



TESIS

**EVALUASI KINERJA
RS MH THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA
TAHUN 2005 - 2007
DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD**

**Disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister dalam
Ilmu Kajian Administrasi Rumah Sakit**

**ABDUL BARRY
NPM. 7005050028**

**PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2008**



TESIS

**EVALUASI KINERJA
RS MH THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA
TAHUN 2005 - 2007
DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD**

**Disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister dalam
Ilmu Kajian Administrasi Rumah Sakit**

**ABDUL BARRY
NPM. 7005050028**

**PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan
Di hadapan Tim Penguji Tesis Program Pascasarjana
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Indonesia

Depok, 18 Juli 2008

Pembimbing Tesis



(Amal C. Sjaaf, Prof, Dr, SKM, PhD-PH)

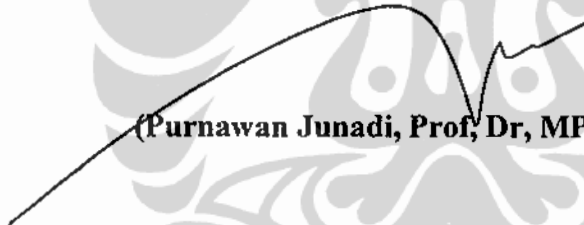
Panitia Sidang Ujian Tesis
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Depok, 18 Juli 2008

Ketua



(Amal C. Sjaaf, Prof, Dr, SKM, PhD-PH)

Anggota,



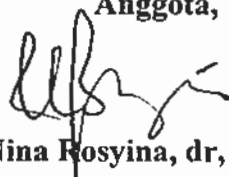
(Purnawan Junadi, Prof, Dr, MPH, PhD)

Anggota,



(Alex Papilaya, dr, DTPH)

Anggota,



(Nina Rosyina, dr, MARS)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Abdul Barry
NPM : 7005050028
Mahasiswa KARS Angkatan : 2005

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

**EVALUASI KINERJA RS MH THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA
TAHUN 2005 – 2007 DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 18 Juli 2008



(Abdul Barry)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, Juli 2008

Abdul Barry

**EVALUASI KINERJA RS MH THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA
PERIODE 2005-2007 DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD***

xii + 113 halaman + 29 tabel + 19 Grafik + 3 lampiran

Dalam era teknologi informasi dan globalisasi seperti saat ini, perusahaan dihadapkan pada lingkungan bisnis yang kompleks dan dinamis. Persaingan tidak hanya dari perusahaan-perusahaan sejenis dalam industri, tapi juga meluas dari luar industri dan luar negeri dengan berbagai cara persaingan yang demikian kompleks dan turbulen.

Agar dapat memasuki lingkungan bisnis yang kompetitif dan turbulen tersebut, kemampuan sebuah perusahaan untuk mengeksplorasi aktiva tidak berwujudnya menjadi jauh lebih menentukan dibandingkan dengan melakukan investasi dan mengelola aktivitas fisik yang berwujud.

RS MH Thamrin Internasional Salemba yang selanjutnya disebut RSMHTIS mengalami penurunan kinerja di berbagai unit potensial, serta utilisasi fasilitas rumah sakit yang dinilai masih belum optimal dibandingkan kapasitas yang seluruhnya berdampak secara langsung pada kinerja keuangan.

Oleh karena itu, mulai tahun 2005 RSMHTIS menerapkan *balanced scorecard* untuk meningkatkan kemampuan perusahaan dalam melipatgandakan kinerja keuangan secara luar biasa (*sustainable outstanding financial performance*) serta menghasilkan kekuatan luar biasa perusahaan dalam bersaing memperebutkan pilihan pelanggan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kinerja RSMHTIS setelah *balanced scorecard* diaplikasikan sebagai alat pengukur kinerja (tahun 2005-2007). Data primer yang diperoleh dari wawancara dengan bagian terkait di RSMHTIS serta data sekunder yang diperoleh dari laporan RSMHTIS 2005-2007, laporan divisi terkait, dan laporan Suku Dinas Kesehatan tahun 2006 yang dianalisa secara deskriptif.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa secara umum peningkatan kinerja RSMHTIS mulai membuahkan hasil yang positif setelah mengaplikasikan *balanced scorecard* meskipun tidak mencapai kategori ideal karena tidak sesuai dengan ukuran baku kinerja keuangan atau pelayanan industri rumah sakit serta tujuan dan sasaran kinerja RSMHTIS.

Hasil penilaian masing-masing perspektif dinilai dengan pembobotan yang sama masing-masing 25% karena semua perspektif dianggap sama pentingnya terhadap peningkatan kinerja RSMHTIS dengan hasil sebagai berikut:

- 1) Perspektif keuangan : tingkat pertumbuhan pendapatan 2006-2007 ideal; tingkat pengeluaran biaya 2006 tidak ideal, tahun 2007 ideal; rasio efektifitas 2005-2007 tidak ideal; *current ratio* 2005-2007 tidak ideal; rasio biaya modal 2005-2007

tidak ideal; *return on asset* 2005-2007 ideal; dan *return on equity* 2005-2007 tidak ideal sehingga secara keseluruhan kinerja perspektif keuangan tidak ideal.

- 2) Perspektif pelanggan: Tingkat keluhan pelanggan 2006 tidak ideal, tingkat keluhan tahun 2007 tidak ideal; akuisisi pelanggan 2006-2007 tidak ideal; retensi pelanggan 2006-2007 tidak ideal; dan pangsa pasar 2006 tidak ideal, sehingga secara keseluruhan kinerja pelanggan RSMHTIS tidak ideal.
- 3) Perspektif bisnis internal : Indikator pelayanan 2005-2007 tidak ideal; kinerja unit produksi 2005-2007 tidak ideal; kemampuan inovasi 2005-2007 tidak ideal; dan layanan purna jual tahun 2005-2007 tidak ideal, sehingga secara keseluruhan kinerja bisnis internal tidak ideal.
- 4) Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan : Tingkat kepuasan kerja pegawai 2006-2007 ideal; tingkat *turn over* 2006-2007 tidak ideal; tingkat kedisiplinan pegawai 2006-2007 tidak ideal; dan akses pelatihan dan pendidikan 2006 tidak ideal, sedangkan akses pendidikan dan pelatihan 2007 membaik menjadi ideal, sehingga secara keseluruhan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan tidak ideal, sehingga disimpulkan kinerja RSMHTIS 2005-2007 tidak ideal.

Dari hasil penelitian tersebut, peneliti mengajukan saran kepada pihak manajemen RSMHTIS antara lain: Setiap tahun menerapkan BSC dengan menetapkan target yang lebih terpolada dan terukur agar memudahkan pengukuran di setiap indikator dan mengacu pada parameter SMART: *Specific; Measurable; Achievable; Relevant; dan Time-constrained*. Misalnya dengan menentukan besaran persentase tertentu untuk pertumbuhan yang diharapkan untuk tiap periode tahun kalendar. Selain itu upaya pemasaran juga perlu dipertajam khususnya promosi untuk dapat meningkatkan *awareness* masyarakat dalam rangka menjangking pelanggan baru serta memperluas pangsa pasar; Revitalisasi unit yang kinerjanya menurun (Rehabilitasi Medik, Klinik Tumbuh Kembang, Endoskopi, Estetiderma, dan Gizi yang menurun selama 3 tahun terakhir); Optimalisasi utilisasi fasilitas yang ada agar investasi yang sudah ditanamkan dapat memberi hasil yang sesuai baik secara parameter ukuran standar baku maupun finansial dengan melakukan upaya-upaya promosi yang efektif; Merealisasikan program layanan purna jual yang terencana seperti *homecare*, pelayanan pembayaran yang mengesankan, keringanan pelayanan pembayaran, dan layanan tambahan lain; Inovasi produk berdasarkan riset pasar yang mendalam sehingga dapat menciptakan produk yang benar-benar dibutuhkan dan diinginkan oleh masyarakat dan mengefektifkan investasi yang dilakukan; serta menyusun jenjang karir dan paket renumerasi yang lebih menarik agar dapat menurunkan *turn over* karyawan serta meningkatkan kedisiplinan.

Daftar Pustaka : 26 buah (1985-2007)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATIVE STUDY**

Thesis, July 2008

Abdul Barry

**MH THAMRIN INTERNATIONAL HOSPITAL PERFORMANCE
EVALUATION IN THE YEAR OF 2005 - 2007 BASED ON BALANCED SCORE
CARD**

xii + 113 pages + 29 tables + 19 graphics + 3 appendices

ABSTRACT

In the era of information technology and globalization nowadays, companies are being forced to face a complex and dynamic business environment. Competitions are not only coming from similar companies within the industry, but also from outside the industry and from other countries with so many means of complex and turbulence competitions. To be able to enter this competitive and turbulence business environment, a company capability to exploit its intangible assets has become an important factor compare to investing and managing the tangible ones.

RS MH Thamrin Internasional Salemba has been experiencing declines in some of its potential units, as well as a relatively low utilization in some of its facilities compared to its capacity. All of which directly affected its financial performance. In that regards, the management of the Hospital has committed to implement the Balanced Scorecard in order to increase the Hospital capabilities to sustain outstanding financial performance as well as creating a powerful force in the competition of being the choice of the customers.

The goals of this research is to obtain a description of the hospital performance after the implementation of balanced scorecard as performance measurement tools since 2005. Primary datas are obtained from interviews with employees in related units, and secondary datas are obtain from the Hospital Annual Reports from 2005-2007, Local Government reports, and interviews with employees of related units, all being analyzed descriptively.

This research found that in general there is an increase in performance of the hospital after implementing balanced scorecard although has not reached ideal category since it has never met the industry standard as well as goals and objectives that has been set by the management.

The evaluation of each perspective is given a weighted score of 25% with a consideration that each perspective has the equal importance in the role of increasing the Hospital performance. The results of each perspective evaluations are as follows:

- 1) Financial perspectives: revenue growth rates for year 2006-2007 are ideal; expenditure growth rate for 2006 is not ideal, but for 2007 is ideal; effectiveness rates for 2005-2007 are not ideal; current ratios for 2005-2007 are not ideal; equity cost ratio for 2005-2007 are not ideal; return on assets for 2005-2007 are ideal; and return on equity for 2005-2007 are not ideal. So in general the performance on financial perspective is not ideal.
- 2) Customer perspective: customer complaint rates for 2006-2007 are not ideal; customer acquisitions for 2006-2007 are not ideal; customer retentions for 2006-2007 are not ideal; and market shares for 2006-2007 are not ideal. So in general the performance on customer perspective is not ideal.
- 3) Internal business process perspective: Hospital basic indicators for 2005-2007 are not ideal; performances of production units for 2005-2007 are not ideal; innovation capabilities for 2005-2007 are not ideal; and after sales service for 2005-2007 are not ideal. So in general the performance on internal business process perspective is not ideal.
- 4) Learn and growth perspective: employees' satisfaction rates for 2006-2007 are ideal; employees' turnover rates for 2006-2007 are not ideal; employees' disciplinary levels for 2006-2007 are not ideal; and employees' access for education and training for 2006 is not ideal, but for 2007 is ideal. So in general the performance on learn and growth perspective is not ideal.

Based on these results, I offer some suggestions for the Hospital as follows: make the BSC implemented each year with a certain pattern and measure in setting the target, goals, and objectives, to make an easier measurement for each indicator by using the SMART principles: *Specific; Measurable; Achievable; Relevant; and Time-constrained*. i.e by setting a certain percentage of expected growth for every calendar year; Also, the Hospital has to increase its marketing effort, especially in promotional activity, in order to create a higher awareness from the public so that could attract new customers and broadened the market share; Revitalizing the production unit that has been experiencing decreasing trend during the last 3 years; Optimizing the utilization of the Hospital's facility so that the assets that has been invested could give the expected return both financially and met the industry standards, by campaigning in effective promotion; Realization of a well-planned after sales service e.g homecare, flexible payment, and other extra-ordinary services; innovating new products based on a well-executed market research so that the products that being created are really what are needed by the customers in order to bring more effectiveness on the investment made; Creating a career path system and a more attractive remuneration package so that could increase employees' motivation so it could decrease employees' turnover and increase their disciplines.

Literatures: 26 items (1985-2007)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Abdul Barry
Tempat Tanggal Lahir : Jakarta, 18 Maret 1975
Alamat : Apartemen Pasadenia A-408
Pacuan Kuda, Pulo Mas – Jakarta Timur 13210
Agama : Islam
Status : Menikah

Riwayat Pendidikan

1981-1987 : SD Negeri Kayu Putih 13 Pagi Jakarta
1987-1990 : SMP Negeri 74 Jakarta
1990-1993 : SMA Negeri 81 Labschool Jakarta
1993-1996 : Program Diploma III STAN Jurangmangu
1998-2001 : Program Ekstension Strata-I
Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia Jakarta

Riwayat Pekerjaan

1995-1998 : Staf Pelaksana di Direktorat Jenderal Pajak,
Departemen Keuangan RI
1998-2002 : Staf Marketing RS MH Thamrin Internasional
Salemba
2002-sekarang : Manajemen RS MH Thamrin Internasional
Salemba

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia yang telah dilipahkan-Nya kepada seluruh umat manusia, khususnya dalam hal ini bagi Penulis, yang akhirnya dapat merampungkan tesis ini. Tesis berjudul **“EVALUASI KINERJA RS MH THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA TAHUN 2005 - 2007 DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD”** ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat - Universitas Indonesia.

Dalam kesempatan ini, izinkanlah Penulis mengucapkan penghargaan setinggi-tingginya kepada Prof.Dr. Amal C. Sjaaf, SKM, PhD-PH selaku penasehat akademik sekaligus pembimbing penulisan tesis ini. Kesabaran dan keterbukaan beliau dalam memberikan bimbingan merupakan salah satu kunci keberhasilan Penulis dalam merampungkan tugas ini.

Selain itu, Penulis juga mendapatkan bantuan dan dorongan, baik berupa moril maupun materil, secara langsung maupun tidak langsung dari berbagai pihak. Untuk itu, Penulis bermaksud menyampaikan rasa terima kasih dari lubuk hati yang paling dalam kepada:

1. Ketua Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Kepala Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, dan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat - Universitas Indonesia.

2. Seluruh Staf Pengajar dan Administrasi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat - Universitas Indonesia.
3. Prof.Dr.Purnawan Junadi, MPH, PhD selaku penguji tesis.
4. Dr.Alex Papilaya, DTPH selaku penguji tesis.
5. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, selaku penguji seminar hasil tesis ini yang telah memberikan masukan dan kritik yang bermanfaat.
6. Bapak Dr. Yanuar Sjaff Maarifat, MPH, MM selaku Direktur Utama RS MH Thamrin Internasional Salemba.
7. Istri tercinta, Ririn Septiani, dan dua jagoan Penulis: Fattah dan Rasyid, yang selalu setia mendampingi Penulis dalam kesenangan maupun kesedihan.
8. Papie dan Mamie tersayang, yang senantiasa memberikan dorongan, semangat, dan doa untuk keberhasilan Penulis.
9. Bang Firman, mba Dade, dan Ari beserta keluarganya masing-masing, yang selalu menyemangati Penulis untuk merampungkan studi ini.
10. Teman-teman di Manajemen dan Staf RS MH Thamrin Internasional Salemba yang telah banyak membantu Penulis selama ini, baik dalam hal pekerjaan maupun studi, khususnya kepada mba Any.
11. Teman-teman kuliah KARS angkatan 2005 yang selalu saling menyemangati dan membantu.
12. Serta seluruh pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Semoga budi baik dan ketulusan semua pihak mendapatkan imbalan yang setimpal dari Sang Khalik. Sesungguhnya hanya Dia-lah yang pantas memberikan pahala bagi umat-Nya. Amin.

Akhir kata, Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberi kontribusi yang positif demi perkembangan pengetahuan di bidang Administrasi Rumah Sakit dan juga di tempat Peneliti melakukan Penelitian.

Depok, Juli 2008

Penulis



DAFTAR ISI

halaman

Kata Pengantar	i
Abstrak	iii
Abstract	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	x
Daftar Grafik	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Rumah Sakit	11
2.2 Pengukuran Kinerja	11
2.3 Manfaat Sistem Pengukuran Kinerja	12
2.4 <i>Balanced Scorecard</i>	13
2.5 Penerapan Pengukuran Kinerja Secara <i>Balanced Scorecard</i> di Organisasi Kesehatan dan Non Kesehatan	14

2.6	Keunggulan <i>Balanced Scorecard</i>	15
2.7	Pengukuran Kinerja Organisasi Dengan Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i> ...	19
2.7.1	Perspektif Keuangan	19
2.7.2	Perspektif Pelanggan	20
2.7.3	Perspektif Proses Bisnis Internal	24
2.7.4	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	27

BAB 3. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3.1	Sejarah Berdirinya RSMHTIS	28
3.2	Visi, Misi, Falsafah, dan Moto	29
3.3	Struktur Organisasi	31
3.4	Lokasi dan Fasilitas Gedung	35
3.5	Kepegawaian	37
3.6	Laporan Kinerja RSMHTIS	38

BAB 4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1	Kerangka Teori	40
4.2	Kerangka Konsep	41
4.3	Variabel dan Definisi Operasional	42
4.3.1	Perspektif Keuangan	42
4.3.2	Perspektif Pelanggan	44
4.3.3	Perspektif Proses Bisnis Internal	45
4.3.4	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	51

BAB 5. METODE PENELITIAN

5.1	Desain Penelitian	55
5.2	Lokasi dan Waktu	55
5.3	Populasi dan Sampel	55
5.3.1	Perspektif Keuangan	55

5.3.2	Perspektif Pelanggan	55
5.3.3	Perspektif Proses Bisnis Internal	56
5.3.4	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	57
5.4	Metoda dan Pengumpulan Data	58
5.5	Pengolahan dan Analisis Data	58

BAB 6. HASIL PENELITIAN

6.1	Perspektif Keuangan	59
6.2	Perspektif Pelanggan	65
6.3	Perspektif Proses Bisnis Internal	71
6.4	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	85

BAB 7. PEMBAHASAN

7.1	Keterbatasan Penelitian	93
7.2	Kinerja RSMHTIS dengan Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i>	94
7.2.1	Perspektif Keuangan	94
7.2.2	Perspektif Pelanggan	97
7.2.3	Perspektif Proses Bisnis Internal	99
7.2.4	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	104
7.3	Kinerja Secara Keseluruhan	107

BAB 8. KESIMPULAN

8.1	Kesimpulan	110
8.2	Saran	112

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam era teknologi informasi dan globalisasi seperti saat ini, perusahaan dihadapkan pada lingkungan bisnis yang kompleks dan dinamis. Persaingan tidak hanya dari perusahaan-perusahaan sejenis dalam industri, tapi juga meluas dari luar industri dan luar negeri dengan berbagai cara persaingan yang demikian kompleks dan turbulen.

Agar dapat memasuki lingkungan bisnis yang kompetitif dan turbulen tersebut, perusahaan memerlukan tipe perencanaan yang tidak sekedar untuk merespon perubahan yang diperkirakan akan terjadi di masa mendatang, namun lebih dari itu. Perusahaan memerlukan tipe perencanaan untuk menciptakan masa depan perusahaan dengan berbagai perubahan yang dilaksanakan saat ini (Mulyadi, 2007).

Perusahaan-perusahaan yang inovatif menggunakan *balanced scorecard* sebagai sistem manajemen strategis untuk mengelola strategi jangka panjang mereka, karena *balanced scorecard* menjembantani gap utama antara pengembangan dan formulasi strategi dengan proses implementasinya serta merumuskan sasaran-sasaran besar di masa depan yang akan diwujudkan oleh organisasi. (Yuwono, 2006).

Sektor kesehatan, sebagai penghasil produk yang *intangible*, juga mengalami pertumbuhan yang sangat pesat. Perkembangan di bidang teknologi kedokteran dan farmasi telah memacu persaingan antar pemberi

jasa layanan kesehatan (*provider*). Kompetisi antar rumah sakit tidak hanya terjadi di dalam negeri namun juga menembus perbatasan antar negara melalui sebuah perjanjian lintas batas, yaitu GATS (*General Agreement on Trade in Services/Perjanjian Umum mengenai Perdagangan Jasa*). Pasien dalam negeri dapat bebas pergi berobat ke luar negeri. Berbagai rumah sakit asing pun dapat dibangun di dalam negeri dan Indonesia merupakan salah satu pangsa pasar yang potensial terkena dampak arus globalisasi ini (Timmermans, Suseno, 2003).

Rumah sakit dapat dikatakan seperti sebuah hypermarket di mana ia menyajikan berbagai produk yang dimiliki sendiri (seperti kamar bedah, rawat inap, rawat jalan, rawat intensif, penunjang medis, dan lain-lain) serta produk yang disajikan oleh pihak ketiga (seperti dokter-dokter spesialis, obat-obat dari perusahaan farmasi). Di samping itu seperti halnya dalam industri hypermarket yang semakin menjamur, industri rumah sakit pun mengalami hal yang sama, khususnya di wilayah Jabodetabek. Ditambah lagi semakin gencarnya rumah sakit dari negara lain seperti Singapura, Malaysia, dan Australia dalam melakukan aktifitas pemasaran di Indonesia, membuat persaingan menjadi semakin ketat.

Di sisi lain, diberlakukannya UU Praktek Kedokteran yang membatasi tempat praktek dokter menjadi maksimal 3 tempat, membuat persaingan antar rumah sakit menjadi semakin melebar dalam meraih pelanggan sakit (pasien), juga dalam meraih pelanggan pemasok (dokter spesialis). Seperti diketahui, keberadaan dokter spesialis ternama di sebuah rumah sakit dapat menjadi daya tarik yang cukup signifikan bagi calon pelanggan pasien. Kenyataan

tersebut tak pelak membuat sebuah rumah sakit harus memiliki kinerja yang baik agar dapat terus memiliki daya saing yang kompetitif dalam menghadapi situasi dan kondisi yang ada.

Rumah Sakit Mohammad Husni Thamrin Internasional Salemba, yang selanjutnya disebut RSMHTIS, sebagai salah satu komponen sektor kesehatan juga tidak luput dalam menghadapi persaingan yang ketat tersebut, dan agar dapat *survive* dituntut untuk terus melakukan penyesuaian terhadap lingkungan eksternal dan internal yang dinamis serta memiliki perencanaan strategik yang dapat menterjemahkan visi, misi, nilai dasar dan strategi perusahaan ke dalam sasaran-sasaran strategik yang komprehensif, koheren, terukur, dan berimbang agar dapat membangun masa depan perusahaan.

Selama tahun 2005-2007, RSMHTIS mengalami kinerja yang pasang surut antara lain *Bed Occupancy Rate* (BOR) berkisar 41-48% (nilai normal antara 60-85%), *Bed Turn Over* (BTO) antara 25-49 kali (nilai normal antara 40 - 50 kali), *Turn Over Interval* (TOI) antara 5-7 hari (nilai normal antara 1-3 hari). Hal ini menunjukkan bahwa pencapaian indikator pelayanan masih jauh dengan yang diharapkan dari standar kinerja RS yang ditetapkan Departemen Kesehatan RI (Depkes RI, 2005).

Selain itu, berdasarkan hasil penelusuran dari laporan tahunan RS, penurunan kinerja juga terjadi pada unit potensial seperti unit rawat inap, unit khusus, serta penunjang medis.

Tabel 1.1.
Kinerja Unit Rawat Inap RSMHTIS Tahun 2005-2007

No	Kelas Perawatan	Indikator	Pencapaian BOR			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
			2005	2006	2007			
1	Sapphire (Kelas I)	BOR	42%	47%	44%	60%	73	3%↓

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS 2005-2007)

Pada unit rawat inap, terjadi penurunan kinerja pada ruang rawat inap kelas I (Kelas Sapphire) sebesar 3% dan hanya mencapai target 73% dari target yang telah ditetapkan pihak manajemen rumah sakit.

Tabel 1.2.
Kinerja Unit Rawat Jalan RSMHTIS Tahun 2005-2007

No	Unit Pelayanan	Indikator	Jumlah Kunjungan			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
			2005	2006	2007			
1	Estetiderma	Kunjungan	2229	2058	1731	6000	29	15.9%↓
2.	KTK	Kunjungan	1640	1522	1285	3000	43	15.6%↓
3.	Poli Gigi	Kunjungan	3009	3058	2661	7800	34	13%↓

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS 2005-2007)

Pada unit rawat jalan, kinerja poli gigi mengalami penurunan sebesar 13%, Estetiderma menurun 15.9%, tercapai 29% dari target, sedangkan Klinik Tumbuh Kembang (KTK) mengalami penurunan kinerja sebesar 15.6%, tercapai 43% dari target.

Tabel 1.3.
Kinerja Unit-Unit Khusus RSMHTIS Tahun 2005-2007

No	Unit	Indikator	Pencapaian			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
			2005	2006	2007			
1.	Cathlab	Tindakan	4	16	12	48	25	25%↓
2.	Endoscopy	Tindakan	330	253	212	840	25	16%↓
3.	Haemodialisa	Tindakan	795	852	747	1800	42	12%↓
4.	VK (Kebidanan)	Tindakan	207	274	250	900	28	8.7%↓

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS 2005-2007)

Penurunan kinerja juga terjadi di unit khusus antara lain kateterisasi jantung (cathlab) mengalami penurunan sebesar 25%, tercapai 25% dari target; Endoscopy menurun 16%, tercapai 25% dari target; Haemodialisa mengalami penurunan kinerja sebesar 12%, tercapai 42% dari target; sedangkan VK (Kebidanan) juga mengalami penurunan 8.7% tercapai 28% dari target.

Tabel 1.4.
Kinerja Unit Penunjang Medis RSMHTIS Tahun 2005-2007

No	Unit	Indikator	Pencapaian			Target 2007	Pencapaian (%)	Ket (2006-2007)
			2005	2006	2007			
1.	Rehabilitasi Medik	Kunjungan	6098	5591	5245	7968	66	6%↓
2.	Gizi	Konsultasi	117	116	104	168	62	10%↓

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS Tahun 2005-2007)

Sedangkan di unit penunjang medik, rehabilitasi medik mengalami penurunan kinerja 6.2% dan hanya mencapai target 66% pada tahun 2007, sedangkan gizi menurun 10.4% dan hanya mencapai target 62% dari yang ditetapkan.

Tabel 1.5
Data Turn Over Pegawai RSMHTIS Tahun 2005 – 2007

Jumlah pegawai	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
Total	453	484	467
Masuk	79	87	53
Keluar	63	59	62
(Keluar : Total) x 100%	13.91	12.19	13.28
Tren		Menurun	Meningkat

(Sumber : Divisi SDM RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Permasalahan lain yang juga dihadapi RSMHTIS yaitu masih tingginya tingkat *turnover* pegawai yang pada tahun 2007 mencapai 13.28% pada tabel 1.5, sehingga sedikit banyak mengganggu proses pelayanan kepada pelanggan karena harus merekrut kembali pegawai baru dengan konsekuensi harus kembali melewati proses pelatihan dan pembelajaran untuk dapat mencapai tingkat pengetahuan dan keterampilan yang diharapkan.

Tabel 1.6.
Target dan Realisasi Pendapatan RSMHTIS Tahun 2005-2007

No	Tahun	Anggaran Setahun	Realisasi Pendapatan	Pencapaian (%)
1	2005	82,203,645,683	62,189,660,628	75.65%
2	2006	78,048,304,233	69,385,115,010	88.90%
3	2007	123,654,513,771	77,872,651,071	62.97%

(Sumber : Laporan Laba Rugi RS MHTIS tahun 2005-2007)

Fluktuatifnya kinerja dan tidak tercapainya target yang telah ditetapkan seperti dalam tabel diatas berdampak secara langsung pada kinerja keuangan RSMHTIS, karena pada tahun 2008, Yayasan MH Thamrin yang menaungi RS MH Thamrin Internasional Salemba menetapkan target pendapatan sebesar Rp 8,3 Milyar/bulan, sedangkan rata-rata pencapaian pada tahun 2005 sebesar Rp 5,2 Milyar/bulan, tahun 2006 berkisar Rp 5,8 Milyar/bln, dan tahun 2007 sekitar Rp 6,5 Milyar/bulan seperti terlihat pada tabel 1.6.

1.2. Rumusan Masalah

Semua permasalahan baik dari segi finansial dan non finansial di atas berdampak secara langsung pada kinerja keuangan RSMHTIS, sehingga diperlukan upaya percepatan untuk meningkatkan pendapatan agar target dapat tercapai.

Oleh karena itu, mulai tahun 2005, manajemen RSMHTIS berkomitmen untuk menerapkan konsep *balanced scorecard* secara komprehensif dalam pengukuran kinerja dengan memperhatikan empat

perspektif yaitu keuangan, pelanggan, bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan karena *balanced scorecard* merupakan sistem terpadu untuk meningkatkan kemampuan perusahaan dalam melipatgandakan kinerja keuangan secara luar biasa (*sustainable outstanding financial performance*) serta menghasilkan kekuatan luar biasa perusahaan dalam bersaing memperebutkan pilihan pelanggan.

Dari fungsi *balanced scorecard* yang dalam perkembangannya telah menjadi *tools* dalam perencanaan strategi, peneliti hanya mengambil fungsi *balanced scorecard* sebagai alat evaluasi kinerja.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menjawab beberapa pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana evaluasi kinerja RSMHTIS dengan pendekatan *balanced scorecard*?
2. Bagaimana evaluasi kinerja RSMHTIS dilihat dari perspektif keuangan tahun 2005-2007?
3. Bagaimana evaluasi kinerja RSMHTIS dilihat dari perspektif pelanggan tahun 2005-2007?
4. Bagaimana evaluasi kinerja RSMHTIS dilihat dari perspektif proses bisnis internal tahun 2005-2007?
5. Bagaimana evaluasi kinerja RSMHTIS dilihat dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan tahun 2005-2007?

1.4. Tujuan Penelitian

A. Tujuan Umum

Diketuainya evaluasi kinerja RSMHTIS tahun 2005-2007 dengan pendekatan *balanced scorecard*.

B. Tujuan Khusus

1. Diketuainya evaluasi kinerja RSMHTIS tahun 2005-2007 dari perspektif keuangan.
2. Diketuainya evaluasi kinerja RSMHTIS tahun 2005-2007 dari perspektif pelanggan.
3. Diketuainya evaluasi kinerja RSMHTIS tahun 2005-2007 dari perspektif proses bisnis internal.
4. Diketuainya evaluasi kinerja RSMHTIS tahun 2005-2007 dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

1.5. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. RS MH Thamrin Internasional Salemba

Diketuainya evaluasi kinerja rumah sakit dengan pendekatan *balanced scorecard* sehingga dapat mengidentifikasi permasalahan yang ada untuk peningkatan mutu layanan di masa mendatang.

2. Peneliti.

Diperolehnya pengalaman penelitian yang dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam perumusan kebijakan di RSMHTIS.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan oleh peneliti di RSMHTIS pada bulan Januari-Maret 2008 untuk mengetahui kinerja rumah sakit tahun 2005-2007 dengan pendekatan *balanced scorecard*. Pengukuran kinerja meliputi perspektif keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, dan pembelajaran dan pertumbuhan. Data yang dikumpulkan merupakan data primer dan data sekunder. Data primer digunakan untuk mengukur kinerja dari bisnis internal yaitu kemampuan inovasi dan layanan purna jual, serta tingkat kepuasan kerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil penelusuran dokumen RSMHTIS yang meliputi divisi sekretariat, keuangan, serta SDM selama tahun 2005-2007 untuk mengukur seluruh kinerja perspektif keuangan dan perspektif pelanggan, sedangkan indikator pangsa pasar pada perspektif pelanggan diperoleh dari data Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat Tahun 2006. Selain itu data sekunder juga digunakan untuk mengukur perspektif bisnis internal dalam hal ini indikator pelayanan dan kinerja unit produksi; serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yang mengukur kinerja *turn over*, tingkat kedisiplinan pegawai, serta akses pelatihan dan pendidikan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

WHO (1957) memberikan batasan rumah sakit sebagai suatu divisi menyeluruh dari organisasi sosial dan medis, yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, dengan pelayanan yang menjangkau keluarga dan lingkungan (Ilyas, 2002).

Sedangkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 159b tahun 1988, Rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dimanfaatkan untuk pendidikan kesehatan dan penelitian. Kegiatan pelayanan yang ada umumnya mencakup pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta pelayanan gawat darurat yang terbagi atas pelayanan medik dan non medik.

2.2. Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja merupakan alat manajemen yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas. Pengukuran kinerja digunakan untuk menilai pencapaian tujuan dan sasaran (Whittaker, 1993).

Sedangkan menurut Simmons, pengukuran kinerja dapat memudahkan manajemen dalam memonitor (*tracking*) implementasi strategi

bisnis dengan cara membandingkan antara hasil aktual dengan sasaran dan tujuan strategis.

Sistem pengukuran kinerja tersebut biasanya terdiri dari metode sistematis kedalam penempatan sasaran dan tujuan serta pelaporan periodik yang dapat mengindikasikan realisasi atas pencapaian sasaran dan tujuan. Pengukuran kinerja tidak dimaksudkan untuk memberikan penghargaan atau hukuman (*reward or punishment*), tetapi lebih berperan sebagai alat komunikasi dan alat manajemen agar kinerja organisasi menjadi lebih baik.

2.3. Manfaat Sistem Pengukuran Kinerja

Menurut Lynch dan Cross, 1993, dalam Yuwono et.al., 2006), Manfaat sistem pengukuran kinerja antara lain :

- a) Dapat ditelusurinya kinerja perusahaan terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan dapat membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memuaskan pelanggan;
- b) Dapat memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai divisi dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal;
- c) Dapat mengidentifikasi berbagai bentuk pemborosan dalam perusahaan sekaligus mendorong upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut;
- d) Menghasilkan tujuan strategis yang tadinya bersifat bias menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran dalam organisasi;
- e) Terbentuknya konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberikan '*reward*' jika perilaku yang diharapkan dapat tercapai.

Apabila sistem tolak ukur organisasi jauh dari karakteristik diatas maka sudah saatnya untuk menguji kembali kegunaan tolak ukur kinerja yang sudah ada dan mencari tolak ukur yang baru.

2.4. *Balanced scorecard*

Balanced scorecard merupakan hasil eksperimen yang dilakukan oleh divisi riset kantor akuntan publik KPMG di U.S.A dan Nolan Norton Institute pada tahun 1990 hingga 1995. *Balanced scorecard* merupakan alat manajemen kontemporer yang didesain untuk meningkatkan kemampuan perusahaan untuk melipatgandakan keuangan dengan luar biasa secara berkesinambungan (Mulyadi, 2007).

Balanced scorecard terdiri dari 2 kata yaitu: kartu skor (*scorecard*) dan berimbang (*balanced*). Awalnya, *balanced scorecard* adalah kartu skor yang digunakan untuk mencatat skor hasil kinerja eksekutif. Skor yang akan diwujudkan eksekutif dimasa mendatang dapat dibandingkan dengan hasil kinerja yang sesungguhnya. Hasil perbandingan tersebut yang kemudian digunakan sebagai alat evaluasi untuk mengukur kinerja eksekutif. Kata berimbang untuk menunjukkan kinerja eksekutif tersebut diukur secara berimbang dari dua perspektif yaitu keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang serta intern dan ekstern. Karena itu, eksekutif diharapkan dapat memusatkan perhatian dan usaha mereka pada kinerja non-keuangan serta ukuran jangka panjang.

Tujuan dan ukuran *scorecard* diturunkan dari visi dan strategi. Visi dan strategi organisasi dikaitkan dengan perspektif keuangan, perspektif

pelanggan, perspektif proses bisnis internal, serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Karena *balanced scorecard* tidak hanya mengutamakan perspektif financial semata, tapi juga memberi pengetahuan, keterampilan dan system yang memungkinkan pegawai dan manajemen belajar dan berkembang terus-menerus (perspektif pembelajaran dan pertumbuhan), berinovasi untuk membangun kapabilitas strategis yang tepat dan efisien (perspektif proses bisnis internal), mampu menyerahkan nilai spesifik ke pasar (perspektif pelanggan), sehingga selanjutnya dapat mengarah pada peningkatan nilai pendapatan (perspektif *financial*).

2.5. Penerapan Pengukuran Kinerja Secara *Balanced scorecard* di Organisasi Kesehatan dan Non-kesehatan

Di negeri asalnya, Amerika Serikat, *Balanced scorecard* diadopsi banyak perusahaan, antara lain Cigna Property & Casualty, Apple Computer, Advanced Micro Device, Rockwater (Kaplan & Norton, 2003). Berikut ini akan disampaikan ringkasan hasil survey yang dilakukan Schiemenn & Associates Inc. dengan responden para eksekutif perusahaan.

Hasilnya, para responden mengidentifikasi enam macam kinerja yang umum dilakukan dalam *balanced scorecard*, yaitu kepuasan pelanggan, keuangan, pegawai, efisiensi operasi, lingkungan dan inovasi. Oleh Kaplan & Norton tiga kinerja terakhir digabung menjadi kinerja proses internal.

Di antara ke-6 kinerja diatas, kinerja keuangan yang paling banyak diukur (98% responden), disusul oleh kinerja efisiensi operasi (82%), kepuasan pelanggan (76%), pegawai 57%, lingkungan 44%, dan inovasi 33%. Hal

tersebut menunjukkan bahwa para eksekutif masih bergantung pada tolak ukur keuangan untuk mengukur kinerja bisnis perusahaan mereka.

Akan tetapi pada kenyataannya, hanya 82% responden yang menganggap informasi keuangan sebagai informasi yang sangat berharga, angka tersebut masih rendah dibandingkan kepuasan pelanggan yang mencapai 85%. Urutan berikutnya adalah efisiensi operasi (79%), pegawai (67%), lingkungan (53%), dan Inovasi (52%). Ironisnya, hanya 29% responden yang menganggap informasi kepuasan pelanggan yang diperoleh benar-benar berkualitas, sementara informasi keuangan mencapai 61%. Empat kinerja lainnya yaitu efisiensi operasi, pegawai, lingkungan, dan inovasi masing-masing sebesar 41%, 16%, 25%, dan 15%. Hal di atas menunjukkan penerapan *balanced scorecard* masih mengalami kendala akurasi informasi yang diperoleh.

Penyebab utama terjadinya hal tersebut antara lain karena ketidakjelasan rumusan tolak ukur. Hanya 48% responden yang beranggapan bahwa tolak ukur kepuasan pelanggan memiliki rumusan yang jelas. Angka tersebut masih rendah jika dibandingkan keuangan 92%, dan efisiensi operasi (8%), sedangkan kinerja pegawai inovasi, dan lingkungan masing-masing hanya mencapai 17%, 13%, dan 25%.

Perubahan yang terjadi pada industri jasa kesehatan antara lain disebabkan karena tekanan untuk mengurangi biaya, meningkatkan kualitas pelayanan serta mengikuti peraturan dan petunjuk-petunjuk yang ketat. Hal tersebut membuat para profesional di bidang pelayanan kesehatan menguji ulang cara mereka dalam mengevaluasi kinerja di organisasi pelayanan

kesehatan. Dalam dua dekade terakhir, organisasi pelayanan kesehatan sudah mengadopsi peningkatan kualitas secara terus menerus (*continuous quality improvement*), dengan menggunakan pendekatan tim dalam rangka peningkatan proses. Popularitas metode *balanced scorecard* oleh Kaplan dan Norton tersebut mendorong berbagai organisasi kesehatan untuk tidak hanya terpaku pada aspek finansial saja, tetapi juga meluas pada pengukuran aspek pasien/pelanggan, operasi internal, dan area klinik.

2.6. Keunggulan *Balanced scorecard*

Menurut Mulyadi, 2007, *balanced scorecard* sebagai sistem manajemen strategik kontemporer memiliki berbagai keunggulan dibandingkan sistem manajemen strategik dalam manajemen tradisional antara lain :

1. Meningkatkan Kualitas Perencanaan Secara Signifikan

Balanced scorecard meningkatkan kualitas perencanaan yang bersifat strategik terdiri dari tiga tahap terpisah yang terpadu yaitu sistem perumusan strategi, sistem perencanaan strategi, dan sistem penyusunan program.

2. Komprehensif

Balanced scorecard memiliki perspektif yang lebih luas, tidak hanya terbatas pada perspektif keuangan, tapi juga mencakup *customer*, proses, serta pembelajaran dan pertumbuhan.

3. Koheren

Balanced scorecard mewajibkan personel perusahaan untuk membangun hubungan sebab akibat (*causal relationship*) antara berbagai sasaran strategik yang dihasilkan dalam perencanaan strategik perusahaan.

Sasaran strategik yang dirumuskan dalam sistem perencanaan strategik merupakan penerjemahan dari visi, tujuan, dan strategi yang dihasilkan sistem perumusan strategi. Kekoheneran antara keluaran yang dihasilkan setiap tahapan dalam perencanaan dalam manajemen strategi (perumusan strategi, perencanaan strategik, penyusunan program, dan penyusunan anggaran), akan mempercepat respon perusahaan terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan bisnis yang dimasuki perusahaan.

4. Berimbang

Keseimbangan sasaran strategik yang merupakan hasil dari sistem perencanaan strategik sangat penting demi tercapainya kinerja keuangan secara berkesinambungan.

5. Terukur

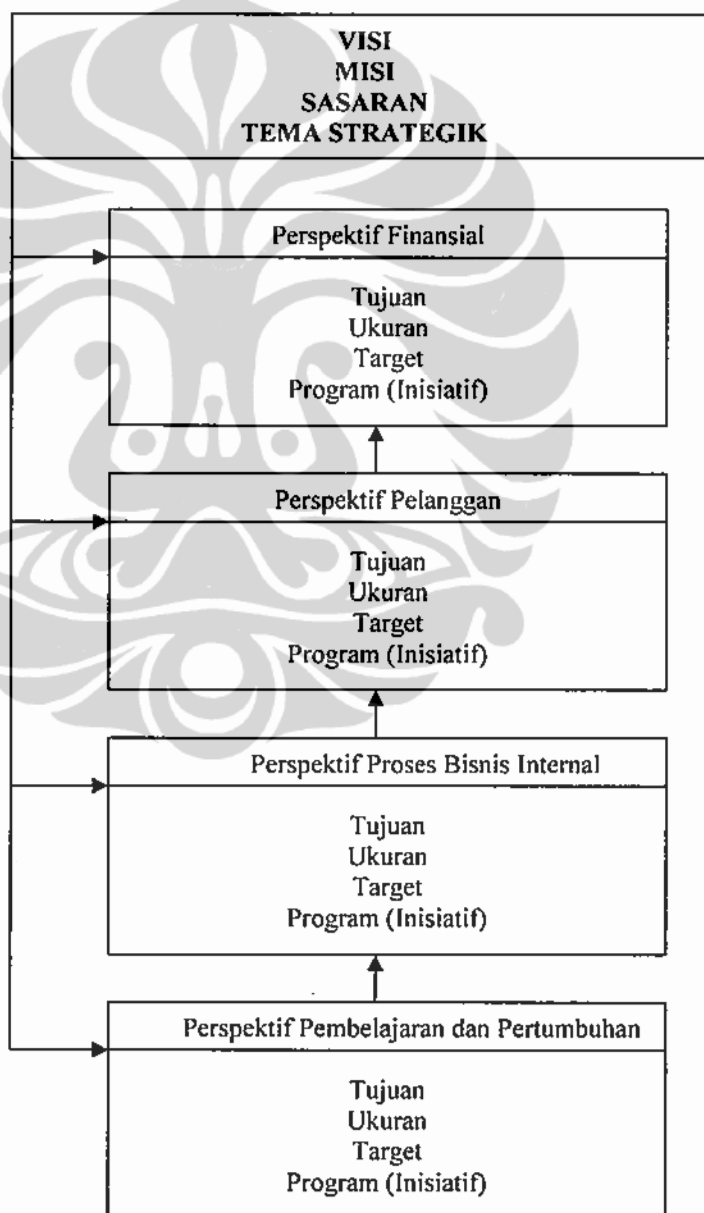
Balanced scorecard dapat mengukur sasaran di ketiga perspektif keuangan yang mulanya sangat sulit diukur menjadi mudah dikelola dengan cara ditentukan ukurannya sehingga diharapkan kinerja keuangan dapat berlipatganda dan berkesinambungan.

6. Meningkatkan Kualitas Pengelolaan Kinerja Personil

Kinerja personel yang dikelola dengan baik diharapkan dapat meningkatkan akuntabilitas personel dalam memanfaatkan berbagai sumber daya melalui misi yang terpilih agar visi perusahaan dapat terwujud.

Penggunaan konsep *balanced scorecard* ini relevan diaplikasikan di rumah sakit dengan empat perspektif untuk menilai keberhasilan rumah sakit digambarkan dalam bagan sebagai berikut :

Diagram 2.1.
Integrasi Empat Perspektif dalam *Balanced scorecard*



Sumber : Gasperz, 2006

2.7. Pengukuran Kinerja Organisasi dengan Pendekatan *Balanced scorecard*

Menurut Kaplan dan David P. Norton, 1996, (dalam Yuwono, et al., 2006), aspek yang diukur dalam *balanced scorecard* adalah :

2.7.1. Perspektif Keuangan

Tolak ukur yang digunakan untuk menilai keberhasilan pencapaian sasaran strategis dari segi pendapatan perusahaan antara lain :

- a. *Return on Assets (ROA)*, yaitu persentase laba kotor yang dicapai perusahaan dibandingkan dengan total aktiva perusahaan. Jika tolak ukur ini dirata-ratakan dalam beberapa periode, maka akan dihasilkan tingkat pertumbuhan pendapatan rata-rata. (*average growth rate*)
- b. *Return on Equity (ROE)*, adalah persentase laba kotor dibandingkan dengan total ekuitas.
- c. *Net margin* (laba setelah pajak), menurun atau meningkatnya laba dari periode ke periode dapat digunakan untuk mengukur pertumbuhan pendapatan perusahaan. Apabila tolak ukur tersebut dirata-ratakan dalam beberapa periode, maka akan dihasilkan tingkat pertumbuhan pendapatan rata-rata (*average growth rate*)
- d. *Revenue mix* (bauran pendapatan), yaitu melihat pendapatan dari berbagai sumber dari mana pendapatan tersebut didapat. Ukuran ini digunakan untuk mengukur kinerja atau profitabilitas berbagai macam produk yang ada dari setiap segmen pelanggan

- e. *Current ratio* adalah rasio untuk mengukur kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kewajiban lancarnya dengan membandingkan aktiva lancar dengan kewajiban lancarnya/
- f. Tingkat Pertumbuhan pendapatan adalah perbandingan antara pendapatan tahun berjalan dibandingkan dengan tingkat pendapatan tahun sebelumnya.
- g. Tingkat Pengeluaran biaya adalah besarnya pengeluaran tahun berjalan dibandingkan dengan pengeluaran tahun lalu
- h. Rasio Biaya Modal adalah rasio untuk mengetahui besarnya biaya operasional rumah sakit yang dibiayai oleh modal sendiri.
- i. Perbandingan anggaran pendapatan dengan realisasi pendapatan adalah perbandingan antara perencanaan anggaran pendapatan tahun tertentu dibandingkan dengan realisasi pendapatan di tahun tertentu.

2.7.2. Perspektif Pelanggan

Pada perspektif pelanggan, terdapat dua kelompok pengukuran, yaitu:

2.7.2.1. *Customer Care Measurement*

Memiliki berbagai komponen pengukuran, yaitu :

- a. *Market Share*; Menggambarkan divisi yang dikuasai perusahaan atas keseluruhan pasar yang ada, meliputi jumlah pelanggan, jumlah penjualan, serta volume unit penjualan.
- b. *Customer Retention*; Mengukur tingkat di mana perusahaan dapat mempertahankan hubungan dengan konsumen.

Dihitung dari perbandingan antara jumlah pelanggan yang tetap setia dengan produk perusahaan untuk suatu periode tertentu dan seluruh pelanggan untuk produk tersebut dari periode sebelumnya.

- c. *Customer Acquisition*: Mengukur tingkat kemampuan suatu unit bisnis dalam menarik pelanggan baru atau memenangkan bisnis baru.
- d. *Customer Satisfaction*: Menilai tingkatan kepuasan pelanggan dalam kaitannya dengan kriteria kinerja spesifik dalam *value proposition*.

Sedangkan Kotler et al (2004) mengidentifikasi 4 metode pengukuran kepuasan pelanggan, yaitu :

- a. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pelanggan sudah seharusnya menyediakan akses yang mudah kepada pelanggan untuk menyampaikan saran, kritik, pendapat dan keluhan mereka. Media yang digunakan biasanya berupa kotak saran yang ditempatkan di lokasi-lokasi strategis (mudah dijangkau oleh pelanggan), kartu komentar, saluran telepon khusus bebas pulsa, *website* dan lain sebagainya.

- b. *Ghost shopping*

Dilakukan dengan mempekerjakan beberapa orang *ghost shoppers* untuk berperan sebagai pelanggan potensial produk perusahaan dan pesaing untuk berinteraksi dengan staf penyedia jasa dan menggunakan produk perusahaan. Secara seksama mereka mengamati dan menilai cara perusahaan dan pesaingnya melayani permintaan spesifik

pelanggan, menjawab pertanyaan pelanggan, dan menangani setiap keluhan pelanggan.

c. *Lost customer analysis*

Sudah semestinya perusahaan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti menggunakan produknya atau telah menggunakan produk lain agar mengetahui alasan mereka tidak menggunakan produk perusahaan lagi. Kesulitan penerapan metode ini adalah dalam pengidentifikasian dan mengontak mantan pelanggan yang bersedia memberikan masukan atau evaluasinya.

d. Survei kepuasan pelanggan.

Pengukuran kepuasan pelanggan ini dilakukan dengan metode survey, baik melalui pos, telepon, *e-mail*, *websites*, maupun wawancara langsung.

2.7.2.2. Customer Profitability

Yaitu mengukur laba bersih yang diperoleh dari pelanggan atau segmen setelah dikurangi biaya untuk mendukung pelanggan tersebut.

2.7.2.3. Customer Value Proposition

Merupakan pemicu kinerja dalam *core value proposition* dengan atribut antara lain :

- a. *Product/service attributes*; terdiri dari fungsi produk atau jasa, harga dan kualitas. Perusahaan dituntut untuk mengidentifikasi apa yang

diinginkan pelanggan atas jenis produk yang ditawarkan, dan langkah selanjutnya ditetapkan dari hasil tersebut.

b. *Customer relationship*

Berhubungan dengan perasaan pelanggan yang dipengaruhi resposivitas dan komitmen perusahaan terhadap pelanggan dilihat dari proses pembelian produk yang ditawarkan perusahaan.

c. *Image and Reputation*

Mencerminkan faktor *intangibile* yang membuat pelanggan untuk memilih sebuah perusahaan tertentu.

Model kualitas jasa yang kerap dijadikan acuan dalam riset manajemen dan pemasaran jasa adalah model SERVQUAL (*service quality*) yang dipopulerkan oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry, 1994 (Tjiptono F & Chandra G 2005). SERVQUAL dimaksudkan untuk membantu para manajer dalam menganalisa sumber masalah kualitas serta cara memperbaiki kualitas. Model SERVQUAL didasarkan pada atribut yang relevan dengan standar ideal untuk masing-masing atribut jasa. Bila kinerja sesuai dengan atau melebihi standar, maka persepsi atas kualitas jasa keseluruhan akan positif dan sebaliknya. Dengan kata lain, model ini menganalisis gap antara dua variabel pokok, yakni jasa yang diharapkan dan jasa yang dipersepsikan. Pengukuran kualitas jasa dalam model SERVQUAL didasarkan pada lima dimensi utama kualitas jasa yaitu :

- a. *Realibility* (kehandalan) merupakan kemampuan perusahaan dalam memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.
- b. *Responsiveness* merupakan kemampuan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pelanggan dengan menyampaikan informasi secara jelas.
- c. *Assurance* (jaminan dan kepastian) yaitu pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan para pegawai dalam menumbuhkan kepercayaan pelanggan kepada perusahaan.
- d. *Empathy* adalah perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan perusahaan dalam memahami keinginan konsumen.
- e. *Tangibility* adalah bukti fisik yaitu kemampuan suatu rumah sakit dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal.

2.7.3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Scorecard dalam perspektif ini memungkinkan para eksekutif mengetahui seberapa baik bisnis mereka berjalan dan apakah produk/jasa mereka sesuai dengan spesifikasi pelanggan.

Tolak ukur yang digunakan sebagai ukuran keberhasilan perusahaan adalah :

- a. Pendapatan produk baru

Sebagai ukuran tingkat keberhasilan produk-produk baru perusahaan dalam meraih pendapatan selama periode tertentu. Makin besar kontribusi

yang dihasilkan suatu produk baru, menandakan keandalan produk tersebut dalam meningkatkan pendapatan perusahaan.

b. Siklus pengembangan produk

Sebagai dasar dalam menilai responsivitas untuk mengantisipasi kebutuhan pelanggan dan tingkat inovasi suatu perusahaan.

c. Tingkat kesalahan layanan (*service error rate*)

Sebagai ukuran untuk menilai seberapa sering pegawai melakukan kesalahan dalam memberikan layanan kepada pelanggan termasuk tingkat kesalahan lain yang menjadi tugasnya.

d. Waktu proses (*Process time*)

Sebagai ukuran untuk menilai efisiensi dari transaksi yang dilakukan. Semakin sedikit waktu yang dibutuhkan untuk melakukan transaksi maka biaya yang dikeluarkan untuk melaksanakan aktivitas tersebut semakin rendah. Hal itu akan meningkatkan kepuasan pelanggan dan keuntungan perusahaan meningkat.

e. Perjanjian dengan pihak ketiga (*partner with third party providers*)

Banyaknya partner dari pihak ketiga akan mempercepat waktu proses dalam transaksi dan mengurangi tingkat kesalahan dalam memberikan pelayanan. Hal tersebut akan meningkatkan kepuasan pelanggan dan keuntungan perusahaan.

Sedangkan Menurut Kaplan dan Norton, 1996, proses bisnis internal terbagi dalam ketiga tolak ukur berikut ini :

1. **Proses Inovasi;** dimana unit bisnis diharapkan untuk menggali pemahaman mengenai kebutuhan laten dari pelanggan untuk menciptakan produk dan jasa yang dibutuhkan.
2. **Proses Operasi;** merupakan proses dalam membuat serta menyampaikan produk/jasa terkait pada waktu, kualitas, dan biaya.

Hal yang perlu diperhatikan dalam perspektif ini adalah mutu proses pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Rumah sakit harus dapat menjamin mutu proses pelayanan yang diberikan dengan indikator sebagai berikut :

- a. BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur yang terpakai dalam satu tahun.
 - b. AVLOS adalah rata-rata lama seorang pasien dirawat.
 - c. BTO adalah frekwensi pemakaian tempat tidur dalam kurun waktu 1 tahun.
 - d. TOI adalah rata-rata jumlah hari tempat tidur tidak terisi dari saat tempat tidur tersebut terisi sampai saat terisi berikutnya.
 - e. NDR adalah besarnya angka kematian pasien lebih dari 48 jam setelah pasien dirawat setiap 1000 pasien yang keluar dari rumah sakit.
 - f. GDR adalah angka kematian umum untuk tiap 1000 orang pasien keluar dari rumah sakit < 48 jam .
3. **Proses Layanan Purna Jual;** merupakan jasa pelayanan dari perusahaan kepada pelanggannya setelah penjualan produk/jasa dilakukan.

2.7.4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Komponen yang termasuk dalam perspektif ini adalah pelatihan pegawai dan budaya perusahaan yang terkait dengan perbaikan individu dan organisasi yang mendorong perusahaan agar menjadi organisasi pembelajar (*learning organization*), dengan tolak ukur sebagai berikut :

- a. *Employee capabilities*; menggambarkan *input* para pegawai dalam perusahaan menyumbangkan segenap kemampuannya
- b. *Information systems capabilities*; merupakan tingkat ketersediaan sistem informasi dalam memenuhi informasi secara tepat waktu dan akurat.
- c. *Motivation, empowerment, and alignment*; merupakan ukuran untuk menjamin proses yang berkesinambungan terhadap upaya yang berhubungan dalam pemberian motivasi serta delegasi wewenang kepada pegawai perusahaan, dan delegasi wewenang yang memadai untuk mengambil keputusan yang sejalan dengan tujuan organisasi.

BAB 3

GAMBARAN UMUM RS MHTIS

3.1. Sejarah Berdirinya RS MHTIS

RS MHTIS merupakan RS swasta dengan tipe Kelas Utama dan berada di bawah naungan Yayasan RS MH Thamrin. Yayasan ini didirikan pada tanggal 13 September 1979 oleh Dr. H. Abdul Radjak, SpOG. Sebelumnya, pada tahun 1976, Dr. Abdul Radjak mendirikan sebuah Poliklinik Tegalan, di kawasan Matraman, Jakarta Timur sebagai cikal bakalnya.

Kemudian dengan bentuk awal sebuah klinik 24 jam dan praktek dokter spesialis, RS MHTIS mulai dikembangkan menjadi RS skala menengah yang menyediakan pelayanan rawat inap di Jl. Salemba Tengah No. 24-28, Jakarta Pusat. Setelah selesai maka pada tanggal 29 Maret 1981 RS MHT mulai beroperasi. Pada awal operasinya fasilitas yang tersedia hanya sebanyak 25 tempat tidur dengan 25 orang pegawai yang terdiri dari paramedis dan pegawai administrasi umum. Untuk memperluas usaha tersebut, pada tahun 1982 Yayasan menyewa lahan bangunan di sekitarnya. Pada tahun 1984 lahan tersebut menjadi milik Yayasan dan dikembangkan dengan mendirikan gedung tambahan berlantai 2 sehingga mempunyai daya tampung sekitar 60 tempat tidur.

Pada tahun 1997 Yayasan ingin terus meningkatkan perkembangan RS ini hingga menjadi rumah sakit yang bertaraf internasional. Kemudian

didatangkanlah beberapa konsultan pakar perumahnyasakitani dari luar negeri sehingga cita-cita tersebut dapat terwujud. Meskipun mengalami kesulitan karena krisis moneter, RS ini terus berkembang dengan penambahan fasilitas-fasilitas yang modern dan canggih. Berkapasitas 200 tempat tidur, didukung oleh sarana berteknologi tinggi, serta ditangani oleh tenaga ahli dan paramedis yang berkualitas maka pengoperasiannya sebagai RS internasional kembali diresmikan pada tanggal 1 Juli 1998.

Yayasan RSMHT sendiri bernaung di bawah Radjak Group dan sampai saat ini telah memiliki 3 rumah sakit, 7 Klinik Bersalin/Klinik 24 jam yang tersebar di Jabotabek, dan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang ada di Kalideres, Cipayung, Cengkareng, Bekasi, Serdang, Tegalan, Angke dan Pondok Gede. Selain itu Yayasan MHT juga memiliki Yayasan Pendidikan MHT yang meliputi bidang program pendidikan D3 (untuk tenaga kesehatan dan non kesehatan) dan S1. Pada tahun 1997 Radjak Group juga mendirikan dua perseroan terbatas, yaitu PT Jamkesindo dan PT Alkeslab Primatama yang bergerak di bidang jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan perdagangan alat-alat kesehatan serta laboratorium.

3.2. Visi, Misi, Falsafah, dan Motto

Sebagai industri layanan kesehatan bertaraf internasional, RS MHTIS melaksanakan fungsi organisasi demi mencapai tujuannya dengan berlandaskan visi, misi, falsafah, dan motto sebagai berikut:

A. Visi

Menciptakan rumah sakit Indonesia sebagai pusat rujukan regional dengan standar pelayanan Internasional dan pusat pengembangan industri kesehatan MH Thamrin.

B. Misi

1. Menggalang kemitraan lokal, regional dan internasional untuk bersama-sama mengembangkan pelayanan sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran
2. Mengembangkan sumber daya yang berkualitas sesuai standar pelayanan yang bertaraf internasional serta mampu mengantisipasi perkembangan ilmu dan teknologi sehingga dapat memberikan kepuasan maksimal kepada pelanggan
3. Mengembangkan upaya sinergi dengan RS/UPK, Pendidikan Tenaga Kesehatan, PT. Jamkesindo (Jaminan Kesehatan Indonesia), dan PT. Allkeslab Primatama (Alat Kesehatan) yang merupakan divisi dari industri kesehatan MH Thamrin.

C. Tujuan

1. Tersedianya pelayanan medis untuk masyarakat umum termasuk pasien perusahaan atau asuransi dengan pelayanan berkualitas standar internasional dan berorientasi pada kepentingan pelanggan
2. Tersedianya produk jasa kesehatan umum, spesialisik, dan sub spesialisik, serta penunjang medis terutama di bidang pelayanan medis dan keperawatan intensif dengan selalu berorientasi pada

standar pelayanan internasional dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran terpadu.

3. Menjadi rumah sakit yang dikelola secara profesional dan berorientasi kepada jiwa kewirausahaan.

D. Falsafah

CARE (*Competency, Active, Responsive dan Empathy*) dan TRUST (*Technology, Reliable, Urgent, Special, dan Talented*).

Kami sangat peduli (**CARE**) dengan pelanggan sehingga kami mampu mewujudkan pelayanan yang sangat dipercaya (**TRUST**).

Competency, Active, Responsive dan Empathy merupakan wujud kepedulian kami untuk selalu dapat memberikan pelayanan yang dapat dipercaya dengan *Technology* yang *Reliable* dan *Urgent* memenuhi pelanggan kami yang *Special, dan Talented* dalam memilih pelayanan.

E. Motto

“Tumbuh berkembang untuk kesejahteraan bersama.”

3.3 Struktur Organisasi

Berdasarkan Surat Keputusan Badan Pengurus Yayasan RS MH Thamrin Nomor 007/SK-BP/YRS-MHT/VI/2007 Tanggal 4 Juni 2007 (Struktur lengkap terlampir).

3.3.1. Tugas Pokok

Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang

dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

3.3.2. Fungsi

Menyelenggarakan pelayanan medis/pelayanan penunjang medis dan non medis/pelayanan dan asuhan keperawatan/pelayanan rujukan/pendidikan dan pelatihan/penelitian dan pengembangan/administrasi umum dan keuangan.

3.3.3. Jabatan dalam Organisasi

1. Jabatan struktural terdiri dari Direktur Utama, Direktur Umum, Direktur Pelayanan Medis & Keperawatan, Direktur Keuangan & Logistik, Manajer Divisi, Kepala Divisi, dan Kepala Departemen
2. Jabatan Fungsional terdiri dari Komite Medik, Staf Medik Fungsional, Satuan Pengawas Intern, Perawat, Paramedis, dan Non Medis

3.3.3.1. Direktur Utama

1. Mengelola seluruh sumber daya dalam mencapai Visi dan melaksanakan Misi serta Budaya Organisasi yang telah ditetapkan dan bertanggung jawab langsung kepada Ketua BP Yayasan Rumah Sakit Mohammad Husni Thamrin.
2. Memimpin, merumuskan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas pokok rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam menjalankan tugasnya Direktur Utama dibantu oleh Direktur Umum/Direktur Pelayanan Medis&Keperawatan/Direktur Keuangan & Logistik/Komite Medik/Staf Medik Fungsional/Satuan Pengawas Intern/Kepala Sekretariat.

3.3.3.2. Direktur Umum&Keuangan

Membina, mengkoordinasikan dan mengawasi kegiatan Divisi Pemasaran, Divisi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (PSRS), Divisi Rumah Tangga, dan Divisi Sumber Daya Manusia (SDM) serta membina, mengkoordinasikan dan mengawasi kegiatan Divisi Keuangan dan Divisi Logistik.

3.3.3.3. Direktur Pelayanan Medis & Keperawatan

Membina, mengkoordinasikan dan mengawasi kegiatan Divisi Penunjang Medik, Divisi Keperawatan, Divisi Pelayanan Medik Intensif & Bedah, serta Divisi Pelayanan Medik Non Intensif dan Unit-unit Khusus.

3.3.3.4. Kepala Sekretariat

Mengkoordinir dan mengendalikan pelaksanaan kegiatan Kepala Divisi Tatausaha, Kepala Divisi Teknologi Informasi, dan Kepala Divisi Perencanaan Pengembangan.

3.3.3.5. Komite Medik

Komite Medik adalah wadah non struktural yang keanggotaannya dipilih dari wakil-wakil kelompok Staf Medik Fungsional yang diangkat dengan Surat Keputusan Ketua BP Yayasan Rumah Sakit MH Thamrin

Komite Medik bertugas :

1. Memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama Rumah Sakit perihal standar pelayanan medis, peningkatan dan pengawasan mutu
2. Memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama Rumah Sakit perihal penerimaan tenaga medis yang akan bekerja di rumah sakit dan bertanggung jawab tentang pelaksanaan etika profesi.

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite Etik, Sub Komite Kredensial, Sub Komite Pengendalian Mutu, Sub Komite Farmasi & Terapi, Sub Komite Infeksi Nosokomial dan Sub Komite Perinatologi Resiko Tinggi.

3.3.3.6. Staf Medis Fungsional (SMF)

1. Staf Medis Fungsional yang terdiri dari dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis diangkat oleh Direktur Utama Rumah Sakit untuk menjadi anggota staf medis dan ditugaskan/mendapat hak untuk melaksanakan pelayanan medis di rumah sakit.
2. Kelompok Staf Medis Fungsional sebagai wadah non struktural untuk staf medis yang diangkat dengan Surat Keputusan Direktur Utama, terdiri dari Staf Medik Fungsional Medical, Staf Medik Fungsional Surgical, Staf Medik Fungsional Anak, Staf Medik Fungsional Obstetri dan Ginekologi,

serta Staf Medik Fungsional Gigi & Mulut dipimpin oleh seorang Ketua Kelompok.

3.3.3.7. Perawat, Paramedis, dan Non Medis Fungsional

1. Perawat Fungsional adalah tenaga keperawatan yang bertugas pada unit pelayanan medis dalam jabatan fungsional
2. Paramedis Fungsional adalah tenaga paramedis yang bertugas pada unit-unit penunjang medis dalam jabatan fungsional
3. Non Medis Fungsional adalah tenaga non medis yang bertugas pada unit-unit pelayanan non medis dalam jabatan fungsional.

3.3.3.8. Satuan Pengawas Intern

Satuan Pengawas Intern adalah kelompok fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya dalam rangka penyelenggaraan rumah sakit, bertanggung jawab kepada Direktur Utama Rumah Sakit.

3.4. Lokasi dan Fasilitas Gedung

RSMHTIS berlokasi di pusat kota Jakarta dekat dengan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. RS ini menempati gedung berlantai 10 dengan satu lantai parkir *basement*. Sebagai RS modern berkonsep *Hotel-styled hospital*, RS didukung dengan peralatan medis yang relatif canggih dan modern serta sistem informasi yang terpadu sehingga memberikan pelayanan medis yang memuaskan.

RSMHTIS menyediakan pelayanan gawat darurat yang beroperasi selama 24 jam (*hotline service 3926333*), rawat jalan (umum, spesialis, dan subspecialis), *medical check up* (MCU), poli gigi, penunjang medik dan rawat inap (kelas III, II, I, VIP, VVIP, *Presidential Suite*). Fasilitas penunjang berupa kamar operasi, kamar bersalin, laboratorium, radiologi (termasuk *CT-scan*, mammografi dan *USG*), serta Instalasi Farmasi. Semua itu terletak pada gedung utama. Kemudian terdapat sebuah gedung Annex berlantai 4 di samping belakang gedung utama yang berisikan *Guest House* (untuk tempat menginap keluarga pasien), Dapur, pemulasaran jenazah, *Laundry*, CSSD (sterilisasi), Logistik, dan kantor administrasi RS. Selain itu RS MHTIS juga dilengkapi dengan ambulans EMS (*Emergency Medical Service*) serta helipad untuk pendaratan helikopter di lantai IX.

RS MHTIS juga menyediakan pelayanan khusus seperti detoksifikasi NAZA, Pusat terapi Autisme “Bintang Kecil”, pusat *Neuro-science*, Pusat *Gastroenterology-Hepathology Endoscopy*, rawat *intensive* (ICU/ICCU, IW dewasa, NICU/PICU, dan IW anak), Klinik Kecantikan Estetiderma, dan *CathLab*.

3.5. Kepegawaian

Komposisi Pegawai RSMHTIS Tahun 2005-2007 sebagai berikut :

Tabel 3.1
Komposisi Pegawai RSMHTIS 2005-2007

No.	Jenis Ketenagaan	Jumlah Pegawai		
		2005	2006	2007
1.	Dokter Organik	15	14	17
2.	Perawat	219	241	227
3.	Penunjang Medik	62	62	64
4.	Umum	157	167	159
	Total	453	484	467

(Sumber : Divisi SDM dan Sekretariat RS MHTIS, 2005-2007)

Tabel 3.1 di atas menunjukkan komposisi pegawai RSMHTIS selama tahun 2005-2007. Pada tahun 2007, jumlah pegawai secara keseluruhan berkurang dibandingkan tahun 2006, khususnya tenaga keperawatan. Pada tahun 2007 *turn over* perawat khususnya perawat berpengalaman cukup tinggi, hal tersebut harus diantisipasi segera karena rumah sakit merupakan jasa pelayanan kesehatan dan kebutuhan SDM terbanyak adalah tenaga perawat.

Tabel 3.2.
Data Pegawai Dengan Pendidikan Formal di RS MHTIS
Tahun 2005-2007

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah Pegawai		
		2005	2006	2007
1.	SMP	11	8	13
2.	SMA	198	211	193
3.	DIII	211	242	201
4.	S1	21	38	24
5.	S2	1	5	8

(Sumber : Devisi SDM dan Sekretariat RS MHTIS, 2005-2007)

Dilihat dari latar belakang pendidikan RSMHTIS selama tahun 2005-2007, dapat dilihat bahwa kualifikasi tenaga kerja terbanyak adalah DIII Perawat/ ATRO/Bidan/APRO. Hal yang positif terjadi pada peningkatan tenaga kerja yang berpendidikan S2, Sementara tenaga kerja SMP terus meningkat yang seharusnya lebih diminimalisir, berbanding terbalik dengan tenaga D3 dan S1 yang terus menurun. Hal tersebut harus dievaluasi untuk menghadapi persaingan yang terus meningkat dengan perekrutan kembali SDM dengan kualifikasi yang sesuai atau dengan pendidikan tambahan yang berdasarkan kompetensi.

3.6. Laporan Kinerja RS MHTIS

Data tentang kinerja RS MHTIS dapat dilihat pada beberapa tabel berikut :

Tabel 3.3.
Data Kunjungan Rawat Jalan di RS MHTIS Tahun 2005-2007

No.	Unit Pelayanan	Jumlah Kunjungan		
		2005	2006	2007
1.	Poli Umum	2904	3018	3674
2.	Poli Spesialis	28379	29602	30250
3.	Poli Gigi	3009	3058	2661
4.	KTK	1640	1522	1285
5.	Estetiderma	2229	2058	1731

(Sumber : Laporan tahunan RS MHTIS Tahun 2005-2007)

Kinerja Unit Rawat Jalan mengalami tren kenaikan untuk Poli Umum dan Poli Spesialis. Sementara untuk Poli Gigi, Klinik Tumbuh Kembang, dan Klinik Kecantikan Estetiderma justru mengalami tren penurunan.

Tabel 3.4.

Kapasitas Jumlah Tempat Tidur Ruang Perawatan RS MHTIS Tahun 2007

No	Unit Perawatan	Sub Unit	Jumlah Ruang/ Kamar	Jumlah Tempat Tidur
I	Intensif Dewasa	ICU	1	6
		ICU Private	2	2
		ICCU	1	4
		IW Dewasa	1	5
II	Intensif Anak	NICU	1	8
		PICU	1	5
		IW Anak	1	4
		Perinatologi	1	5
		Isolasi	2	2
III	Lantai 4	Kebidanan/I	2	4
		Kebidanan/II	4	8
		Isolasi	1	1
IV	Lantai 5	Topaz/III	4	24
		Topaz/III+	1	4
		Ruby/II	4	12
		Ruby/III+	5	10
		Isolasi	2	2
		Kebidanan/III	1	4
V	Lantai 6	NAZA/I	4	4
		NAZA/VIP	1	1
		ULB/ICU	1	2
VI	Lantai 7	ULB/VIP	1	1
		ULB/Standar	2	4
		Anak/I	3	6
		Anak/II	2	6
		Anak III	3	10
		Sapphire/I	9	18
		Diamond/VVIP	2	2
		Isolasi	1	1
VII	Lantai 8	Emerald/VIP	16	16
		Diamond/VVIP	2	2
		PS	1	1
	Jumlah		83	184

(Sumber : Sekretariat RSMHTIS. 2007)

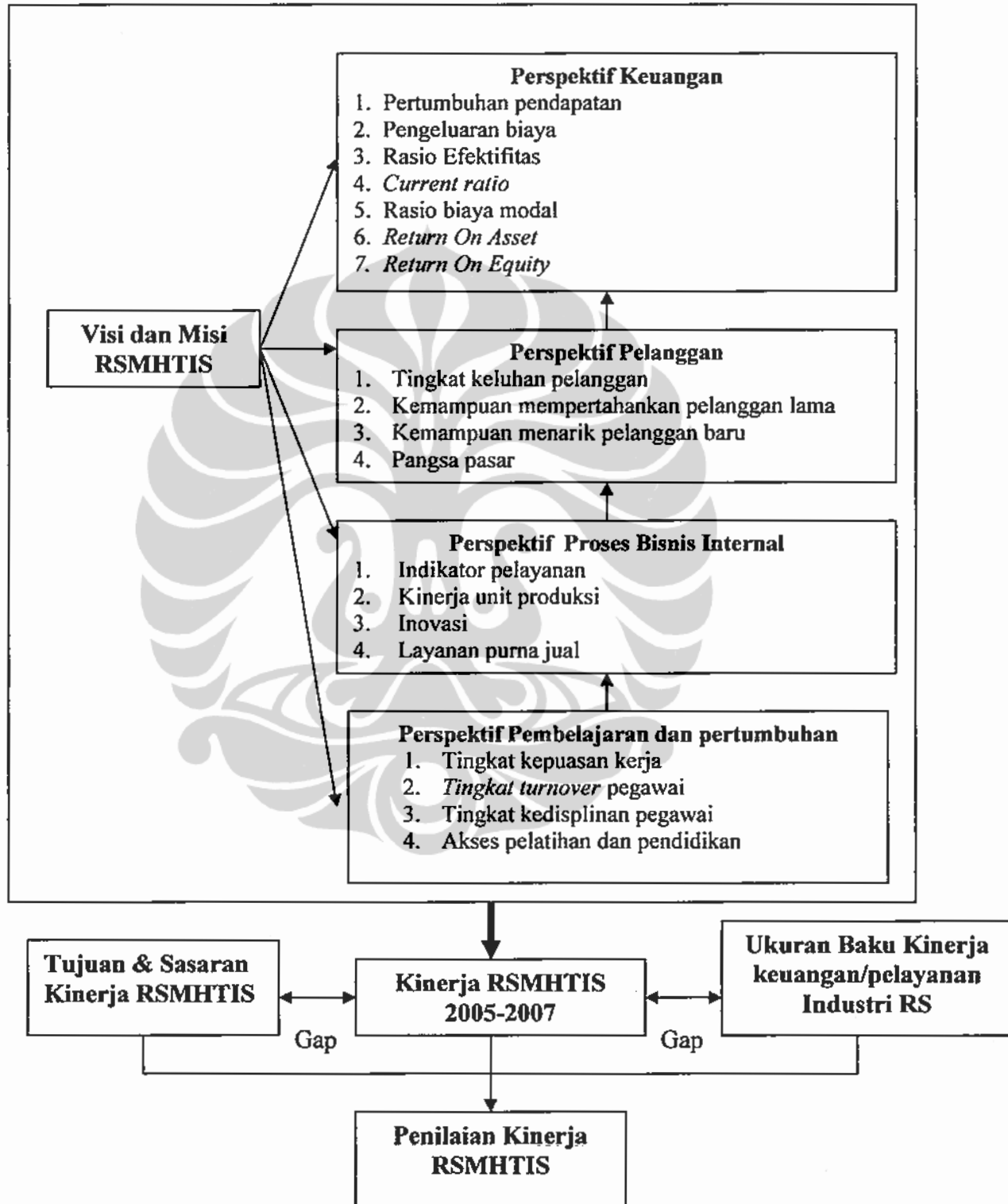
BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Teori

Balanced scorecard merupakan salah satu pendekatan yang dapat digunakan dalam penilaian kinerja suatu organisasi. Penilaian kinerja dengan *balanced scorecard* dilakukan melalui empat perspektif yaitu perspektif keuangan, pelanggan, bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Sistem pengukurannya harus membentuk suatu hubungan antara tujuan dan ukuran dari keempat perspektif secara eksplisit sehingga dapat dikelola. Setiap elemen dari *balanced scorecard* merupakan rantai hubungan sebab akibat yang dapat mengkomunikasikan strategi perusahaan kepada organisasi (Kaplan dan Norton, 1996).

4.2. Kerangka Konsep



Kerangka Konsep Penilaian Kinerja RSMHTIS dengan pendekatan *Balanced scorecard*

Indikator penilaian dari keempat perspektif BSC dalam kerangka konsep di atas merupakan pengembangan dari konsep dasar Kaplan dan Norton, 1996, serta disesuaikan dengan data yang sudah diaplikasikan di RSMHTIS.

Tujuan dan ukuran *scorecard* diturunkan dari visi dan strategi. Visi dan strategi organisasi dikaitkan dengan perspektif finansial, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. *Balanced scorecard* memberi manajemen organisasi suatu pengetahuan, keterampilan, dan sistem yang memungkinkan manajemen dan pegawai dapat belajar dan berkembang secara 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 akan terus meningkat (perspektif finansial).

4.2. Variabel dan Definisi Operasional

4.2.1. Perspektif Keuangan

Untuk mengetahui kinerja keuangan, peneliti menggunakan laporan keuangan yang terdiri dari neraca dan laporan rugi laba selama tahun 2005-2007 yang meliputi tingkat pertumbuhan pendapatan, tingkat pengeluaran biaya, rasio efektifitas, *current ratio*, rasio biaya modal, *return on asset*, dan *return on equity*.

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pertumbuhan Pendapatan	Adalah perbandingan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan tahun lalu	Membandingkan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan tahun lalu	Laporan Rugi-Laba Tahun 2005-2007	Ideal bila >1 atau 100%	Ratio
2	Pengeluaran biaya	Adalah perbandingan pengeluaran tahun ini dibandingkan dengan tahun lalu	Membandingkan pengeluaran tahun ini dibandingkan dengan tahun lalu	Laporan Rugi-Laba Tahun 2005-2007	Ideal bila \leq rasio pendapatan	Ratio
3	Rasio Efektifitas	Adalah perbandingan antara perencanaan anggaran pendapatan dengan realisasi pendapatan di tahun yang sama	Membandingkan perencanaan anggaran pendapatan dengan realisasi pendapatan	Laporan Neraca dan Rugi Laba Tahun 2005-2007	Ideal bila >1 atau 100%	Ratio
4	<i>Current Ratio</i>	Adalah rasio untuk mengukur kemampuan RS dalam memenuhi kewajiban lancarnya dengan membandingkan aktiva lancar dengan kewajiban lancar	Membandingkan aktiva lancar dengan kewajiban lancar	Laporan Neraca dan Rugi Laba Tahun 2005-2007	1.75-2.75	Ratio
5	Rasio Biaya Modal	Adalah rasio untuk mengetahui besarnya operasional RS yang dibiayai oleh modal sendiri	Membandingkan equity dengan harta total	Laporan Neraca dan Rugi Laba Tahun 2005-2007	0.40-0.50	Ratio
6	<i>Return On Asset</i>	Adalah persentase laba kotor yang dicapai perusahaan dibandingkan total aktiva perusahaan.	Membandingkan SHU Operasional dengan kekayaan Total	Laporan Neraca dan Rugi Laba Tahun 2005-2007	0.025-0.15	Ratio
7	<i>Return On Equity</i>	Adalah persentase laba kotor dibandingkan dengan total ekuitas.	Membandingkan sisa hasil operasional dengan equity	Laporan Neraca dan Rugi Laba Tahun 2005-2007	1.15-1.25	Ratio

4.2.2. Perspektif Pelanggan

Indikator kinerja pelanggan meliputi tingkat keluhan pelanggan, kemampuan mempertahankan pelanggan lama (*customer retention*), kemampuan menarik pelanggan baru (*customer acquisition*), dan pangsa pasar.

Mengukur tingkat keluhan pelanggan didapatkan dari penelusuran dokumen divisi marketing tahun 2005-2007.

Mengukur tingkat kemampuan mempertahankan pelanggan lama serta kemampuan menarik pelanggan baru dengan menggunakan data sekunder dari divisi marketing dengan melihat jumlah pasien lama yang berobat kembali dan jumlah pasien baru dibandingkan dengan total seluruh pasien selama tahun 2005-2007

Mengukur pangsa pasar pelanggan menggunakan data sekunder dari Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat Tahun 2006 dengan membandingkan jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap RSMHTIS dengan RS dengan radius \pm 5 km yang dianggap sebagai kompetitor.

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Tingkat keluhan Pelanggan	Adalah gambaran ketidakpuasan pasien rawat inap dan keluarganya berdasarkan hasil angket tahun 2005-2007 yang meliputi keluhan terhadap pelayanan admission, dokter, keperawatan, fasilitas ruangan, menu masakan, dan fasilitas lain	Data sekunder dari angket kepuasan pelanggan	Angket Divisi Marketing 2005-2007	Ideal bila Menurun 25%	Ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2	Kemampuan mempertahankan pelanggan lama	Adalah perbandingan antara jumlah pengunjung lama yang datang kembali pada tahun ini dengan jumlah seluruh pengunjung tahun lalu	Membandingkan jumlah pengunjung lama yang datang kembali pada tahun ini dengan jumlah seluruh pengunjung tahun lalu	Data sekunder dari Divisi marketing tahun 2005-2007	Ideal bila Meningkatkan 25%	Ratio
3	Kemampuan menarik pelanggan baru	Adalah perbandingan antara jumlah pasien baru tahun ini dengan seluruh pengunjung tahun sebelumnya.	Membandingkan jumlah pasien baru tahun ini dengan seluruh pengunjung tahun sebelumnya.	Data sekunder dari Divisi marketing tahun 2005-2007	Ideal bila Meningkatkan 25%	Ratio
4	Pangsa pasar	Adalah gambaran proporsi kinerja RSMHTIS dibandingkan RS kompetitor dengan radius \pm 5 km	Membandingkan proporsi kinerja rawat jalan dan rawat inap RSMHTIS dengan RS Kompetitor	Data sekunder dari Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat Tahun 2006	Ideal bila Menguasai 50% pangsa pasar	Ratio

4.2.3 Perspektif Proses Bisnis Internal

Indikator kinerja proses bisnis internal adalah indikator pelayanan yang meliputi BOR, AvLOS, BTO, TOI, NDR dan GDR; kinerja unit produksi yang meliputi rawat jalan, unit khusus, dan penunjang medis; kemampuan inovasi serta layanan purna jual.

Untuk mengukur indikator pelayanan dan kinerja unit produksi digunakan data sekunder dari divisi Teknologi Informasi & Komputer serta laporan tahunan 2005-2007, sedangkan untuk mengukur indikator kemampuan inovasi dan layanan purna

jual dilakukan wawancara mendalam dengan Ka.Bag Perencanaan Pengembangan dan Manager Marketing.

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
I.	Indikator pelayanan					
	BOR	Adalah persentase pemakaian tempat tidur yang terpakai	Membandingkan rata-rata TT terpakai dengan jumlah tempat tidur yang tersedia	Data sekunder dari divisi TI&Komp 2005-2007	Ideal bila: 60-80%	Ratio
	AvLOS	Adalah rata-rata lama seorang pasien dirawat	Membandingkan rata-rata TT terisi x jumlah hari dalam setahun dengan jumlah pasien yang keluar (hidup+mati)	Data sekunder dari divisi TI&Komp 2005-2007	Ideal bila : 6-9 hari	Ratio
	BTO	Adalah frekuensi pemakaian tempat tidur	Membandingkan jumlah pasien yang keluar (hidup+mati) dengan rata-rata jumlah TT yang tersedia	Data sekunder dari divisi TI&Komp 2005-2007	Ideal bila : 40-50 kali	Ratio
	TOI	Adalah rata-rata jumlah hari tempat tidur yang tidak terisi dari saat tempat tidur terisi sampai saat terisi berikutnya	Membandingkan rata-rata jumlah hari TT yang tidak terisi x jumlah hari dalam setahun dengan jumlah pasien keluar (hidup+mati)	Data sekunder dari divisi TI&Komp 2005-2007	Ideal bila: 1-3 hari	Ratio

No.	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	NDR	Adalah besarnya angka kematian pasien > 48 jam setelah pasien dirawat dibagi dengan 1000 pasien yang keluar dari RS	Membandingkan jumlah pasien meninggal > 48 jam dengan jumlah pasien keluar (hidup+mati)	Data sekunder dari divisi TI&Komp 2005-2007	Ideal bila : <25/1000	Ratio
	GDR	Adalah angka kematian umum untuk tiap 1000 orang pasien keluar dari RS < 48 jam	Membandingkan jumlah pasien meninggal < 48 jam dengan jumlah pasien keluar (hidup+mati)	Data sekunder dari divisi TI&Komp 2005-2007	Ideal bila : <45/1000	Ratio
2.	Pencapaian kinerja unit produksi yang meliputi : Kinerja rawat jalan Kinerja unit khusus Kinerja penunjang medis	Adalah perbandingan antara realisasi kinerja unit rawat jalan yang meliputi : Gawat Darurat Poli umum Poli gigi	Membandingkan kinerja gawat darurat dengan target/sasaran RS Membandingkan kinerja poli umum dengan target/sasaran RS Membandingkan kinerja poli umum dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007 Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007 Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007		

No.	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2.	Pencapaian kinerja unit produksi	Poli Spesialis	Membandingkan kinerja poli spesialis dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 14400 kunjungan	Ratio
		MCU	Membandingkan kinerja MCU dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 6000 kunjungan	Ratio
		KTK	Membandingkan kinerja KTK dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 7800 kunjungan	Ratio
		Estetiderma	Membandingkan kinerja poli umum dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 72000 kunjungan	Ratio
		Kamar Bedah	Membandingkan kinerja kamar bedah dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 2220 tindakan	Ratio
	Pencapaian Kinerja Unit Khusus	Adalah perbandingan antara realisasi kinerja unit khusus dengan target/sasaran RS yang meliputi : Kamar Bedah				

No.	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Pencapaian kinerja Unit Khusus	Hemodialisa	Membandingkan kinerja hemodialisa dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 1800 tindakan	Ratio
Cathlab		Membandingkan kinerja cathlab dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila= 48 tindakan	Ratio	
Endoskopi		Membandingkan kinerja endoskopi dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila= 840 tindakan	Ratio	
VK (Kebidanan)		Membandingkan kinerja VK (Kebidanan) dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 900 tindakan	Ratio	
Burn Unit		Membandingkan kinerja endoskopi dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 24 tindakan	Ratio	

No.	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Pencapaian kinerja penunjang medis	Adalah perbandingan antara realisasi kinerja penunjang medis dengan target/sasaran RS yang meliputi :				
		Radiologi	Membandingkan kinerja radiologi dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 13152 kunjungan	Ratio
		Laboratorium	Membandingkan kinerja laboratorium dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 56256 kunjungan	Ratio
		Rehabilitasi Medik	Membandingkan kinerja rehabilitasi medik dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 7968 kunjungan	Ratio
		Farmasi	Membandingkan kinerja Farmasi dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 131292 kunjungan	Ratio
	Gizi	Membandingkan kinerja Gizi dengan target/sasaran RS	Data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007	Ideal bila = 168 kunjungan	Ratio	

No.	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
3	Kemampuan Inovasi	Adalah kemampuan RS dalam mengidentifikasi kebutuhan pasar dan kemampuan untuk menciptakan kebutuhan pasar	Data primer dari wawancara dengan Kabag. Perencanaan Pengembangan	Pedoman Wawancara	Hasil wawancara	Ideal bila sudah melakukan identifikasi kebutuhan pasar serta menciptakan kebutuhan pasar.
4	Layanan Purna jual	Adalah pelayanan yang diberikan oleh RS setelah pasien pulang perawatan	Data primer dari wawancara dengan Kabag. Perencanaan Pengembangan	Pedoman Wawancara	Hasil wawancara	Ideal bila memiliki program layanan purna jual yang terencana.

4.4. Perspektif Pembelajaran dan pertumbuhan

Indikator kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah kepuasan kerja pegawai, tingkat turn over pegawai, tingkat kedisiplinan pegawai, akses pelatihan dan pendidikan, serta pendapatan perusahaan per pegawai.

Pengukuran kepuasan kerja pegawai menggunakan data sekunder yang diperoleh dari laporan tahunan RSMHTIS 2006-2007, dengan menggunakan teori kepuasan dari *the Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)*. (Panggabean, 2002) yang dibagi atas 7 tipe (kepuasan terhadap kompensasi, kepuasan terhadap promosi, kepuasan terhadap pekerjaan, kepuasan terhadap rekan kerja, kepuasan terhadap supervisi, kepuasan terhadap status profesi, dan kepuasan terhadap kebijakan organisasi).

Mengukur *turn over* pegawai menggunakan *labour turn over index* dari Pratt & Bennet yaitu dengan membandingkan jumlah pegawai yang keluar dengan jumlah

total pegawai yang masih bekerja, data yang digunakan adalah data sekunder dari divisi SDM selama tahun 2005-2007.

Untuk mengukur tingkat kedisiplinan pegawai dengan melihat data jumlah pegawai yang datang terlambat selama tahun 2005-2007, yang merupakan data sekunder yang didapatkan dari divisi SDM.

Pengukuran indikator akses pelatihan dan pendidikan digunakan data sekunder dari divisi SDM dengan mengukur jumlah pegawai yang mendapatkan kesempatan mengikuti seminar, lokakarya serta melanjutkan pendidikan formal selama tahun 2005-2007.

Sedangkan untuk mengukur pendapatan perusahaan per pegawai digunakan data sekunder dari Divisi Keuangan dan SDM selama tahun 2005-2007.

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Tingkat kepuasan kerja					
	a. Kepuasan terhadap kompensasi	Kepuasan pegawai terhadap kompensasi (gaji dan kesejahteraan) yang diterima	Membandingkan pegawai yang puas terhadap kompensasi dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal
	b. Kepuasan terhadap promosi	Kepuasan pegawai terhadap promosi (jenjang karir dan kesempatan pendidikan)	Membandingkan pegawai yang puas terhadap promosi dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal
	c. Kepuasan terhadap pekerjaan	Kepuasan pegawai terhadap pekerjaan (otonomi, beban kerja)	Membandingkan pegawai yang puas terhadap pekerjaan dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal
	d. Kepuasan terhadap rekan kerja	Kepuasan pegawai terhadap rekan sekerjanya	Membandingkan pegawai yang puas terhadap rekan kerja dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	e. Kepuasan terhadap supervisi	Kepuasan pegawai terhadap pengawasan pimpinan	Membandingkan pegawai yang puas terhadap supervisi dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal
	f. Kepuasan terhadap status profesi	Adalah kepuasan pegawai terhadap status profesinya	Membandingkan pegawai yang puas terhadap status profesi dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal
	g. Kepuasan terhadap Kebijakan Organisasi	Adalah kepuasan pegawai terhadap kebijakan organisasi (kesempatan pegawai untuk ikut terlibat dalam pengambilan keputusan di RS)	Membandingkan pegawai yang puas terhadap kebijakan organisasi dengan yang tidak puas/netral	Data sekunder dari laporan tahunan 2006-2007	Ideal bila pegawai puas > tidak puas	Ordinal
2	Tingkat <i>turn over</i> pegawai	Adalah jumlah pegawai tetap dan kontrak RSMHTIS yang keluar dan masuk dibandingkan dengan jumlah seluruh pegawai	Rumus <i>turn over</i> Pratt & Bannet	Data sekunder Divisi SDM 2006-2007	Ideal bila menurun 50%	Rasio
3.	Tingkat Kedisiplinan pegawai	Adalah jumlah pegawai yang datang terlambat dibandingkan dengan jumlah pegawai keseluruhan	Membandingkan jumlah pegawai yang datang terlambat dengan jumlah pegawai keseluruhan	Data sekunder Divisi SDM 2006-2007	Ideal bila meningkat 50%	Rasio

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
4	Akses Pendidikan dan Pelatihan	Adalah jumlah pegawai yang mendapat kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan dibandingkan dengan jumlah pegawai keseluruhan	Membandingkan jumlah pegawai yang mendapat kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan dibandingkan dengan jumlah pegawai keseluruhan	Data sekunder Divisi SDM 2006-2007	Ideal bila meningkat 50%	Rasio

4.4.6. Variabel Tujuan dan Sasaran Kinerja RSMHTIS

Adalah pencapaian tujuan dan sasaran kinerja tahunan RSMHTIS yang tercantum dalam perencanaan strategi tahunan RSMHTIS

4.4.7. Variabel Ukuran Baku Kinerja Keuangan/Pelayanan Industri RS

Adalah ukuran baku yang digunakan dalam bidang perumahsakit

4.4.8. Penilaian Kinerja RSMHTIS

Adalah analisa kinerja RSMHTIS setelah dibandingkan dengan tujuan dan sasaran kinerja RSMHTIS (target yang ditetapkan oleh pihak manajemen) serta ukuran baku kinerja keuangan industri rumah sakit.

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan gabungan antara pendekatan kualitatif dan kuantitatif.

Rancangan penelitian yang digunakan bersifat *cross sectional* dengan pendekatan *balanced scorecard* untuk mengevaluasi kinerja RSMHTIS

5.2. Lokasi dan Waktu

Penelitian dilakukan di RSMHTIS pada bulan Januari-Maret 2008

5.3. Populasi dan Sampel

5.3.1. Perspektif Keuangan.

Peneliti mengambil data laporan neraca dan laporan rugi laba dari divisi keuangan selama tahun 2005-2007 untuk mengukur seluruh kinerja keuangan RSMHTIS.

5.2.2. Perspektif Pelanggan

a. Tingkat Keluhan Pelanggan

Untuk mengukur tingkat keluhan pelanggan digunakan data sekunder dari divisi marketing selama tahun 2005-2007.

b. Kemampuan Mempertahankan Pelanggan Lama

Menggunakan data sekunder dari divisi marketing dalam hal ini data pengunjung lama dan kunjungan ulang pasien RS MH Thamrin Internasional tahun 2005-2007.

c. Kemampuan Menarik Pelanggan Baru.

Menggunakan data sekunder dari divisi marketing dalam hal ini data pengunjung baru RSMHTIS selama tahun 2005-2007

d. Pangsa Pasar.

Menggunakan data sekunder yang diperoleh dari penelusuran dokumen RSMHTIS dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat tahun 2006. Rumah sakit yang dianggap sebagai pesaing oleh manajemen dalam CDMG (*Consensus Decision Making Group*) adalah rumah sakit yang berada dalam radius ± 5 km yaitu RS St. Carolus (selanjutnya disebut RS A), RS PGI Cikini (selanjutnya disebut RS B), dan RS. M. Ridwan Meuraksa (selanjutnya disebut RS C).

5.2.3. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. Indikator Pelayanan dan kinerja unit produksi

Menggunakan data sekunder dari laporan tahunan 2005-2007 indikator pelayanan, sedangkan untuk pencapaian kinerja unit produksi RSMHTIS yang meliputi kinerja rawat jalan, unit khusus, dan penunjang medis digunakan data tahun 2005-2007.

b. Kemampuan Inovasi

Menggunakan data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam dengan Kabag. Perencanaan Pengembangan tahun 2008.

c. Layanan Purna Jual

Menggunakan data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam dengan Manager Marketing tahun 2008

5.2.4. Perspektif Pembelajaran dan pertumbuhan

1. Tingkat Kepuasan Pegawai

Menggunakan data sekunder dari kuesioner kepuasan pegawai tahun 2006-2007 yang ada dalam laporan tahunan RSMHTIS.

2. Tingkat *Turn Over*

Menggunakan data sekunder dalam hal ini adalah data pegawai yang keluar selama tahun 2005-2007 yang diperoleh dari divisi sumber daya manusia.

3. Tingkat Kedisiplinan Pegawai

Menggunakan data sekunder dalam hal ini adalah data pegawai yang datang terlambat selama tahun 2005-2007 yang diperoleh dari divisi Sumber Daya Manusia.

4. Akses Terhadap Pelatihan dan Pendidikan.

Menggunakan data sekunder dari divisi Sumber Daya Manusia yang meliputi data pegawai RSMHTIS yang mengikuti pelatihan dan pendidikan (pelatihan bersertifikat, seminar atau lokakarya, dan melanjutkan pendidikan) pada tahun 2005-2007.

5. Tingkat pendapatan perusahaan per pegawai

Menggunakan data sekunder dari divisi Keuangan dan Sumber Daya Manusia mengenai data pendapatan perusahaan per pegawai (tetap maupun kontrak) selama tahun 2005-2007.

5.5. Metoda Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara :

1. Data primer digunakan untuk mengevaluasi layanan purna jual dan kemampuan inovasi dalam perspektif bisnis internal dengan wawancara mendalam dengan divisi terkait, Informan untuk layanan purna jual adalah manager marketing, sedangkan untuk kemampuan inovasi adalah Kabag. Perencanaan Pengembangan.
2. Data sekunder melalui penelusuran dokumen dari divisi yang bersangkutan selama tahun 2005-2007 serta data Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat tahun 2006 untuk mengevaluasi perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, serta perspektif bisnis internal kecuali layanan purna jual dan kemampuan inovasi.

5.6. Pengolahan dan Analisis Data

1. Data sekunder diolah dengan cara manual, kemudian dideskripsikan.
2. Data primer dari hasil wawancara untuk layanan purna jual dan kemampuan inovasi dilakukan triangulasi sumber.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang diperoleh merupakan data primer dan data sekunder. Data primer merupakan hasil wawancara dengan divisi yang bersangkutan. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui penelusuran dokumen RSMHTIS dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat tahun 2006.

6.1. PERSPEKTIF KEUANGAN

6.1.1. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

Tingkat pertumbuhan pendapatan RSMHTIS didapatkan dari data sekunder laporan rugi-laba 2005-2007, Rasio pertumbuhan pendapatan berguna untuk mengukur seberapa besar kemampuan RSMHTIS dalam mempertahankan dan meningkatkan keberhasilan yang telah dicapai.

Tabel. 6.1

Pertumbuhan Pendapatan RS MHTIS

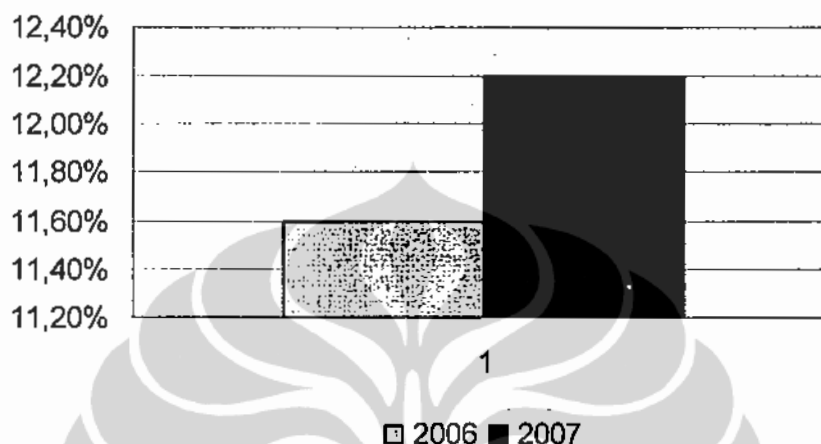
Tahun 2005-2007

Tahun	Total Pendapatan/Tahun (Rp)	Rasio Pertumbuhan Pendapatan
2005	62,189,660,628	
2006	69,385,115,010	1.11
2007	77,872,651,071	1.12

Sumber : Laporan Rugi-Laba RSMHTIS Tahun 2005-2007

Grafik 6.1

Tingkat Pertumbuhan Pendapatan RSMHTIS 2006 - 2007



Pengukuran bauran pertumbuhan dan pendapatan digunakan indikator tingkat pertumbuhan pendapatan. Berdasarkan data yang didapat dalam tabel 6.1 diatas dapat dilihat bahwa pertumbuhan pendapatan RSMHTIS pada tahun 2006 sebesar 1.11, yang artinya ideal karena memiliki nilai pertumbuhan pendapatan lebih dari satu, sedangkan pada tahun 2007 meningkat menjadi 1.12 yang juga berarti ideal karena memiliki nilai pertumbuhan pendapatan lebih dari satu.

6.1.2. Tingkat Pengeluaran Biaya

Tabel. 6.2

Pengeluaran Biaya RS MHTIS Tahun 2005-2007

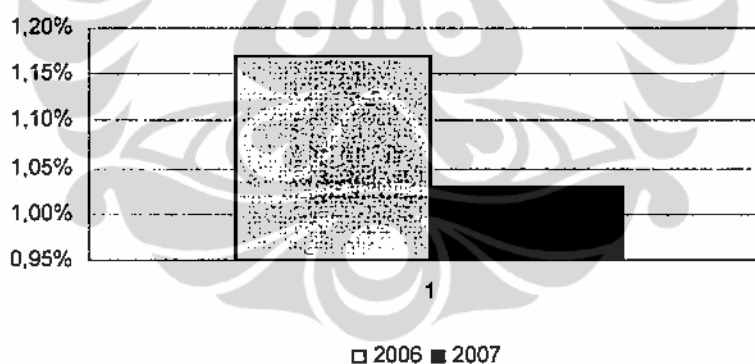
Tahun	Total Pengeluaran/Tahun (Rp)	Rasio Pengeluaran
2005	55,493,150,634	
2006	65,116,890,082	1.17
2007	67,440,228,341	1.03

Sumber : Laporan Rugi-Laba RSMHTIS Tahun 2005-2007

Tabel 6.2 diatas menunjukkan peningkatan pengeluaran dari tahun 2006 dibanding 2005 sebesar 17%, dengan rasio 1.17, yang artinya tidak ideal karena lebih besar dari rasio pertumbuhan pendapatan tahun 2006. Untuk tahun 2007 juga terjadi peningkatan pengeluaran namun relatif lebih kecil yaitu sebesar 3% dengan rasio 1.03 yang artinya ideal karena kurang dari rasio pertumbuhan pendapatan tahun 2007.

Grafik 6.2

Tingkat Pengeluaran Biaya RSMHTIS 2006 - 2007



6.1.3. Rasio Efektifitas

Pengukuran rasio efektifitas dilakukan dengan cara membandingkan antara perencanaan anggaran pendapatan RSMHTIS tahun tertentu dengan realisasi pendapatan pada tahun yang sama. Hasil yang didapat kemudian dikelompokkan menjadi kriteria ideal yang memiliki nilai lebih dari satu dan kriteria tidak ideal apabila nilai yang dimiliki kurang dari satu.

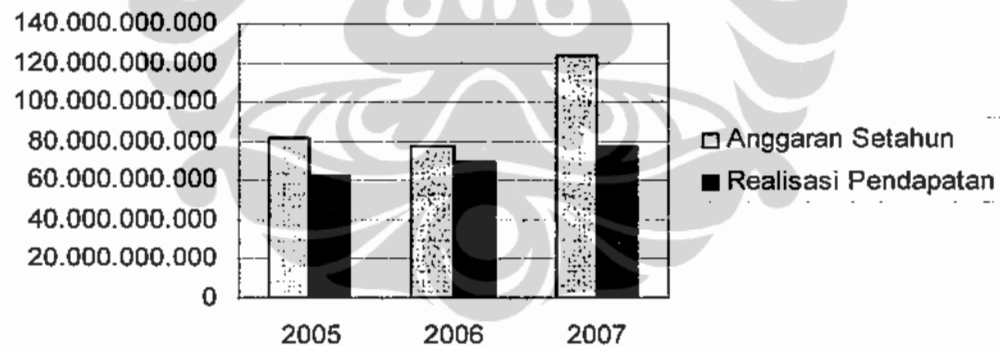
Tabel 6.3
Perbandingan Anggaran Pendapatan RSMHTIS dibandingkan dengan
Realisasi Pendapatan Tahun 2005-2007

No	Tahun	Anggaran Setahun	Realisasi Pendapatan	Rasio Efektifitas
1.	2005	82,203,645,683	62,189,660,628	0.76
2.	2006	78,048,304,233	69,385,115,010	0.89
3.	2007	123,654,513,771	77,872,651,071	0.63

Sumber : Laporan Rugi-Laba RSMHTIS Tahun 2005-2007

Grafik 6.3.

Pencapaian Pendapatan RSMHTIS
Terhadap Target 2005-2007



Terlihat pada tabel 6.3 terjadi fluktuasi rasio efektifitas selama periode 2005-2007. Pada tahun 2005 rasio efektifitas sebesar 0.76 yang artinya tidak ideal karena memiliki nilai kurang dari 1, tahun 2006 sebesar 0.89 akan tetapi masih tidak ideal, dan pada tahun 2007 juga berada dalam kriteria tidak ideal.

Tabel 6.4.
Rencana Anggaran Keuangan RS MHTIS Tahun 2005 – 2007

Jenis anggaran		2005	2006	2007
Pendapatan	Rencana	Rp. 82,203,645,683	Rp. 78,048,304,233	Rp. 123,654,513,771
	Realisasi	Rp. 62,189,660,628	Rp. 69,385,115,010	Rp. 77,872,651,071
	%	75.65%	88.90%	62.97 %
	Tren	-	Meningkat	Menurun
Pengeluaran	Rencana	Rp. 58,680,947,076	Rp 66,578,640,974	Rp 111,051,971,532
	Realisasi	Rp. 55,493,150,634	Rp. 65,116,890,082	Rp. 67,440,228,341
	%	94.57%	97.80%	60.73%
	Tren	-	Meningkat	Menurun
Sisa Anggaran	Realisasi	Rp. 6,696,509,994	Rp. 4,268,224,928	Rp. 10,432,422,730
	Tren	-	Menurun	Meningkat

Sumber : Laporan Intern Neraca dan Laporan Rugi-Laba RSMHTIS Tahun 2005-2007

Anggaran pendapatan RSMHTIS tahun 2005 direncanakan sebesar Rp 82.203.645.683, namun yang terealisasi adalah sebesar Rp 62.189.660.628. Besarnya persentase realisasi terhadap rencana pendapatan sebesar 75,65 %. Sedangkan anggaran pengeluarannya direncanakan sebesar Rp 58.680.947.076, namun yang terealisasi sebesar Rp. 55.493.150.634. Persentase realisasi terhadap rencana pengeluaran adalah 94,57 %. Sisa anggaran dari realisasi keuangan RSMHTIS adalah sebesar Rp. 6.696.509.994.

Anggaran pendapatan RSMHTIS tahun 2006 direncanakan sebesar Rp 78.048.304.233, namun yang terealisasi adalah sebesar Rp 69.385.115.010. Besarnya

persentase realisasi terhadap rencana pendapatan sebesar 88,90% menunjukkan tren yang meningkat dibandingkan tahun 2005. Sedangkan anggaran pengeluarannya direncanakan sebesar Rp 66.578.640.974, namun yang terealisasi sebesar Rp 65.116.890.082. Persentase realisasi terhadap rencana pengeluaran adalah 97,80 %, juga meningkat dibandingkan tahun 2005. Sisa anggaran dari realisasi keuangan RSMHTIS adalah sebesar Rp. 4.268.224.928.

Sedangkan pada tahun 2007, anggaran pendapatan RSMHTIS direncanakan sebesar Rp 123.654.513.771, namun yang terealisasi adalah sebesar Rp 77.872.651.071. Besarnya persentase realisasi terhadap rencana pendapatan sebesar 62,97 %. Sedangkan anggaran pengeluarannya direncanakan sebesar Rp 111.051.971.532, namun yang terealisasi sebesar Rp 67.440.228.341. Persentase realisasi terhadap rencana pengeluaran adalah 60,73 %. Sisa anggaran dari realisasi keuangan RSMHTIS menunjukkan peningkatan yang signifikan menjadi sebesar Rp. 10.432.422.730.

6.1.4. Analisis Rasio Keuangan

Tabel 6.5.

Rasio Keuangan RS MHTIS Tahun 2005-2007

Jenis Rasio	Deskripsi	2005	2006	2007	Ukuran Baku RS
Current Ratio	<u>Harta Lancar</u> Kewajiban Lancar	1.46	1.21	0.62	1.75 - 2.75
Rasio Biaya Modal	<u>Equity</u> Harta Total	0.72	0.67	0.70	0.40 - 0.50
ROA (Return on Assets)	<u>SHU Operasional</u> Kekayaan Total	0.05	0.04	0.10	0.025 - 0.15
ROE (Return on Equity)	<u>SHU Operasional</u> Equity	0.07	0.06	0.14	1.15 - 1.25

Sumber : diolah dari Laporan Intern Neraca dan Laporan Laba Rugi RSMHTIS Tahun 2005-2007

Berdasarkan tabel 6.5 terlihat bahwa *ratio liquiditas* dengan indikator yang diukur yaitu *current ratio* pada tahun 2005 adalah 1,46; 2006 adalah 1.21, dan 2007 adalah 0.62 tidak ideal karena masih berada di bawah ukuran baku yang berkisar antara 1,75 – 2,75. Rasio rentabilitas yaitu rasio biaya modal pada tahun 2005 adalah 0.72; tahun 2006 sebesar 0.67, dan tahun 2007 sebesar 0.70 juga tidak ideal karena masih berada diatas ukuran baku RS.

Dari rasio performance RSMHTIS, diketahui nilai *return on assets* di tahun 2005 sebesar 0.05, pada tahun 2006 sebesar 0.04, dan pada tahun 2007 sebesar 0.10, yang berarti ideal karena berada dalam kisaran nilai ideal/ukuran baku RS, Sedangkan nilai *return on equity* ratio pada tahun 2005 sebesar 0.07; tahun 2006 sebesar 0.06, dan tahun 2007 sebesar 0.14. Meskipun mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2006, akan tetapi juga masih tidak ideal karena berada dibawah nilai ideal/ukuran baku RS.

6.2. PERSPEKTIF PELANGGAN

6.2.1. Tingkat Keluhan Pelangan

Tingkat keluhan pelanggan ini dinilai berdasarkan banyaknya keluhan pelanggan RS MHTIS dari hasil angket pasien yang diolah divisi marketing setiap tahunnya di setiap titik pelayanan, dimana pada tahun 2005 terdapat 51.930 pasien, 2006 sebanyak 55.056 pasien, dan tahun 2007 sebanyak 55.128 pasien. Jumlah keluhan pelanggan dapat terlihat dalam tabel dibawah ini :

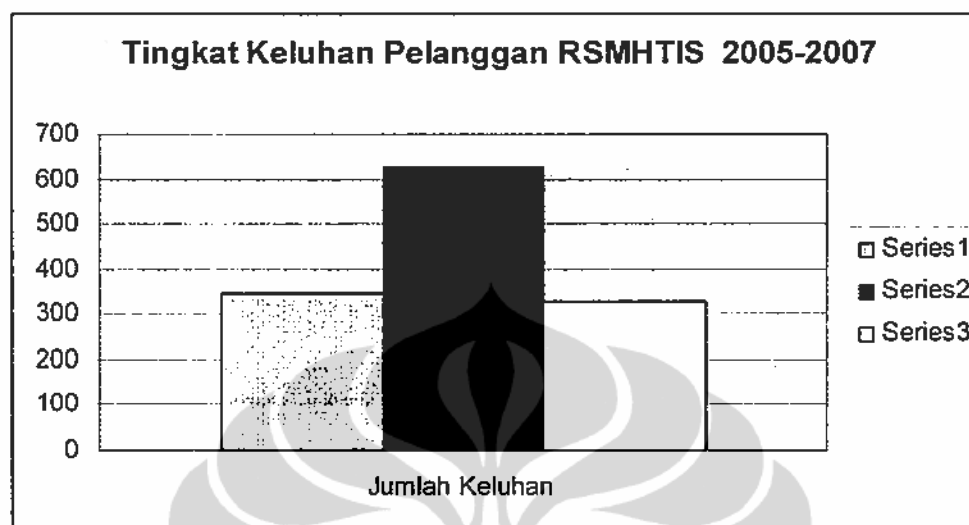
Tabel 6.6.
Perbandingan Jumlah Keluhan Pelanggan Tahun 2005-2007

No.	Jenis Keluhan	2005	2006	2007	Ket 2005-2006	Ket 2006-2007
1.	Admission	24	74	32	208% ↑	57% ↓
2.	Dokter	32	79	33	147% ↑	58% ↓
3.	Keperawatan	43	93	42	116% ↑	54% ↓
4.	Fasilitas Ruangan	119	170	92	43% ↑	46% ↓
5.	Menu masakan	52	121	45	132% ↑	63% ↓
6.	Fasilitas lain (Rad, Lab, Apotik, Kasir, Satpam, Kebersihan, Parkir)	76	87	83	14% ↑	5% ↓
	Total Keluhan	346	624	327	80%↑	47.6% ↓

(Sumber : Divisi Marketing RSMHTIS 2005-2007)

Dari tabel 6.6 di atas dapat terlihat bahwa seluruh indikator keluhan pelanggan meningkat dari tahun 2005 ke 2006 sebesar 80% dengan tingkat keluhan tertinggi dalam pelayanan *admission*, dan terendah pada pelayanan fasilitas lain seperti radiologi, apotik, kasir, satpam, kebersihan, dan parkir yang artinya tidak ideal karena bertentangan dengan target manajemen yang menetapkan tingkat keluhan menurun 25% setiap tahunnya. Sedangkan keluhan pelanggan pada tahun 2007 menurun di semua indikator sebesar 47.6% yang artinya ideal dengan tingkat keluhan tertinggi pada menu masakan, dan terendah pada fasilitas lain.

Grafik 6.4



6.2.2. Kemampuan mempertahankan pelanggan lama (Retensi Pelanggan)

Tabel 6.7.

Tingkat Retensi Pelanggan RSMHTIS Tahun 2005-2007

	2005	2006	2007
Pelanggan baru (X)	12.925	14.456	13.266
Pelanggan lama (Y)	39.005	40.600	41.862
Jumlah (Z)	51.930	55.056	55.128
Tingkat retensi pelanggan $Y/Z \times 100 \%$	75,11 %	73.74 %	75.94%
Tren		Menurun	Meningkat

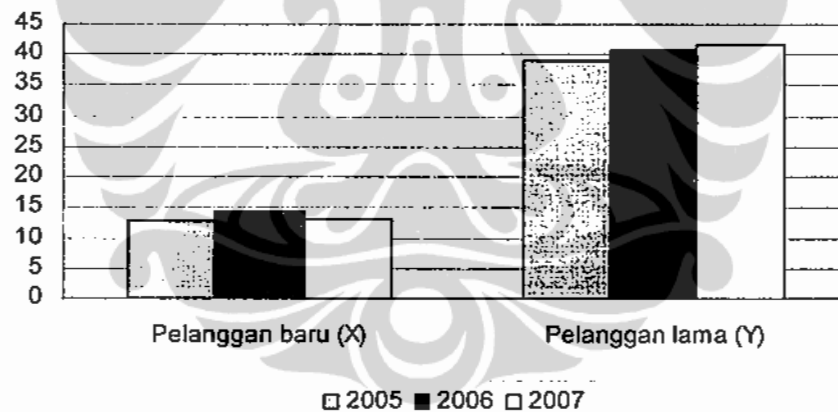
(Sumber : Divisi Marketing RSMHTIS, 2005-2007)

Tingkat retensi pelanggan di RSMHTIS tahun 2005 - 2007 berkisar antara 73.74– 75,94 % (Tabel 6.7). Ditinjau dari jumlah pelanggan sebanyak 51.930 orang pada tahun 2005, terdapat 39.005 orang pelanggan lama yang pernah mendapatkan

pelayanan di RSMHTIS, dengan tingkat retensi pelanggan sebesar 75,11%, sedangkan pada tahun 2006 jumlah seluruh pelanggan adalah 55.056 orang dengan 40.600 orang pelanggan lama yang kembali datang, yang artinya tingkat retensi pada tahun 2006 sebesar 73,74%, menurun 1,8% dari tahun 2005, yang artinya belum ideal karena target manajemen meningkatkan retensi pelanggan 25% setiap tahunnya, Sedangkan pada tahun 2007, jumlah pelanggan keseluruhan sebanyak 55.128 orang, dengan jumlah pelanggan lama sebanyak 41.862, yang artinya tingkat retensi pelanggan sebesar 75,94%, meningkat 3% akan tetapi juga masih tidak ideal.

Grafik 6.5

Tingkat Retensi Pelanggan RSMHTIS 2005 - 2007



6.2.3. Kemampuan menarik pelanggan baru (Akuisisi Pelanggan)

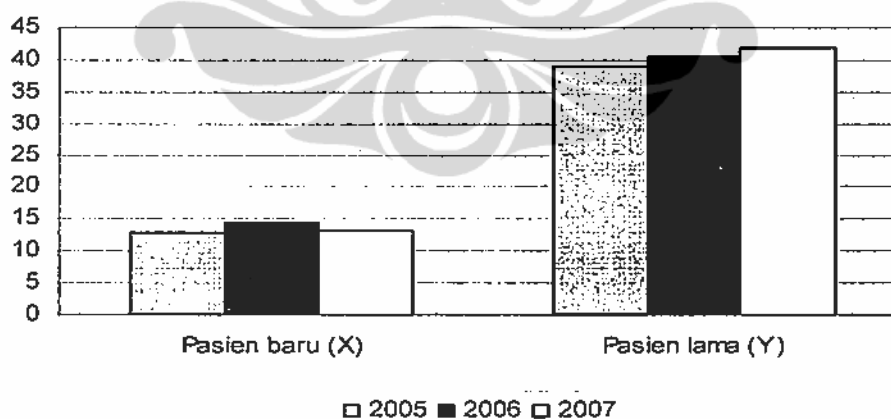
Tabel 6.8.
Tingkat Akuisisi Pelanggan RSMHTIS Tahun 2005 - 2007

	2005	2006	2007
Pasien baru (X)	12.925	14.456	13.266
Pasien lama (Y)	39.005	40.600	41.862
Jumlah (Z)	51.930	55.056	55.128
Kemampuan menarik pelanggan baru $X/Z \times 100 \%$	24.89 %	26.25 %	24.06 %
Tren		Meningkat	Menurun

(Sumber : Divisi Marketing RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Grafik 6.6

Tingkat Akuisisi Pelanggan RSMHTIS 2005 - 2007



Berdasarkan penelusuran dokumen yang dilakukan sebagaimana yang tercantum dalam tabel 6.8, diperoleh data bahwa tingkat kemampuan menarik pelanggan baru di RSMHTIS tahun 2005 - 2007 relative tetap berkisar 24,06 – 26,25 %. Jumlah pelanggan RSMHTIS pada tahun 2005 adalah sebanyak 51.930, dengan

jumlah pelanggan baru sebanyak 12.925 orang yang artinya tingkat akuisisi pelanggan adalah 24,89%, Pada tahun 2006, jumlah pelanggan baru keseluruhan adalah 55.056 orang, dengan jumlah pelanggan baru sebanyak 14.456 orang dan tingkat akuisisi berkisar 26.25%, meningkat 5.4% yang artinya tidak ideal karena target manajemen adalah meningkatkan jumlah pelanggan baru 25% setiap tahunnya; Sedangkan pada tahun 2007, jumlah pelanggan keseluruhan adalah 41.862 orang, dengan jumlah pelanggan baru sebanyak 13.266, dengan tingkat akuisisi pelanggan sebesar 24.06%, menurun 8.3% yang juga tidak ideal.

6.2.4 Pangsa pasar

Tabel 6.9.
Jumlah Pasien Pesaing RS MHTIS Tahun 2006

Jumlah Pasien RS A (A)	Jumlah Pasien RS B (B)	Jumlah Pasien RS C (C)	Jumlah Pasien RSMHTIS	Jumlah pasien (A+B+C) Z	Rata-rata (A+B+C) : 3 (D)	Pangsa Pasar Z/D x 100 %
181.908	111.332	57.272	55.128	350.512	116.837	47%

Sumber : Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat, 2006

RS Pesaing sesuai kesepakatan manajemen dalam *Consensus Decision Making Group* (CDMG), dalam hal ini adalah rumah sakit yang berada sekitar radius ± 5 km. dari RSMHTIS. Pada tabel 6.9 di atas terlihat bahwa jumlah pelanggan RS A sebanyak 181.908 orang, RS B sebanyak 111.332 orang dan RS C sebanyak 57.272 orang. Terlihat bahwa jumlah pelanggan RSMHTIS merupakan rumah sakit dengan jumlah kunjungan pasien terendah dibandingkan RS pesaing yaitu sebanyak 55.128

orang. Kunjungan tertinggi adalah kunjungan rumah sakit A yaitu 181.908 orang. Jumlah pelanggan dari 3 rumah sakit pesaing tersebut adalah sebesar $(181.908+111.332+57,272) = 350.512$. Rata rata jumlah pelanggan dari 3 rumah sakit pesaing adalah sebesar $350.512 : 3 = 116.837$. Dari data tersebut diperoleh persentase pangsa pasar RSMHTIS terhadap 3 pesaing sebesar jumlah pelanggan RSMHTIS : rata-rata jumlah pelanggan rumah sakit pesaing yaitu $55.128: 116.837 = 47 \%$, yang artinya tidak ideal karena manajemen menetapkan target penguasaan pangsa pasar sebanyak 50%.

6.3. Perspektif Bisnis Internal

6.3.1. Indikator Proses Pelayanan

Indikator proses pelayanan di rumah sakit MH Thamrin Internasional Salemba diperoleh dari penelusuran dokumen yang meliputi BOR, AVLOS, BTO,TOI , NDR dan GDR tahun 2005-2007.

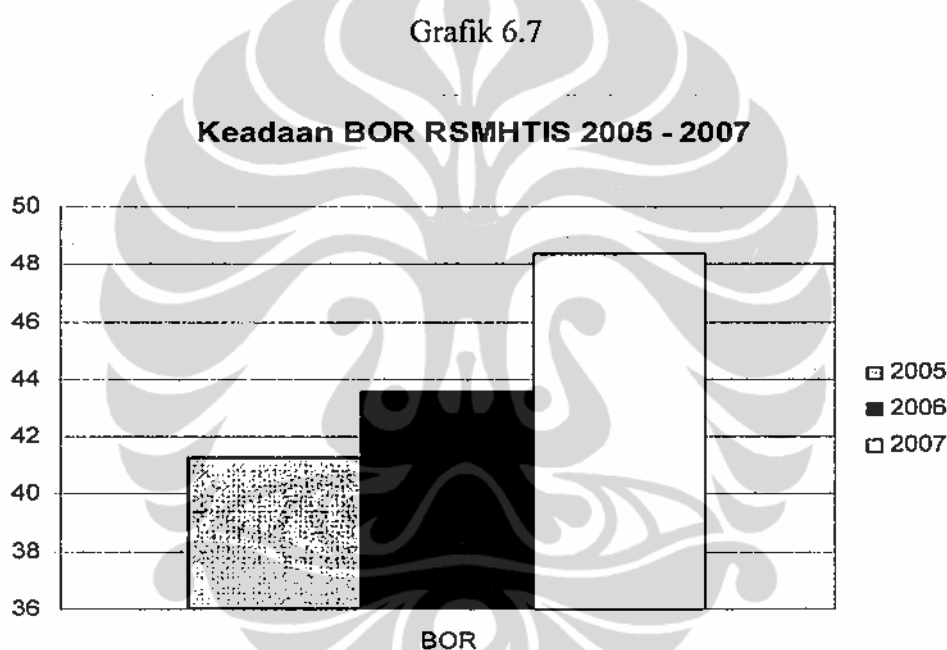
6.3.1.1. BOR

Tabel 6.10.
Keadaan BOR (Bed Occupancy Rate) RSMHTIS
Tahun 2005-2007

Jenis Indikator	2005	2006	2007	Nilai ideal
BOR	41.26	43.56	48.36	60 - 80
Tren		Meningkat	Meningkat	

(Sumber : Divisi TI & Komputer RSMHTIS, 2005-2007)

Dari tabel 6.10, diperoleh nilai pemanfaatan tempat tidur RSMHTIS pada tahun 2005 adalah sebesar 41.26%, tahun 2006 sebesar 43.56% meningkat 5.5% dari tahun 2005, serta tahun 2007 sebesar 48.36% juga mengalami peningkatan sebesar 11 % dibandingkan tahun 2006. Meskipun mengalami peningkatan, akan tetapi BOR RSMHTIS tahun 2005-2007 tidak ideal karena berada di bawah kisaran ideal DEPKES yaitu 60-80%.



6.3.1.2. AvLOS

Tabel 6.11.

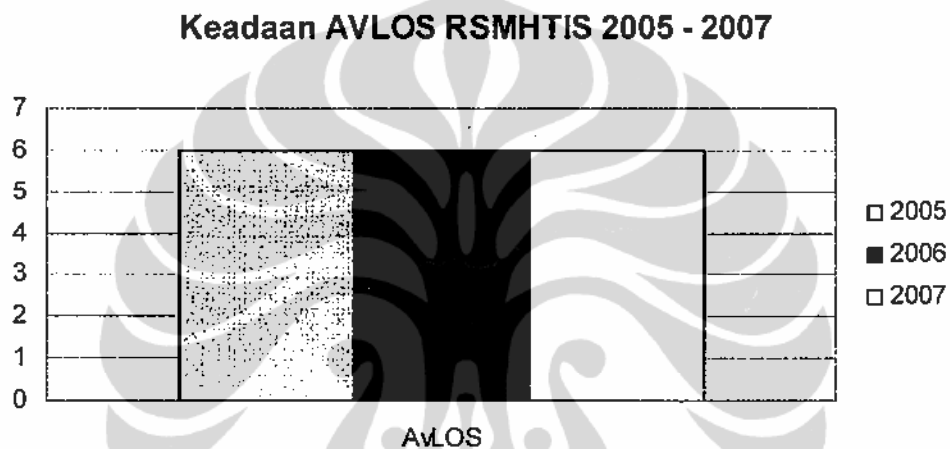
Keadaan AvLOS (Average Length Of Stay) RSMHTIS Tahun 2005-2007.

Jenis Indikator	2005	2006	2007	Nilai ideal
AvLOS	6	6	6	6 - 9
Tren		Tetap	Tetap	

(Sumber : Divisi TI & Komputer RSMHTIS, 2005-2007)

AvLOS merupakan nilai yang diperoleh dari rata-rata lama seorang pasien dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu setahun. Dari tabel 6.9, diperoleh nilai AvLOS RSMHTIS tahun 2005-2007 sebesar 6 hari, yang artinya ideal karena berada dalam kisaran nilai ideal yang ditetapkan oleh DEPKES sebesar 6-9 hari.

Grafik 6.8



6.3.1.3. BTO (Bed Turnover)

Tabel 6.12.

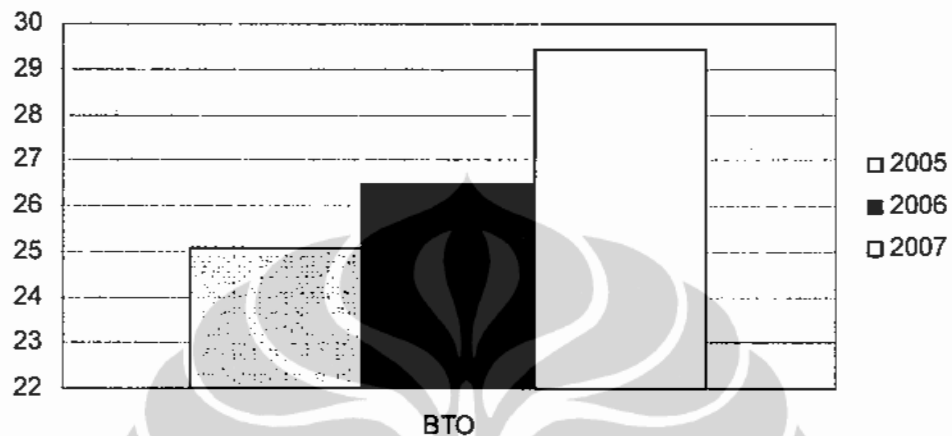
Keadaan BTO (Bed Turn Over) RSMHTIS Tahun 2005-2007

Jenis Indikator	2005	2006	2007	Nilai ideal
BTO	25.09	26.49	29.41	40 – 50
Tren		Meningkat	Meningkat	

(Sumber : Divisi TI & Komputer RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Grafik 6.9

Keadaan BTO RSMHTIS 2005 - 2007



Dari tabel 6.10, diperoleh nilai BTO RSMHTIS pada tahun 2005 sebesar 25.09 kali meningkat di tahun 2006 menjadi 26.49 kali dan pada tahun 2007 juga mengalami peningkatan menjadi 29.41 kali dengan tingkat pertumbuhan BTO tahun 2007 sebesar 1.11 kali dari tahun 2006. Nilai BTO RSMHTIS tahun 2005-2007 tidak ideal karena berada di bawah kisaran yang ditetapkan oleh DEPKES sebesar 40 – 50 kali.

6.3.1.4. TOI (Turn Over Interval)

Tabel 6.13.

Keadaan TOI (Turn Over Interval) RSMHTIS Tahun 2005-2007.

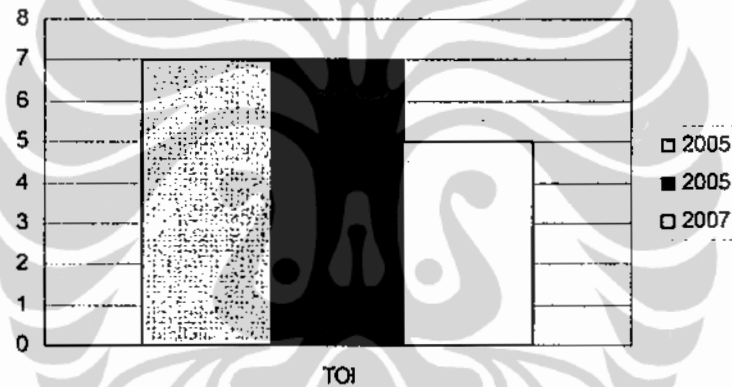
Jenis Indikator	2005	2006	2007	Nilai ideal
TOI	7	7	5	1 – 3
Tren		Tetap	Menurun	

(Sumber : Divisi TI & Komputer RSMHTIS, 2005-2007)

Dari tabel 6.13, diperoleh nilai TOI RSMHTIS tahun 2005 dan 2006 sebesar 7 hari, dan pada tahun 2007 mengalami penurunan menjadi 5 hari dengan kenaikan sebesar 0.72 hari dibandingkan pada tahun 2006. Nilai TOI RSMHTIS selama tahun 2005-2007 tidak ideal karena berada di atas nilai ideal yang ditetapkan oleh DEPKES sebesar 1 – 3 hari.

Grafik 6.10

Keadaan TOI RSMHTIS 2005 - 2007



6.3.1.5. NDR (Net Death Rate)

Tabel 6.14.

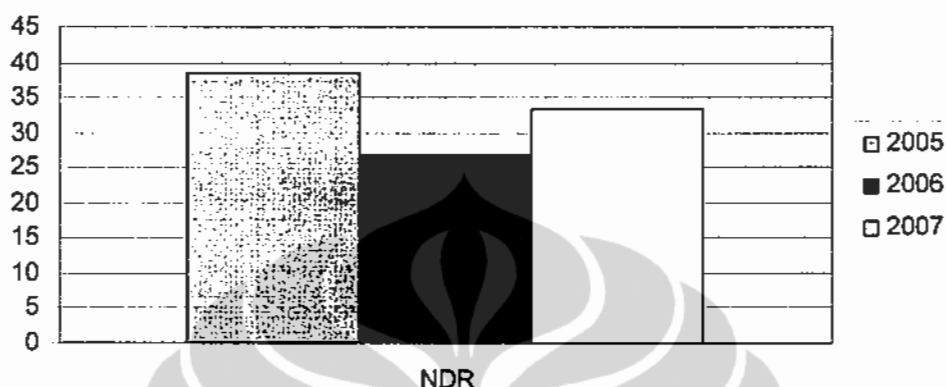
Keadaan NDR (Nett Death Rate) RSMHTIS Tahun 2005-2007.

Jenis Indikator	2005	2006	2007	Nilai ideal
NDR	38.33	26.66	33.44	< 25
Tren		Menurun	Meningkat	

(Sumber : Divisi TI & Komputer RSMHTIS, 2005-2007)

Grafik 6.11

Keadaan NDR RSMHTIS 2005 - 2007



Dari tabel 6.14, diperoleh nilai NDR RSMHTIS tahun 2005 sebesar 38.33%, kemudian di tahun 2006 menurun menjadi 26.66%, dan pada tahun 2007 mengalami peningkatan sebesar 1.26 % menjadi 33.44 %. Angka NDR RSMHTIS tahun 2005-2007 tidak ideal karena berada diatas kisaran nilai ideal yang ditetapkan oleh DEPKES yaitu < 25 angka kematian per 1000 pasien.

6.3.1.6. GDR (Gross Death Rate)

Tabel 6.15.

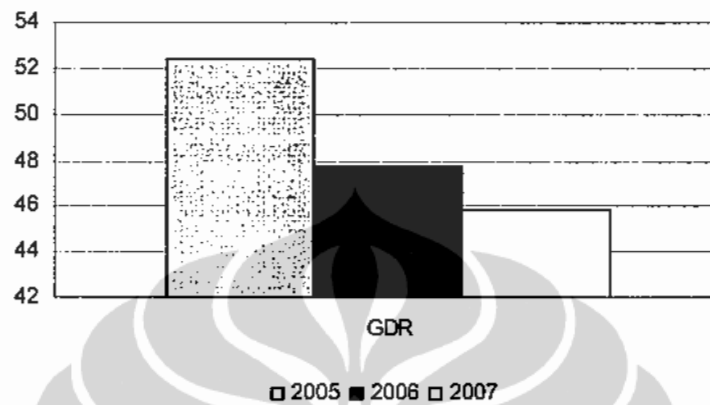
Keadaan GDR (Gross Death Rate) RS MHTIS Tahun 2005-2007.

Jenis Indikator	2005	2006	2007	Nilai ideal
GDR	52.41	47.79	45.82	< 45
Tren		Menurun	Menurun	

(Sumber : Divisi TI & Komputer RSMHTIS, 2005-2007)

Grafik 6.12

Keadaan GDR RSMHTIS 2005 - 2007



Dari tabel 6.15, diperoleh nilai GDR RSMHTIS pada tahun 2005 sebesar 52.41%; kemudian pada tahun 2006 menurun menjadi 47.79% dan tahun 2007 meningkat sebesar 0.96% menjadi 45.82%. Angka GDR RSMHTIS tahun 2005-2007 tidak ideal karena masih berada diatas kisaran nilai ideal yang ditetapkan oleh DEPKES yaitu < 45 angka kematian per 1000 pasien.

6.3.1.7. Kinerja Unit Produksi

6.3.1.7.1. Kinerja Rawat Jalan

Tabel 6.1.6.

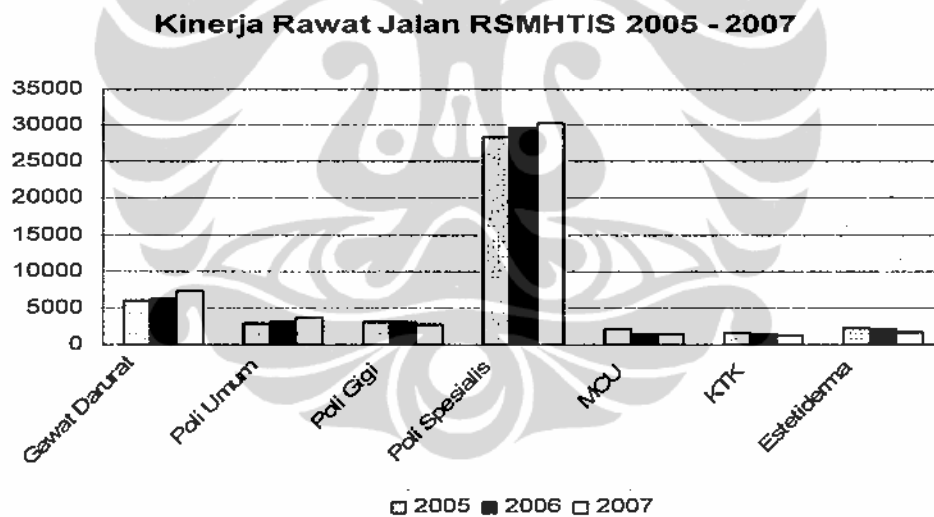
Kinerja Rawat Jalan RS MH THIS Tahun 2005-2007

No.	Unit	Tolak Ukur	Jumlah Kunjungan			Target	Pencapaian (%)		
			2005	2006	2007		2005	2006	2007
1.	Gawat Darurat	Kunjungan	5929	6110	7252	14400	41.2	42.4	50.3
2.	Poli Umum	Kunjungan	2904	3018	3674	6000	48.4	82.14	61.2

NO	UNIT								
3.	Poli Gigi	Kunjungan	3009	3058	2661	7800	38.6	39.2	34.1
4.	Poli Spesialis	Kunjungan	28379	29602	30250	72000	39.4	41.1	42.0
5.	MCU	Kunjungan	2150	1409	1481	6000	35.8	23.5	24.7
6.	KTK	Kunjungan	1640	1522	1285	3000	54.6	50.7	42.83
7.	Estetiderma	Kunjungan	2229	2058	1731	6000	37.1	34.3	28.8

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS, 2005-2007)

Grafik 6.13



Dari tabel 6.1.6. diatas, terlihat kinerja rawat jalan yaitu gawat darurat pada tahun 2005-2006 meningkat 3.05%, 2006-2007 meningkat 18.7%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 41.2, 42.4, dan 50.3 yang artinya tidak ideal karena tidak mencapai target yang ditetapkan manajemen.

Kinerja poli umum tahun 2005-2006 meningkat 3.9%, 2006-2007 meningkat 21.7% dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 48.4, 82.14, dan 61,2 yang artinya tidak ideal

Kinerja poli gigi tahun 2005-2006 meningkat 1.6%, 2006-2007 menurun 13% dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 38.6, 39.2, dan 34.1 yang artinya tidak ideal.

Kinerja poli spesialis tahun 2005-2006 meningkat 4.3%, 2006-2007 meningkat 2.18% dengan persentase pencapaian untuk tahun 2005-2006 masing-masing sebesar 39.4, 41.1, dan 42.0 yang artinya tidak ideal.

Kinerja *medical check up* tahun 2005-2006 menurun 34.5%, 2006-2007 meningkat 5.1% dengan persentase pencapaian untuk tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 35.8, 23.5, dan 24.7 yang artinya tidak ideal.

Unit yang terus mengalami penurunan kinerja selama 3 tahun terakhir adalah klinik tumbuh kembang dan estetiderma. Klinik tumbuh kembang pada tahun 2005-2006 menurun 7.2%, dan pada tahun 2006-2007 kembali mengalami penurunan 15.6% dengan persentase pencapaian untuk tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 54.6, 50.7, dan 42.83 yang artinya tidak ideal; sedangkan estetiderma pada tahun 2005-2006 menurun 7.7%, dan pada tahun 2006-2007 kembali mengalami penurunan 15.9% dengan persentase pencapaian untuk tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 54.6, 50.7, dan 42.83 yang artinya juga tidak ideal.

6.3.1.7.2. Kinerja Unit Khusus

Tabel 6.1.7.

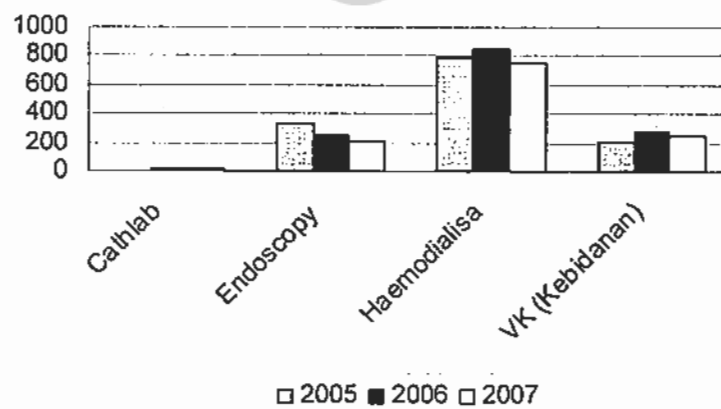
Kinerja Unit Khusus RSMHTIS Tahun 2005-2007

No.	Unit	Tolak Ukur	Pencapaian			Target	Pencapaian (%)		
			2005	2006	2007		2005	2006	2007
1.	Kamar Bedah	Tindakan	948	868	893	2220	42.7	39.0	40.2
2.	Hemodialisa	Tindakan	795	852	747	1800	44.2	47.3	41.5
3.	Cathlab	Tindakan	4	16	12	48	8.3	33.3	25.0
4.	Endoskopi	Tindakan	330	253	212	840	39.3	30.1	25.2
5.	VK(Kebidanan)	Tindakan	207	274	250	900	23.0	30.44	27.7
6.	Burn Unit	Tindakan	0	10	93	24	0	41.66	387

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Grafik 6.14

Kinerja Unit-Unit Khusus RSMHTIS 2005 - 2007



Berdasarkan tabel 6.1.7 di atas dapat dilihat bahwa tingkat pemanfaatan atau utilisasi unit khusus RSMHTIS untuk kamar bedah tahun 2005-2006 menurun 8.4%, tahun 2006-2007 meningkat 2.8%, dengan persentase pencapaian untuk tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 42.7, 39.0, dan 40.2, yang artinya tidak ideal karena tidak mencapai target.

Utilisasi hemodialisa tahun 2005-2006 meningkat 7.2%, tahun 2006-2007 menurun 12.3%, dengan persentase pencapaian masing-masing sebesar 44.2, 47.3, dan 41.5 yang artinya tidak ideal.

Utilisasi cathlab tahun 2005-2006 meningkat 300%, tahun 2006-2007 menurun 25%, dengan persentase pencapaian masing-masing sebesar 8.3, 33.3, dan 25.0, yang artinya tidak ideal.

Utilisasi unit endoskopi tahun 2005-2006 menurun 23.3%, dan pada tahun 2006-2007 menurun 16.2%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 sebesar 39.3, 30.1, dan 25.2, yang artinya tidak ideal.

Utilisasi unit kebidanan (VK) tahun 2005-2006 meningkat 32.3%, dan tahun 2006-2007 menurun 8.7%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 23.0, 30.44, dan 27.7 yang artinya tidak ideal.

Sedangkan utilisasi *burn unit* tahun 2005-2006 sebanyak 100%, tahun 2006-2007 sebanyak meningkat 830%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 0, 41.66, dan 387, yang artinya 2005-2006 tidak ideal, sedangkan tahun 2007 ideal karena mencapai bahkan melampaui target yang ditetapkan manajemen.

6.3.1.7.3. Kinerja Penunjang Medis

Tabel 6.18.

Jumlah Kunjungan Penunjang Medis RS MH TIS Tahun 2005-2007

No.	Unit	Tolak Ukur	Jumlah Kunjungan			Target	Pencapaian (%)		
			2005	2006	2007		2005	2006	2007
1.	Radiologi	Kunjungan	9272	8819	9315	13152	70.4	67.0	70.8
2.	Laboratorium	Kunjungan	33632	38483	41876	56256	59.8	68.4	74.4
3.	Rehabilitasi Medik	Kunjungan	6098	5591	5245	7968	76.5	70.2	65.8
4.	Farmasi	Resep	89034	95603	97017	131292	67.8	72.8	73.9
5.	Gizi	Konsultasi	117	116	104	168	69.6	69.0	61.9

(Sumber : Laporan Tahunan RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Berdasarkan tabel 6.18 diatas, dapat terlihat peningkatan kinerja penunjang medis, pada unit radiologi tahun 2005-2006 menurun 4.8%, tahun 2006-2007 meningkat 5.6%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 70.4, 67.0, dan 70.8, yang artinya tidak ideal karena belum mencapai target yang ditetapkan manajemen.

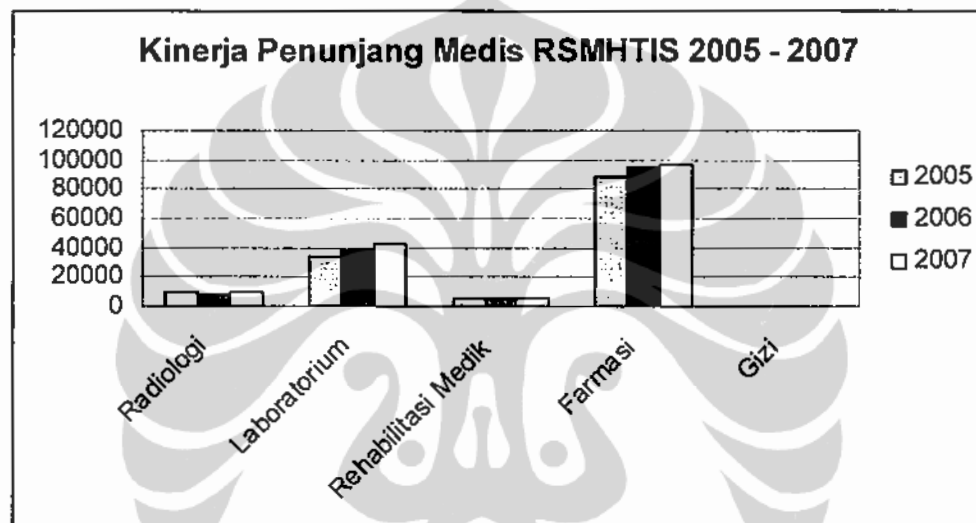
Kinerja laboratorium tahun 2005-2006 meningkat 14.4 %, tahun 2006-2007 menurun 8.8%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 59.8, 68.4, dan 74.4, yang artinya tidak ideal.

Kinerja farmasi tahun 2005-2006 meningkat 7.3%, tahun 2006-2007 meningkat 1.4%, dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-masing sebesar 67.8, 72.8, dan 73.9, yang artinya tidak ideal.

Sedangkan rehabilitasi medik dan gizi mengalami penurunan kinerja selama 3 tahun terakhir. Kinerja rehabilitasi medik tahun 2005-2006 sebesar 8.3%, tahun 2006-2007 menurun 6.2% dengan persentase pencapaian tahun 2005-2007 masing-

masing sebesar 76.5, 70.2, dan 65.8, yang artinya tidak ideal, sedangkan kinerja unit gizi tahun 2005-2006 menurun 0.8%, tahun 2006-2007 menurun 10.3%, dengan persentase pencapaian masing-masing sebesar 69.6, 69.0, dan 61.9 yang artinya tidak ideal.

Grafik 6.15



6.3.2. Kemampuan Inovasi

Sebagai indikator dalam menilai kemampuan berinovasi dapat dilihat dari 2 komponen, yaitu kemampuan mengidentifikasi kebutuhan pangsa pasar dan kemampuan dalam menciptakan kebutuhan pasar. Dari hasil wawancara dengan Kabag. Perencanaan dan Pengembangan RS, diketahui gambaran kemampuan berinovasi RSMHTIS, dimana rumah sakit belum sepenuhnya melakukan identifikasi kebutuhan pasar serta menciptakan kebutuhan pasar.

Pernyataan Kabag. Perencanaan Pengembangan :

“ Komposisi tempat tidur di ruang rawat inap kami saat ini menunjukkan lebih banyaknya proporsi untuk kelas III dan Kelas II dibandingkan dengan Kelas I, VIP, dan VVIP. Hal tersebut menunjukkan segmen pasar kami sedivisi besar adalah pelanggan dengan status ekonomi menengah ke bawah, dan hal tersebut masih belum sesuai karena rumah sakit ini bersifat profit dan tentunya ingin meraih pelanggan segmen pasar menengah ke atas. Sasaran strategi kami saat ini lebih kepada revitalisasi dan mengoptimalkan penjualan produk-produk khusus kami yang dinilai cenderung merugi diantaranya layanan Medical Check-Up, Hemodialisa, Endoskopi, Cathlab, Poli Spesialis, Kamar Bedah, dan Unit Luka Bakar. Selain itu, kami juga berupaya untuk melakukan inovasi meskipun belum sepenuhnya dilakukan dengan analisa kebutuhan pasar yang matang karena unit perencanaan pengembangan ini juga masih baru dan belum ada dana khusus yang disediakan untuk itu. Akan tetapi, kami berusaha menampilkan produk layanan baru antara lain. EEG Brain Mapping, USG 4 Dimensi, Ambulan Udara, dan Poliklinik Spesialis Minggu yang rencananya akan kami realisasikan di tahun 2008.

6.3.3. Layanan Purna Jual

Untuk menggambarkan kemampuan layanan purna jual RSMHTIS, dilakukan wawancara dengan Manager Marketing. Dari hasil wawancara didapat gambaran layanan purna jual RSMHTIS, dimana belum adanya program yang terencana untuk mengadakan program layanan purna jual.

Pernyataan Manager Marketing adalah sebagai berikut :

“ Saat ini kami belum memiliki layanan purna jual karena belum ada tenaga perawat yang khusus menangani hal itu. Upaya yang kami lakukan baru sebatas menjaga hubungan baik dengan pelanggan dengan melakukan kontak langsung untuk mengetahui kondisi pasien setelah dirawat atau dilakukan tindakan di rumah sakit kami, juga mengingatkan pasien untuk kembali kontrol ke poliklinik spesialis. Rencananya kami akan membuka layanan homecare untuk pasca persalinan, penderita stroke, dan pasien fisioterapi.”

6.4. Perspektif Pembelajaran dan pertumbuhan

6.4.1. Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai

Tabel 6.19.

Jawaban Responden Tentang Kuesioner Kepuasan Kerja Pegawai RS MHTIS
Tahun 2006-2007

Indikator	Tahun 2006 (%)			Tahun 2007 (%)		
	Puas	Tidak puas	Netral	Puas	Tidak puas	Netral
Kepuasan terhadap Kompensasi	73.2	14.9	11.9	73.8	13.8	12.4
Kepuasan terhadap promosi	54.4	36.6	9.0	53.5	38.3	8.2
Kepuasan terhadap pekerjaan	76.3	11.9	11.8	75.2	11.1	13.7
Kepuasan terhadap rekan kerja	83.2	9.9	6.9	85.4	7.7	6.9
Kepuasan terhadap supervisi	72.3	17.0	10.7	73.4	16.7	9.9
Kepuasan terhadap status profesi	82.2	9.1	8.7	84.2	7.0	8.8
Kepuasan terhadap kebijakan organisasi	62.2	28.7	9.1	63	28.1	8.9

6.4.1.1 Kepuasan Terhadap Kompensasi

Berdasarkan hasil penelitian seperti pada tabel 6.19 diatas, pada tahun 2006 didapatkan bahwa pegawai yang puas terhadap kompensasi (gaji dan kesejahteraan) sebanyak 73.2%, yang tidak puas 14,9%, dan netral 11.9%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap kompensasi sebanyak 73.8, tidak puas 13.8, dan netral

12.4%. Tren kepuasan terhadap kompensasi cenderung meningkat sebesar 8.1%. Tingkat kepuasan kerja terhadap kompensasi tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak daripada yang tidak puas dan netral.

6.4.1.2. Kepuasan Terhadap Promosi

Berdasarkan tabel 6.20, didapatkan bahwa pegawai yang puas terhadap promosi (jenjang karir dan kesempatan pendidikan) pada tahun 2006 sebanyak 54.4%, yang tidak puas 36.6%, dan netral 9.0%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap promosi sebanyak 53.5%, tidak puas 38.3%, dan netral 8.2%. Tren kepuasan terhadap promosi cenderung menurun sebesar 1.6%.

Tingkat kepuasan kerja terhadap promosi tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak puas dan netral.

6.4.1.3. Kepuasan Terhadap Pekerjaan

Pegawai yang puas terhadap terhadap pekerjaan (otonomi, beban kerja, dan lain sebagainya) pada tahun 2006 sebanyak 76.3%, yang tidak puas 11.9%, dan netral 11.8%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap pekerjaan sebanyak 75.2%, tidak puas 11.1%, dan netral 13.7%. Tren kepuasan terhadap pekerjaan cenderung menurun sebesar 1.4%.

Tingkat kepuasan kerja terhadap pekerjaan tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak puas dan netral.

6.4.1.4. Kepuasan Terhadap Rekan Kerja

Pegawai yang puas terhadap rekan kerja pada tahun 2006 sebanyak 83.2%, yang tidak puas 9.9%, dan netral 6.9%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap rekan kerja sebanyak 85.4%, tidak puas 7.7%, dan netral 6.9%. Tren kepuasan terhadap pekerjaan cenderung meningkat sebesar 26%.

Tingkat kepuasan kerja terhadap rekan kerja tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak puas dan netral.

6.4.1.5. Kepuasan Terhadap Supervisi

Pegawai yang puas terhadap supervisi (pengawasan/pimpinan) pada tahun 2006 sebanyak 72.3%, yang tidak puas 17.0%, dan netral 10.7%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap supervisi sebanyak 73.4%, tidak puas 16.7%, dan netral 9.9%. Tren kepuasan terhadap pekerjaan cenderung meningkat 1.5%.

Tingkat kepuasan kerja terhadap supervisi tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak puas dan netral.

6.4.1.6. Kepuasan Terhadap Status Profesi

Pegawai yang puas terhadap status profesinya pada tahun 2006 sebanyak 82.2%, yang tidak puas 9.1%, dan netral 8.7%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap supervisi sebanyak 84.2%, tidak puas 7.0%, dan netral 8.8%. Tren kepuasan terhadap status profesi meningkat 2.4%.

Tingkat kepuasan kerja terhadap status profesi tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak puas dan netral.

6.4.1.7. Kepuasan Terhadap Kebijakan Organisasi

Pegawai yang puas terhadap kebijakan organisasi (kesempatan pegawai untuk ikut terlibat dalam pengambilan keputusan di RS) pada tahun 2006 sebanyak 62.2%, yang tidak puas 28.7%, dan netral 9.1%, sedangkan pada tahun 2007 yang puas terhadap kebijakan organisasi sebanyak 63.0%, tidak puas 28.1%, dan netral 8.9%. Tren kepuasan terhadap kebijakan organisasi meningkat 1.3%.

Tingkat kepuasan kerja terhadap kebijakan organisasi tahun 2006-2007 dapat dikatakan ideal karena pegawai yang puas lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak puas dan netral.

Secara keseluruhan dinilai dari seluruh variabel mengenai tingkat kepuasan pegawai di RSMHTIS, dapat diambil kesimpulan bahwa kepuasan tertinggi pada indikator kepuasan adalah terhadap rekan kerja, sedangkan kepuasan terendah adalah terhadap promosi.

6.4.2. Turn Over Pegawai

Data diperoleh melalui penelusuran dokumen dari divisi sumber daya manusia yang meliputi jumlah pegawai keseluruhan, jumlah pegawai yang keluar dan yang masuk selama tahun 2005-2007 dengan hasil sebagaimana tercantum dalam tabel di bawah ini.

Tabel 6.21.

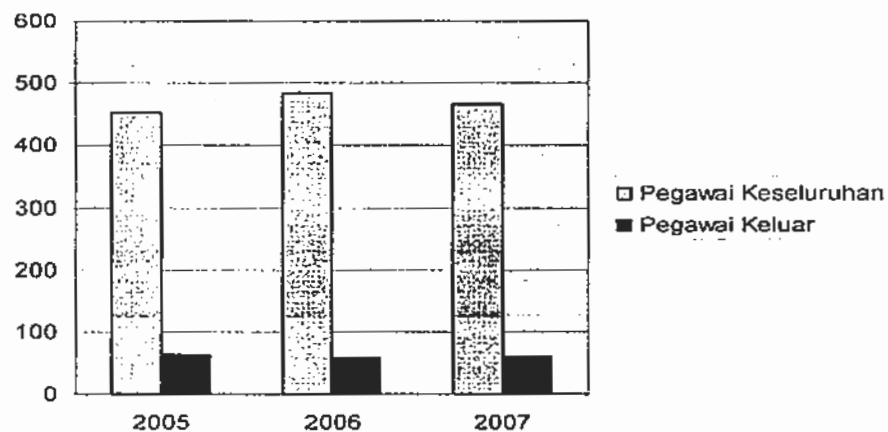
Data *Turn Over* Pegawai RSMHTIS Tahun 2005 – 2007

Jumlah pegawai	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
Total	453	484	467
Masuk	79	87	53
Keluar	63	59	62
(Keluar : Total) x 100%	13.91	12.19	13.28
Tren		Menurun	Meningkat

(Sumber : Divisi SDM RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Pada tahun 2005, angka *turn over* pegawai RSMHTIS sebesar 13.91 dari 453 karyawan. Tahun 2006 tingkat *turn over* menjadi 12.19%, menurun 12.36%, yang dan pada tahun 2007 tingkat turnover meningkat 8.9% yang artinya *turnover* 2006-2007 tidak ideal karena target manajemen adalah menurunkan angka *turn over* sebesar 50 % dari tahun sebelumnya.

Grafik 6.17

Data *Turn Over* Pegawai RSMHTIS
2005 - 2007

6.4.2. Tingkat Kedisiplinan Pegawai

Tabel 6.22.

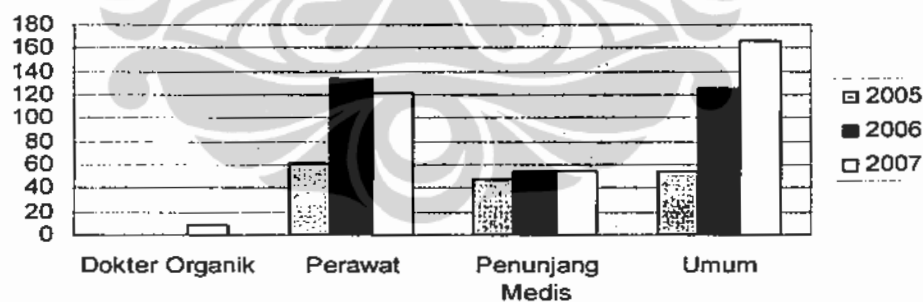
Jumlah Pegawai Datang Terlambat Tahun 2005 – 2007.

No.	Jenis Ketenagaan	Tahun		
		2005	2006	2007
1.	Dokter Organik	0	0	9
2.	Perawat	61	134	122
3.	Penunjang Medis	48	54	54
4.	Umum	54	126	166

(Sumber : Divisi SDM RSMHTIS, Tahun 2005-2007)

Grafik 6.18

Jenis Pegawai Datang Terlambat 2005 - 2007



Pada tahun 2005 dengan pegawai sebanyak 453 orang frekuensi pegawai yang datang terlambat sebesar 35.9, sedangkan pada tahun 2006 tingkat kedisiplinan menurun 80.7% menjadi 64.9%, yang artinya tidak ideal karena manajemen menetapkan tingkat kedisiplinan meningkat 50% dari tahun sebelumnya, sedangkan pada tahun 2007 tingkat kedisiplinan meningkat 12.8%, yang artinya juga tidak ideal.

6.4.4. Akses Terhadap Pelatihan Dan Pendidikan

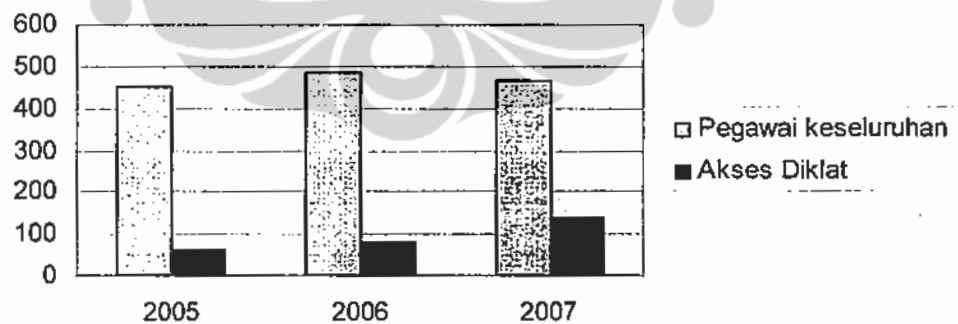
Tabel 6.23.
Data Akses Pelatihan dan Pendidikan RS MHTIS Tahun 2005-2007

Jumlah pegawai	Tahun 2005	Tahun 2006	Tahun 2007
Pegawai keseluruhan	453	484	467
Pelatihan Bersertifikat	25	26	43
Seminar/Lokakarya	24	55	91
Melanjutkan Pendidikan	15	2	7
Persentase	14.13%	17.15 %	30.19 %
Tren		Meningkat	Meningkat

(Sumber : Divisi SDM RSMHTIS, 2005-2007)

Grafik 6.19

Akses Pelatihan dan Pendidikan RSMHTIS 2005 - 2007



Sebagaimana tercantum dalam tabel 6.23, dapat dilihat bahwa akses pelatihan dan pendidikan pegawai RSMHTIS besarnya bervariasi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2005 dengan jumlah pegawai RSMHTIS sebanyak 453 orang, jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan dan pelatihan (pelatihan bersertifikat, seminar/lokakarya, melanjutkan pendidikan) adalah sebanyak 64 orang. Persentase akses pelatihan dan

pendidikan RSMHTIS adalah sebesar $(64 : 453) \times 100 \% = 14.13 \%$. Tahun 2006 dengan jumlah pegawai RS sebanyak 484 orang, diketahui jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan dan pelatihan adalah sebanyak 83 orang. Persentase akses pelatihan dan pendidikan RSMHTIS adalah sebesar $(83 : 484) \times 100 \% = 17.15 \%$, mengalami peningkatan 23.8% yang artinya belum ideal karena manajemen menetapkan akses pelatihan meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Sedangkan pada tahun 2007 dengan total pegawai sebanyak 467 orang, jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan dan pelatihan adalah sebanyak 141 orang. Persentase akses pelatihan dan pendidikan RSMHTIS adalah sebesar $(141 : 467) \times 100 \% = 30.19\%$, meningkat 76%, yang artinya ideal. Akses pelatihan dan pendidikan pegawai RS MHTIS pada tahun 2007 meningkat secara signifikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.

BAB 7

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai hasil penelitian, dengan membandingkan hasil kinerja RSMHTIS dengan nilai - nilai ideal secara umum dan target yang telah ditetapkan oleh manajemen RSMHTIS, yang hasilnya akan diperoleh gap/kesenjangan. Pembahasan hasil penelitian ini akan dikaitkan dengan kinerja pendekatan *balanced scorecard* yang meliputi kinerja keuangan, kinerja pelanggan, kinerja proses bisnis internal serta kinerja pembelajaran dan pertumbuhan.

7.1. Keterbatasan Penelitian

Pengukuran kinerja RSMHTIS ini dilakukan dengan mengambil data dan mengevaluasi kinerja tahun 2005-2007, sehingga dinilai masih belum cukup waktu untuk mengevaluasi kinerja terhadap target/nilai ideal yang telah ditetapkan. Sedangkan berdasarkan kepustakaan (Gasperz, 2006), untuk sosialisasi dan persiapannya saja dibutuhkan waktu 2 tahun. Penilaian kinerja berbasis *balanced scorecard* sebaiknya dilakukan setiap tahun dan menjadi divisi rutin dari proses manajemen sehingga keberhasilannya dapat dinilai (Mulyadi, 2007).

Pengukuran kinerja dengan pendekatan *balanced scorecard* suatu rumah sakit belum memiliki formula yang telah ditetapkan oleh pemerintah atau organisasi yang berkompeten, yang menyebabkan terjadinya perbedaan terhadap faktor-faktor

yang dievaluasi. Faktor-faktor yang dievaluasi selama ini masih disesuaikan dengan kondisi yang ada di RSMHTIS

7.2. Kinerja RS MHTIS Dengan Pendekatan *Balanced scorecard*

7.2.1. Kinerja Keuangan

Rumah Sakit harus dapat meningkatkan kinerja keuangannya untuk dapat selalu eksis dalam bisnisnya. Manajemen rumah sakit harus memperhatikan agar semua analisis rasio keuangan menunjukkan hasil yang baik karena manajemen harus mampu membayar hutang kepada kreditor jangka pendek maupun kreditor jangka panjang, termasuk kemampuan menghasilkan keuntungan untuk pemegang saham (Gaspersz, 2005). Rumah Sakit harus dapat membiayai operasionalnya, pemeliharaan, membayar hutang dan meningkatkan investasi yang semakin hari semakin tinggi.

7.2.1.1. Pertumbuhan Pendapatan

Pertumbuhan pendapatan RSMHTIS tahun 2005-2006 sebesar 1.11 dan pada tahun 2006-2007 sebesar 1.12, yang artinya masuk dalam kategori ideal.

Angka tersebut menggambarkan bahwa pendapatan tahun 2007 lebih besar bila dibandingkan dengan pendapatan tahun 2006 meskipun belum cukup signifikan. Peningkatan pertumbuhan ini antara lain dikarenakan faktor penyesuaian tarif yang lebih kompetitif, pemberlakuan jasa administratif kepada pasien rawat inap dan rawat jalan, serta meningkatnya jumlah kunjungan karena RS MH Thamrin Internasional dalam bidang 16 pelayanan sehingga pelanggan merasa aman dan mendapatkan pelayanan yang bermutu sesuai standar profesi dan hal tersebut tentunya berdampak

kepada pendapatan rumah sakit. Pertumbuhan pendapatan yang baik adalah apabila berada di atas tingkat GNP (J Fred Weston dan Copeland).

7.2.1.2. Tingkat Pengeluaran Biaya

Rasio peningkatan pengeluaran tahun 2005-2006 sebesar 1.17 yang artinya tidak ideal karena lebih besar dari rasio pertumbuhan pendapatan tahun 2006, sedangkan pada tahun 2006-2007 sebesar 1.03 yang artinya ideal karena lebih kecil dari rasio pertumbuhan pendapatan tahun 2007. Ini berarti terjadi penekanan biaya/efisiensi dari tahun 2006 ke 2007 yang dilakukan oleh manajemen sehingga persentase kenaikan pendapatan lebih besar dari persentase kenaikan pengeluaran.

7.2.1.3. Rasio Efektifitas

Rasio efektifitas yang memperlihatkan realisasi pendapatan terhadap target yang ditetapkan oleh manajemen pada tahun 2005 sebesar 0.76, tahun 2006 sebesar 0.89, dan pada tahun 2007 sebesar 0.63, yang artinya tidak ideal karena memiliki nilai kurang dari satu. Hal tersebut antara lain disebabkan karena terjadi perubahan kebijakan penetapan target pendapatan dari pemilik yakni yang sebelumnya ditetapkan berdasar perhitungan pesimis diubah menjadi berdasarkan penghitungan optimis yang dilandasi atas pemanfaatan optimal dari kapasitas terpasang.

7.2.1.4 Analisis Rasio Keuangan

Rasio likuiditas berupa *current ratio* tahun 2005 sebesar 1.46, 2006 sebesar 1.21, dan 2007 sebesar 0.62 masih kurang dari nilai ideal yang berkisar antara 1,75 – 2.75 (Sjaff. A.C, 2000). Kondisi ini mengidentifikasi kemungkinan adanya

masalah bagi RSMHTIS dalam memenuhi kewajiban jangka pendeknya, terutama di tahun 2007 di mana rasio yang dicapai adalah kurang dari 1. Hal ini mencerminkan kondisi modal kerja yang dihasilkan masih kurang memadai dan ternyata pada sisi aktiva lebih didominasi oleh aktiva tetap.

Rasio solvabilitas yaitu rasio biaya modal adalah sebesar 0.69 berada diatas ukuran baku RS dengan kisaran 0.40-0.50 (Sjaff, A.C, 2000), hal tersebut menandakan bahwa jumlah modal sendiri masih lebih besar dibandingkan dengan modal yang dipinjam dari pihak ketiga rata-rata sebesar 70% dari total aset yang dimiliki. Dalam kondisi ini sebenarnya tidak sepenuhnya tidak ideal, karena dengan demikian RS MHTIS masih memiliki ruang untuk menambah pinjaman dari pihak ketiga untuk menambah investasi dalam rangka meningkatkan asetnya. Namun jika disandingkan dengan angka ROE yang didapat, kondisi ini juga menunjukkan bahwa RSMHTIS banyak melakukan investasi aktiva tetap dengan modal sendiri, yang sayangnya penggunaannya belum optimal dalam menciptakan tambahan penghasilan.

Dari kinerja keuangan RSMHTIS, diketahui nilai *return on assets (ROA)* untuk tahun 2005 sampai 2007 adalah sebesar 0.05, 0.04, dan 0.10. Nilai tersebut masih berada dalam kisaran nilai ideal/ukuran baku RS antara 0.025-0.15 (Sjaff, A.C, 2000), sedangkan nilai *return on equity (ROE)* untuk tahun 2005 sampai 2007 adalah sebesar 0.07, 0.06, dan 0.14. Meskipun mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2006, akan tetapi juga masih dibawah nilai ideal/ukuran baku RS yang berkisar antara 1.15-1.25 (Sjaff, A.C, 2000). Peningkatan ROE pada tahun 2007 antara lain disebabkan karena meningkatnya jumlah SHU yang digunakan kembali sebagai modal usaha perusahaan pada tahun 2007 sebesar 14%. Hal ini menunjukkan belum

optimalnya pemanfaatan aset dalam menciptakan penghasilan yang semestinya dapat dicapai.

7.2.2. Kinerja Pelanggan

7.2.2.1. Tingkat Keluhan Pelanggan

Kepuasan pelanggan dan pangsa pasar yang besar adalah alat untuk mencapai pengembalian financial yang lebih tinggi (Kaplan dan Norton, 1996).

Tingkat keluhan di RSMHTIS meningkat dari tahun 2005-2006 sebesar 80% dengan tingkat keluhan tertinggi dalam pelayanan *admission* dan terendah pada pelayanan fasilitas lain seperti radiologi, laboratorium, apotik, kasir, satpam, kebersihan, dan parkir, yang artinya masuk dalam kriteria tidak ideal karena manajemen menetapkan target keluhan menurun 25% dari tahun sebelumnya. Sedangkan pada tahun 2006-2007 keluhan menurun hampir di semua indikator sebesar 47.6% yang artinya ideal.

Hal tersebut karena RSMHTIS telah melaksanakan upaya peningkatan kepuasan pelanggan antara lain dengan mengadakan pelatihan *service excellent* secara berkala untuk pegawai *front liner*, pelatihan peningkatan kompetensi perawat, peningkatan kualitas kebersihan, dilengkapinya fasilitas penunjang secara bertahap, evaluasi system dan prosedur angket pasien, system identifikasi pasien VVIP, serta pembentukan tim *patient safety* untuk menjaga keselamatan pasien sesuai standar Komite Keselamatan Pasien RS serta mengadakan kordinasi rutin dengan semua unit sehingga keluhan pelanggan dapat diantisipasi segera karena pelanggan yang puas akan merekomendasikan produk layanan yang diterimanya kepada beberapa

pelanggan yang lain, hal tersebut tentunya akan memperluas pangsa pasar. Hal tersebut sesuai dengan Morgan (2001) yang mengatakan bahwa setiap pelanggan yang tidak puas akan menyampaikan segala keluhan dan pengalamannya kepada 11 orang temannya. Setiap temannya tersebut akan memberitahukan kepada 5 orang disekitarnya.

7.2.2.2. Retensi Pelanggan

Tingkat retensi pelanggan tahun 2005-2007 berkisar antara 73.74-75.94%., tingkat retensi pasien tahun 2005-2006 menurun 1.8%, sedangkan pada tahun 2006-2007 menurun 3% yang artinya tidak ideal karena target manajemen adalah meningkatkan retensi pelanggan 25% setiap tahunnya.

RSMHTIS masih belum optimal melakukan upaya dalam mempertahankan pelanggan lamanya karena jika hal tersebut tidak diantisipasi segera akan diperlukan biaya 6 kali lebih mahal oleh suatu organisasi untuk mencari pelanggan baru bila dibandingkan dengan mempertahankan pelanggan lama yang loyal dan puas (Morgan, 2001). Upaya yang sudah dilakukan antara lain kontak telpon untuk menanyakan kondisi pasien, pengiriman kartu ucapan ulang tahun, menginformasikan produk baru atau paket-paket operasi, menjaga hubungan baik dan penawaran khusus bagi pasien jaminan perusahaan potensial, serta perbaikan di semua aspek pelayanan.

7.2.2.3. Kemampuan Menarik Pelanggan Baru

Kemampuan RSMHTIS dalam menarik pelanggan baru selama tahun 2005-2007 juga masih tidak ideal karena pada tahun 2005-2006 jumlah pelanggan baru

hanya meningkat 5.4%, sedangkan tahun 2006-2007 tingkat akuisisi menjadi menurun 8.3% yang artinya belum sesuai dengan target manajemen menetapkan peningkatan jumlah pelanggan 25% setiap tahunnya. Hal ini harus menjadi perhatian yang khusus bagi pihak manajemen RSMHTIS terutama di bidang marketing untuk dapat merebut peluang mendapatkan pelanggan baru dengan media promosi internal dan eksternal yang inovatif karena ketatnya kompetisi dalam memperebutkan jumlah pelanggan baik di dalam maupun luar negeri.

7.2.2.4. Pangsa Pasar

Pangsa pasar merupakan gambaran kinerja RSMHTIS terhadap rumah sakit kompetitor yang berada di sekitarnya. Pada penelitian ini dilakukan perbandingan jumlah pelanggan hanya pada tahun 2006, hal tersebut disebabkan karena data dari Dinas Kesehatan tahun 2007 belum tersedia. Pada tahun 2006, pangsa pasar RSMHTIS pada tahun 2006 sebesar 47%, yang artinya tidak ideal karena belum menguasai 50% dari pangsa pasar seperti yang ditetapkan manajemen, Akan tetapi, dengan peningkatan mutu layanan dengan telah diakreditasinya RSMHTIS dalam 16 pelayanan dan akan dilaksanakannya sistem manajemen mutu ISO 9001:2000 diharapkan posisi pangsa pasar dapat meningkat.

7.2.3. Kinerja Proses Bisnis Internal

Kinerja proses bisnis internal merupakan gambaran kinerja proses pelayanan kesehatan di RSMHTIS. Pengukuran kinerja bisnis internal pada penelitian ini meliputi pengukuran kinerja atas indikator pelayanan dan kinerja unit produksi; inovasi, dan layanan purna jual.

7.2.3.1.1. BOR (Bed Occupancy Rate)

Pengukuran BOR merupakan gambaran persentase pemanfaatan tempat tidur RSMHTIS selama tahun 2006 dan 2007. Nilai BOR pada tahun 2007 sebesar 48.36% dan tahun 2006 sebesar 43.56%. Hal ini menunjukkan peningkatan sebesar 1.11% dibandingkan tahun 2006, dengan jumlah tempat tidur relatif tetap. Namun demikian, masih belum mencapai standar ideal yang ditetapkan oleh DEPKES yaitu 60 – 80. Meskipun belum ideal, menurut peneliti hal tersebut sudah menunjukkan peningkatan yang cukup berarti dengan mulai dibinanya kerjasama dengan ambulance 118 dan FKUI RSCM, serta kerjasama dengan dokter konsulen/dokter spesialis yang sudah terkenal.

7.2.3.1.2 AvLOS (Average Length Of Stay)

Pengukuran nilai AVLOS merupakan gambaran nilai rata-rata lama seorang pasien dirawat. Nilai AVLOS RSMHTIS tahun 2005-2007 menunjukkan kriteria ideal, yaitu 6 hari yang sesuai dengan kisaran DEPKES yaitu 6 – 9 hari.

7.2.3.1.3. BTO (Bed Turn Over)

Pengukuran BTO merupakan gambaran frekwensi pemakaian tempat tidur di RSMHTIS selama tahun 2007, yaitu sebesar 29.41 kali mengalami peningkatan pertumbuhan sebesar 1.11 kali dibandingkan tahun 2006 yaitu 26.49 kali. Angka tersebut masih belum ideal dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan DEPKES sebesar 40 - 50. Dari data tersebut diatas dapat diambil kesimpulan bahwa frekuensi pemakaian tempat tidur RSMHTIS tahun 2007 masih rendah, hal ini sejalan dengan masih rendahnya BOR di RSMHTIS.

7.2.3.1.4. TOI (Turn Over Interval)

Pengukuran TOI akan menggambarkan rata-rata jumlah hari tempat tidur tidak terisi dari saat tempat tidur terisi sampai saat terisi berikutnya. Nilai TOI RSMHTIS pada tahun 2007 membaik terlihat dari penurunan angka TOI menjadi 5 hari dibandingkan tahun 2006 yaitu 7 hari. Hal ini berarti pemanfaatan tempat tidur RSMHTIS masih belum ideal dibandingkan dengan standar DEPKES 1 – 3 hari. Hal ini sesuai dengan BTO yang masih dibawah ideal dan AvLOS yang sudah sesuai dengan standar DEPKES.

7.2.3.1.5. NDR (Nett Death Rate)

Pengukuran ini menggambarkan angka kematian pasien setelah dirawat lebih dari 48 jam dalam 1000 pasien keluar. Dari hasil penelitian didapatkan nilai NDR RSMHTIS tahun 2007 sebesar 33.4 (34 orang) per 1000 pasien keluar. Angka ini mengalami peningkatan 1.26% dibandingkan tahun 2006 yaitu 26.66 (27 orang) per 1000 pasien keluar, sudah mendekati kriteria ideal dari standar DEPKES yaitu <25 per 1000 pasien keluar. Ini dapat terjadi karena RSMHTIS merupakan pusat rujukan untuk pelayanan intensif anak dan dewasa.

7.2.3.1.6. GDR (Gross Death Rate)

Pengukuran ini menggambarkan angka kematian pasien setelah dirawat kurang dari 48 jam dalam 1000 pasien keluar. Nilai GDR di RSMHTIS tahun 2007 sebesar 45.82 per 1000 pasien keluar mengalami peningkatan sebesar 0.96 dibandingkan tahun 2006 yaitu 47.79 per 1000 pasien keluar. Dari data tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa kematian pasien setelah dirawat kurang dari 48 jam

masih jauh dari angka ideal yang ditetapkan DEPKES yaitu < 45 per 1000 pasien keluar. Hal ini dapat terjadi karena pasien yang masuk ke RSMHTIS lebih banyak pasien yang dalam kondisi gawat dan darurat, walaupun bila dilihat dari segi kualitas tenaga medis yang ada di RSMHTIS sudah cukup baik karena pelatihan yang dilakukan sudah ada peningkatan pada tahun 2007 dibandingkan dengan tahun 2006.

7.2.3.2. Kinerja Unit Produksi

Kinerja unit produksi meliputi pencapaian kinerja rawat jalan, unit khusus dan penunjang medis yang secara keseluruhan masuk dalam kategori tidak ideal karena tidak sesuai dengan target yang ditetapkan oleh pemilik untuk tahun 2005-2007. Menurut peneliti, tingkat kinerja RSMHTIS sudah cukup baik hal tersebut terlihat dari meningkatnya rasio pertumbuhan kinerja lebih dari satu hampir di semua unit.

Upaya yang harus dilakukan oleh pihak manajemen adalah melakukan optimalisasi unit-unit produksi yang dimiliki untuk meningkatkan pendapatan serta mengambil kebijakan terhadap produk yang dianggap non strategis/merugi antara lain klinik tumbuh kembang, rehabilitasi medik, estetiderma, endoskopi, *burn unit*, dan gizi.

7.2.3.3. Kemampuan Inovasi

Proses Inovasi terdiri dari dua komponen. Pada komponen pertama pihak manajemen harus melakukan penelitian pasar untuk mengenali ukuran pasar, bentuk preferensi pelanggan, dan tingkat harga produk dan jasa sasaran. Ketika perusahaan melakukan proses internal untuk memenuhi kebutuhan pelanggan tertentu,

mempunyai informasi yang akurat dan dapat diandalkan mengenai ukuran pasar dan preferensi pelanggan menjadi tugas penting yang harus dilaksanakan dengan baik, sedangkan komponen yang kedua adalah mencari peluang dan pasar baru bagi produk dan jasa yang dapat dipasok perusahaan. (Kaplan & Norton, 1996).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kabag. Perencanaan dan Pengembangan diketahui bahwa usaha-usaha untuk melakukan riset dan analisa pasar belum dilakukan secara intensif dan usaha untuk memasarkan rumah sakit juga baru sebatas promosi dengan media yang terbatas sehingga diaktegorikan dalam kriteria tidak ideal. Peneliti merekomendasikan untuk melakukan pembuatan *master plan* untuk pemasaran yang meliputi pengukuran pangsa pasar, segmentasi pasar targetting, dan positioning, bauran pemasaran, serta rencana kerja diharapkan dengan mengaplikasikan hal tersebut dapat tercipta produk layanan baru yang dapat memenuhi kebutuhan segmen pasar RSMHTIS.

7.2.3.4. Kemampuan layanan purna jual

Banyak masalah khusus yang tidak dihadapi perusahaan manufaktur sebagaimana yang terjadi dalam perusahaan jasa, dalam hal ini rumah sakit. Ketika perusahaan manufaktur mengeluarkan produk yang gagal berfungsi atau kurang memuaskan pelanggan, pelanggan dapat mengembalikan produk tersebut, akan tetapi di perusahaan jasa hal tersebut tidak berlaku karena tidak ada yang dapat dikembalikan oleh pelanggan dan biasanya mereka tidak responsif untuk mengajukan keluhan, yang terjadi adalah secara diam-diam mereka tidak lagi menggunakan produk dari rumah sakit tersebut. Rumah sakit biasanya tidak memiliki identitas pelanggan yang telah menggunakan jasanya tetapi diperlakukan buruk dan kemudian

memutuskan untuk tidak menggunakan jasa rumah sakit lagi. Pada perusahaan jasa lainnya, garansi servis dapat diberikan untuk memberikan motivasi dan inisiatif yang kuat bagi orang yang memberikan pelayanan kepada pelanggan untuk menghindari kekeliruan yang akan memicu adanya permintaan garansi tersebut (Kaplan & Norton, 1996), akan tetapi hal tersebut tidak dapat diberlakukan di rumah sakit. RSMHTIS belum memiliki program layanan purna jual karenanya RSMHTIS sebaiknya segera merealisasikan pelayanan *homecare* kepada pasien yang selama ini belum ditangani secara serius.

7.2.4. Kinerja Pembelajaran dan pertumbuhan

Pengukuran kinerja pembelajaran dan pertumbuhan merupakan gambaran atas kemampuan rumah sakit dalam mengelola sumber daya manusia. Pengukuran kinerja pembelajaran dan pertumbuhan ini meliputi tingkat kepuasan kerja, retensi pegawai, tingkat kedisiplinan pegawai, akses terhadap pendidikan dan pelatihan.

7.2.4.1. Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai

Secara keseluruhan dinilai dari seluruh variabel tingkat kepuasan kerja pegawai RSMHTIS tahun 2005-2007 menunjukkan nilai ideal karena pegawai yang puas lebih banyak daripada yang tidak puas/netral di setiap indikatornya. Tingkat kepuasan tertinggi adalah kepuasan terhadap rekan kerja, sedangkan kepuasan terendah adalah terhadap promosi. Dari data tersebut terlihat bahwa pegawai merasa puas dengan rekan kerjanya, hal tersebut merupakan awal yang baik untuk meningkatkan kinerja karena diharapkan dengan kerjasama yang baik, saling menghargai, dan saling bantu antara sesama pegawai akan meningkatkan motivasi

dan produktivitas karyawan. (Ilyas, 2003), sedangkan mengenai banyaknya pegawai yang tidak puas terhadap promosi disebabkan karena pegawai RSMHTIS menilai perencanaan pengembangan karier belum terjamin. Oleh karena itu manajemen sebaiknya mulai menyusun pola perencanaan dan pengembangan karir yang terarah khususnya bagi mereka yang memiliki kemampuan, kemauan, dan loyalitas yang tinggi kepada RSMHTIS, selain itu tersedianya jaminan kesehatan terhadap pegawai dan keluarga inti, restrukturisasi pendapatan pegawai secara bertahap, serta pemberlakuan jasa *service* diharapkan akan meningkatkan kepuasan pegawai.

7.2.4.2. Tingkat *turn over* pegawai

Penilaian atas retensi pegawai merupakan gambaran tentang perbandingan jumlah pegawai keluar (*turn over*) terhadap jumlah pegawai keseluruhan.

Tingkat *turnover* 2006-2007 tidak ideal karena pada tahun 2005-2006 menurun 12.36%, sedangkan tahun 2006-2007 meningkat 8.9% tidak sesuai dengan target manajemen menurunkan angka *turn over* sebesar 50% dari tahun sebelumnya. Tingginya angka *turn over* pegawai tersebut antara lain karena menurunnya angka kepuasan pegawai terhadap promosi (kejelasan jenjang karir), kepuasan terhadap pekerjaan, dan lain sebagainya yang tentunya merugikan rumah sakit dimana diperlukannya biaya tambahan untuk merekrut dan melatih pegawai baru serta berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan rumah sakit.

Sebagaimana tercantum dalam tabel 6.23, dapat dilihat bahwa akses pelatihan dan pendidikan pegawai RSMHTIS besarnya bervariasi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2005 dengan jumlah pegawai RSMHTIS sebanyak 453 orang, jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan dan pelatihan (pelatihan bersertifikat, seminar/lokakarya,

melanjutkan pendidikan) adalah sebanyak 64 orang. Persentase akses pelatihan dan pendidikan RSMHTIS adalah sebesar $(64 : 453) \times 100 \% = 14.13 \%$. Tahun 2006 dengan jumlah pegawai RS sebanyak 484 orang, diketahui jumlah pegawai yang mengikuti pendidikan dan pelatihan adalah sebanyak 83 orang. Persentase akses pelatihan dan pendidikan RSMHTIS adalah sebesar $(83 : 484) \times 100 \% = 17.15 \%$, mengalami peningkatan

7.2.4.3. Tingkat Kedisiplinan.

Berdasarkan tabel 6.22, secara keseluruhan terlihat peningkatan kedisiplinan pegawai yang digambarkan dengan menurunnya jumlah pegawai yang datang terlambat sebesar 17% dibandingkan tahun 2006 yang meliputi tenaga dokter organik, perawat, pegawai penunjang medis, dan administrasi umum. Hal tersebut belum sesuai dengan target manajemen yang menetapkan pengurangan angka ketidaksiplinan sebesar 50% dari tahun sebelumnya.

7.2.4.4. Akses Pendidikan dan Pelatihan

Akses pendidikan dan pelatihan tahun 2005-2006 meningkat 23.8% yang artinya belum ideal karena manajemen menetapkan akses pelatihan meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Sedangkan pada tahun 2006-2007 meningkat sebesar 76%, yang artinya ideal. Akses pelatihan dan pendidikan pegawai RS MHTIS pada tahun 2007 meningkat secara signifikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Manajemen sebaiknya terus meningkatkan cakupan pegawai yang harus memiliki kapabilitas tambahan sesuai dengan tingkat kompetensi yang harus dimiliki dan hendaknya kesempatan tersebut diberikan secara merata di setiap unit karena SDM

yang terampil dan berdedikasi memang suatu hal yang langka karena untuk mencapai hal tersebut diperlukan masa pendidikan dan masa kerja yang lama (Djojodibroto, 1997).

7.3. Kinerja secara keseluruhan

Pembobotan terhadap setiap perspektif pada penelitian ini diasumsikan sama, yaitu sebesar 25% untuk setiap perspektif. Artinya, semua perspektif diasumsikan sama pentingnya terhadap peningkatan kinerja RSMHTIS. Hal tersebut sesuai dengan Mulyadi, 2007, bahwa *balanced scorecard* tidak hanya mengutamakan perspektif keuangan semata, tapi juga memberi pengetahuan, keterampilan, dan system yang memungkinkan pegawai dan manajemen belajar dan berkembang secara terus-menerus (perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, berinovasi untuk membangun kapabilitas strategis yang tepat dan efisien (perspektif proses bisnis internal), serta mampu menyerahkan nilai spesifik ke pasar (perspektif pelanggan), sehingga selanjutnya dapat mengarah pada peningkatan nilai pendapatan (perspektif financial).

Berikut adalah hasil evaluasi kinerja RSMHTIS selama tahun 2005-2007 sesudah dibandingkan dengan ukuran baku RS/sasaran target manajemen yang ditinjau dari keempat perspektif *balanced scorecard* di RSMHTIS selama tahun 2005-2007.

Tabel 7.1
Evaluasi Kinerja Keseluruhan RSMHTIS dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Perspektif	Indikator	Tahun	Kriteria	Kriteria Umum
Keuangan	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2006	Ideal	Tidak ideal
		2007	Ideal	
		2007	Ideal	
	Tingkat pengeluaran biaya	2006	Tidak ideal	
		2007	Ideal	
		2007	Ideal	
Rasio efektifitas	2005	Tidak ideal		
	2006	Tidak ideal		
	2007	Tidak ideal		
Keuangan	Current ratio	2005	Tidak ideal	Tidak ideal
		2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
	Rasio biaya modal	2005	Tidak ideal	
		2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
	<i>Return on Asset</i>	2005	Ideal	
		2006	Ideal	
		2007	Ideal	
	<i>Return on Equity</i>	2005	Tidak ideal	
		2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
Pelanggan	Tingkat keluhan pelanggan	2006	Tidak ideal	Tidak ideal
		2007	Ideal	
	Akuisisi pelanggan	2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
	Pangsa pasar	2006	Tidak ideal	

Perspektif	Indikator	Tahun	Kriteria	Kriteria Umum
Bisnis Internal	Indikator pelayanan	2005	Tidak ideal	Tidak ideal
		2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
	Kinerja unit produksi	2005	Tidak ideal	
		2006	Tidak ideal	
2007	Tidak ideal			
Kemampuan inovasi	2008	Tidak ideal		
Layanan purna jual	2008	Tidak ideal		
Pembelajaran dan Pertumbuhan	Tingkat kepuasan kerja pegawai	2006	Ideal	Tidak ideal
		2007	Ideal	
	Tingkat <i>turn over</i>	2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
	Tingkat kedisiplinan pegawai	2006	Tidak ideal	
		2007	Tidak ideal	
Akses pelatihan dan pendidikan	2006	Tidak ideal		
	2007	Ideal		

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari uraian keempat perspektif tadi, dapat ditarik kesimpulan bahwa secara keseluruhan kinerja RSMHTIS selama 2005 – 2007 tidak ideal karena tidak mencapai target tiga tahunan yang telah dicanangkan dalam Perencanaan Strategis 2005 - 2007. Namun demikian dari segi pertumbuhan cukup mengalami kemajuan karena mayoritas indikator kinerja menunjukkan pertumbuhan yang positif dibanding tahun sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan BSC dalam perumusan strategi sejak tahun 2006 mulai membuahkan hasil yang positif walau belum terlalu menggembarakan.

Pengukuran kinerja RSMHTIS dapat dilakukan dengan memakai alat ukur *balanced scorecard* melalui 4 perspektif dengan hasil sebagai berikut :

- 1) Perspektif keuangan RSMHTIS secara keseluruhan kinerjanya tidak ideal jika dibandingkan dengan sasaran, tujuan, dan target karena masih belum dapat mencapai apa yang telah ditetapkan. Juga dari beberapa indikator rasio keuangan, hanya *Return on Asset (ROA)* yang masuk dalam nilai baku standar. Meski demikian dari sisi pertumbuhan cukup baik karena dari segi pendapatan mengalami pertumbuhan positif dari tahun ke tahun untuk periode 2005 – 2007, dan dari segi pengeluaran dapat mencapai efisiensi yang baik yang menghasilkan peningkatan SHU di tahun 2007.
- 2) Perspektif pelanggan RSMHTIS tahun 2005-2007 secara keseluruhan kinerjanya tidak ideal karena belum berhasil mencapai tujuan, sasaran, dan target yang telah

ditetapkan. Walaupun terjadi penurunan keluhan dari pelanggan yang signifikan namun belum berhasil mempertahankan (retensi) pelanggan lama dan kemampuan meraih (akuisisi) pelanggan baru justru menurun sehingga target pangsa pasar juga belum tercapai.

- 3) Perspektif proses bisnis internal secara keseluruhan perspektif bisnis internal tidak ideal. Hal ini dapat dilihat Indikator pelayanan yang terdiri dari BOR, AVLOS, BTO, TOI, NDR, dan GDR yang walaupun belum mencapai nilai standar baku yang ada maupun jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan. Meski demikian tahun 2007 secara umum mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2006 dengan mengalami kecenderungan ke arah perbaikan. Sementara untuk kinerja unit produksi pada tahun 2007 secara umum meningkat dibandingkan tahun 2006, namun dari sisi pencapaian target belum tercapai. Dalam hal kemampuan Inovasi, RSMHTIS belum sepenuhnya melakukan identifikasi kebutuhan pasar serta menciptakan kebutuhan pasar karena peluncuran produk baru belum berdasarkan riset pasar yang memadai. Sedangkan dalam hal layanan purna jual RSMHTIS belum menyusun program yang terencana.
- 4) Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan secara keseluruhan tidak ideal meskipun terdapat peningkatan.
 - a) Rata-rata kepuasan pegawai mengalami perbaikan selama kurun waktu 2005-2007. Peningkatan kepuasan pegawai dalam hal kepuasan terhadap kompensasi, pekerjaan, rekan kerja, dan kebijakan organisasi; sedangkan pegawai cenderung kurang puas terhadap promosi, supervisi, status profesi. Hal ini menunjukkan peningkatan kesejahteraan dan perbaikan standar

prosedur operasional (SOP) sudah cukup memadai, namun belum diikuti dengan sistem jenjang karir yang memadai.

- b) Retensi pegawai kurang baik dilihat dari peningkatan turn over tahun 2005 – 2007.
- c) Tingkat kedisiplinan pegawai meningkat terlihat dari penurunan jumlah pegawai datang terlambat selama kurun waktu 2005-2007.
- d) Akses Terhadap Pelatihan dan Pendidikan cenderung meningkat selama kurun waktu 2005-2007 dan sekaligus juga mencapai target yang diinginkan yaitu peningkatan sebesar 25 % setiap tahunnya.

Dalam kesempatan ini peneliti memberikan perhatian khusus terhadap penetapan target yang dilakukan dari tahun ke tahun yang pada realisasinya tidak pernah tercapai. Penetapan target yang terlalu tinggi di satu sisi dapat memacu motivasi bagi seluruh jajaran karyawan untuk bekerja dengan ekstra keras, efektif dan efisien. Namun apabila dinilai kurang realistis, justru dapat mengakibatkan hal yang kontra produktif seperti demotivasi, terlebih jika dikaitkan dengan janji pemberian bonus apabila target tersebut dapat dicapai.

B. Saran

Dari hasil penelitian tersebut, peneliti mengajukan saran kepada pihak manajemen RSMHTIS antara lain:

1. Setiap tahun menerapkan BSC dengan menetapkan target yang lebih terpolada dan terukur setiap tahunnya agar memudahkan pengukuran di setiap indikator dan mengacu pada parameter SMART: *Specific*, yaitu dinyatakan secara jelas apa yang ingin dicapai; *Measurable*, yaitu dapat diukur dengan parameter yang jelas;

Achievable, yaitu target masih dalam jangkauan sumber daya yang dimiliki; *Relevant*, yaitu harus bermanfaat bagi proses secara keseluruhan; dan *Time-constrained*, yaitu dibatasi oleh waktu yang jelas kapan harus dicapainya. Misalnya dengan menentukan besaran persentase tertentu untuk pertumbuhan yang diharapkan.

2. Mempertajam upaya pemasaran khususnya promosi untuk dapat meningkatkan *awareness* masyarakat dalam rangka menjaring pelanggan baru serta memperluas pangsa pasar.
3. Revitalisasi unit yang kinerjanya menurun selama 3 tahun antara lain klinik tumbuh kembang, rehabilitasi medik, estetiderma, endoskopi, dan gizi. Jika tidak juga menunjukkan pertumbuhan yang positif, perlu dipertimbangkan untuk melikuidasi unit-unit produksi tersebut.
4. Optimalisasi utilisasi fasilitas yang ada agar investasi yang sudah ditanamkan dapat memberi hasil yang sesuai, baik secara parameter ukuran standar baku maupun finansial dengan ditunjang oleh upaya-upaya promosi yang efektif
5. Menyusun program layanan purna jual baik di bidang medis maupun administrasi secara matang dan terencana, seperti *homecare*, pelayanan pembayaran yang mengesankan, keringanan pelayanan pembayaran, dan layanan tambahan lain.
6. Inovasi produk berdasarkan riset pasar yang mendalam sehingga dapat menciptakan produk yang benar-benar dibutuhkan dan diinginkan oleh masyarakat dan mengefektifkan investasi yang dilakukan.
7. Menyusun jenjang karir dan paket renumerasi yang lebih menarik agar dapat menurunkan *turn over* karyawan serta meningkatkan kedisiplinan. Selain itu perlu ada penelitian lebih lanjut dan mendalam mengenai tingginya turnover

karyawan sehingga dapat diidentifikasi penyebab dari masalah tersebut untuk dapat ditindaklanjuti oleh Manajemen.



DAFTAR PUSTAKA

Aditama, 2004

Pelayanan Prima. Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia, no. 2, volume 2.

Azwar, Azrul, 1996.

Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta.

Depkes RI, 1995

Petunjuk Teknis Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit, Jakarta

David F., 1991.

Strategic Management, Prentice Hall International, New Jersey.

Duncan, Ginter & Swayne, 1995.

Strategic Management of Health Care Organization, Second Edition, Cambridge, Massachusetsm USA

Gasperz, Vincent, 2006

Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard dengan Six Sigma untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintah, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Ilyas, Y., 2000

Perencanaan SDM Rumah Sakit : Teori, Metoda, dan Formula, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan Pertama, Depok.

Ilyas, Y., 2002

Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan Ketiga, Depok.

Kotler, Philips, and Gary Armstrong, 2004

Principles of Marketing, Prentice Hall International, Inc, 2004

Kaplan, R.S., dan Norton, D.P., 2000, *Menerapkan Strategi Menjadi Aksi Balanced Scorecard*, Erlangga, Jakarta.

Keputusan Badan Pengurus Yayasan RS MHTIS No. 007/SK-BP/YRS.MHT/VI/2007

Laporan Tahunan RS MH Thamrin Internasional Salemba, 2005-2007

Laporan Neraca dan Rugi Laba RS MH Thamrin Internasional Salemba, 2005-2007.

Mulyadi, 2007

Sistem Terpadu Pengelolaan Kinerja Personel Berbasis Balanced Scorecard, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Panggabean, 2002

Manajemen Sumber Daya Manusia, Ghalia Indonesia.

Parasuraman, A, Zeithaml V. A, Berry L.L.. 1985

A Conceptual Model of Service Quality And Its Implication For Future Research
Journal Of Marketing, 1985

Permenkes RI No. 159 b tahun 1988

Rangkuman Kuliah Organisasi dan Manajemen, 2004, PS KARS UI, Depok..

Timmermans, Suseno, 2003

GATS, Perdagangan, Kesehatan, dan Jasa: Sebuah Penilaian Awal. Laporan Lokakarya Perjanjian GATS dan Dampaknya Terhadap Pelayanan Kesehatan, Jakarta.

Tjiptono, F., dan Chandra, G., 2005, *Service Quality & Satisfaction*, Andi, Yogyakarta.

Trisnantoro, Lakson, 2006

Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Tunggal, Widjaya Amin, 2000.

Pengukuran Kinerja Dengan Balanced Scorecard, Harvarindo, Jakarta.

Tunggal, Widjaya Amin, 2001

Memahami Konsep Balanced Scorecard, Harvarindo, Jakarta.

Umar, Husein, 2001.

Strategic Management In Action, Gramedia Pustaka Utama , Jakarta, 2001

Wolper, Lawrence F., 2001.

Administrasi Layanan Kesehatan: Prinsip : Praktik, Struktur & Penyampaian,
EGC, Jakarta.

Yuwono, et. al., 2006

*Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard Menuju Organisasi yang
Berfokus Pada Strategi*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

KUESIONER KEPUASAN KERJA PEGAWAI RSMHTIS

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i Pegawai RSMHTIS

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan kerja pegawai RSMHTIS sebagai bahan evaluasi dalam peningkatan kesejahteraan dan perbaikan organisasi di rumah sakit ini.

Terimakasih atas kesediaannya mengisi kuesioner ini
-Manajemen RSMHTIS-

Data Pegawai

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
3. Pendidikan Terakhir
 - a. SMA
 - b. D3
 - c. S1
 - d. S2
4. Unit Tempat Bertugas saat ini :
5. Status Kepegawaian Anda saat ini :
 - a. Tetap
 - b. Kontrak

Petunjuk Mengisi Kuesioner :

1. Isilah jawaban pada lembar jawaban yang sudah disediakan
2. Jawablah sesuai dengan jawaban yang paling mewakili perasaan anda
3. Berilah tanda (√) pada kolom sesuai dengan jawaban anda

No.	URAIAN PERTANYAAN	P	TP	N
KOMPENSASI		☺	☹	☺
1.	Apakah anda puas terhadap gaji yang anda terima dikaitkan dengan tanggung jawab yang dibebankan kepada anda?			
2.	Apakah anda puas terhadap gaji yang anda peroleh disesuaikan dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman kerja anda?			
3.	Apakah anda puas terhadap gaji anda sekarang dibandingkan dengan standar gaji RS sekelas?			
4.	Apakah anda puas terhadap tunjangan/insentif yang diberikan disesuaikan dengan kontribusi yang telah anda lakukan terhadap perbaikan rumah sakit?			
5.	Apakah anda puas terhadap jaminan kesehatan anda dan keluarga inti yang diberikan selama ini?			

No.	URAIAN PERTANYAAN	P	TP	N
PROMOSI		☺	☹	☹
6.	Apakah anda puas terhadap peningkatan jenjang karir yang ada selama ini?			
7.	Apakah anda puas terhadap kesempatan mengikuti pelatihan/seminar/lokakarya yang diberikan?			
8.	Apakah anda puas terhadap kesempatan yang diberikan RS untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan formal yang lebih tinggi?			
9.	Apakah anda puas terhadap penghargaan yang diberikan terhadap kontribusi yang sudah anda lakukan?			
PEKERJAAN				
10.	Apakah anda puas ditempatkan di unit kerja anda sekarang disesuaikan dengan minat dan latar belakang pendidikan anda ?			
11.	Apakah anda puas terhadap beban kerja pekerjaan anda disesuaikan dengan kemampuan anda?			
REKAN KERJA				
12.	Apakah anda puas dengan kerjasama antar rekan kerja di lingkungan anda bekerja?			
13.	Apakah anda puas dengan kerjasama dan koordinasi antar unit yang terjalin selama ini ?			
14.	Apakah anda puas terhadap solidaritas antar pegawai selama ini?			
SUPERVISI				
15.	Apakah anda puas terhadap kebijakan atasan anda dalam pekerjaan sehari-hari?			
16.	Apakah anda puas terhadap pengawasan dan arahan pimpinan anda terhadap pekerjaan yang harus anda lakukan?			

No.	URAIAN PERTANYAAN	P	TP	N
STATUS PROFESI		☺	☹	☺
17.	Apakah anda puas terhadap status profesi anda ?			
18.	Apakah anda puas dengan berbagai jenis kegiatan dan pengetahuan yang ada dalam profesi anda?			
KEBIJAKAN ORGANISASI				
19.	Apakah anda puas terhadap kebijakan manajemen dikaitkan dalam kesempatan untuk terlibat dalam event yang diselenggarakan?			
20.	Apakah anda puas terhadap keterlibatan pengambilan keputusan yang diberikan oleh manajemen selama ini?			

Arti singkatan :

P = Puas

TP = Tidak Puas

N = Netral

Tuliskan lima urutan faktor terpenting untuk meningkatkan kepuasan kerja menurut anda

- 1 ___ Kompensasi (Gaji dan kesejahteraan)
- 2 ___ Promosi (Kesempatan pendidikan dan pelatihan serta jenjang karir)
- 3 ___ Supervisi (pengawasan dan kepemimpinan)
- 4 ___ Pekerjaan (Otonomi, variasi tugas, lingkungan dan fasilitas kerja, beban kerja)
- 5 ___ *Teamwork* (rekan sekerja)
- 6 ___ Status profesi
- 7 ___ Kebijakan RS

Saran untuk pihak manajemen RS :

kami mengucapkan terima kasih atas perhatian Anda beserta keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan di RS MH Thamrin Internasional Salemba. Kami berharap Anda dan Keluarga memperoleh suatu pengalaman yang memuaskan baik di bidang medis maupun non medis.

Dalam upaya menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan, maka kami berharap agar Anda mengisi kuesioner di bawah ini. Masukan dan saran akan sangat kami hargai, dengan memasukkan ke kotak saran yang tersedia ditiap lantai, atau hubungi social care kami dengan ext. 1108 dan marketing ext. 1913.

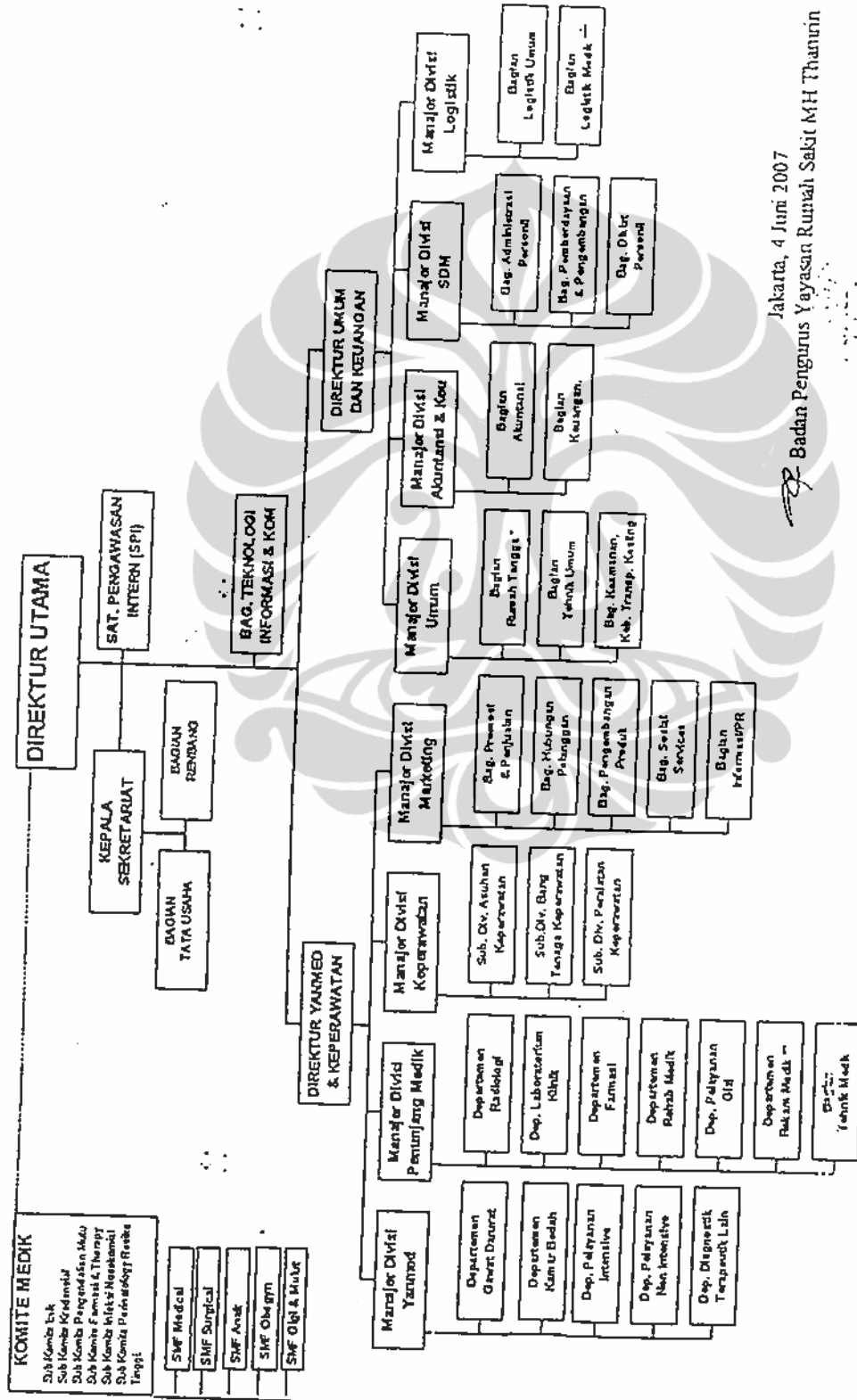
No.	BAGIAN	KURANG	KURANG SEKALI	BAIK	BAIK SEKALI	SARAN / KOMENTAR
1.	ADMISSION					
	- Sikap dan Perhatian					
	- Informasi					
	- Kemampuan					
2.	DOKTER					
	- Sikap dan Perhatian					
	- Informasi					
	- Kemampuan					
3.	KEPERAWATAN					
	- Sikap dan Perhatian					
	- Informasi					
	- Kemampuan					
4.	FASILITAS RUANGAN					
	- Ruang tunggu					
	- Kamar					
	- Kebersihan Kamar & Toilet					
5.	MENU MASAKAN					
	- Pilihan Menu					
	- Penyajian					
	- Pelayanan					
6.	FASILITAS LAIN					
	- Laboratorium					
	- Radiologi					
	- Apotik					
	- Kasir					
	- Satpam					
	- Kebersihan Rumah Sakit					
	- Parkir					
7.	Jika Anda membutuhkan pelayanan kesehatan lagi, apakah Anda akan datang kembali ke RSMHTIS			Ya	Tidak	
8.	Apakah Anda bersedia merekomendasikan RSMHTIS kepada keluarga/rekan Anda yang membutuhkan pelayanan kesehatan.			Ya	Tidak	

Terima kasih atas perhatian dan kerja samanya.

Social Care / Marketing RS MH Thamrin Internasional Salemba

Telp. +62 21 3904422 Ext 1108 dan 1913

KEPIMPINAN KEPUTUSAN BADAN PENGURUS YAYASAN RS MH THAMRIN NO.: 007/SK-BP/RS-MHT/V/2007
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT MH THAMRIN INTERNASIONAL SALEMBA



Jakarta, 4 Juni 2007

Badan Pengurus Yayasan Rumah Sakit MH Thamrin

(Signature)

Dr. H. Abdul Radjak, DSOG
Ketua

- Termasuk:
 - Farmasi
 - Akes
- Termasuk:
 - Adm
 - Pengolahan/Pelaporan
 - Penyimpanan/Pengambilan
- Termasuk:
 - Guest House & Getai
 - Perlengkapan
 - Urusan Lintan
 - Pemulasaraan Jenazah

- Dibuat Suuktur ini dibentuk:
 - Panitia Pembelian Barang
 - Panitia Perencanaan Barang
 - Panitia K3
 - Komite Keperawatan