakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia, 2009, *Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009*, Tentang Kesehatan, Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia, 2009, *Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009*, Tentang Rumah Sakit, Jakarta.
- Permana, H., 2002, *Creating The Strategy Focused Health Care Organization*, Shangrila Hotel, Jakarta.
- Rijadi, S., 1997, *Pelatihan : Manajemen Gawat Darurat*, Pokja Kajian Pelayanan Kesehatan, Pusat Penelitian Universitas Indonesia.
- Sabarguna, Boy, 2007, *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*, Yogyakarta : Konsorsium RS Islam Jateng-DIY.
- Sri. D, 2000, *Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Atmajaya Berdasarkan Analisis Balanced Scorecard*, Thesis, PPS. FKM. UI, Jakarta.
- Supranto, J, 2001, *Mengukur Kepuasan Pelanggan*, Jakarta, Rineka Cipta.
- Tjiptono, Fandy, 2004, *Pemasaran Jasa*, Jawa Timur : Bayumedia Publishing.
- Widjaja Tunggal Amin, 2001, *Memahami Konsep Balanced Scorecard*, Harvarindo, Jakarta.
- Wiyono, D, 1999, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Cetakan Pertama, Surabaya

Yuwono. S., Sukarno. E., Ichsan. M., 2002, *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard*, Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.



LAMPIRAN 1

**KUESIONER PELANGGAN UNIT GAWAT DARURAT
PELAYANAN KESEHATAN ST. CAROLUS**

Kepada : Bapak/Ibu/Sdr/I yang terhormat,

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/I untuk dapat mengisi kuesioner yang berisi beberapa pertanyaan seputar harapan pelayanan yang diterima dan pendapat Bapak/Ibu/Sdr/I sesudah menerima pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Bantuan yang Bapak/Ibu/Sdr/I berikan sangat besar manfaatnya bagi perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan kami. Terimakasih.

A. IDENTITAS

Silahkan isi dan lingkari jawaban untuk pertanyaan berikut ini :

1. Hari, tanggal :
2. Umur : tahun
3. Jenis kelamin : a. Laki-Laki b. Perempuan
4. Pendidikan terakhir : a. Tidak sekolah
b. SD
c. SMP
d. SMU atau sederajat
e. Akademi/D1/D2/D3
f. Universitas S1/S2
4. Pekerjaan : a. Tidak bekerja e. Pegawai Negeri Sipil/PNS
b. Buruh f. TNI/POLRI
c. Ibu Rumah Tangga g. Pedagang/Wiraswasta
d. Pegawai Swasta h. Lain-lain.

Ketentuan Pengisian :

- **Pada kolom 1**

Berikan penilaian pada masing-masing pernyataan berdasarkan pendapat saudara sesudah menerima pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Jika anda merasa **sangat tidak puas terhadap layanan tersebut, lingkari angka 1**. Jika anda merasa **sangat puas dengan layanan tersebut, lingkari angka 5**.

1=Tidak puas 2=Kurang puas 3=Cukup puas 4=Puas 5=Sangat puas

- **Pada kolom 2**

Berikan penilaian pada masing-masing pernyataan berdasarkan harapan pelayanan yang saudara terima, seberapa pentingnya keberadaan pelayanan tersebut di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus menurut anda. Jika anda merasa pernyataan tersebut **sangat tidak penting, lingkari angka 1**. Jika anda merasa pernyataan tersebut **sangat penting, lingkari angka 5**.

1=Tidak penting 2= Kurang penting 3=Biasa saja 4=Penting 5=Sangat penting

Tidak ada jawaban benar dan salah. Kami membutuhkan jawaban yang benar-benar dapat mewakili harapan anda dan penilaian anda terhadap layanan yang sudah anda terima. Terima kasih.

Mohon diberi tanda silang (X) pada jawaban yang dipilih

Kolom 1 :

1=Tidak puas 2=Kurang puas 3=Cukup puas 4=Puas 5=Sangat puas

Kolom 2 :

1=Tidak penting 2= Kurang penting 3=Biasa saja 4=Penting 5=Sangat penting

No	Pernyataan	Pendapat anda (1)					Harapan anda (2)				
		Puaskah anda terhadap hal ini ?					Pentingkah hal ini menurut anda ?				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Kemudahan Mencapai UGD											
1	Jalan menuju UGD dapat dilalui kendaraan roda empat atau roda dua dan tidak banyak hambatan										
2	Parkir kendaraan di tempat parkir UGD luas dan nyaman										
3	Papan petunjuk arah ke UGD jelas										
4	Kendaraan yang mengantar pasien dapat merapat ke pintu masuk UGD										
5	Proses pemindahan pasien dari kendaraan ke kursi atau kereta dorong pasien dapat dilakukan dengan mudah										
6	Pemanggilan mobil ambulance untuk menjemput pasien gawat darurat dapat dilakukan dengan cepat										

2. Pelayanan Dokter										
7	Dokter yang menangani pasien UGD cepat dalam melakukan pertolongan									
8	Dokter memeriksa pasien UGD dengan teliti									
9	Dokter yang memeriksa cukup ramah									
10	Dokter memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan penyakit pasien UGD									
11	Penampilan dokter yang menangani pasien di UGD cukup meyakinkan									
12	Pelayanan yang diberikan dokter terasa memuaskan									
3. Pelayanan Perawat										
13	Perawat yang menangani pasien cepat melakukan tindakan pertolongan									
14	Perawat yang menangani pasien menjalankan instruksi dokter dengan cepat									
15	Perawat yang memeriksa cukup ramah									
16	Perawat dan petugas di UGD bersikap baik dan siap membantu									
17	Pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan kepada perawat umumnya ditanggapi dengan baik									
18	Pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan keinginan pasien									
4. Waktu Tunggu Rawat										
19	Saya tidak lama menunggu di UGD sebelum dirawat ke rawat inap									
20	Prosedur untuk rawat inap di P.K. St. Carolus tidak berbelit-belit									
21	Petugas administrasi cekatan memberi informasi tentang adanya kamar kosong di rawat inap									
22	Saya tidak lama menunggu kepastian dari dokter ahli sebelum dirawat									
23	Saya tidak lama menunggu kursi dorong atau kereta dorong sebelum dipindahkan ke rawat inap									
24	Terjalin hubungan kerjasama yang baik antara petugas UGD dan instalasi rawat inap									
5. Waktu Tunggu Rujukan										
25	Saya tidak terlalu lama menunggu di UGD sebelum dirujuk ke RS lain									
26	Sopir ambulance yang akan mengantar saya ke RS rujukan selalu tersedia ditempat									
27	Prosedur untuk rujukan tidak berbelat-belit									
28	Petugas UGD cekatan dalam menyelesaikan administrasi syarat-syarat rujukan									
29	Perawat yang bertugas mengantar pasien rujukan dari UGD selalu siap di tempat									
30	Persiapan untuk rujukan ke rumah sakit lain tidak terlalu lama									

LAMPIRAN 2**KUESIONER PEGAWAI UNIT GAWAT DARURAT
PELAYANAN KESEHATAN ST. CAROLUS**

Kepada : Bapak/Ibu/Sdr/I yang terhormat,

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/I untuk dapat memberikan informasi mengenai kepuasan kerja yang Bapak/Ibu/Sdr/I rasakan di Unit Gawat Darurat Pelayanan Kesehatan St. Carolus dengan mengisi formulir berikut ini. Bantuan yang Bapak/Ibu/Sdr/I berikan sangat besar manfaatnya bagi perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan PKSC. Terimakasih.

Silahkan isi dan lingkari jawaban untuk pertanyaan berikut ini :

Hari, Tanggal :

Umur : tahun

Jenis kelamin : a. Laki-Laki b. Perempuan

Pendidikan terakhir :

Mohon diberi tanda silang (X) pada jawaban yang dipilih

STS=Sangat Tidak Setuju TS=Tidak Setuju S=Setuju SS=Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Rumah sakit tempat saya bekerja, menggaji saya lebih tinggi dari rumah sakit sekelas di sekitarnya				
2	Gaji yang saya terima sudah cukup, sesuai dengan tanggung jawab saya				
3	Gaji yang saya terima sudah cukup, sesuai dengan apa yang saya kerjakan				
4	Tunjangan tambahan yang saya terima cukup banyak				
5	Saya suka dengan cara/peraturan rumah sakit mempromosikan pegawai/ orang				
6	Promosi sering dilakukan di Pelayanan Kesehatan St. Carolus tempat saya bekerja				
7	Jika saya melaksanakan pekerjaan saya dengan baik, saya mungkin mendapat promosi				
8	Saya puas dengan kemajuan karir saya				
9	Teman sekerja saya memberikan dukungan yang cukup kepada saya				
10	Bila saya meminta bantuan kepada teman untuk mengerjakan sesuatu, teman saya bersedia membantu				
11	Saya menikmati bekerja dengan orang-orang disini				
12	Saya bekerja dengan orang-orang yang bertanggung jawab				
13	Atasan tempat saya bekerja mendukung saya				
14	Atasan tempat saya bekerja menghargai saya				
15	Atasan tempat saya bekerja mendengarkan saya				
16	Atasan saya memperlakukan saya dengan adil				
17	Pekerjaan saya menarik				
18	Saya merasa bahagia dengan sejumlah tanggung jawab dalam pekerjaan saya				
19	Saya tidak ingin mencari pekerjaan lain				
20	Saya memperoleh banyak kepandaian/ keterampilan dari pekerjaan saya				