



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA IMPLEMENTASI
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL
(PKRE) TERPADU DI KLINIK "X"
DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD***

TESIS

**HANIFA NAWAWI
NPM: 0806443010**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA IMPLEMENTASI
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL
(PKRE) TERPADU DI KLINIK "X"
DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD***

TESIS

**HANIFA NAWAWI
NPM: 0806443010**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA IMPLEMENTASI
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL
(PKRE) TERPADU DI KLINIK "X"
DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD***

TESIS

**HANIFA NAWAWI
NPM: 0806443010**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KINERJA IMPLEMENTASI
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL
(PKRE) TERPADU DI KLINIK "X"
DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD***

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat
memperoleh gelar magister kesehatan masyarakat**

**HANIFA NAWAWI
NPM: 0806443010**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
2009**

ABSTRAK

Nama : Hanifa Nawawi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Kinerja Implementasi Pelayanan Kesehatan
Reproduksi Esensial (PKRE) Terpadu di Klinik X
Tahun 2008 dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Tesis ini membahas kinerja program PKRE Terpadu, yaitu suatu model yang mengimplementasikan beberapa komponen layanan kespro esensial dengan konsep *one-stop service*. Pengukuran kinerja program ini menggunakan pendekatan kerangka *Balanced Scorecard* dengan empat perspektif yang komprehensif meliputi dimensi proses internal, pertumbuhan & pembelajaran, pelanggan serta finansial. Disain penelitian ini merupakan studi deskriptif dengan pendekatan gabungan kualitatif dan kuantitatif menggunakan data primer dan sekunder. Pada tahap awal dilakukan studi kualitatif untuk menggali apa saja indikator keterpaduan program dan apa pula indikator kerjanya. Selanjutnya dilakukan pengukuran kinerja masing-masing perspektif, kemudian tahap akhir dilakukan skoring kinerja.

Penelitian menunjukkan bahwa indikator keterpaduan PKRE Klinik X adalah adanya *giving information activity* dan konseling serta pemeriksaan laboratorium ISR/IMS dan tes IVA. Indikator kinerja menurut perspektif proses internal dilihat dari inovasi dan proses operasinya; perspektif pertumbuhan & pembelajaran dilihat dari training, keterlibatan serta kepuasan pegawai; perspektif pelanggan dilihat dari pertumbuhan dan kepuasan pasien menurut lima dimensi SERVQUAL; dan perspektif finansial dilihat dari pertumbuhan pendapatan dan penghematan biaya. Skor akhir 3,54 (skala 1-5) menunjukkan kinerja PKRE Terpadu Klinik X tahun 2008 keseluruhan yang cukup baik. Klinik X perlu memperhatikan kelanggengan layanan konseling, masalah kenyamanan ruang pemeriksaan fisik, waktu tunggu serta masalah sikap petugas dalam memberi rasa aman pasien berkonsultasi.

Kata kunci: Analisis kinerja, PKRE Terpadu, *Balanced Scorecard*

ABSTRACT

Name : Hanifa Nawawi
Study Program : Public Health Science
Title : A Performance Analysis of An Integrated Essential
Reproductive Health Service of 2008 in X Clinic
Using Balanced Scorecard Approach

This thesis is about performance of Integrated Essential Reproductive Health Service, an one-stop service model in implementing some essential RH components. The performance measurement was done based on four perspectives of Balanced Scorecard, including internal process, learning & growth, customer and financial. It was a descriptive study using both qualitative and quantitative approach. The data used were primary and secondary data. In the first stage, qualitative study was conducted in exploring the integration indicator and performance indicator. Then, the performance was measured, and finally each performance indicator was scored.

The study result shows that integration indicators of program are *giving information activity*, counseling, detection of STIs/RTIs with laboratory approach and VIA test. Performance indicators of internal process was measured by innovations and operation process; learning and growth by trainings, employee participation and satisfaction; customer by number of visit and client satisfaction based on SERVQUAL; financial by income improvement and cost efficiency. Final score of performance was 3,54 (scale of 1-5) which showed that the implementation was good. X clinic should pay attention on sustainability of counseling, physical observation room to be more comfortable, waiting duration to be shorter, and provider's attitude in giving consultation to be more condusive for clients.

Key words: Performance Analysis, Balanced Scorecard, Integrated Essential Reproductive Health Service

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan
di hadapan tim penguji tesis program pascasarjana
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Depok, 31 Desember 2009

Pembimbing Tesis,



(dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Hanifa Nawawi
NPM : 080643310
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Analisis Kinerja Implementasi Pelayanan
Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE)
Terpadu di Klinik "X" dengan Pendekatan
Balanced Scorecard

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc

()

Penguji : dr. Mieke Savitri, Mkes

()

Penguji : Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

()

Penguji : dr. Djajadilaga, SpOG(K)

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 November 2009

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Hanifa Nawawi
NPM : 080643310
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam tesis saya yang berjudul : Analisis Kinerja Implementasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) Terpadu di Klinik "X" dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 31 Desember 2009

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular official stamp. The stamp contains the text '600' and 'DEK'.

(Hanifa Nawawi)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

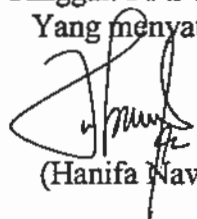
Nama : Hanifa Nawawi
NPM : 0806443010
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:
Analisis Kinerja Implementasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) Terpadu di Klinik X Tahun 2008 dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal: 31 Desember 2009
Yang menyatakan,



(Hanifa Nawawi)

PERSEMBAHAN



Teruntuk para pengukir cinta di hatiku:

Ayahanda H. Nawawi Sholeh (alm)

Ibunda Hj. Rosyidah Basyir

Suamiku Fahmi Rusydi M. Thoha, Lc, MA

Putriku Hasna Mufidah

dan Putraku Yasir Fayyad

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Hanifa Nawawi, SKM
Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 23 Mei 1980
Alamat : Jl. Bangka II-G No.48
Mampang Prapatan, Jakarta Selatan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 03 Pagi, Setiabudi Jakarta (1986-1992)
2. SMPN 58, Setiabudi Jakarta (1992-1995)
3. SMUN 38, Lenteng Agung Jakarta (1995-1998)
5. DIII Kimia Terapan FMIPA UI (1998-1999)
4. Program Sarjana FKM UI (kelas reguler),
jurusan Administasi Kebijakan Kesehatan (1999-2003)
5. Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI (kelas khusus),
peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan, tahun 2008

Riwayat Pekerjaan :

1. Asisten Peneliti Mitra INTI Foundation (2003-2006)
2. Tim Peneliti Pusat Kesehatan Reproduksi FKUI (2006-sekarang)

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya layak dikembalikan kepada pemiliknya yang hakiki, Allah SWT, atas segala kemudahan dan karunia yang dilimpahkan-Nya. Dialah sebaik-baik tempat bergantung dan berserah diri. Tak lupa salawat dan salam bagi Rasulullah SAW, beliaulah sebaik-baik teladan dalam kehidupan. Tesis ini merupakan ekstrak pengalaman yang begitu berharga bagi penulis, baik dalam hal eksplorasi konsep akademis maupun dari segi proses perjuangan menghadirkannya. Semoga penelitian sederhana ini dapat memberi sumbangsih yang berguna pula, khususnya bagi pengembangan manajemen program kesehatan reproduksi yang beberapa tahun belakangan penulis geluti.

Selanjutnya penulis sampaikan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Bapak Adang Bachtiar, dr, MPH, DSc., atas motivasi dan arahan yang diberikan sehingga penulis merasa tertantang dan mendapat stimulus yang besar untuk selalu belajar hal baru;
2. Mbak Puput Oktaminati, SKM, MM., atas kesediaannya meluangkan waktu berkonsultasi kala penulis merasa buntu berdiskusi;
3. Bu Mieke Savitri, dr, Mkes dan Pak Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, selaku penguji, atas semua kritik membangun dan masukan bagi pengayaan tesis ini;
4. dr. Djajadilaga, SpOG(K) atas izin dan kemudahan yang diberikan dalam pengumpulan data serta kesediaannya menjadi penguji luar;
5. dr. Suryono, S.I Santoso, SpOG, mbak Yuyuk serta seluruh kru di tempat penelitian, atas kerjasamanya sehingga penulis terfasilitasi untuk mendapat banyak pelajaran dari lapangan;
6. Ibu dr. Meiwita Budiharsana, PhD, atas segala motivasi personal yang begitu memberi inspirasi untuk terus maju dan memberi dedikasi terbaik;
7. Rekan-rekan tim kerjaku, Mbak Milla Herdayati, Mbak Popy Yuniar, Alifiah Rachma, Marisa, Atikah dan Ridwan, atas segala bantuan dan pengertiannya sepanjang penyelesaian tesis ini;

8. Segenap keluarga di Bangka (Ibu mertua dan kakak/adik iparku) serta kawan-kawan, atas do'a dan support moralnya;
9. Teman-teman perjuanganku di peminatan MPK, khususnya Prastyani, Nazira, Mbak Jumiaty dan Mbak Umu Atiah, trims atas segala *back-up*, kekompakan sekaligus keikhlasan melepasku lulus lebih awal. Ternyata dalam interaksi yang relatif singkat, masih sempat kita rajut makna sahabat. Selamat lanjutkan perjuanganmu sobat, yakinlah kemudahan kan datang bagi orang yang selalu tulus membantu urusan saudaranya;
10. Kakak-kakakku tersayang yang begitu meringankan peran *multi-tasking*ku pada masa-masa berat saat suami sudah berangkat: khususnya kak Ika, Shabira & mbak Fia yang banyak membantu mengkondisikan Hasna, kak Mia atas segala support konkrit menyambut kehadiran Fayyad, kak Dori atas bantuan teknisnya, kak Mukhlis & keluarga Palapa atas semua bentuk perhatiannya, serta kak Leha yang siaga sepanjang hari saat kelahiran Fayyad. *That's what sisters/brothers are for; Thanks a million!*
11. Kedua buah hati, pelipur laraku: *My lovely* Hasna, meskipun siang malam perhatianku harus terbagi di usiamu yang masih dini, betapa hebatnya kau begitu dapat memahami; *Dearest* Fayyad, yang sejak awal tesis menemani (dalam rahim) hingga saat ujian tesis tepat dua hari sebelum kelahiranmu. Sungguh hari-hari itu penuh kenangan yang tak terlupakan;
12. Suamiku tersayang, sahabat kehidupanku: Bang Fahmi, trims atas motivasi yang selalu menyejukkan dan do'a yang tak pernah putus dari tanah suci;
13. Ibunda tercinta, Ibu Hj. Rosyidah, atas segala wujud cinta dan rengkuhan do'anya. Betapa kebangganku tak dapat terlukiskan. Di usia yang makin senja, kebaikanmu terus deras mengalir di sepanjang hari kami. Pengorbananmu adalah bukti ketulusan hati yang tak terganti, hanya Allah-lah yang kan balaskan segalanya.

Depok, 31 Desember 2009

Penulis

DAFTAR SINGKATAN

ABPK	Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber- KB
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AKI	Angka Kematian Ibu
BV	<i>Bacterial Vaginosis</i>
GIA	<i>Giving Information Activity</i>
GO	Gonorrhoea
ICPD	<i>The International Conference on Population and Development</i> Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan
IVA	Inspeksi Visual dengan Asam Cuka
IMS	Infeksi Menular Seksual
ISR	Infeksi Saluran Reproduksi
KB	Keluarga Berencana
KDRT	Kekerasan Dalam Rumah Tangga
Kespro	Kesehatan Reproduksi
KIA	kesehatan ibu dan anak
KIE	Komunikasi, Informasi & Edukasi
KRR	Kesehatan Reproduksi Remaja
KTD	Kehamilan Tak Diinginkan
MDGs	<i>Millenium Development Goals</i>
Narkoba	Narkotika dan obat/bahan berbahaya
ODHA	Orang Dengan HIV/ AIDS
PKRE	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Abstrak.....	iii
Pernyataan Persetujuan.....	vii
Lembar Pengesahan Tesis.....	viii
Pernyataan Bebas Plagiat.....	ix
Pernyataan Persetujuan Publikasi Tesis untuk Kepentingan Akademis.....	x
Lembar Persembahan.....	xi
Riwayat Hidup.....	xii
Kata Pengantar.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xv
Daftar Isi.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xix
Daftar Tabel.....	xx
Daftar Gambar.....	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4. Tujuan Penelitian.....	8
1.5. Manfaat Penelitian.....	9
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Prinsip-Prinsip Dasar Kesehatan Reproduksi	
2.1.1. Definisi dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	11
2.1.2. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi.....	11
2.2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) Terpadu.....	13
2.3. Penilaian Kinerja.....	17
2.4. Pengukuran Kinerja dengan <i>Balanced Scorecard</i>	18
2.4.1. Konsep Dasar <i>Balanced Scorecard</i>	18
2.4.2. <i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Publik.....	20
2.4.3. Perspektif Finansial.....	22
2.4.4. Perspektif Pelanggan.....	30
2.4.5. Perspektif Bisnis Internal.....	33
2.4.5. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.....	34
2.5. Peran <i>Balanced Scorecard</i> dalam Sistem Manajemen Strategis.....	35
2.6. Keunggulan <i>Balanced Scorecard</i>	37

BAB 3. GAMBARAN UMUM KLINIK “X”	
3.1. Sejarah Perkembangan Klinik.....	39
3.2. Organisasi Klinik.....	39
3.3. Fasilitas Pelayanan.....	40
3.4. Sumber Daya Manusia.....	41
3.5. Implementasi PKRE Terpadu di Klinik “X”.....	41
BAB 4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
4.1. Tahapan Penelitian.....	42
4.2. Kerangka Konsep.....	42
4.2. Definisi Operasional.....	45
BAB 5. METODOLOGI PENELITIAN	
5.1. Rancangan dan Jenis Penelitian.....	50
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	50
5.3. Metoda Pengumpulan Data.....	50
5.4. Kualitas Data.....	52
5.5. Pengolahan dan Analisa Data.....	53
BAB 6. HASIL PENELITIAN	
6. 1. Penelitian Kualitatif Awal: Penggalian Indikator PKRE Terpadu di Klinik “X”.....	55
6.1.1. Persepsi PKRE Terpadu.....	55
6.1.2. Indikator Keterpaduan PKRE di Klinik “X”.....	56
6.1.3. Indikator Keberhasilan PKRE Terpadu.....	57
6.1.3.1. Perspektif Proses Bisnis Internal.....	57
6.1.3.2. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.....	58
6.1.3.3. Perspektif Pelanggan (Pasien).....	59
6.1.3.4. Perspektif Finansial.....	56
6.2. Analisis Kinerja PKRE Terpadu di Klinik “X” dalam empat perspektif <i>balanced scorecard</i>	60
6.2.1. Perspektif Proses Bisnis Internal.....	60
6.2.1.1. Inovasi.....	60
6.2.1.2. Proses Operasi.....	64
6.2.2. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.....	68
6.2.2.1. Pelatihan.....	68
6.2.2.2. Keterlibatan Pegawai.....	71
6.2.2.3. Kepuasan Pegawai.....	73
6.2.3. Perspektif Pelanggan (Pasien).....	75
6.2.3.1. Pertumbuhan Jumlah Pasien.....	75
6.2.3.2. Kepuasan Pasien.....	77
6.2.4. Perspektif Finansial.....	91
6.2.4.1. Pertumbuhan Pendapatan.....	91
6.2.4.2. Penghematan/ Efisiensi Biaya.....	92
6.3. Skoring Kinerja Program PKRE Terpadu di Klinik “X”.....	92

BAB 7. PEMBAHASAN	
7.1. Keterbatasan Studi.....	95
7.2. Penelitian Kualitatif Awal: Penggalian Indikator PKRE Terpadu di Klinik "X".....	97
7.2.1. Persepsi PKRE Terpadu.....	97
7.2.2. Indikator Keterpaduan PKRE di Klinik "X".....	98
7.2.3. Indikator Keberhasilan PKRE Terpadu di Klinik "X".....	100
7.2.3.1. Perspektif Proses Bisnis Internal.....	100
7.2.3.2. Perspektif Pertumbuhan Dan Pembelajaran.....	101
7.2.3.3. Perspektif Pelanggan (Pasien).....	102
7.2.3.4. Perspektif Finansial.....	103
7.3. Analisis Kinerja PKRE Terpadu di Klinik "X" dalam Empat Perspektif <i>Balanced Scorecard</i>	104
7.3.1. Perspektif Proses Bisnis Internal.....	104
7.3.1.1. Inovasi.....	104
7.3.1.2. Proses Operasi.....	105
7.3.2. Perspektif Pertumbuhan Dan Pembelajaran.....	106
7.3.2.1. Pelatihan.....	106
7.3.2.2. Keterlibatan Pegawai.....	108
7.3.2.3. Kepuasan Pegawai.....	109
7.3.3. Perspektif Pelanggan (Pasien).....	110
7.3.3.1. Pertumbuhan Jumlah Pasien.....	110
7.3.3.2. Kepuasan Pasien.....	111
7.3.4. Perspektif Finansial.....	112
7.3.4.1. Pertumbuhan Pendapatan.....	112
7.3.4.2. Penghematan/ Efisiensi Biaya.....	113
7.4. Skoring Kinerja Program PKRE Terpadu di Klinik "X".....	114
 BAB 8. KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1. Kesimpulan.....	116
8.2. Saran.....	118
 DAFTAR KEPUSTAKAAN.....	121

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Wawancara Mendalam Indikator Keterpaduan dan Keberhasilan Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2008.....	127
Lampiran 2. Pedoman Wawancara Mendalam Bagi Pihak Manajemen dan Petugas Klinik (Perspektif Proses Bisnis Internal dan Perspektif Pertumbuhan/Perkembangan).....	129
Lampiran 3. Kuesioner Survey Tingkat Kepuasan Pasien "Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	132
Lampiran 4. Kuesioner Survey Tingkat Kepuasan Kerja Pegawai Seputar Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	135
Lampiran 5. Hasil Penelitian Kualitatif (Wawancara) Indikator Keterpaduan dan Keberhasilan PKRE Terpadu.....	138
Lampiran 6. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner.....	141
Lampiran 7. Output Analisis Survey Kepuasan Pasien dan Pegawai.....	147

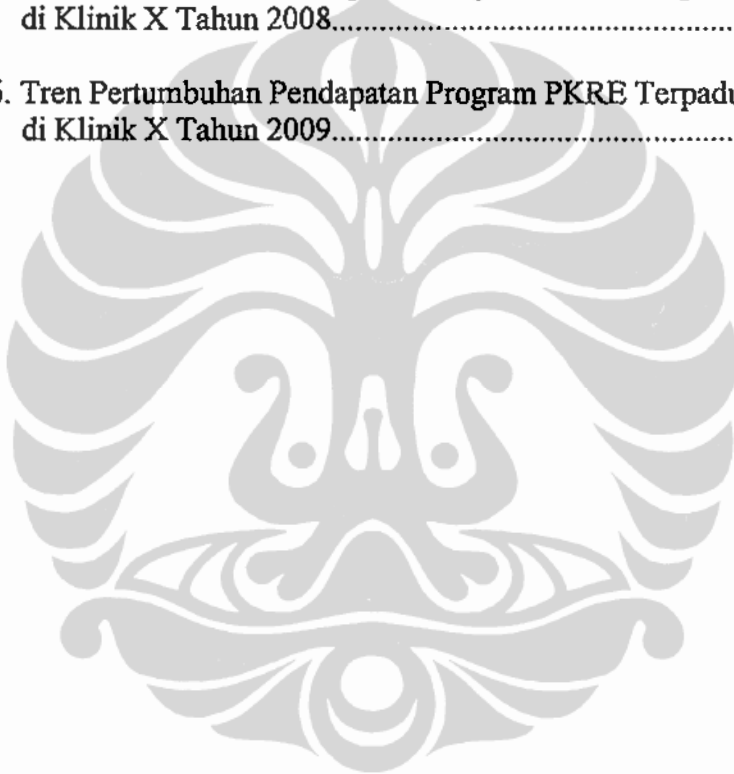
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Komparasi PKRE/PKRK dan PONEK/PONEK.....	16
Tabel 3.1. Sumber Daya Manusia Klinik "X".....	41
Tabel 4.1. Definisi Operasional dan <i>Dummy Table</i> Pengumpulan Data.....	45
Tabel 6.1. Gejala ISR/TMS & Risiko Keganasan Organ Reproduksi Pasien Klinik X Tahun 2008	65
Tabel 6.2. Kasus Konseling Klinik X Tahun 2008.....	66
Tabel 6.3. Jenis ISR/TMS/Keganasan dan Jenis Pemeriksaan laboratorium.....	67
Tabel 6.4. Tingkat Prevalensi (%) ISR/TMS termasuk HIV/AIDS dan tes IVA di Klinik X Tahun 2008.....	67
Tabel 6.5. Daftar Pelatihan untuk Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2008.....	69
Tabel 6.6. Validitas Kuesioner Kepuasan Pegawai.....	73
Tabel 6.7. Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepuasan Pasien.....	77
Tabel 6.8. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Kepuasan Pasien.....	78
Tabel 6.9. Penilaian Harapan terhadap Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	82
Tabel 6.10. Penilaian Kinerja (Kenyataan) Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	84
Tabel 6.11. Tingkat Pencapaian Kinerja terhadap Layanan yang Diharapkan pada Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	86
Tabel 6.12. Distribusi Responden Menurut Tingkat Kepuasan Total terhadap Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	90
Tabel 6.13. Skoring Kinerja Tiap Perspektif <i>Balanced Scorecard</i>	93
Tabel 6.14. Skoring Kinerja Total.....	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Kerja <i>Balanced Scorecard</i> dalam Penerjemahan Strategi ke dalam Strategi Operasional.....	20
Gambar 2.2. <i>Balanced Scorecard</i> dalam Organisasi Publik.....	21
Gambar 2.3. Hubungan Sebab Akibat Antar Ukuran Perspektif Pelanggan.....	30
Gambar 2.4. Diagram Kartesius Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Layanan.....	32
Gambar 2.5. Proses Bisnis Internal Menurut Kaplan & Norton (2000).....	34
Gambar 4.1. Skema Kerangka Konsep Analisis Kinerja Implementasi PKRE Terpadu di Klinik "X" Tahun 2008 dengan Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i>	44
Gambar 6.1. Alur Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2008.....	62
Gambar 6.2. Sensitifitas & Spesifisitas Pemeriksaan Kandidiasis dan Bacterial Vaginosis (BV).....	73
Gambar 6.3. Diagram Kepuasan Pegawai Klinik X terhadap Implementasi PKRE Terpadu.....	74
Gambar 6.4. Tren Jumlah Pasien PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2008.....	75
Gambar 6.5. Tren Persentase Pasien PKRE Terpadu dari Total Pasien Klinik X Tahun 2008.....	75
Gambar 6.6. Tren Jumlah Pasien PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2009.....	76
Gambar 6.7. Tren Persentase Pasien PKRE Terpadu dari Total Pasien Klinik X Tahun 2009.....	76
Gambar 6.8. Kepuasan Pasien terhadap Aspek Tangible.....	79
Gambar 6.9. Kepuasan Pasien terhadap Aspek Reliability.....	79
Gambar 6.10. Kepuasan Pasien terhadap Aspek Responsiveness.....	80
Gambar 6.11. Kepuasan Pasien terhadap Aspek Assurance.....	80

Gambar 6.12. Kepuasan Pasien terhadap Aspek Empathy.....	81
Gambar 6.13. Kepuasan Pasien Total.....	81
Gambar 6.14. Diagram <i>Important Performance Analysis</i> Pencapaian Kinerja terhadap Harapan pada Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X.....	87
Gambar 6.15. Tren Pertumbuhan Pendapatan Program PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2008.....	91
Gambar 6.16. Tren Pertumbuhan Pendapatan Program PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2009.....	91



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam tiap fase kehidupan manusia sejak lahir sampai dengan usia lanjut terdapat banyak sekali potensi masalah kesehatan reproduksi, seperti kejadian komplikasi persalinan, bayi dengan berat badan lahir rendah, imunisasi yang tidak adekuat, akses terhadap alat kontrasepsi, kasus kehamilan tidak diinginkan yang seringkali berujung pada aborsi tidak aman, Infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS) termasuk HIV/AIDS, termasuk ancaman kekerasan khususnya pada perempuan baik berupa perkosaan, kekerasan dalam pacaran maupun kekerasan dalam rumah tangga (YPKP, 2006).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator penting dalam kesehatan reproduksi. WHO mengklasifikasikan AKI sebagai berikut: <15, 15-199, 200-499, 500-999 dan ≥ 1.000 per 100.000 kelahiran hidup (kh). Berdasarkan statistik WHO 2008, pada tahun 2005 hanya 20% negara ASEAN yang mencapai AKI <15 yakni Brunai Darussalam dan Singapore, yaitu 13 dan 14 per 100.000 kh. Pada tahun yang sama, negara-negara SEARO tidak ada yang mencapai AKI <15, termasuk Indonesia dengan AKI 200-499 per 100.000 kh. Indonesia menduduki ranking ke-12 dari AKI terendah dari 18 negara di ASEAN dan SEARO dengan AKI 420 per 100.000 kh (Depkes RI, 2007).

Sementara data Yanmedik Depkes RI 2007 menyebutkan bahwa AKI pada fasilitas kesehatan (rumah sakit) tahun 2006 mencapai 237 dengan 116.991 kh atau sama dengan 200 per 100.000 kh dan AKI ini dianggap memiliki pengukuran yang lebih baik daripada rasio berbasis komunitas. Selanjutnya, AKI hasil konversi didapat dengan membagi Angka Kematian Maternal dengan fertilitas umum (*general fertility rate*) 0,078 untuk periode yang sama dimana disoroti risiko obstetrik dari kehamilan dan persalinan. Dengan prosedur estimasi langsung tersebut AKI diperkirakan 228 per 100.000 kh untuk periode 2004-2007. Meskipun masih tinggi, dari data tersebut tampak ada penurunan dari data SDKI

1990-1994 (390), SDKI 1997 yang tidak dipublikasi untuk tahun 1993-1997 (334), maupun data SDKI 2002-2003 (307) (BPS & Macro Internasional, 2007).

Selain itu berdasarkan *World Population Data Statistic 2007* UNAIDS, Angka Kematian Bayi (AKB) di negara-negara ASEAN dan SEARO mencapai rentang 2,6-98 per 1.000 kh dan Indonesia memiliki AKB 35 per 1.000 kh, yaitu ranking 10 dari 18 negara (Depkes RI, 2007). Sementara dari laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia tahun 2007 perihal cakupan yankes bagi Ibu dan anak menunjukkan bahwa persentase nasional berat badan bayi rendah/BBLR (<2500 gram) adalah 11,5% dan terdapat 16 propinsi di Indonesia yang memiliki persentase BBLR di atas persentase nasional. (Balitbangkes Depkes RI, 2008).

Ukuran lainnya tampak dari besaran masalah kejadian kehamilan tidak diinginkan sering kali berujung pada aborsi tidak aman. Penelitian Utomo, dkk (2001) memperkirakan 2,3 juta aborsi terjadi setiap tahun di Indonesia. Dan penelitian Widyantoro, dkk (2003) menunjukkan bahwa 87% pencari layanan aborsi ternyata adalah ibu rumah tangga. Sementara jika dilihat dari segi program keluarga berencana, pemakaian suatu alat/cara KB oleh wanita berstatus kawin baru mencapai 61% menurut SDKI 2007 disertai perubahan penggunaan alat/cara KB, misalnya pemakaian IUD yang mengalami penurunan dari 13% pada tahun 1991 menjadi 5%, di sisi lain KB suntik mengalami peningkatan signifikan dari 12% tahun 1991 menjadi 32% tahun 2007. (BPS & Macro Internasional, 2007).

Di sisi lain, masalah juga terlihat dari potret pelayanan kesehatan yang sejauh ini belum juga cukup responsif terhadap kebutuhan remaja sehingga remaja menjadi kelompok yang sangat rentan. Pengetahuan remaja mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi secara umum sangat rendah. Pada umumnya mereka tidak tahu kemana harus bertanya, sementara orang tua seringkali menutup diri karena menganggap seksualitas sebagai hal yang masih tabu dibicarakan pada mereka. Ketertutupan terhadap akses informasi yang benar memunculkan mitos-mitos yang dapat berdampak negatif terhadap perkembangan remaja dan kehidupan seksualnya kelak (Mohamad, 2009). Menguatkan akan hal ini, data Survey Kesehatan Reproduksi Indonesia tahun 2007 mengenai kepada siapa remaja membahas masalah haid sebelum mereka haid pertama, ternyata 50%

menjawab dengan teman, 37% dengan ibu, 15% dengan saudara kandung dan 30% tidak membahas dengan siapa-siapa. Demikian pula saat ditanya tentang risiko kehamilan, apakah perempuan dapat hamil dengan satu kali hubungan seksual, 55% perempuan dan 52% laki-laki yang menjawab dengan benar. (BPS & Macro Internasional, 2007).

Masalah lain yang tak kalah penting dicermati, saat ini petugas kesehatan belum kunjung memberi perhatian pada masalah Infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS). Hingga kini sistem pencatatan dan pelaporan kunjungan berobat di sarana pelayanan kesehatan dasar di Indonesia tidak dapat dijadikan acuan untuk menentukan besaran masalah ISR/IMS. Sebuah studi literatur tahun 1990-2000 menemukan angka prevalensi ISR pada kelompok perilaku risiko rendah (populasi umum) cukup tinggi. Dari seluruh jenis ISR (Kandiasiasis, Vaginosis Bakterial, Trikomoniasis, Gonore, Klamidia, Sifilis, HIV/AIDS, HPV, Herpes Genital dan Ulkus Mole), prevalensi Kandidiasis dan Vaginosis Bakterial menempati urutan pertama (0-57,4%) dan kedua (9,9-43%), sedangkan Klamidia (3,6-12%) dan Trikomoniasis (1,2-15,1%) merupakan dua jenis IMS yang cukup banyak diderita (Qomariah, 2001).

Mengenai hal ini, Moodley (2002) mengatakan bahwa infeksi menular seksual tidak hanya dijumpai pada mereka yang mempunyai perilaku seksual berisiko seperti pekerja seks komersial (PSK), waria, pemakai jasa PSK, atau homoseks. Namun juga pada populasi yang lebih luas, remaja dan wanita menikah usia reproduktif. Beberapa faktor yang mempengaruhi peningkatan IMS tersebut adalah ledakan jumlah penduduk, mobilitas masyarakat yang bertambah, perubahan sikap dan tindakan terutama dalam bidang agama dan moral, resistensi kuman terhadap antibiotik, fasilitas kesehatan yang kurang memadai, dan banyaknya kasus asimtomatik.

Melengkapi gambaran situasi kesehatan reproduksi Indonesia, angka estimasi jumlah orang terinfeksi HIV AIDS sampai dengan pertengahan 2008 disebutkan mencapai 170.000 orang. Dan menurut laporan rutin Depkes RI tahun 2007, meskipun bukan negara dengan kasus HIV/AIDS paling tinggi, ternyata Indonesia merupakan negara dengan tingkat penyebaran tercepat di Asia, dengan

kondisi cakupan layanan konseling, testing dan pengobatan yang masih sangat kurang memadai (Djauzi, 2009).

Sejak konferensi internasional di Nairobi Kenya tahun 1987, masalah kematian ibu yang terkait kehamilan mulai mengemuka sebagai sebuah persoalan dunia. Setelah itu, menyusul beragam kesepakatan tingkat internasional maupun internasional lain, seperti *World Summit for Children* di New York tahun 1990, *Womens's conference* di Beijing tahun 1995, dll sampai dengan munculnya kesepakatan *Millenium Development Goals* tahun 2000 (Saifudin, 2002). Beragam komitmen global pada mulanya lebih banyak menyoroti masalah kematian ibu dan bayi. Namun dewasa ini berbagai masalah dalam ruang lingkup kespro lainnya seperti masalah infeksi saluran reproduksi dan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS, masalah kesehatan reproduksi remaja dll pun mulai dianggap prioritas sejak diangkatnya isu-isu tersebut dalam *International Conference on Population and Development (ICPD)* tahun 1994 di Kairo.

Pada ICPD 1994 di Kairo terdapat suatu komitmen penting terkait kesehatan reproduksi, yakni perubahan paradigma kependudukan dari pengendalian jumlah penduduk dan penurunan fertilitas kepada pemenuhan pelayanan kesehatan hak reproduksi individu. Selanjutnya secara strategis konferensi ini merekomendasikan perlunya akses pelayanan kesehatan reproduksi esensial pada tingkat pelayanan kesehatan dasar. Dua tahun setelah konferensi tersebut, Indonesia mengadakan lokakarya nasional kesehatan reproduksi yang akhirnya menyepakati empat komponen sebagai pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PKRE) Terpadu di Indonesia, yaitu Keluarga Berencana (KB), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi/ Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS) termasuk HIV/AIDS (Depkes RI, dll, 2005).

Menurut Kartono (2008), esensial berarti hal-hal yang minimal harus ada, dapat juga diartikan yang paling dasar dan didahulukan sehingga dalam konteks Indonesia idealnya terselenggara pada pelayanan puskesmas. Sementara keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi esensial ini terwujud dengan adanya sebuah *one stop services* dimana dalam satu kali kunjungan memungkinkan klien mendapat semua jenis layanan (Depkes RI & UNFPA, 2005).

Program PKRE Terpadu pada prinsipnya bukan berarti menciptakan suatu pelayanan baru yang berdiri sendiri melainkan merupakan kombinasi berbagai pelayanan agar sasaran memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas termasuk aspek komunikasi, informasi dan edukasi. (Depkes RI, dll, 2005). Lebih lanjut, dengan konsep terpadu program PKRE diharapkan dapat memberi solusi mengurangi duplikasi kebutuhan petugas, training, alat dan dana, mengingat adanya keterbatasan sumber daya sehingga konsep keterpaduan ini diyakini dapat mengurangi "*miss-opportunity*" terhadap layanan ISR/TMS, memiliki pendekatan holistik baik fisik maupun psikis, dapat memberdayakan klien dengan informasi lengkap, lebih *cost-efficient* serta terdokumentasi dengan baik (PKR FKUI, 2009).

Pada tahun 2005 Depkes RI menetapkan implementasi PKRE Terpadu di tingkat pelayanan kesehatan dasar sebagai strategi nasional kesehatan reproduksi di Indonesia yang dengan konsep integrasinya dianggap dapat menghemat sumber daya, memberi pelayanan berkualitas dan dapat memenuhi hak-hak kesehatan reproduksi perorangan. Namun demikian, sampai saat ini baru 6,1% puskesmas yang melaksanakan PKRE Terpadu, termasuk empat provinsi binaan UNFPA (PKR FKUI, 2009). Dan hasil review UNFPA pada pertengahan tahun menyebutkan bahwa sejauh ini tantangan utama yang dialami dalam upaya implementasi PKRE Terpadu adalah tidak adanya pedoman yang jelas yang mampu menggambarkan apa saja yang menjadi indikator kunci penerapan model terpadu ini maupun indikator keberhasilan (kinerja)nya. (Sulistomo, 2008).

Secara umum, indikator adalah suatu ukuran yang menjadi patokan atas pencapaian sasaran atau tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Dalam konteks implementasi PKRE, diperlukan adanya indikator keterpaduan sebagai suatu patokan yang menggambarkan bagaimana konsep layanan terpadu diwujudkan. Sementara indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan atau kualitatif yang perlu dihitung sebagai dasar menilai apakah program menunjukkan kemajuan akan pencapaian tujuan (Ilyas, 2002). Tanpa adanya indikator kinerja yang jelas, sulit bagi kita mengetahui apakah suatu konsep telah telaksana dengan benar dan berhasil, demikian pula bagi implementasi PKRE.

Fakta lapangan sejauh ini contohnya, puskesmas di beberapa wilayah yang telah disebut Depkes sebagai puskesmas PKRE dianggap telah melakukan integrasi pelayanan ISR/IMS, namun pada kenyataannya baru sekedar melakukan skrining sifilis bagi ibu hamil saja (PKR FKUI, 2009). Setelah dikonfirmasi lebih jauh pun, skrining sifilis ini tersedia memang karena sedang adanya program skrining sifilis tersendiri sehingga tidak murni dalam rangka mengeksplorasi potensi besar puskesmas untuk mewujudkan konsep PKRE Terpadu. Padahal seperti disinggung Djajadilaga, dkk (2007) misalnya, dengan ketersediaan mikroskop sederhana di setiap puskesmas sebenarnya sudah bisa mendeteksi dan mengobati beberapa jenis infeksi saluran reproduksi pada tingkat layanan dasar. Sayangnya, faktor sosial budaya, kendala keterampilan serta kualitas pelayanan KIA dan KB dalam mendeteksi ISR menyebabkan masih tingginya kejadian ISR yang tidak tuntas terobati yang berlanjut ke tahap komplikasi.

Sementara itu, implementasi PKRE Terpadu juga telah diujicobakan pada empat klinik swasta di Batam, Surabaya, Lombok dan Jambi bekerjasama dengan LSM setempat sejak tahun 2002 sampai dengan 2006 atas bantuan Ford Foundation, yang hasilnya cukup mampu menggambarkan pola keterpaduan pelayanan khususnya integrasi konseling dan deteksi ISR/IMS ke dalam pelayanan KB dan KIA yang sudah terlebih dahulu eksis namun masih dalam lingkup layanan yang sederhana. (YMI, 2007)

Selanjutnya Ford Foundation mendukung upaya implementasi PKRE Terpadu yang lebih ideal dalam menggambarkan keterpaduan layanan di klinik "X" pada sepanjang tahun 2008. Klinik "X" merupakan sebuah unit di bawah naungan departemen obstetri dan ginekologi sebuah fakultas kedokteran negeri yang sejak didirikan bergerak di bidang kesehatan reproduksi, dikenal sebagai klinik KB. Sebagai bagian dari rumah sakit pendidikan, klinik "X" sejak tiga dekade lalu telah menjadi tempat penelitian dan pendidikan bagi mahasiswa kedokteran, calon dokter spesialis, calon bidan juga dokter-dokter dari berbagai propinsi di Indonesia. Selain itu, statusnya sebagai institusi pelayanan pemerintah bagi kelompok menengah kebawah yang sekaligus menjadi tempat rujukan nasional membuat klinik ini dianggap sangat strategis menjadi tempat *pilot project* model PKRE Terpadu (Herdayati, 2009).

Oleh karena gambaran utuh mengenai pengalaman PKRE Terpadu di klinik "X" ini akan begitu berharga sebagai suatu potret percontohan implementasi yang dapat menjadi bahan pembelajaran sangat penting bagi banyak pihak terkait. Secara lebih khusus, evaluasi yang komprehensif terhadap implementasi PKRE Terpadu ini juga sangat perlu dilakukan sebagai masukan pengembangan PKRE bagi klinik "X" sendiri, mengingat sejauh ini evaluasi terhadap program belum dikelola dengan baik oleh pihak manajemen klinik.

Terkait hal ini, salah satu *tool* yang dapat digunakan dalam evaluasi kinerja adalah kerangka *balanced scorecard* (BSC) yang diperkenalkan Kaplan dan Norton (2000), yaitu sebuah kerangka penilaian kinerja kontemporer yang komprehensif dan sistematis, bagi keberhasilan jangka pendek sekaligus jangka panjang. Walaupun bermula dari pemikiran bisnis, *balanced scorecard* dapat diterapkan pula pada institusi pemerintah. *Balanced scorecard* menerjemahkan suatu visi/strategi organisasi ke dalam indikator kinerja finansial dan nonfinansial yang seimbang melalui pendekatan empat perspektif yaitu perspektif finansial, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Lebih jauh *tool* evaluasi program PKRE Terpadu berbasis kerangka *balanced scorecard* di klinik "X" ini dapat dikembangkan menjadi suatu *software* aplikasi komputer yang sederhana sehingga dapat digunakan sebagai bagian dari sistem informasi eksekutif (*executive information system/EIS*). EIS merupakan suatu sistem yang menyediakan informasi bagi pihak manajemen mengenai kinerja keseluruhan perusahaan yang dapat mudah diperoleh dengan bantuan perangkat komputer (McLeod, 1996). Meskipun konsep sistem informasi eksekutif berbasis komputer ini relatif baru, namun kini banyak perusahaan yang maju tengah berlomba-lomba menerapkan sistem ini, tak terkecuali bagi institusi di bidang kesehatan.

1.2. Perumusan Masalah

Sejak PKRE Terpadu ditetapkan sebagai strategi andalan nasional bidang kesehatan reproduksi tahun 2005, model pelayanan ini baru sedikit sekali diterapkan di Indonesia dan belum memiliki indikator keterpaduan layanan

maupun indikator keberhasilan kinerja yang jelas dalam proses implementasinya. Dalam hal ini, salah satu institusi pelayanan kesehatan yang telah mampu mewujudkan konsep PKRE Terpadu dalam berbagai bentuk inovasi dan pendekatan layanan baru yaitu klinik "X". Namun demikian belum ada informasi yang memadai mengenai indikator keterpaduan maupun indikator keberhasilan implementasi model PKRE Terpadu yang diterapkan di klinik "X". Tak kalah penting, penilaian yang komprehensif terhadap kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" termasuk dengan pendekatan perspektif kerangka *balanced scorecard* yang seimbang pun belum pernah dilaksanakan. Dengan demikian, perumusan masalah penelitian ini adalah: "Belum diketahuinya indikator keterpaduan maupun indikator keberhasilan implementasi model PKRE Terpadu di klinik "X" serta gambaran kinerjanya ditinjau dari empat perspektif kerangka *balanced scorecard*".

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian yang diajukan adalah "Apakah indikator keterpaduan dan indikator keberhasilan implementasi model PKRE Terpadu di klinik "X" serta bagaimanakah gambaran kinerjanya ditinjau dari empat perspektif kerangka *balanced scorecard*?"

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Diketahuinya indikator keterpaduan dan indikator keberhasilan implementasi model PKRE Terpadu di klinik "X" serta gambaran kinerjanya ditinjau dari empat perspektif kerangka *balanced scorecard*"

Tujuan Khusus

1. Diketahuinya indikator keterpaduan implementasi model PKRE Terpadu di klinik "X".
2. Diketahuinya indikator keberhasilan implementasi model PKRE Terpadu di klinik "X".

3. Diperolehnya gambaran kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" dari perspektif proses bisnis internal.
4. Diperolehnya gambaran kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran.
5. Diperolehnya gambaran kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" dari perspektif pelanggan.
6. Diperolehnya gambaran kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" dari perspektif finansial.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis: penelitian ini merupakan aplikasi atas teori *balanced scorecard* yang dikembangkan Norton dan Kaplan, yang coba diterapkan dalam organisasi publik di bidang kesehatan. Selain itu, dari penelitian ini telah ditemukan indikator keterpaduan dan keberhasilan implementasi PKRE Terpadu yang didapat dari penggalan lapangan langsung sehingga tidak hanya terpaku pada literatur yang ada.
2. Manfaat Metodologis: penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian yang lebih baik yang jarang digunakan sebelumnya yaitu dengan melakukan studi kualitatif dahulu pada tahap awal penelitian untuk mengeksplorasi konsep dan mengembangkan indikator, kemudian mencoba melakukan pendekatan kuantitatif pada tahap berikutnya.
3. Manfaat Aplikatif: penelitian ini menawarkan alternatif metode evaluasi yang komprehensif dengan pendekatan kerangka *balanced scorecard* untuk perbaikan implementasi PKRE Terpadu bagi klinik "X", bahkan mencoba mengembangkan *tool* evaluasi berbasis aplikasi komputer sederhana yang dapat digunakan secara periodik. Selain itu penelitian ini juga dapat menjadi materi pembelajaran penting untuk keperluan replikasi program di institusi lain, serta dapat sebagai masukan pengembangan kebijakan dan strategi PKRE Terpadu nasional bagi Depkes RI sesuai fungsinya di era desentralisasi.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menggali indikator keterpaduan dan indikator keberhasilan proses implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" serta gambaran kinerjanya ditinjau dengan pendekatan *balanced scorecard* (meliputi perspektif proses bisnis internal, pertumbuhan dan pembelajaran, pelanggan, dan finansial) mengingat konsep PKRE Terpadu ini telah dipilih sebagai strategi nasional bidang kesehatan reproduksi di Indonesia sehingga diperlukan evaluasi yang komprehensif khususnya sebagai umpan balik bagi klinik "X", untuk keperluan replikasi program serta bagi pengembangan kebijakan secara lebih luas.

Penelitian ini terdiri dari beberapa tahap. Tahap pertama merupakan studi kualitatif untuk menggali indikator keterpaduan dan indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu di klinik "X". Selanjutnya indikator tersebut akan dikategorikan kedalam empat perspektif *balanced scorecard* untuk kemudian berupaya diukur secara kuantitatif. Adapun pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara dan observasi kepada pihak pengelola program, petugas operasional maupun pasien klinik. Sementara data sekunder didapat dari telaah dokumen. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan November 2009.

Pada tahap akhir penelitian dilakukan skoring pencapaian kinerja untuk setiap perspektif *balanced scorecard* berdasarkan *key performance indicator* yang telah dikembangkan, berikut skoring kinerja total programnya sehingga dapat disimpulkan apakah kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik X tahun 2008 dinilai kurang, cukup atau baik. Sebagai tambahan, *tool* evaluasi program PKRE Terpadu berbasis *balanced scorecard* ini kemudian diformat dalam kemasan *software* aplikasi komputer sederhana sehingga dapat digunakan sebagai sumber informasi yang mudah diperoleh pihak manajemen serta dapat digunakan secara periodik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Prinsip-Prinsip Dasar Kesehatan Reproduksi

2.1.1. Definisi dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Secara internasional dalam ICPD Kairo tahun 1994, definisi Kesehatan Reproduksi disepakati sebagai suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, yang tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Ruang lingkup kesehatan reproduksi sebenarnya sangat luas, sesuai dengan definisi yang tertera di atas, karena mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir hingga mati (YPKP, 2006)

Dalam uraian tentang ruang lingkup kesehatan reproduksi yang lebih rinci digunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*), yaitu dikenal dengan lima tahap, yaitu: 1.Konsepsi. 2.Bayi dan anak, 3.Remaja, 4.Usia subur, 5.Usia lanjut. Dengan pendekatan siklus ini diharapkan akan diperoleh komponen pelayanan yang nyata dan dapat dilaksanakan (Depkes RI & UNFPA, 2005).

2.1.2. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Konferensi Internasional Pembangunan dan Kependudukan (ICPD) tahun 1994 di Kairo menyepakati komitmen penting bidang kesehatan reproduksi, yaitu perubahan paradigma kependudukan dari pengendalian jumlah penduduk dan penurunan fertilitas kepada pemenuhan hak reproduksi individu. Kesepakatan ini dipertegas dengan komitmen pada Konferensi Perempuan Sedunia ke-empat di Beijing, Cina 1995, ICPD +5 di Haque 1999 dan Beijing +5 di New York 2000, bahwa hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia, dimana perempuan diakui memiliki empat macam hak kesehatan reproduksi dasar, yaitu:

1. Hak untuk mendapatkan standar tertinggi kesehatan reproduksi dan seksual;
2. Hak untuk membuat keputusan yang berkenaan dengan kebebasan reproduksi yang bebas dari paksaan, diskriminasi, dan kekerasan;

3. Hak untuk bebas memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak-anak serta hak untuk memperoleh informasi sekaligus sarananya;
 4. Hak untuk mendapatkan kepuasan dan keamanan hubungan seks.
- (YPKP, 2006)

Dalam penjelasan mengenai kebijakan umum kesehatan reproduksi di Indonesia, Depkes RI, dll (2005) memaparkan bahwa secara praktis hak reproduksi dapat dijabarkan antara lain sebagai berikut:

1. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang baik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
2. Perempuan dan laki-laki, sebagai pasangan maupun individu, berhak memperoleh informasi yang lengkap tentang seksualitas, kesehatan reproduksi, dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
3. Adanya hak untuk memperoleh pelayanan KB yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tak melawan hukum.
4. Perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan serta memperoleh bayi yang sehat.
5. Hubungan suami isteri didasari penghargaan terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman dan kekerasan.
6. Para remaja, laki-laki dan perempuan berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi remaja sehingga dapat berperilaku sehat dan menjalani kehidupan seksual yang bertanggungjawab.
7. Laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi yang mudah diperoleh, lengkap dan akurat mengenai infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.

Dipenuhi atau tidak terpenuhinya hak reproduksi ini akan tergambarkan dalam derajat kesehatan reproduksi masyarakat. Untuk Indonesia saat ini, derajat kesehatan reproduksi masih rendah, antara lain ditunjukkan oleh angka kematian ibu yang masih sangat tinggi, banyaknya ibu hamil yang mempunyai keadaan "4 Terlalu" (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak anak dan terlalu dekat jarak anak kelahiran), atau banyak yang mempunyai masalah kesehatan dan kurang energi kronis sehingga memperburuk derajat kesehatan reproduksi masyarakat. Selain itu, perempuan juga kurang terlindung terhadap penularan infeksi menular seksual. Sementara laki-laki kurang paham terhadap upaya pencegahan dan penularan yang dapat berakibat buruk terhadap kesehatan reproduksi laki-laki dan perempuan serta kesehatan keturunannya. (Depkes RI, dll, 2005).

2.2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) Terpadu

Gagasan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebenarnya merupakan kristalisasi dan keterpaduan program kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan keluarga berencana yang sejak lahir tahun 80-an sudah melaksanakan gerakan *Safe Motherhood*. Namun paradigma baru yang ditampilkan konsep kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sejak konferensi Kairo adalah perlunya keterpaduan tidak hanya KIA dan KB, tetapi juga komitmen program lain dalam konteks pelayanan kesehatan dasar, misalnya program penanggulangan infeksi menular seksual (IMS), peningkatan peran laki-laki dalam program KIA serta penanganan program/upaya yang lebih keulu seperti kesehatan reproduksi remaja (Depkes RI dll, 2005).

Untuk itu pada Konferensi Internasional Pembangunan dan Kependudukan (ICPD) tahun 1994 hingga pertemuan ICPD +10 pada tahun 2004, secara strategis mempertahankan rekomendasi adanya akses pelayanan kesehatan reproduksi esensial pada tingkat pelayanan kesehatan dasar. Pendekatan multisektoral melalui pelaksanaan program terpadu ini agar lebih menjamin tercapainya tujuan utama kesehatan reproduksi dan hak-hak kesehatan reproduksi yaitu promosi hak-hak reproduksi dalam rangka memperoleh derajat kesehatan reproduksi yang memadai (Depkes RI & UNFPA, 2005).

Menindaklanjuti rekomendasi tersebut, melalui lokakarya nasional pada tahun 1996, Depkes RI bersama seluruh jejaring kesehatan reproduksi terkait menyepakati bahwa untuk konteks Indonesia ditetapkan lima komponen kesehatan reproduksi prioritas yang meliputi:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Keluarga berencana.
3. Kesehatan reproduksi remaja.
4. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi dan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.
5. Kesehatan reproduksi usia lanjut

Lebih jauh mengenai kebijakan mengenai kebijakan kesehatan reproduksi, Depkes RI, dll (2005) menerangkan bahwa pelayanan yang mencakup empat komponen prioritas teratas disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), sementara jika keempat komponen tersebut ditambah dengan layanan kesehatan reproduksi usia lanjut, maka disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). Selanjutnya, karena terdiri di atas beberapa komponen maka pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan agar dapat diberikan secara terpadu, berkualitas dan memperhatikan hak reproduksi perorangan. Namun program PKRE maupun PKRK bukanlah suatu pelayanan yang baru maupun berdiri sendiri melainkan merupakan kombinasi berbagai pelayanan agar sasaran memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas termasuk aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE).

Hingga saat ini belum ada bentuk yang benar-benar nyata mengenai implementasi keterpaduan layanan ini, walaupun beberapa ujicoba telah dilakukan di beberapa puskesmas di Indonesia (PKR FKUI, 2009). Sulistomo (2008) menyatakan bahwa hasil review UNFPA pada pertengahan tahun 2008 pun menyebutkan bahwa kendala utama implementasi konsep PKRE Terpadu adalah belum adanya suatu indikator manajemen keterpaduan layanan. Depkes hanya menetapkan 17 indikator cakupan kesehatan reproduksi secara umum yang diadopsi dari standar WHO sebagai berikut:

1. Jumlah ibu mati saat melahirkan
2. Jumlah bayi mati sebelum berusia 1 tahun

3. Cakupan pelayanan antenatal
 4. Cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan
 5. Penanganan komplikasi / kasus obstetri
 6. Cakupan pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir
 7. Prevelensi anemia pada ibu hamil
 8. Prevelensi BBLR
 9. Cakupan pelayanan KB moderen pada PUS26
 10. Cakupan pelayanan KB untuk lelaki
 11. Prevalensi kehamilan dengan "4 terlalu"
 12. Penurunan kejadian komplikasi pelayanan KB
 13. Penurunan angka drop-out KB
 14. Prevalensi gonorrhea dalam kelompok risiko tinggi
 15. Prevalensi angka HIV dalam kelompok risiko tinggi
 16. Prevalensi anemia pada remaja
 17. Cakupan pelayanan kesehatan reproduksi remaja
- (Depkes RI, 2005)

Konsep implementasi PKRE Terpadu merupakan strategi yang diharapkan mampu mendorong pencapaian beberapa indikator yang tercakup dalam komponen-komponen pelayanan kespro esensial secara sinergis dan efisien. Meskipun merupakan kebijakan baru, strategi PKRE Terpadu tidak berarti menggeser program yang telah lebih dulu ada seperti program Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) yang dicanangkan pemerintah sebagai salah satu tindak lanjut dari hasil kesepakatan Konferensi *Safe Motherhood* tahun 1987 di Nairobi mengenai masalah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan. Secara lebih jelas, perbedaan antara PKRE/PKRK dan PONED/PONEK dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1. Komparasi PKRE/PKRK dan PONEB/PONEK

	PKRE / PKRK	PONEB / PONEK
Nama Program	<ul style="list-style-type: none"> • PKRE: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial • PKRK: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif 	<ul style="list-style-type: none"> • PONEB: Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar • PONEK: Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif
Fokus Kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> • PKRE: Melakukan kombinasi beberapa layanan (dari komponen KIA, KB, Penanggulangan ISR/IMS & KRR) yang ditawarkan secara terintegrasi dalam bentuk <i>one-stop service</i>, diarahkan dapat diterapkan mulai dari tingkat layanan kesehatan dasar. • PKRK: Layanan PKRE ditambah komponen kespro usia lanjut. 	<ul style="list-style-type: none"> • PONEB: Menyelamatkan kasus kegawatdaruratan obstetri & neonatal di tingkat Puskesmas. • PONEK: Layanan PONEB ditambah layanan transfusi darah+bedah sesar & perawatan neonatal intensif, pada tingkat RS kab/kota.
Ruang Lingkup Layanan	<ul style="list-style-type: none"> • Layanan Kesehatan Ibu & Anak (KIA) • Layanan Keluarga Berencana (KB) • Penanggulangan ISR/IMS termasuk HIV/AIDS • Layanan Kesehatan Reproduksi Remaja • Layanan kespro Usia Lanjut (Usila) 	<ul style="list-style-type: none"> • Layanan Kesehatan Ibu & Anak (KIA)
Sasaran Program	<p>Perempuan maupun laki-laki seluruh level umur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anak baru lahir • remaja • usia reproduktif • ibu hamil/bersalin/nifas • usia lanjut 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas • anak baru lahir

*Dari berbagai sumber

2.3. Penilaian Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya individu maupun kelompok kerja dalam suatu organisasi baik secara kuantitas maupun kualitas, yang tidak hanya terbatas pada pemangku jabatan fungsional maupun struktural, melainkan pada seluruh personel organisasi (Ilyas, 2002). Lebih lanjut Ilyas menyebutkan bahwa kinerja menyangkut tiga komponen penting yaitu: tujuan, ukuran/indikator dan penilaian. Tujuan akan memberi arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi. Selanjutnya indikator kinerja merupakan ukuran kuantitatif dan atau kualitatif tertentu sebagai patokan apakah seorang personel telah mencapai tingkat kinerja tertentu sesuai tujuan yang ditetapkan organisasi. Sementara aspek ketiga adalah penilaian kinerja.

Seperti dikutip Rommel (2006), Nawawi (2003) menjelaskan bahwa penilaian kinerja merupakan suatu proses organisasi melakukan penilaian terhadap pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya. Sementara Mahmudi (2005) dalam Mutaqien (2006) menyatakan bahwa tujuan penilaian kinerja antara lain adalah:

- a. Mengetahui tingkat ketercapaian tujuan organisasi
Penilaian kinerja berfungsi sebagai tonggak yang menunjukkan tingkat ketercapaian tujuan dan menunjukkan organisasi berjalan sesuai arah atau menyimpang dari tujuan yang ditetapkan.
- b. Menyediakan sarana pembelajaran pegawai
Penilaian kinerja merupakan sarana untuk pembelajaran pegawai tentang bagaimana seharusnya, maka bertindak dan memberikan dasar dalam perubahan perilaku, sikap, keterampilan atau pengetahuan kerja yang harus dimiliki pegawai untuk mencapai hasil kerja terbaik. Proses penilaian kinerjanya dilakukan melalui refleksi terhadap kinerja masa lalu, evaluasi kinerja saat ini, identifikasi solusi permasalahan kinerja saat ini dan membuat keputusan untuk perbaikan kinerja yang akan datang.
- c. Memperbaiki kinerja periode-periode berikutnya
Penerapan penilaian kinerja dalam jangka panjang bertujuan untuk membentuk budaya berprestasi di dalam organisasi dengan menciptakan keadaan dimana setiap orang dalam organisasi untuk berprestasi. Kinerja saat

ini harus lebih baik dari kinerja sebelumnya dan kinerja yang akan datang harus lebih baik daripada sekarang.

- d. Memberikan pertimbangan yang sistematis dalam pembuatan keputusan pemberian penghargaan dan hukuman.

Organisasi berkinerja tinggi berusaha menciptakan sistem penghargaan seperti kenaikan gaji/tunjangan, promosi atau hukuman seperti penundaan promosi atau teguran, yang memiliki hubungan yang jelas dengan pengetahuan, keterampilan dan kontribusi individu terhadap kinerja organisasi.

- e. Memotivasi pegawai.

Dengan adanya penilaian kinerja yang dihubungkan dengan manajemen kompensasi, maka pegawai yang berkinerja tinggi atau baik akan memperoleh penghargaan.

- f. Menciptakan akuntabilitas publik.

Penilaian kinerja menunjukkan seberapa besar kinerja manajerial dicapai yang menjadi dasar penilaian akuntabilitas. Kinerja tersebut harus diukur dan dilaporkan dalam bentuk laporan kinerja sebagai bahan mengevaluasi kinerja organisasi dan berguna bagi pihak internal maupun eksternal organisasi.

2.4. Pengukuran Kinerja dengan *Balanced Scorecard*

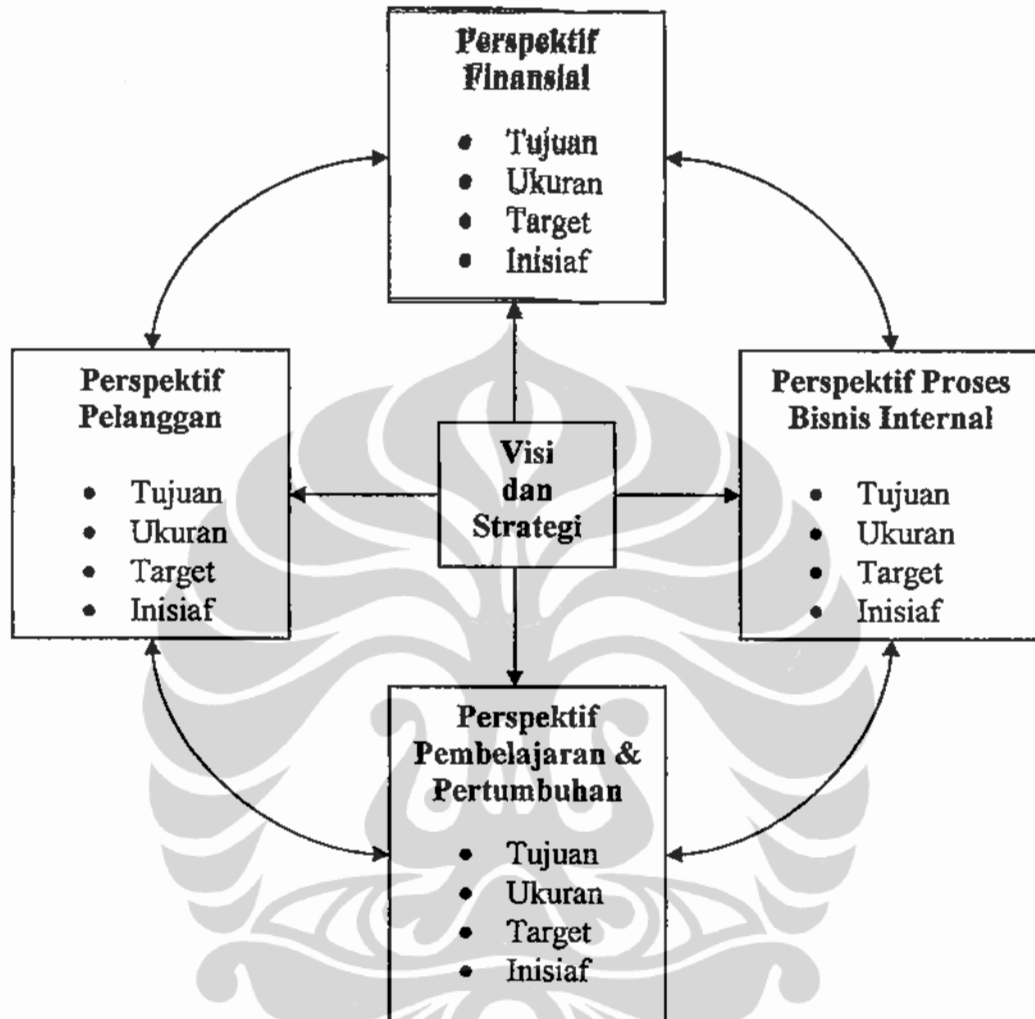
2.4.1. Konsep Dasar *Balanced Scorecard*

Balanced Scorecard merupakan suatu alat manajemen yang dapat membantu organisasi menerjemahkan visi dan strategi ke dalam aksi dengan memanfaatkan sekumpulan indikator finansial dan nonfinansial yang kesemuanya terjalin dalam suatu hubungan sebab akibat. Mulyadi (2001) memaparkan bahwa *Balanced Scorecard* merupakan *contemporary management tool* yang dicetuskan oleh Kaplan dan Norton tahun 1990, yang awalnya digunakan untuk mengatasi problem pengukuran kinerja eksekutif yang berfokus pada aspek keuangan namun kemudian mengalami perkembangan sebagai pendekatan dalam penyusunan rencana strategik organisasi. Lebih jauh Mulyadi menjelaskan bahwa secara konsep, *Balanced Scorecard* terdiri dari dua kata: (1) kartu skor (*scorecard*) dan (2) berimbang (*balanced*). Kartu skor adalah kartu yang digunakan untuk mencatat skor hasil kinerja seseorang. Kartu skor juga dapat digunakan untuk

merencanakan skor yang hendak diwujudkan oleh personel di masa depan. Melalui kartu skor, skor yang hendak diwujudkan oleh personel di masa depan dibandingkan dengan hasil kinerja sesungguhnya. Hasil perbandingan ini digunakan untuk melakukan evaluasi atas kinerja personel yang bersangkutan. Kata berimbang dimaksudkan untuk menunjukkan bahwa kinerja diukur secara berimbang antara keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang, intern dan ekstern.

Balanced Scorecard menerjemahkan misi dan strategi organisasi kedalam sebuah kerangka komprehensif ukuran kinerja dan sistem manajemen. *Balanced Scorecard* mengukur kinerja organisasi empat perspektif yang berimbang: finansial, pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Pada masing-masing perspektif dianalisis dan ditentukan berbagai tujuan, ukuran, target dan inisiatif program strategis yang perlu dilakukan berdasarkan visi dan misi yang telah diformulasikan sebelumnya. (Kaplan dan Norton, 2000).

Gambar 2.1. Kerangka Kerja *Balanced Scorecard* dalam Penerjemahan Strategi ke dalam Strategi Operasional



Sumber: Kaplan dan Norton (2000)

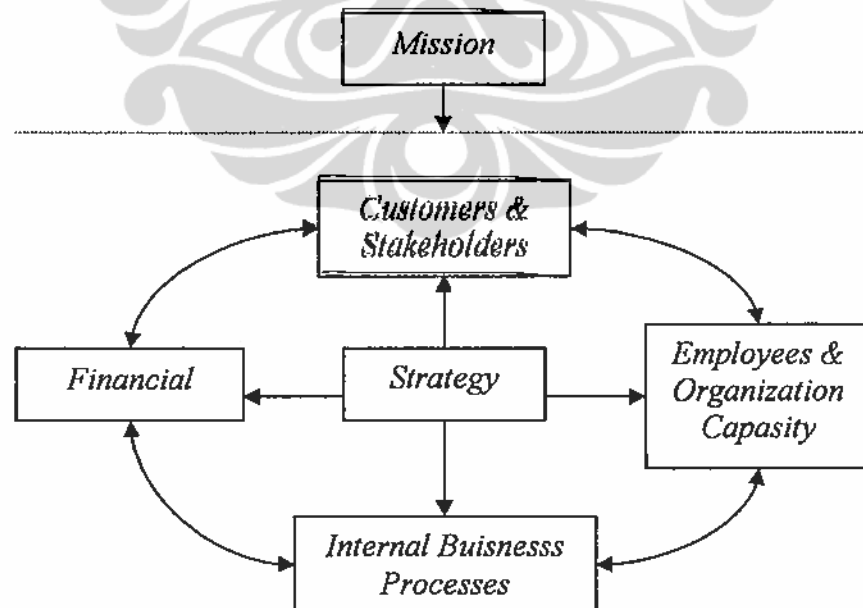
2.4.2. *Balanced Scorecard* pada Organisasi Publik

Dewasa ini, *balanced scorecard* mulai digunakan dalam organisasi publik. Organisasi publik adalah organisasi yang menyediakan jasa pada masyarakat dengan tujuan bukan mencari profit. Ukuran keberhasilan organisasi publik ini dilihat melalui efektifitas dan efisiensi pemberian pelayanan. Meskipun tidak mencari profit, organisasi publik terdiri dari unit-unit yang saling terkait yang mempunyai misi sama yaitu melayani masyarakat. Untuk itu organisasi publik

dapat menggunakan *balanced scorecard* dalam menerjemahkan misi organisasi kedalam serangkaian tindakan untuk melayani masyarakat (Imelda, 2004)

Menurut Niven, Paul (2003) dalam "*Adapting The Balanced Scorecard to Fit The Public and Nonprofit Sectors*", model *balanced scorecard* Kaplan & Norton merupakan suatu kerangka dasar yang belum tentu dapat diberlakukan sama untuk setiap organisasi sehingga suatu organisasi non profit perlu mempertimbangkan modifikasi kerangka *balanced scorecard* yang sesuai dengan situasi dan kebutuhan organisasinya. Rohm (2003) dalam Imelda (2004) menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi pada kerangka *balanced scorecard* pada organisasi publik antara lain: 1) Perubahan *framework* dimana yang menjadi *driver* dalam *balanced scorecard* untuk organisasi publik dalam misi untuk melayani masyarakat 2) perubahan posisi antara perspektif finansial dan perspektif pelanggan 3) perspektif *customer* menjadi perspektif *customers & stakeholders* 4) perubahan perspektif *learning and growth* menjadi perspektif *employess and organization capacity learning*.

Gambar 2.2. *Balanced Scorecard* dalam Organisasi Publik



Sumber: Rohm, 2003 dalam Imelda, 2004

Yang menjadi fokus utama dalam organisasi publik adalah misi organisasi. Secara umum misi suatu organisasi publik adalah melayani dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dari misi tersebut diformulasikan strategi-strategi yang akan dilakukan untuk pencapaian misi tersebut. Strategi tersebut kemudian diterjemahkan ke dalam empat perspektif, yaitu: perspektif *customer & stakeholders*, perspektif *financial*, perspektif *internal business process* dan perspektif *employees & organization capacity*. Perspektif *customers & stakeholders* menggambarkan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Perspektif *financial* mengidentifikasi pemberian pelayanan yang efisien. Perspektif *internal business process* menggambarkan proses-proses penting bagi organisasi untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Perspektif *employees & organization capacity* menggambarkan kompetensi dan kemampuan semua anggota organisasi (Rohm, 2003 dalam Imelda, 2004).

2.4.3. Perspektif Finansial

Dalam perspektif finansial *Balanced Scorecard* ditentukan tujuan, ukuran, target dan inisiatif yang kesemuanya merupakan upaya untuk menjawab pertanyaan: “Untuk berhasil secara finansial, bagaimana seharusnya kita tampil di hadapan pemegang saham kita?” (Kaplan dan Norton, 2000).

Pembentukan sebuah *balanced scorecard* seharusnya akan mendorong unit bisnis untuk mengaitkan tujuan finansial dengan strategi korporasi. Setiap ukuran terpilih pada semua perspektif harus merupakan bagian dari hubungan sebab akibat yang pada akhirnya akan meningkatkan kinerja finansial. Namun demikian sasaran finansial bisa sangat berbeda pada setiap tahap siklus bisnis. Teori strategi bisnis menekankan beberapa strategi yang berbeda yang dapat diikuti oleh pelaku bisnis, mulai dari upaya perluasan pangsa pasar, konsolidasi sampai dengan matinya suatu bisnis. Kaplan dan Norton (1996) mengidentifikasi tiga tahapan siklus bisnis, yaitu:

- a. Tahap bertumbuh atau berkembang (*growth*)
- b. Tahap bertahan (*sustain*) dan
- c. Tahap menuai atau panen (*harvest*)

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

Tahap bertahan (*sustain*) adalah tahap dimana perusahaan masih melakukan investasi dan reinvestasi dengan mensyaratkan tingkat pengendalian yang baik. Dalam tahap ini perusahaan berusaha mempertahankan pangsa pasar yang ada dan mengembangkan apabila mungkin. Sasaran keuangan pada tahap ini diarahkan pada besarnya tingkat pengembalian atas investasi yang dilakukan. Besaran yang lain adalah *Return On Capital Employee (ROCE)*, pendapatan operasi dan margin pendapatan kotor.

Tahap memuai atau panen (*harvest*) adalah tahap dimana perusahaan melakukan panen terhadap investasi mereka. Perusahaan tidak lagi melakukan investasi lebih jauh kecuali hanya untuk memelihara dan memperbaiki fasilitas, tidak untuk melakukan atau membangun suatu kemampuan baru. Jadi sasaran keuangan pada tahap ini ditekankan pada upaya memaksimalkan arus kas masuk perusahaan.

Terdapat tiga tema strategis perspektif finansial yang mendorong penetapan strategi bisnis perusahaan, yaitu:

- a. Bauran dan pertumbuhan pendapatan
- b. Penghematan biaya/peningkatan produktivitas
- c. Pemanfaatan aktiva/strategi investasi

Bauran dan pertumbuhan pendapatan berkenaan dengan berbagai usaha perusahaan untuk memperluas penawaran produk dan jasa menjangkau pelanggan dan pasar baru, merubah bauran produk dan jasa melalui penawaran penambahan nilai yang lebih tinggi. Tujuan penghematan biaya dan peningkatan produktifitas berkenaan dengan upaya untuk menurunkan biaya langsung dari produk dan jasa, mengurangi biaya tidak langsung dan pemanfaatan bersama-sama berbagai sumber daya yang sama dengan unit usaha yang lain. Sedangkan sasaran pemanfaatan aktiva para manajer berusaha untuk mengurangi tingkat modal kerja yang dibutuhkan untuk mendukung volume bisnis tertentu dengan berusaha lebih memanfaatkan aktiva tetap dengan mengarahkan berbagai bisnis baru pada sumber daya perusahaan yang belum digunakan dengan kapasitas penuh dan melepas aktiva yang tidak memberikan pengembalian yang memadai sebesar nilai pasarnya.

Bagi perusahaan nirlaba, perspektif finansial ini mungkin akan memberi batasan bukan tujuan. Perusahaan harus membatasi pengeluaran mereka sesuai dengan jumlah yang dianggarkan. Tetapi keberhasilan organisasi seperti ini tidaklah diukur dengan sebatas bagaimana menjaga pengeluaran sesuai dengan anggaran atau bahkan dengan penghematan yang dapat dilakukan sehingga pengeluaran yang sebenarnya jauh di bawah anggaran, namun sukses organisasi ini seharusnya diukur dari seberapa efektif dan efisien perusahaan memenuhi aturan pokoknya. Pertimbangan finansial memang dapat menjadi pendoron ataupun kendala, tetapi jarang menjadi tujuan utama.

Sementara Mahmudi (2005) dalam Manajemen Kinerja Sektor Publik, sebagaimana dikutip Mutaqien (2006), menyebutkan bahwa perspektif finansial dalam organisasi sektor publik menjelaskan apa yang diharapkan penyedia sumber daya finansial (pembayar pajak atau pengguna layanan publik yang membayar atas jasa yang diterimanya) sehingga organisasi harus berfokus pada sesuatu yang diharapkan mereka, dimana mereka mengharapakan uang yang telah dibayarkan digunakan secara efektif dan efisien. Lebih jauh ia menerangkan bahwa organisasi perlu memikirkan bagaimana meningkatkan pendapatan atau melakukan efisiensi biaya secara berkelanjutan untuk dapat meningkatkan kemandirian fiskal yang dapat digunakan untuk meningkatkan layanan.

Terkait masalah ini, konsep efisiensi biaya perlu dibedakan dengan konsep pengurangan biaya. Pengurangan biaya lebih mudah dilakukan, tetapi sekali biaya dari baguan yang boros dikurangi dengan drastis, maka pengurangan biaya berikutnya semakin sulit. Selain itu, dilihat dari kecenderungannya di masa depan, penggunaan biaya demi memuaskan pasien akan membuat biaya operasional semakin meningkat dan bukan berkurang. Yang perlu adalah mengontrol agar biaya operasional agar berada dalam tingkatan yang wajar. Perkataan efisiensi merujuk pada rasio output dibandingkan input. Usaha efisiensi dimaksudkan untuk meningkatkan produktifitas, yaitu menggunakan input tertentu untuk output yang maksimal. Seringkali meningkatkan produktifitas memerlukan tambahan input atau biaya, namun demikian tetap membandingkan manfaatnya. Oleh karena itu konsep efisiensi biaya mengandung arti usaha secara sadar untuk mengontrol meroketnya biaya pelayanan. (Junadi, 1994 dalam Suhardiningsih, 1996).

Munawir (1995) seperti dikutip Nasution (2002) menjelaskan bahwa dalam mengukur kinerja finansial dapat dilakukan dengan menganalisa laporan keuangan, dan analisa yang sering digunakan adalah analisa perbandingan dan analisis rasio. Analisis perbandingan menggunakan laporan keuangan dua periode atau lebih untuk diperbandingkan. Sedangkan analisis rasio bertujuan mencari keterkaitan antara perkiraan-perkiraan tertentu, baik dari setiap jenis laporan keuangan maupun antar jenis laporan keuangan. Adapun ukuran yang lazim digunakan untuk analisis rasio yaitu: rasio likuiditas (untuk menilai kemampuan rumah sakit memenuhi kewajiban lancarnya), rasio solvabilitas (untuk mengukur seberapa jauh rumah sakit dibiayai oleh pinjaman), rasio rentabilitas (untuk mengukur keefektifan rumah sakit memanfaatkan harta dan sumber daya yang dimilikinya dan profitabilitas/ *performance* (untuk mengukur kemampuan rumah sakit menggunakan asset dari sudut pandang keuangan).

Sementara seperti dikutip Yaniwarti (2002), Gani (1996) menyebutkan bahwa perspektif finansial dapat diukur dengan analisis biaya sebagai dasar untuk meningkatkan penentuan kebijakan tarif, perencanaan anggaran, memonitor dan mengendalikan kegiatan operasional rumah sakit serta untuk menilai kinerja keuangan secara keseluruhan. Dan menurut modul P2KT Depkes RI, salah satu

faktor yang perlu dipertimbangkan dalam penentuan tarif adalah biaya satuan (*unit cost*). Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk satuan produk pelayanan dengan cara membagi Biaya Total (TC) dengan jumlah produksi (Q) atau TC/Q . Biaya satuan dipengaruhi oleh besarnya total biaya serta tingkat penggunaannya (utilisasi).

Mengenai biaya satuan, dikenal istilah biaya satuan aktual dan biaya satuan normatif (Sabarguna, 2007). Biaya satuan aktual (*actual unit cost*) merupakan biaya satuan yang diperoleh dari suatu hasil perhitungan berdasarkan atas pengeluaran nyata untuk menghasilkan produk pada suatu kurun waktu tertentu. Dihitung sebagai total biaya dibagi jumlah output produksi dengan rumus:

$$UCa = TC/Q$$

Dimana

$$UCa = \text{Unit Cost Actual}$$

$$TC = \text{Total Cost}$$

$$Q = \text{Quantity (Jumlah output)}$$

Sementara biaya satuan normatif (*normatif unit cost*) merupakan biaya yang dihitung untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut estándar baku sesuai dengan nilai biaya yang melekat pada unit pelayanan, terlepas apakah pelayanan kesehatan tersebut dipergunakan atau tidak. Biaya ini diperoleh dengan perhitungan berdasarkan atas biaya satuan investasi (yang besarnya ditentukan oleh *total cost* dan kapasitas produksi) dan biaya satuan (yang besarnya ditentukan oleh biaya variabel dan jumlah produksi), atau dengan rumus:

$$UCn = FC/Cap + VC/Q$$

Dimana

$$UCn = \text{Unit Cost Normatif}$$

$$FC = \text{Fixed Cost}$$

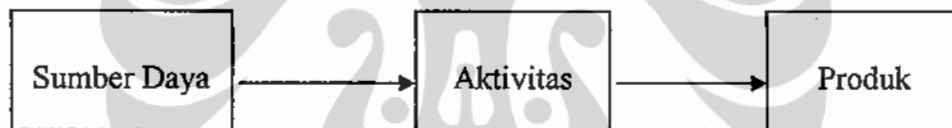
$$Cap = \text{Kapasitas pusat biaya tersebut dalam setahun}$$

$$VC = \text{Variable Cost}$$

$$Q = \text{Jumlah output pusat biaya tersebut dalam setahun}$$

Biaya satuan normatif lebih kecil dari biaya satuan aktual bila utilisasi/output yang dihasilkan lebih kecil dari kapasitas produksi.

Salah satu cara dalam menghitung biaya satuan adalah dengan metode *Activity Based Costing (ABC)*. *Activity Based Costing* adalah mengalokasikan biaya ke transaksi dari aktivitas yang dilaksanakan dalam suatu organisasi dan kemudian biaya tersebut tepat ke produk sesuai dengan pemakaian aktivitas setiap produk (L. Gayle Rayburn). Sedangkan menurut Lane K. Anderson dan Harold M. Sollenbeger dalam bukunya *Managerial Accounting* didefinisikan sebagai berikut: “Suatu sistem akuntansi yang memfokuskan pada aktivitas yang dilakukan untuk memproduksi produk”. Aktivitas menjadi titik kulminasi biaya yang fundamental. Biaya ditelusuri ke aktivitas dan aktivitas ditelusuri ke produk berdasarkan pemakaian aktivitas dari setiap produk. Hubungan untuk mengalokasikan biaya dinyatakan dalam gambar berikut ini:



Manfaat metode ABC ini antara lain:

1. Suatu pengkajian ABC dapat meyakinkan manajemen bahwa untuk mengambil sejumlah langkah untuk menjadi lebih kompetitif. Sebagai hasilnya, untuk dapat berusaha meningkatkan mutu sambil secara simultan memfokuskan pada pengurangan biaya.
2. ABC dapat membantu dalam keputusan manajemen untuk dapat melakukan analisis yang lebih akurat mengenai volume yang diperlukan untuk mencapai impas (*break even*) atas produk yang bervolume rendah (Tunggal AW 2000)

Adapun langkah-langkah metode ABC dimodifikasi sebagai berikut:

- a. Mengelompokkan biaya yang ada di rumah sakit menjadi 2, yaitu:
 1. Biaya Penunjang dengan melakukan penelusuran terhadap pusat biaya (*cost center*) yang relevan. Pada bagian akuntansi biaya ini dinamakan biaya administrasi dan umum.
 2. Biaya Produksi adalah biaya yang digunakan unit produksi atau *revenue center*. Pada bagian akuntansi istilah yang digunakan biaya pelayanan.
- b. Mengalokasikan dan mendistribusi biaya penunjang ke bagian unit produksi atau *revenue center*.
- c. Menghitung biaya produksi unit layanan tertentu yang kemudian dibandingkan dengan biaya langsung yang digunakan oleh unit produksi/pelayanan rumah sakit. Hasil perbandingan adalah proporsi biaya langsung unit layanan tertentu terhadap biaya produksi rumah sakit yang diasumsikan sama dengan proporsi biaya penunjang unit rawat inap terhadap biaya penunjang rumah sakit.
- d. Menghitung biaya total dari unit rawat inap yang terdiri dari:
 1. Biaya investasi adalah biaya yang relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah-jumlah produksi (*output*) antara lain, biaya investasi gedung, peralatan medik dan non medik serta peralatan rumah tangga.
 2. Biaya operasional terdiri dari bahan farmasi, gizi, rumah tangga daya dan jasa serta biaya untuk sumber daya manusia.
 3. Biaya pemeliharaan gedung dan alat.
- e. Menghitung proporsi biaya untuk satu unit layanan sebagai dasar perhitungan distribusi biaya setiap ruangan berdasarkan jumlah dan beban kerja.
- f. Menghitung biaya total dan biaya satuan dengan rumus perhitungan normatif (Sabarguna, 2007).

Analisis biaya dilakukan untuk mendapat informasi mengenai biaya total dan biaya satuan, untuk dibandingkan dengan pendapatan/penerimaan. Perbandingan antara penerimaan dan pengeluaran, menunjukkan tingkat kemampuan suatu pelayanan untuk menutupi biaya produksinya, yang disebut *Cost Recovery Rate (CRR)* (Gani, A & Nadjib, M 1996). Hasil yang diharapkan adalah diketahuinya nilai dalam persen yang menunjukkan kemampuan suatu unit pelayanan untuk menutupi biaya yang dikeluarkannya dengan penerimaan yang

dihasilkan dari pasien. Dimana penerimaan dari pendapatan redistribusi pasien dikalikan jumlah pelayanan dalam satu tahun yang merupakan gambaran total penerimaan (*total revenue*), bila dibandingkan dengan total pengeluaran (*total cost*) berada jauh di bawah pengeluaran maka berada dalam keadaan defisit:

$$\text{CRR} = \text{TR/TC} \times 100\%$$

Dimana

$$\text{TR} = \text{Total Revenue}$$

$$\text{TC} = \text{Total Cost}$$

Analisis lain yang dapat dilakukan adalah analisis titik impas atau "*Break Even Point Analysis*". Sabarguna (2007) menjelaskan bahwa BEP adalah: "keadaan dimana suatu usaha tidak memperoleh laba maupun menderita rugi. Jadi jumlah pendapatan sama dengan biaya yang dikeluarkan" dengan rumus:

$$\text{TR} = \text{TC}$$

$$\text{TR} = \text{TFC} + \text{TVC}$$

$$P \times Q = \text{FC} + Q \times \text{VC}$$

Dimana:

$$\text{TR} = \text{Total Revenue}$$

$$\text{TC} = \text{Total Cost}$$

$$\text{TFC} = \text{Total Fixed Cost (Total Biaya Tetap)}$$

$$\text{TVC} = \text{Total Variable Cost (Total Biaya Variable)}$$

$$P = \text{Price (Tarif)}$$

$$Q = \text{Quantity (Jumlah output)}$$

Gani, A & Nadjib, M (1996) menerangkan bahwa Analisis "*Break Even*", atau yang biasa disebut juga "*Cost Volume Profit Analysis*", biasanya digunakan untuk menilai kelayakan suatu investasi dengan suatu batasan tertentu. Umumnya analisis ini menjawab pertanyaan sebagai berikut:

1. Kalau diketahui volume produk yang akan terjual dan juga diketahui besar biaya yang diperlukan untuk menghasilkan prosuk tersebut, pada tingkat harga berapa akan dicapai titik "*Break Even*" ?
2. Kalau diketahui biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu produk dan juga diketahui tarif yang akan diberlakukan, berapa banyak produk tersebut harus terjual agar mencapai titik "*Break Even*" ?

2.4.4. Perspektif Pelanggan

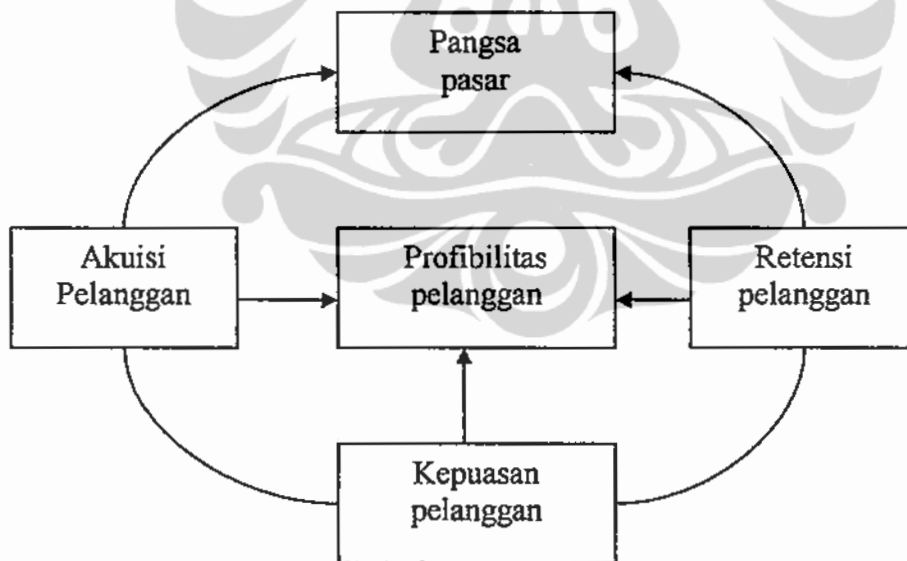
Perspektif pelanggan adalah sekelompok tujuan, ukuran, sasaran dan insiatif yang merupakan upaya untuk menjawab pertanyaan:

"Untuk mewujudkan visi kita, apa yang harus kita perlihatkan kepada para pelanggan kita?" (Kaplan & Norton 2000).

Dengan perspektif pelanggan, perusahaan melakukan identifikasi pelanggan dan segmen pasar yang akan dimasuki. Perspektif pelanggan akan menyelaraskan berbagai ukuran penting seperti kepuasan, loyalitas, retensi, akuisisi serta profibilitas. Perspektif pelanggan juga memungkinkan perusahaan mengenal dan melakukan pengukuran proposisi nilai yang akan perusahaan berikan kepada pelanggan atau pasar sasaran.

Kelompok ukuran pelanggan secara umum, antara lain: pangsa pasar, retensi pelanggan, kepuasan pelanggan, profibilitas pelanggan. Ukuran-ukuran tersebut di atas dapat dihubungkan dalam rantai hubungan sebab akibat sbb:

Gambar 2.3. Hubungan Sebab Akibat Antar Ukuran Perspektif Pelanggan



Sumber: Kaplan dan Norton (2000)

Pangsa pasar merupakan gambaran proporsi bisnis yang dijual oleh sebuah unit bisnis di pasar tertentu (dalam bentuk jumlah pelanggan, uang yang dibelanjakan atau volume satuan yang terjual), sementara akuisisi pelanggan merupakan ukuran keberhasilan unit bisnis memenangkan pelanggan baru dalam bentuk ukuran relatif atau absolut. Kepuasan pelanggan merupakan ukuran tingkat

kepuasan atas kinerja tertentu dalam proposisi nilai. Sedangkan profitabilitas pelanggan merupakan ukuran keuntungan bersih yang diperoleh dari pelanggan atau segmen tertentu setelah menghitung berbagai pengeluaran yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan tersebut (Kaplan & Norton 2000).

Krowinski (1996) dalam Arso (2004) menyebutkan bahwa kepuasan merupakan evaluasi perseptual atas suatu hal yang diterima pada transaksi tertentu yang berhubungan dengan pemenuhan harapan pelanggan. Pelayanan yang bermutu memberikan kepuasan pelanggan dan mendorong mereka kembali lagi.

Salah satu pendekatan kualitas pelayanan yang banyak dijadikan acuan dalam riset pemasaran adalah SERVQUAL (*Service Quality*) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry. *Service Quality* dapat didefinisikan sebagai seberapa jauh perbedaan persepsi pelanggan antara layanan nyata yang mereka terima/peroleh (*percieved service*) dengan layanan sesungguhnya yang diharapkan/diinginkan (*expected service*) (Lupiyoadi, 2001 dalam Mutaqien, 2006)

Penilaian pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan persepsi yang dipengaruhi oleh karakteristik jasa yang intangible, heterogen, produksi dan konsumsi bersamaan sehingga proses ini berbeda dengan penilaian produk/barang. Pelanggan tidak semata-mata menilai kualitas jasa dari hasil pelayanan, tetapi juga pada proses pelayanan. Kepuasan pelanggan menurut teori *Service Quality* ini dipengaruhi oleh 5 (lima) dimensi yang meliputi:

a. *Tangible*

Dimensi ini merupakan berbagai tampilan fisik yang dapat dilihat dan digunakan dalam upaya memenuhi kepuasan pelanggan, seperti bangunan gedung, sarana/prasarana, peralatan/perengkapan, dokter, perawat/bidan dan petugas kesehatan.

b. *Reliability*

Merupakan kehandalan petugas dalam melayani pelanggan sesuai janji dengan segera, akurat dan memberikan pelayanan pertama yang terbaik.

c. *Responsiveness*

Dimensi ini dimaksudkan sebagai sikap tanggap, mau mendengarkan, merespon pelanggan dalam usaha memuaskan pelanggan, seperti berusaha membantu dan memberi pelayanan dengan tepat dan segera.

d. *Assurance*

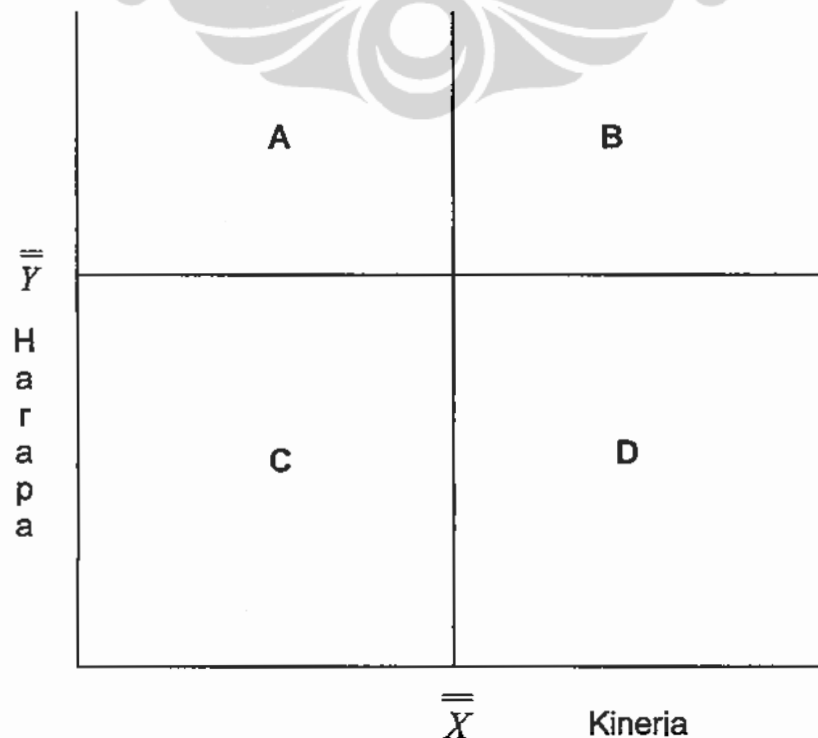
Dimensi ini dimaksudkan sebagai rasa aman dan kenyamanan yang dirasakan atau diterima pelanggan terhadap kredibilitas perusahaan, mencakup pengetahuan, kemampuan dan jaminan pelayanan yang dapat dipercaya.

e. *Empathy*

Dimensi ini diwujudkan dengan bagaimana karyawan mampu memberikan perhatian yang bersifat pribadi kepada pelanggan.

Analisis lebih jauh mengenai kesenjangan antara harapan dan kenyataan pelayanan bagi pasien dapat dilihat dari diagram *Important Performance Analysis* (IPA), yang memetakan kinerja (*performance*) suatu produk dengan tingkat kepentingan atau harapan di mata pelanggan. Pada dasarnya sama seperti diagram titik (kartesius) dengan dua sumbu x dan y pada umumnya, namun untuk lebih informatif, diagram dibagi empat bagian untuk mempermudah analisis dan rekomendasi strategisnya (Ariestonandri, 2006). Dalam diagram IPA akan terlihat letak dari unsur pelaksanaan faktor-faktor atribut yang mempengaruhi kepuasan pelanggan terbagi menjadi empat bagian, seperti gambar di bawah ini:

Gambar 2.4. Diagram Kartesius Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Layanan



Keterangan:

- A. Menunjukkan faktor-faktor atau atribut yang dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan, termasuk unsur-unsur jasa yang dianggap penting namun manajemen belum melaksanakan sesuai keinginan pelanggan. Dengan demikian kuadran ini harus menjadi prioritas utama.
- B. Menunjukkan unsur jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan perusahaan, untuk itu wajib dipertahankan, dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.
- C. Menunjukkan beberapa faktor yang kurang penting pengaruhnya bagi pelanggan, pelaksanaannya oleh perusahaan biasa-biasa saja, dianggap kurang penting dan kurang memuaskan.
- D. Menunjukkan faktor yang mempengaruhi pelanggan kurang penting akan tetapi pelaksanaannya sudah baik sehingga dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan.

2.4.5. Perspektif Bisnis Internal

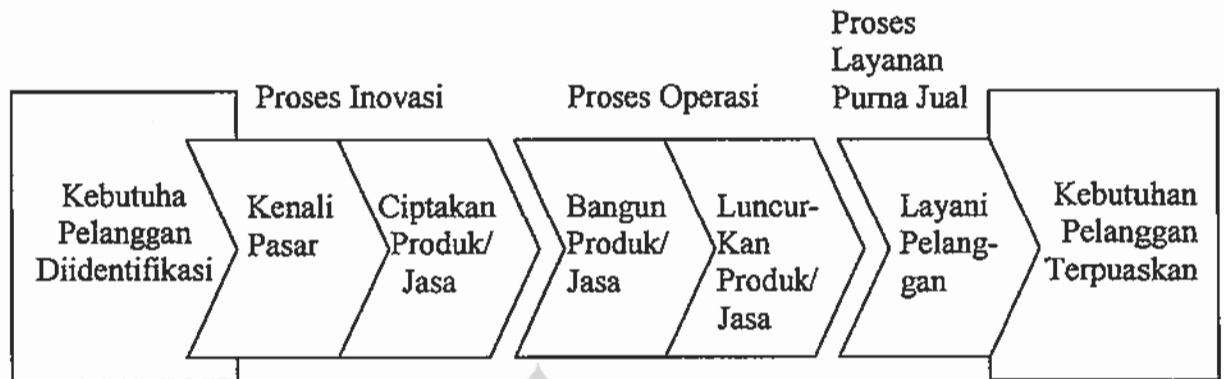
Pada perspektif proses bisnis internal ditentukan upaya-upaya untuk menjawab pertanyaan:

"Untuk menyenangkan pemegang saham dan pelanggan kita, proses bisnis apa yang harus kita kuasai dengan baik?" (Kaplan & Norton 2000).

Pada perspektif bisnis internal diidentifikasi proses-proses yang penting untuk mencapai tujuan pelanggan dan tujuan finansial. Biasanya tujuan pada perspektif ini dirumuskan setelah tujuan finansial dan tujuan pelanggan. Dengan demikian, tujuan yang dirumuskan dalam perspektif internal dapat diarahkan pada usaha dicapainya tujuan perspektif pelanggan dan perspektif finansial.

Kaplan & Norton (2000) menyatakan setiap bisnis memiliki rantai proses tertentu dalam menciptakan nilai bagi pelanggannya. Tetapi pada umumnya rantai proses itu dapat dijelaskan dalam satu model rantai nilai proses bisnis internal yang terdiri dari inovasi, operasi dan layanan purna jual.

Gambar 2.5. Proses Bisnis Internal Menurut Kaplan & Norton (2000)



Sumber: Kaplan dan Norton (2000)

Proses inovasi memungkinkan perusahaan memberi perhatian yang cukup besar kepada penelitian, perancangan dan proses pengembangan yang menghasilkan produk/jasa dan pasar baru. Proses operasi penting untuk diidentifikasi karena karakteristik biaya, mutu, waktu dan kinerja akan memungkinkan perusahaan menghasilkan produk dan jasa yang unggul. Proses layanan purna jual memungkinkan perusahaan menentukan berbagai aspek penting yang harus diberikan perusahaan setelah produk sampai ke pelanggan.

Mahmudi (2005) sebagaimana dikutip Mutaqien (2006) menyebutkan bahwa beberapa tujuan atau sasaran proses bisnis internal misalnya adalah inovasi peningkatan proses layanan, perbaikan siklus layanan, peningkatan kapasitas infrastruktur dan pemutakhiran teknologi. Lebih jauh dijelaskan bahwa dalam rangka meningkatkan kinerja perspektif ini, organisasi sektor publik harus mengukur kompetensi dan mengidentifikasi proses utama pelayanan untuk mengetahui tahap-tahap yang menyebabkan pelayanan lambat dan proses yang tidak menambah nilai.

2.4.6. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran akan dijawab pertanyaan: *"Untuk mewujudkan visi kita, bagaimana kita memelihara kemampuan kita untuk berubah dan meningkatkan diri?"*. (Kaplan & Norton 2000).

Tujuan yang disusun dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah mempersiapkan sumber daya yang memungkinkan untuk tercapainya

tujuan-tujuan dari ketiga perspektif sebelumnya. Tujuan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah sebagai faktor pendorong dicapainya hasil yang terbaik bagi ketiga perspektif lainnya.

Menurut Kaplan & Norton (2000) terdapat tiga kategori untuk perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, yaitu kapabilitas pekerja, kapabilitas sistem informasi, motivasi, pemberdayaan dan keselarasan. Kapabilitas pekerja biasanya dipengaruhi oleh tiga ukuran yaitu, kepuasan pekerja, retensi pekerja dan produktifitas pekerja.

Dalam konteks kinerja personel, Ilyas (2002) mengutarakan bahwa secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja, yaitu: variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Lebih lanjut, Gibson (1978) dalam Ilyas (2002) menemukan bahwa dalam variabel individu, sub-variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor yang sangat berpengaruh. Di sisi lain, variabel psikologis seperti persepsi, sikap, keperibadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sangat sulit diukur. Sementara variabel organisasi seperti sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan disain pekerjaan dinyatakan memberi efek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu.

Ada hal lain yang menarik dikemukakan Ilyas (2002), bahwa beberapa teori yang dikembangkan Gibson ini berdasarkan penelitian pada sampel dan komunitas masyarakat negara maju seperti Amerika Serikat, dimana pada teori yang disampaikan tidak tampak peran variabel supervisi dan kontrol. Hal ini terjadi dikarenakan budaya kerja di Amerika sudah tidak membutuhkan kontrol dan supervisi yang ketat dari organisasi dan atasan mereka, dimana tingkat kinerja sudah ada pada tingkat yang optimal. Namun beberapa penelitian pada pada negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol ditemukan masih sangat berhubungan dengan kinerja individu.

2.5. Peran *Balanced Scorecard* dalam Sistem Manajemen Strategis

Sebagai kerangka kerja tindakan strategis, *Balanced Scorecard* merupakan suatu siklus tindakan yang memperjelas dan menerjemahkan visi dan strategi, mengkomunikasikan dan mengaitkan berbagai tujuan dan ukuran strategi,

merencanakan, menetapkan sasaran (target) dan menyelaraskan berbagai inisiatif strategis serta meningkatkan umpan balik dan pembelajaran strategis (Kaplan dan Norton, 2000). Lebih jauh disebutkan bahwa *Balanced Scorecard* menempati posisi strategis dalam sistem manajemen strategis, berdampak signifikan terhadap perencanaan strategis, penyusunan program dan penyusunan anggaran, juga berperan dalam memperluas ukuran kinerja personil dalam tahap implementasi dan setiap pemantauan:

1. Peran *Balanced Scorecard* dalam tahap perumusan strategi.

Balanced Scorecard memperluas perspektif yang dicakup dalam penafsiran dampak *trend* perubahan lingkungan makro dan lingkungan industri, juga dalam analisis SWOT. *Trend* perubahan kedua lingkungan tersebut dan analisis SWOT dianalisis melalui 4 perspektif: keuangan, *customer*, proses bisnis/intern, pembelajaran dan pertumbuhan.

2. Peran *Balanced Scorecard* dalam tahap perencanaan strategi.

Balanced Scorecard berperan menjadikan komprehensif dan koheren sasaran serta inisiatif strategis yang ditetapkan dalam tahap perencanaan strategis. Kekomprensifan dan kekoheren sasaran dan inisiatif strategis ini menjanjikan pelipatgandaan kinerja keuangan dalam jangka panjang (*sustainable outstanding financial performance*).

3. Peran *Balanced Scorecard* dalam penyusunan program dan anggaran.

Penggunaan kerangka *Balanced Scorecard* untuk menjadikan komprehensif sasaran strategis yang dirumuskan dalam tahap perencanaan strategis memotivasi personil untuk mencari berbagai inisiatif strategis dalam mewujudkan sasaran-sasaran strategis yang komprehensif tersebut.

4. Peran *Balanced Scorecard* dalam tahap implementasi dan pemantauan

Pada tahap implementasi, *Balanced Scorecard* digunakan untuk kinerja personil dalam empat perspektif: keuangan, *customer*, proses bisnis/intern, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Pada tahap pemantauan, hasil pengukuran kinerja personil dalam keempat perspektif *Balanced Scorecard* tersebut dibandingkan dengan target yang ditetapkan dalam anggaran dan target yang ditetapkan dalam perencanaan strategis. Hasil perbandingan antara hasil pengukuran kinerja dengan target anggaran

digunakan untuk mengevaluasi kinerja jangka pendek personil, sedangkan hasil perbandingan antara hasil pengukuran kinerja dengan target yang ditetapkan dalam perencanaan strategis untuk mengevaluasi kinerja jangka panjang personil.

2.6. Keunggulan *Balanced Scorecard*

Keunggulan *Balanced Scorecard* sebagai inti sistem manajemen strategis memiliki empat keunggulan:

- 1) Memotivasi personil untuk berfikir dan bertindak strategis dalam membawa perusahaan menuju ke masa depan.

Balanced Scorecard menuntut personil untuk merumuskan sasaran-sasaran yang bersifat strategis dalam tahap perencanaan strategis, juga menuntut personil untuk mencari inisiatif strategis dalam mewujudkan sasaran-sasaran strategis yang telah ditetapkan.

- 2) Menghasilkan *total business plan* yang komprehensif.

Balanced Scorecard merumuskan sasaran strategis, tidak hanya pada perspektif keuangan, namun meluas ke perspektif customer, proses bisnis/intern, pembelajaran dan peretumbuhan. Perluasan ke perspektif non keuangan tersebut mengarahkan perhatian personil dan mengerahkan seluruh usaha ke pemcu sesungguhnya (*the real drivers*) kinerja keuangan. Melalui pencapaian sasaran strategis *human capital* ini produktivitas pengetahuan yang dikuasai oleh personil diharapkan akan meningkatkan kualitas proses yang digunakan untuk menghasilkan *value* bagi customer.

- 3) Menghasilkan *total business* yang koheren.

Balanced Scorecard dapat menghasilkan dua macam kekoherenan:

- a. Koherenan antara misi dan visi perusahaan dengan program dan rencana laba jangka pendek.

Dengan sistematika penerjemahan visi dan misi samapai dengan penyusunan anggaran, akan dihasilkan kekoherenan antara visi dan misi perusahaan dengan program dan rencana laba jangka pendek (anggaran). Kekoherenan berbagai keluaran yang dihasilkan oleh empat tahap perencanaan, mulai dari tahap perumusan strategi,

perencanaan strategis, penyusunan program, sampai dengan penyusunan anggaran menjanjikan peningkatan kemampuan respon perusahaan terhadap perubahan lingkungan bisnis. Kemampuan merespon dengan cepat setiap perubahan yang terjadi di lingkungan bisnis sangat diperlukan oleh perusahaan yang memasuki lingkungan bisnis yang turbulen.

- b. Kekoheneran antara berbagai sasaran strategis yang dirumuskan dalam tahap perencanaan strategis.

Balanced Scorecard memberikan rationable hubungan antara berbagai sasaran strategis yang dirumuskan dalam perencanaan strategis. Kekoheneran berbagai sasaran strategis yang dihasilkan dalam perencanaan strategis dalam kerangka *Balanced Scorecard* menjanjikan peningkatan kemampuan perusahaan dalam menghasilkan kinerja keuangan. Kemampuan ini sangat diperlukan oleh perusahaan yang memiliki lingkungan bisnis yang kompetitif.

- 4). Menghasilkan sasaran-sasaran strategis yang terukur.

Balanced Scorecard menghasilkan sasaran-sasaran strategis yang ditentukan ukurannya untuk mengukur keberhasilan pencapaian sasaran startegis yang telah dirumuskan dan untuk mengukur faktor yang memacu pencapaian sasaran strategis tersebut (Kaplan dan Norton, 2000).

BAB 3

GAMBARAN UMUM KLINIK "X"

3.1. Sejarah Perkembangan Klinik

Klinik "X" terdaftar sebagai klinik kesehatan reproduksi di Jakarta dan merupakan klinik pemerintah terbesar di Indonesia. Tujuan pendirian Klinik "X" adalah merintis dan membantu pengembangan program keluarga berencana di Indonesia dengan melakukan kegiatan-kegiatan khusus dalam bidang ilmu reproduksi manusia dan keluarga berencana.

Klinik yang kini berdiri di atas tanah seluas 1.783,5 m² ini semula bernama Rumah Bersalin "X". Kemudian pada tahun 1973 mulai mengalami rehabilitasi dan terdapat penambahan ruangan. Berawal dari hanya memiliki 1 kamar tindakan partus, 1 kamar bayi, 3 kamar perawatan, 1 zal, dan 1 kamar pemeriksaan hamil, klinik "X" mulai memiliki berbagai perangkat modern, dan tahun 2006 lalu baru saja selesai mengalami renovasi besar atas bantuan dari sebuah lembaga donor.

Sejak tahun 1984, nama klinik resmi menjadi Klinik "X" yang merupakan Subbagian Kesehatan Reproduksi Bagian Kebidanan dan Kandungan sebuah fakultas kesehatan negeri/rumah sakit umum pusat. Kegiatan yang dilaksanakan adalah pelayanan KB, termasuk tindakan sterilisasi wanita dan pria, tindakan induksi haid dan klinik infertilitas, sekaligus sebagai bagian dari institusi pendidikan dan penelitian bagi

3.2. Organisasi

A. Struktur

Secara struktur organisasi, pengelolaan klinik "X" berada di bawah tanggung jawab departemen kebidanan dan kandungan sebuah rumah sakit umum pusat dimana penatalaksanaan pelayanan kesehatannya, pengadaan sumber daya manusia, penetapan tarif, administrasi keuangan, pengelolaan fasilitas sarana/prasarana dan pelaporan kegiatannya mengacu pada kebijakan yang berlaku di rumah sakit umum pusat tersebut. Sementara manajemen klinik "X"

dipimpin oleh seorang direktur (dokter spesialis kebidanan dan kandungan) dengan dua wakil yang membawahi bidang medis dan bidang administrasi dan keuangan (struktur terlampir).

C. Visi

Menjadi (klinik sebagai bagian dari) rumah sakit pendidikan yang mandiri dan terkemuka di ASEAN tahun 2005 dan Asia Pasifik tahun 2010.

D. Misi

Memberikan pelayanan kesehatan paripurna dan bermutu serta terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, menyelenggarakan pendidikan dan pelayanan tenaga kesehatan serta menyelenggarakan penelitian dan pengembangan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui manajemen yang mandiri.

E. Motto

"Melayani kepentingan pasien adalah yang utama"

3.3. Fasilitas Pelayanan

Fasilitas pelayanan yang terdapat pada klinik "X" terdiri dari:

a. Unit Produksi Pelayanan Medis:

Unit produksi terdiri dari Poliklinik dan OK. Poliklinik mencakup layanan konsultasi KB, konsultasi infertilitas, layanan USG, layanan KB suntik, KB Norplant, pemasangan KB IUD dan pelayanan induksi haid. Sementara layanan OK antara lain mencakup tindakan KB Sterilisasi dan Laparoskopi.

b. Unit Penunjang:

Pada unit penunjang, selain bagian administrasi, keuangan, peralatan medis dan dapur, sebagai institusi di bawah rumah sakit pendidikan, pada lantai dua klinik ini terdapat fasilitas ruang kuliah, ruang rapat, perpustakaan sederhana dan sebuah auditorium yang biasa digunakan untuk pelatihan bagi Peserta Program Dokter Spesialis kebidanan dan kandungan, mahasiswa program sarjana kedokteran, mahasiswa akademi kebidanan maupun keperawatan.

3.4. Sumber Daya Manusia

Tabel 3.1. Sumber Daya Manusia Klinik "X"

Jenis SDM	Staf tetap	Staf tidak tetap
Spesialis kebidanan kandungan	6	
Calon spesialis ObGyn *	-	2-4
Bidan	9	
Perawat	6	
Tenaga laboratorium	-	2
Konselor kesehatan reproduksi		2
Staf non-medis	22	

*Tugas residensi bergilir, 2-4 PPDS setiap bulannya

Sumber: data internal kepegawaian klinik "X" tahun 2008

3.5. Implementasi PKRE Terpadu di Klinik "X"

Sejak tahun 2006 Klinik "X" dipercaya sebuah lembaga donor sebagai tempat ujicoba implementasi PKRE Terpadu, atas asistensi teknis dari tim peneliti Pusat Kesehatan Reproduksi FKUI. Klinik "X" ini dipilih sebagai tempat implementasi PKRE dikarenakan posisinya yang sangat strategis antara lain sebagai unit *public service*, merupakan pusat rujukan pelayanan bagi klien datang dari berbagai daerah di Indonesia, sebagai tempat pendidikan/pelatihan bagi berbagai profesi kesehatan, serta mengingat perannya yang sangat penting sebagai penasehat teknis bagi Departemen Kesehatan RI dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional dalam menyusun berbagai *standard operating procedures* (SOP) keluarga berencana maupun kesehatan ibu dan anak.

Setelah kurang lebih dua tahun persiapan, implementasi PKRE Terpadu di Klinik "X" berjalan penuh dalam bentuk *operations research*. Adapun pola layanan PKRE Terpadu yang diterapkan mengacu pada buku langkah-langkah Praktis Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial, edisi revisi (Djajadilaga, dkk, 2007).

BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Tahapan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam tiga tahapan, sebagai berikut:

1. **Tahap I:** Melakukan studi kualitatif awal untuk menggali indikator keterpaduan layanan dan indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu di klinik X. Selanjutnya sejumlah indikator keberhasilan kinerja program yang didapat tersebut dikelompokkan ke dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*.
2. **Tahap II:** Membuat penjabaran dan pengukuran (kuantitatif) kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik X pada masing-masing perspektif *Balanced Scorecard*.
3. **Tahap III:** Melakukan skoring pencapaian kinerja implementasi program PKRE Terpadu di Klinik X tahun 2008 menurut tiap perspektif kerangka *Balanced Scorecard*, kemudian melakukan skoring total untuk mendapatkan kesimpulan secara umum apakah kinerja program dapat dikatakan buruk, cukup atau baik.

4.2. Kerangka Konsep

Konsep PKRE Terpadu merupakan strategi kesehatan reproduksi nasional yang diharapkan dapat menyediakan komponen esensial kesehatan reproduksi secara terintegrasi, berkualitas dan memperhatikan hak reproduksi perorangan. Namun demikian, Depkes RI belum memiliki indikator keterpaduan maupun indikator kesuksesan proses implementasi PKRE Terpadu, melainkan hanya mengacu pada 17 indikator cakupan kesehatan reproduksi yang diadaptasi dari WHO. Disamping itu, program PKRE Terpadu ini baru sangat sedikit diterapkan dan salah satunya diujicobakan di klinik "X". Untuk itu, penelitian ini mencoba menggali apa sajakah indikator keterpaduan dan indikator keberhasilan proses

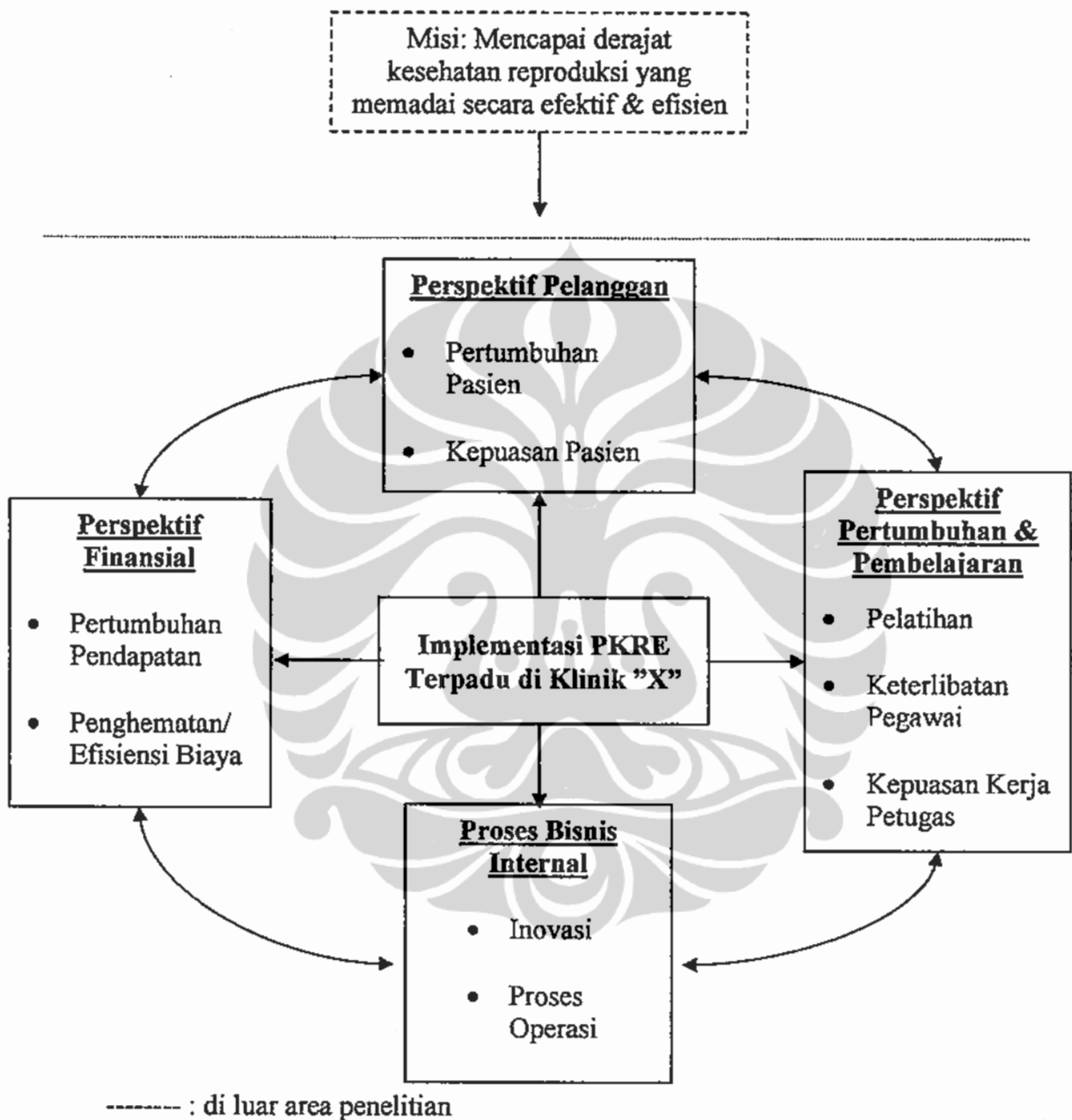
implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" dan selanjutnya mencoba mengukur keberhasilan kinerjanya.

Agar dapat mengukur kinerja implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" secara komprehensif dan seimbang, penelitian ini menggunakan pendekatan kerangka *balanced scorecard* yang diperkenalkan oleh Norton dan Kaplan (2000), yang melihat kinerja dari empat perspektif yakni perspektif finansial, pelanggan, proses bisnis internal serta perspektif pertumbuhan dan perkembangan. Untuk itu, hasil penggalian pada studi kualitatif awal mengenai indikator keberhasilan PKRE Terpadu pun dikelompokkan ke dalam empat perspektif *balanced scorecard* dengan terlebih dahulu menganalisis dan memberi justifikasi yang memadai pada setiap poin calon indikator berdasarkan ukuran-ukuran kinerja tiap perspektif menurut teori asalnya yang dikembangkan Kaplan dan Norton.

Kerangka *balanced Scorecard* ini dipilih karena keunikannya sebagai alat manajemen yang dapat membantu organisasi menerjemahkan visi/strategi ke dalam aksi dengan memanfaatkan sekumpulan indikator finansial dan nonfinansial yang kesemuanya terjalin dalam suatu hubungan sebab akibat. Dalam konteks Implementasi PKRE Terpadu di klinik "X", hubungan sebab akibat ini dapat digambarkan secara umum sebagai berikut: sumber dana program merupakan dana bantuan yang kemudian menstimulus suatu proses internal sehingga terbentuklah berbagai inovasi dan proses operasi dalam suatu rangkaian prosedur implementasi. Selanjutnya proses internal yang terjadi mempengaruhi aspek pertumbuhan dan pembelajaran, antara lain kebutuhan akan pelatihan, serta faktor kepuasan kerja pegawai. Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran ini kemudian berdampak pada pasien sebagai pelanggan, baik dari segi pertumbuhan jumlah pasien PKRE Terpadu maupun segi kepuasan pasien. Dan pada gilirannya, aspek pelanggan ini akan mempengaruhi kinerja finansial seperti pertumbuhan pendapatan klinik maupun adanya efisiensi biaya operasional program.

Bila digambarkan secara sistematis, kerangka konsep penelitian menjadi sebagai berikut:

Skema 4.1
Kerangka Konsep Analisis Kinerja Implementasi PKRE Terpadu
di Klinik "X" Tahun 2008 dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*



4.3. Tabel 4.1. Definisi Operasional dan Dummy Table Pengumpulan Data

	Perspektif	Istilah	Definisi Operasional	Metode Pengumpulan Data	Instrumen	Sumber Data	Hasil
1	-	Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X	Persepsi pihak klinik X mengenai konsep PKRE Terpadu dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya di klinik X serta apa saja indikator keberhasilan implementasinya.	Wawancara mendalam dan observasi	Peneliti, dgn bantuan pedoman wawancara, dan catatan observasi	a. Pimpinan, pengelola program, dan petugas klinik. b. Observasi	Informasi kualitatif mengenai persepsi akan konsep, indikator keterpaduan dan keberhasilan PKRE Terpadu di klinik X
2	Perspektif Proses Internal	<u>a. Inovasi</u>	a. Proses penciptaan produk layanan, pengembangan sistem manajemen dan peningkatan penguasaan teknologi baru dlm implementasi PKRE Terpadu	Wawancara dan observasi	Peneliti, dgn pedoman wawancara, dan catatan observasi	a. Pimpinan, pengelola program, dan petugas klinik. b. Observasi	Informasi kualitatif ttg inovasi PKRE Terpadu

								Informasi kualitatif ttg proses operasi PKRE
	b. Proses Operasi	b. Siklus penciptaan nilai yang dimulai dari permintaan jasa dan berakhir pada penyampaian jasa layanan pada pelanggan terkait karakteristik biaya, mutu dan kinerja PKRE Terpadu	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>idem</i>	
3	Perspektif Pertumbuhan dan Perkembangan	a. Jenis dan frekuensi pelatihan yang telah diselenggarakan terkait implementasi PKRE	a. Telaah dokumen dan wawancara	a. Dokumen kegiatan PKRE Terpadu	a. Dokumen PKRE dan pengelola program	a. Informasi kualitatif mengenai pelatihan terkait PKRE terpadu yang diselenggarakan		
		b. Gambaran keterlibatan pegawai dalam setiap langkah implementasi PKRE Terpadu	b. Wawancara dan observasi	b. Peneliti, dg pedoman wawancara, dan catatan observasi	b. Pengelola program PKRE Terpadu	b. Informasi kualitatif keterlibatan pegawai klinik X dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu		

	<u>c. Kepuasan pegawai</u>	c. Respon pegawai terhadap perubahan yang dialaminya terkait adanya implementasi PKRE, yang dianggap cukup menggambarkan kinerja personil. Hal ini antara lain dipengaruhi oleh variabel individu (seperti kemampuan dan keterampilan), variabel psikologis (persepsi, sikap, keperibadian), dan variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, dan desain pekerjaan).	c. Survey pegawai	c. Kuesioner	c. Pegawai yang terlibat langsung dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu di klinik X	c. % pegawai puas
4	Perspektif Pelanggan	a. Rata-rata jumlah pasien PKRE Terpadu klinik X setiap bulan sejak Januari 2008	a. Telaah dokumen	a. Dokumen rekam medik	a. Bagian rekam medik	a. Tren bulanan jumlah pasien PKRE Terpadu klinik X

<p><u>b. Kepuasan pasien</u></p>	<p>b. Respon pasien terhadap kinerja implementasi PKRE yang didapat dibandingkan harapannya, dilihat dari 5 dimensi <i>Service Quality</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tangibility</i> atau bukti fisik seperti ruangan, fasilitas, dan penampilan petugas. - <i>Responsiveness</i> atau kemauan dan daya tanggap petugas dalam membantu pasien /melayani dengan cepat - <i>Reliability</i> atau kemampuan memberi pelayanan secara konsisten seperti yg dijanjikan - <i>Assurance</i> atau jaminan kemampuan petugas shg mampu menumbuhkan rasa percaya & aman bagi pasien 	<p>b. Survey pasien</p>	<p>b. kuesioner</p>	<p>b. Pasien yang mengikuti alur PKRE Tripadu</p>	<p>b. % pasien puas dan tingkat kesenjangan antara harapan dan kenyataan pasien terhadap implementasi PKRE Terpadu di klinik X</p>
---	--	-------------------------	---------------------	---	--

5	Perspektif Finansial	a. <u>Pertumbuhan Pendapatan</u> b. <u>Penghematan / Efisiensi Biaya</u>	<p>- <i>Empathy</i> atau perhatian petugas secara pribadi dan kemampuan memahami kebutuhan pasien</p> <p>a. Jumlah pendapatan tambahan yang diperoleh dari pasien PKRE Terpadu di klinik X sejak tahun 2008</p> <p>b. Selisih antara anggaran operasional dengan realisasi biaya operasional program. Besar penyimpangan akan menjadi tolak ukur keberhasilan efisiensi dan penghematan</p>	<p>a. Telaah dokumen</p> <p>b. Telaah dokumen dan wawancara</p>	<p>a. Dokumen keuangan PKRE</p> <p>b. Dokumen keuangan program PKRE</p>	<p>a. Bagian keuangan PKRE</p> <p>b. Bagian keuangan program PKRE</p>	<p>a. Tren jumlah pendapatan tambahan implementasi PKRE</p> <p>b. Selisih anggaran dan realisasi biaya operasional program PKRE Terpadu</p>
---	-----------------------------	---	---	---	---	---	---

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan dan Jenis Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan tergolong studi deskriptif. Menurut Varkevisser (2003), studi kasus deskriptif menjelaskan secara terperinci karakteristik satu 'kasus'. Sementara jenis penelitian ini merupakan gabungan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Hadi (2000) menyebutkan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang secara khusus memberikan teknik untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, motivasi, perilaku informan dan penelitian ini memungkinkan kita mendapatkan hal-hal yang tersirat. Dalam hal ini pendekatan kualitatif terutama dilakukan pada tahap awal penelitian untuk mengeksplorasi pengalaman implementasi PKRE Terpadu di klinik X guna menggali indikator keterpaduan layanan dan indikator keberhasilan program. Selanjutnya hasil studi kualitatif mengenai indikator keberhasilan kinerja program dikategorikan kedalam empat perspektif *balanced scorecard* untuk kemudian dilakukan pengukuran tiap perspektif dengan sedapat mungkin menggunakan pendekatan kuantitatif.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli sampai dengan November 2009, meliputi persiapan lapangan, periode pengumpulan data di klinik X pada Agustus sampai Oktober 2009, serta pengolahan data dan analisis data.

5.3. Metoda Pengumpulan Data

A. Data Kualitatif

Selain dari telaah dokumen dan observasi kegiatan yang berlangsung, data penelitian diperoleh dari beberapa informan. Dalam pendekatan kualitatif, pemilihan informan memperhatikan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Sampel dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian. Peneliti mencari informan kunci yang

selanjutnya dari informan kunci tersebut didapat informan lainnya sehingga jumlah informan akan semakin bertambah, dan disesuaikan dengan kebutuhan informasi yang diinginkan. Dalam hal ini informan terdiri dari pimpinan klinik, pengelola program dan para petugas yang terkait langsung dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu. Selanjutnya data yang diperoleh diupayakan dapat menggambarkan seluruh fenomena yang terkait topik penelitian sehingga terkumpul semua variasi informasi yang ada. Dalam hal ini jumlah informan tidak menjadi faktor utama, tetapi kelengkapan data adalah yang menjadi lebih dipentingkan (Hadi, 2000).

B. Data Kuantitatif

Untuk pengukuran tingkat kepuasan pasien, pengumpulan data dilakukan dengan metode *purposive sampling* dimana sampel diambil dengan tujuan khusus. Metode sampling ini digunakan jika peneliti telah mengenal betul populasi yang akan diteliti (Luknis, 2008). Dalam hal ini, yang menjadi sampel adalah pasien yang benar-benar telah mengikuti alur PKRE Terpadu di klinik X, dengan kriteria inklusi sbb: pasien dalam keadaan sadar dan keadaan umum cukup baik, pasien telah mengikuti alur utama PKRE Terpadu, pasien bisa baca tulis dan bersedia menjawab pertanyaan. Adapun populasi penelitiannya adalah seluruh pasien yang telah mengikuti alur PKRE Terpadu di klinik X, dengan parameter minimal mendapat pelayanan GIA dan pemeriksaan laboratorium ISR/IMS.

Selanjutnya diambil sampel dengan rumus besar sampel estimasi proporsi satu populasi:

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

n = jumlah sampel yang dibutuhkan

Z = nilai baku distribusi normal pada α tertentu

P = estimasi proporsi

d = derajat akurasi (presisi)

dengan derajat kepercayaan 95%

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

$$P = 50\%$$

$$d = 10\%$$

maka:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,1)^2}$$

Dari hasil perhitungan rumus diatas diperoleh nilai $n = 96$ dan dibulatkan 100.

Sementara untuk pengukuran kepuasan kerja pegawai, pengumpulan data dilakukan pada seluruh populasi yaitu seluruh pegawai yang terlibat langsung dalam setiap langkah implementasi PKRE Terpadu di klinik X, yakni berjumlah sekitar 15 orang yang terdiri dari paramedik (bidan dan perawat), konselor dan bagian tata usaha khususnya petugas pendaftaran dan rekam medis.

5.5. Kualitas Data

A. Data Kualitatif

Guna menjaga validitas data kualitatif yang dikumpulkan, dilakukan triangulasi data yang meliputi:

1. Triangulasi sumber, yaitu *cross check* data yang dilakukan dengan menggali data dari berbagai sumber data (informan) yang berbeda.
2. Triangulasi metode, yaitu *cross check* data yang dilakukan dengan menggunakan beberapa pendekatan penggalan data yang berbeda, dalam hal ini melalui metode wawancara, telaah dokumen dan observasi.
3. Triangulasi data, yaitu *cross check* data yang dilakukan dengan mengkonfirmasi ulang hasil perolehan data kepada informan terkait setelah selesai penggalan data.

B. Data Kuantitatif

Untuk menjaga kualitas data kuantitatif, dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner. Uji validitas digunakan untuk mengetahui apakah kuesioner yang digunakan valid (mampu mengukur nilai yang sebenarnya hendak diukur) dengan melihat item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah dimensi dalam penelitian ini. Ukuran valid tidaknya

sebuah indikator (pertanyaan) dapat dilihat dari nilai korelasi pearson (r) yang ditampilkan dari hasil analisisnya (*Corrected Item-Total Correlation*) yang nilainya harus lebih besar dari r tabel. Sementara uji reliabilitas adalah uji untuk melihat konsistensi jawaban responden dalam menjawab sebuah subdimensi. Uji ini menggunakan indikator koefisien *alpha cronbach*.

Dalam hal ini, pada pengukuran tingkat kepuasan pasien dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada minimal 40 responden di klinik X mengingat implementasi model PKRE Terpadu belum diterapkan pada setting pelayanan yang sejenis dengan klinik X. Ternyata hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap 40 kuesioner tersebut menunjukkan hasil yang baik dengan nilai r tabelnya 0.312. Dengan demikian dapat disimpulkan kuesioner tersebut cukup memiliki keandalan. Sementara untuk kuesioner kepuasan petugas membutuhkan nilai r tabel yang lebih dari 0,514.

5.6. Pengolahan dan Analisa Data

A. Data Kualitatif

Data hasil wawancara mendalam dituangkan dalam penulisan transkrip, selanjutnya dilakukan pengkodean data hingga proses *cleaning* sehingga data akan mudah dianalisis, untuk selanjutnya dilengkapi dengan hasil telaah dokumen dan observasi kegiatan. Sementara analisis data kualitatif secara umum akan menggunakan *content analysis* (kajian isi) yaitu teknik yang digunakan untuk menarik kesimpulan melalui usaha menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistematis.

Dalam hal ini, menurut Patton dalam Martha (2008), analisis data kualitatif adalah proses mengatur urutan data dan mengorganisasikannya kedalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar. Untuk melakukan analisis data, perlu diperhatikan sbb:

- Menelaah kembali semua informasi yang telah dikumpulkan (membaca kembali catatan/transkrip)
- Mengelompokkan berdasarkan topik yang akan dipelajari
- Pengelompokkan berdasarkan kelompok informan
- Mengidentifikasi jawaban yang sering timbul

- Membuat catatan untuk temuan yang dianggap penting
- Mengutip dari informan yang hal-hal yang menggambarkan tanggapannya
- Mengidentifikasi persamaan dan perbedaan
- Menganalisis hubungan antar variabel

B. Data Kuantitatif

Setelah pengumpulan data kuantitatif, setidaknya ada empat tahapan pengolahan data yang dilalui, yaitu:

1. *Editing*: Pengecekan jawaban kuesioner apakah sudah lengkap terisi dan tulisannya jelas terbaca sehingga jika terjadi kesalahan dapat ditelusuri.
2. *Coding*: Pengklasifikasian jawaban menurut jenisnya ke dalam bentuk yang lebih ringkas sehingga akan mempercepat proses entry dan analisis
3. *Processing*: Mengentri data secara bertahap dari kuesioner ke paket program komputer, dalam hal ini menggunakan program SPSS for Window.
4. *Cleaning*: Mengoreksi kesalahan mengentri

Selanjutnya dilakukan analisis univariat untuk melihat proporsi kepuasan pasien dan pegawai. Lebih lanjut untuk data kepuasan pasien akan dilakukan analisis data yang informatif menggunakan diagram *Important Performance Analysis* (IPA). Pada dasarnya sama seperti diagram titik (kartesius) dengan dua sumbu x dan y pada umumnya, namun untuk lebih informatif, diagram dibagi empat bagian untuk mempermudah analisis dan rekomendasi strategisnya (Ariestonandri, 2006).

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. PENELITIAN KUALITATIF AWAL: PENGGALIAN INDIKATOR IMPLEMENTASI PKRE TERPADU DI KLINIK “X”

Pada bagian awal bab ini akan disajikan hasil penelitian kualitatif, yang sistematis penulisannya dibagi menjadi tiga bagian, yaitu untuk mengenai persepsi mengenai PKRE Terpadu, indikator keterpaduan PKRE Terpadu dan indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu di klinik “X”. Khususnya mengenai indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu akan langsung dikelompokkan kedalam empat dimensi *balanced scorecard*, yaitu perspektif pelanggan (pasien), perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, perspektif proses bisnis internal dan perspektif keuangan.

6.1.1. PERSEPSI PKRE TERPADU

Dari hasil wawancara diperoleh persepsi bahwa PKRE merupakan model pelayanan yang terkait dengan empat komponen kesehatan reproduksi esensial yaitu KIA, KB, kesehatan reproduksi remaja dan deteksi Infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS) yang diselenggarakan sepaket dalam satu kali kunjungan pasien.

Hal ini dinyatakan dengan jawaban informan sebagai berikut:

R1: *“PKRE merupakan pelayanan yang mencakup empat komponen kespro esensial sekaligus, baik KB, KIA, kespro remaja, dan pemeriksaan ISR/IMS ditambah deteksi dugaan kejadian kekerasan”*

R3: *“Seorang wanita bila datang ke klinik dia mendapat pelayanan kespro yang menyeluruh, bukan hanya yang dia inginkan. Contoh, dia juga akan mendapat pemeriksaan ISR/IMS, IVA, pendidikan kespro, KB, walaupun awalnya dia hanya bermaksud untuk IH”*

R5: *“Konsep Paket PKRE yaitu pelayanan dimana seorang pasien datang kemudian ia mendapat keseluruhan pelayanan”*

6.1.2. INDIKATOR KETERPADUAN PKRE TERPADU KLINIK X

Selanjutnya, yang menjadi indikator keterpaduan implementasi PKRE ini menurut para informan antara lain jika beberapa komponen kespro esensial dapat diselenggarakan sekaligus dalam satu kali kunjungan dan idealnya tanpa dirujuk ke tempat lain sehingga masalah-masalah kespro esensial yang sering kali tidak disadari dapat terdeteksi sejak dini. Dan secara lebih spesifik, indikator utamanya adalah adanya pendidikan kespro dasar kepada pasien melalui kegiatan *giving information activity* (GIA) dan konseling serta mengedepankan komponen layanan penanggulangan ISR/IMS yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana (*onsite*) untuk pemeriksaan keputihan, deteksi dini pra kankerleher rahim dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam cuka (IVA), dan *voluntary counseling and testing* (VCT) untuk HIV/AIDS. Pemberdayaan pasien dengan pemberian informasi dan proses konseling serta upaya penanggulangan ISR/IMS ini merupakan paket dasar yang ditawarkan kepada seluruh pasien yang berkunjung.

Pernyataan ini didapat dari keterangan para informan sebagai berikut:

R1: *“Begitu pasien masuk, petugas baik dokter, perawat ataupun bidan langsung mampu menangani sendiri keempat jenis layanan tersebut sekaligus dalam satu kali kunjungan, bukan untuk dirujuk ke tempat lain. Dengan begitu, pasien akan mendapat satu paket layanan. Namun ini konsep idealnya, yang terpenting sekarang menanamkan kesadaran hal ini dulu kepada petugas sampai mereka mau melaksanakan tiap komponen secara langsung, jangan ada yang dikirim keluar”*

R2: *“PKRE Terpadu berarti dimana seorang perempuan datang ke suatu pelayanan kesehatan itu bisa mendapat pelayanan secara lengkap dan seringkali pada perempuan masalah kespro tidak terdeteksi secara dini dan tanpa disadari. Dengan konsep keterpaduan ini masalah-masalah yang tidak dapat terdeteksi ini dapat terjaring. Contohnya, jika ada seorang perempuan datang dengan maksud memasang IUD, maka secara otomatis dia juga akan ter-skrining ISR/IMS dan akhirnya mendapat layanan tersebut. Ini sesuatu yang sebelumnya tidak terpikirkan namun akhirnya dia merasakan manfaatnya”*

4.3. Tabel 4.1. Definisi Operasional dan Dummy Table Pengumpulan Data

	Perspektif	Istilah	Definisi Operasional	Metode Pengumpulan Data	Instrumen	Sumber Data	Hasil
1	-	Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X	Persepsi pihak klinik X mengenai konsep PKRE Terpadu dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya di klinik X serta apa saja indikator keberhasilan implementasinya.	Wawancara mendalam dan observasi	Peneliti, dgn bantuan pedoman wawancara, dan catatan observasi	a. Pimpinan, pengelola program, dan petugas klinik. b. Observasi	Informasi kualitatif mengenai persepsi akan konsep, indikator keterpaduan dan keberhasilan PKRE Terpadu di klinik X
2	Perspektif Proses Internal	a. Inovasi	a. Proses penciptaan produk layanan, pengembangan sistem manajemen dan peningkatan penguasaan teknologi baru dlm implementasi PKRE Terpadu	Wawancara dan observasi	Peneliti, dgn pedoman wawancara, dan catatan observasi	a. Pimpinan, pengelola program, dan petugas klinik. b. Observasi	Informasi kualitatif ttg inovasi PKRE Terpadu

									Informasi kualitatif ttg proses operasi PKRE
	<u>b. Proses Operasi</u>	b. Siklus penciptaan nilai yang dimulai dari permintaan jasa dan berakhir pada penyampaian jasa layanan pada pelanggan terkait karakteristik biaya, mutu dan kinerja PKRE Terpadu	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	
3	Perspektif Pertumbuhan dan Perkembangan	<u>a. Pelatihan</u> <u>b. Keterlibatan pegawai</u>	a. Jenis dan frekuensi pelatihan yang telah diselenggarakan terkait implementasi PKRE b. Gambaran keterlibatan pegawai dalam setiap langkah implementasi PKRE Terpadu	a. Telaah dokumen dan wawancara b. Wawancara dan observasi	a. Dokumen kegiatan PKRE Terpadu b. Peneliti, dg pedoman wawancara, dan catatan observasi	a. Dokumen PKRE dan pengelola program b. Pengelola program PKRE Terpadu	a. Informasi kualitatif mengenai pelatihan terkait PKRE terpadu yang diselenggarakan b. Informasi kualitatif keterlibatan pegawai klinik X dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu		

	<u>c. Kepuasan pegawai</u>	c. Respon pegawai terhadap perubahan yang dialaminya terkait adanya implementasi PKRE, yang dianggap cukup menggambarkan kinerja personil. Hal ini antara lain dipengaruhi oleh variabel individu (seperti kemampuan dan keterampilan), variabel psikologis (persepsi, sikap, keperibadian), dan variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, dan desain pekerjaan).	c. Survey pegawai	c. Kuesioner	c. Pegawai yang terlibat langsung dlm tiap langkah implementasi PKRE Terpadu di klinik X	c. % pegawai puas
4	Perspektif Pelanggan	a. Rata-rata jumlah pasien PKRE Terpadu klinik X setiap bulan sejak Januari 2008	a. Telaah dokumen	a. Dokumen rekam medik	a. Bagian rekam medik	a. Tren bulanan jumlah pasien PKRE Terpadu klinik X

	<p><u>b. Kepuasan pasien</u></p>	<p>b. Respon pasien terhadap kinerja implementasi PKRE yang didapat dibandingkan harapannya, dilihat dari 5 dimensi <i>Service Quality</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tangibility</i> atau bukti fisik seperti ruangan, fasilitas, dan penampilan petugas. - <i>Responsiveness</i> atau kemauan dan daya tanggap petugas dalam membantu pasien /melayani dengan cepat - <i>Reliability</i> atau kemampuan memberi pelayanan secara konsisten seperti yg dijanjikan - <i>Assurance</i> atau jaminan kemampuan petugas shg mampu menumbuhkan rasa percaya & aman bagi pasien 	<p>b. Survey pasien</p>	<p>b. kuesioner</p>	<p>b. Pasien yang mengikuti alur PKRE Terpadu</p>	<p>b. % pasien puas dan tingkat kesenjangan antara harapan dan kenyataan pasien terhadap implementasi PKRE Terpadu di klinik X</p>
--	---	--	-------------------------	---------------------	---	--

<p>5</p> <p>Perspektif Finansial</p>	<p>a. <u>Pertumbuhan Pendapatan</u></p> <p>b. <u>Penghematan / Efisiensi Biaya</u></p>	<p>- <i>Empathy</i> atau perhatian petugas secara pribadi dan kemampuan memahami kebutuhan pasien</p> <p>a. Jumlah pendapatan tambahan yang diperoleh dari pasien PKRE Terpadu di klinik X sejak tahun 2008</p> <p>b. Selisih antara anggaran operasional dengan realisasi biaya operasional program. Besar penyimpangan akan menjadi tolak ukur keberhasilan efisiensi dan penghematan</p>	<p>a. Telaah dokumen</p> <p>b. Telaah dokumen dan wawancara</p>	<p>a. Dokumen keuangan PKRE</p> <p>b. Dokumen keuangan program PKRE</p>	<p>a. Bagian keuangan PKRE</p> <p>b. Bagian keuangan program PKRE</p>	<p>a. Tren jumlah pendapatan tambahan implementasi PKRE</p> <p>b. Selisih anggaran dan realisasi biaya operasional program PKRE Terpadu</p>
--	--	---	---	---	---	---

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan dan Jenis Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan tergolong studi deskriptif. Menurut Varkevisser (2003), studi kasus deskriptif menjelaskan secara terperinci karakteristik satu 'kasus'. Sementara jenis penelitian ini merupakan gabungan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Hadi (2000) menyebutkan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang secara khusus memberikan teknik untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, motivasi, perilaku informan dan penelitian ini memungkinkan kita mendapatkan hal-hal yang tersirat. Dalam hal ini pendekatan kualitatif terutama dilakukan pada tahap awal penelitian untuk mengeksplorasi pengalaman implementasi PKRE Terpadu di klinik X guna menggali indikator keterpaduan layanan dan indikator keberhasilan program. Selanjutnya hasil studi kualitatif mengenai indikator keberhasilan kinerja program dikategorikan kedalam empat perspektif *balanced scorecard* untuk kemudian dilakukan pengukuran tiap perspektif dengan sedapat mungkin menggunakan pendekatan kuantitatif.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli sampai dengan November 2009, meliputi persiapan lapangan, periode pengumpulan data di klinik X pada Agustus sampai Oktober 2009, serta pengolahan data dan analisis data.

5.3. Metoda Pengumpulan Data

A. Data Kualitatif

Selain dari telaah dokumen dan observasi kegiatan yang berlangsung, data penelitian diperoleh dari beberapa informan. Dalam pendekatan kualitatif, pemilihan informan memperhatikan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Sampel dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian. Peneliti mencari informan kunci yang

selanjutnya dari informan kunci tersebut didapat informan lainnya sehingga jumlah informan akan semakin bertambah, dan disesuaikan dengan kebutuhan informasi yang diinginkan. Dalam hal ini informan terdiri dari pimpinan klinik, pengelola program dan para petugas yang terkait langsung dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu. Selanjutnya data yang diperoleh diupayakan dapat menggambarkan seluruh fenomena yang terkait topik penelitian sehingga terkumpul semua variasi informasi yang ada. Dalam hal ini jumlah informan tidak menjadi faktor utama, tetapi kelengkapan data adalah yang menjadi lebih dipentingkan (Hadi, 2000).

B. Data Kuantitatif

Untuk pengukuran tingkat kepuasan pasien, pengumpulan data dilakukan dengan metode *purposive sampling* dimana sampel diambil dengan tujuan khusus. Metode sampling ini digunakan jika peneliti telah mengenal betul populasi yang akan diteliti (Luknis, 2008). Dalam hal ini, yang menjadi sampel adalah pasien yang benar-benar telah mengikuti alur PKRE Terpadu di klinik X, dengan kriteria inklusi sbb: pasien dalam keadaan sadar dan keadaan umum cukup baik, pasien telah mengikuti alur utama PKRE Terpadu, pasien bisa baca tulis dan bersedia menjawab pertanyaan. Adapun populasi penelitiannya adalah seluruh pasien yang telah mengikuti alur PKRE Terpadu di klinik X, dengan parameter minimal mendapat pelayanan GIA dan pemeriksaan laboratorium ISR/IMS.

Selanjutnya diambil sampel dengan rumus besar sampel estimasi proporsi satu populasi:

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

n = jumlah sampel yang dibutuhkan

Z = nilai baku distribusi normal pada α tertentu

P = estimasi proporsi

d = derajat akurasi (presisi)

dengan derajat kepercayaan 95%

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

$$P = 50\%$$

$$d = 10\%$$

maka:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,1)^2}$$

Dari hasil perhitungan rumus diatas diperoleh nilai $n = 96$ dan dibulatkan 100.

Sementara untuk pengukuran kepuasan kerja pegawai, pengumpulan data dilakukan pada seluruh populasi yaitu seluruh pegawai yang terlibat langsung dalam setiap langkah implementasi PKRE Terpadu di klinik X, yakni berjumlah sekitar 15 orang yang terdiri dari paramedik (bidan dan perawat), konselor dan bagian tata usaha khususnya petugas pendaftaran dan rekam medis.

5.5. Kualitas Data

A. Data Kualitatif

Guna menjaga validitas data kualitatif yang dikumpulkan, dilakukan triangulasi data yang meliputi:

1. Triangulasi sumber, yaitu *cross check* data yang dilakukan dengan menggali data dari berbagai sumber data (informan) yang berbeda.
2. Triangulasi metode, yaitu *cross check* data yang dilakukan dengan menggunakan beberapa pendekatan penggalan data yang berbeda, dalam hal ini melalui metode wawancara, telaah dokumen dan observasi.
3. Triangulasi data, yaitu *cross check* data yang dilakukan dengan mengkonfirmasi ulang hasil perolehan data kepada informan terkait setelah selesai penggalan data.

B. Data Kuantitatif

Untuk menjaga kualitas data kuantitatif, dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner. Uji validitas digunakan untuk mengetahui apakah kuesioner yang digunakan valid (mampu mengukur nilai yang sebenarnya hendak diukur) dengan melihat item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah dimensi dalam penelitian ini. Ukuran valid tidaknya

sebuah indikator (pertanyaan) dapat dilihat dari nilai korelasi pearson (r) yang ditampilkan dari hasil analisisnya (*Corrected Item-Total Correlation*) yang nilainya harus lebih besar dari r tabel. Sementara uji reliabilitas adalah uji untuk melihat konsistensi jawaban responden dalam menjawab sebuah subdimensi. Uji ini menggunakan indikator koefisien *alpha cronbach*.

Dalam hal ini, pada pengukuran tingkat kepuasan pasien dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada minimal 40 responden di klinik X mengingat implementasi model PKRE Terpadu belum diterapkan pada setting pelayanan yang sejenis dengan klinik X. Ternyata hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap 40 kuesioner tersebut menunjukkan hasil yang baik dengan nilai r tabelnya 0.312. Dengan demikian dapat disimpulkan kuesioner tersebut cukup memiliki keandalan. Sementara untuk kuesioner kepuasan petugas membutuhkan nilai r tabel yang lebih dari 0,514.

5.6. Pengolahan dan Analisa Data

A. Data Kualitatif

Data hasil wawancara mendalam dituangkan dalam penulisan transkrip, selanjutnya dilakukan pengkodean data hingga proses *cleaning* sehingga data akan mudah dianalisis, untuk selanjutnya dilengkapi dengan hasil telaah dokumen dan observasi kegiatan. Sementara analisis data kualitatif secara umum akan menggunakan *content analysis* (kajian isi) yaitu teknik yang digunakan untuk menarik kesimpulan melalui usaha menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistematis.

Dalam hal ini, menurut Patton dalam Martha (2008), analisis data kualitatif adalah proses mengatur urutan data dan mengorganisasikannya kedalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar. Untuk melakukan analisis data, perlu diperhatikan sbb:

- Menelaah kembali semua informasi yang telah dikumpulkan (membaca kembali catatan/transkrip)
- Mengelompokkan berdasarkan topik yang akan dipelajari
- Pengelompokkan berdasarkan kelompok informan
- Mengidentifikasi jawaban yang sering timbul

- Membuat catatan untuk temuan yang dianggap penting
- Mengutip dari informan yang hal-hal yang menggambarkan tanggapannya
- Mengidentifikasi persamaan dan perbedaan
- Menganalisis hubungan antar variabel

B. Data Kuantitatif

Setelah pengumpulan data kuantitatif, setidaknya ada empat tahapan pengolahan data yang dilalui, yaitu:

1. *Editing*: Pengecekan jawaban kuesioner apakah sudah lengkap terisi dan tulisannya jelas terbaca sehingga jika terjadi kesalahan dapat ditelusuri.
2. *Coding*: Pengklasifikasian jawaban menurut jenisnya ke dalam bentuk yang lebih ringkas sehingga akan mempercepat proses entry dan analisis
3. *Processing*: Mengentri data secara bertahap dari kuesioner ke paket program komputer, dalam hal ini menggunakan program SPSS for Window.
4. *Cleaning*: Mengoreksi kesalahan mengentri

Selanjutnya dilakukan analisis univariat untuk melihat proporsi kepuasan pasien dan pegawai. Lebih lanjut untuk data kepuasan pasien akan dilakukan analisis data yang informatif menggunakan diagram *Important Performance Analysis* (IPA). Pada dasarnya sama seperti diagram titik (kartesius) dengan dua sumbu x dan y pada umumnya, namun untuk lebih informatif, diagram dibagi empat bagian untuk mempermudah analisis dan rekomendasi strategisnya (Ariestonandri, 2006).

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. PENELITIAN KUALITATIF AWAL: PENGGALIAN INDIKATOR IMPLEMENTASI PKRE TERPADU DI KLINIK “X”

Pada bagian awal bab ini akan disajikan hasil penelitian kualitatif, yang sistematis penulisannya dibagi menjadi tiga bagian, yaitu untuk mengenai persepsi mengenai PKRE Terpadu, indikator keterpaduan PKRE Terpadu dan indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu di klinik “X”. Khususnya mengenai indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu akan langsung dikelompokkan kedalam empat dimensi *balanced scorecard*, yaitu perspektif pelanggan (pasien), perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, perspektif proses bisnis internal dan perspektif keuangan.

6.1.1. PERSEPSI PKRE TERPADU

Dari hasil wawancara diperoleh persepsi bahwa PKRE merupakan model pelayanan yang terkait dengan empat komponen kesehatan reproduksi esensial yaitu KIA, KB, kesehatan reproduksi remaja dan deteksi Infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS) yang diselenggarakan sepaket dalam satu kali kunjungan pasien.

Hal ini dinyatakan dengan jawaban informan sebagai berikut:

R1: *“PKRE merupakan pelayanan yang mencakup empat komponen kespro esensial sekaligus, baik KB, KIA, kespro remaja, dan pemeriksaan ISR/IMS ditambah deteksi dugaan kejadian kekerasan”*

R3: *“Seorang wanita bila datang ke klinik dia mendapat pelayanan kespro yang menyeluruh, bukan hanya yang dia inginkan. Contoh, dia juga akan mendapat pemeriksaan ISR/IMS, IVA, pendidikan kespro, KB, walaupun awalnya dia hanya bermaksud untuk IH”*

R5: *“Konsep Paket PKRE yaitu pelayanan dimana seorang pasien datang kemudian ia mendapat keseluruhan pelayanan”*

6.1.2. INDIKATOR KETERPADUAN PKRE TERPADU KLINIK X

Selanjutnya, yang menjadi indikator keterpaduan implementasi PKRE ini menurut para informan antara lain jika beberapa komponen kespro esensial dapat diselenggarakan sekaligus dalam satu kali kunjungan dan idealnya tanpa dirujuk ke tempat lain sehingga masalah-masalah kespro esensial yang sering kali tidak disadari dapat terdeteksi sejak dini. Dan secara lebih spesifik, indikator utamanya adalah adanya pendidikan kespro dasar kepada pasien melalui kegiatan *giving information activity* (GIA) dan konseling serta mengedepankan komponen layanan penanggulangan ISR/IMS yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana (*onsite*) untuk pemeriksaan keputihan, deteksi dini pra kankerleher rahim dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam cuka (IVA), dan *voluntary counseling and testing* (VCT) untuk HIV/AIDS. Pemberdayaan pasien dengan pemberian informasi dan proses konseling serta upaya penanggulangan ISR/IMS ini merupakan paket dasar yang ditawarkan kepada seluruh pasien yang berkunjung.

Pernyataan ini didapat dari keterangan para informan sebagai berikut:

R1: *“Begitu pasien masuk, petugas baik dokter, perawat ataupun bidan langsung mampu menangani sendiri keempat jenis layanan tersebut sekaligus dalam satu kali kunjungan, bukan untuk dirujuk ke tempat lain. Dengan begitu, pasien akan mendapat satu paket layanan. Namun ini konsep idealnya, yang terpenting sekarang menanamkan kesadaran hal ini dulu kepada petugas sampai mereka mau melaksanakan tiap komponen secara langsung, jangan ada yang dikirim keluar”*

R2: *“PKRE Terpadu berarti dimana seorang perempuan datang ke suatu pelayanan kesehatan itu bisa mendapat pelayanan secara lengkap dan seringkali pada perempuan masalah kespro tidak terdeteksi secara dini dan tanpa disadari. Dengan konsep keterpaduan ini masalah-masalah yang tidak dapat terdeteksi ini dapat terjaring. Contohnya, jika ada seorang perempuan datang dengan maksud memasang IUD, maka secara otomatis dia juga akan ter-skrining ISR/IMS dan akhirnya mendapat layanan tersebut. Ini sesuatu yang sebelumnya tidak terpikirkan namun akhirnya dia merasakan manfaatnya”*

R3: *“Indikator terpadunya dilihat dengan pelayanan dalam satu tempat mulai dari GIA, konseling termasuk VCT HIV, terus langsung periksa lab ISR dan IVA, ga perlu dikirim kemana-mana lagi. Jadi sekali datang pulang dan dapat semuanya. Itu idealnya, walaupun masih kenyataan sekarang masih ada yang dirujuk seperti tes HIV”*

R4: *“Pelayanan yang meliputi semuanya mulai dari pendaftaran, pemeriksaan lab, IVA, GIA, konseling termasuk bagi remaja. Terpadu terutama karena pasien sekaligus diperiksa ISR”*

R5: *“Pasien sekali datang langsung mendapat pelayanan hari itu, tidak perlu bolak balik dan dalam satu bangunan. Contohnya jika dia ingin IH, dia juga mendapat lebih seperti GIA, pemeriksaan keputihan, konseling”*

6.1.3. INDIKATOR KEBERHASILAN PKRE TERPADU DI KLINIK “X”

6.1.3.1. Perspektif Proses Bisnis Internal

Dari perspektif proses bisnis internal, yang menjadi indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu antara lain: inovasi apa saja yang telah dilakukan dalam mengembangkan maupun memperbaiki pola layanan, sejauh mana feasibilitas implementasi PKRE Terpadu di klinik “X”, serta ada tidaknya replikasi model PKRE ini di tempat lain

Keterangan ini didapat dari pernyataan para informan sebagai berikut:

R1: *“Yang ingin kita lihat sejauh mana konsep PKRE seperti di klinik ini akan dipakai untuk replikasi bagi tempat lain. Di klinik ini sendiri sebenarnya untuk menguji feasibilitas implementasi oleh para karyawan”*

R3: *“Dari segi inovasi, dengan adanya PKRE jadi ada pemeriksaan lab, GIA, konseling, peningkatan keterampilan, sistem informasi rekam medis baru, petugas tambah familiar dengan komputer”*

R4: *“Menurut saya disebut sukses jika alur yang sepakati diterapkan dengan baik. Sebenarnya perbaikan alur pelayanan dengan PKRE ini sudah memperbaiki sistem sehingga dapat mengurangi peluang kecurangan/kelalaian”*

R4: *“Ada pemeriksaan lab, GIA, konseling, perbaikan status rekam medis, sistem informasi rekam medis berbasis komputer”*

R5: *“Ada pemeriksaan lab ISR/IMS yang tadinya tidak ada, ada GIA, konseling dan peningkatan dalam hal teknologi sistem informasi rekam medis yang sekarang telah berbasis komputer”*

6.1.3.2. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Indikator keberhasilan program PKRE Terpadu menurut informan yang dapat dikategorikan kedalam persepektif pertumbuhan dan pembelajaran antara lain dapat dilihat dari jumlah karyawan yang terlibat dalam tiap tahap implementasi PKRE, jumlah dan jenis pelatihan yang diberikan, adanya aspek yang mempengaruhi motivasi petugas karena dengan PKRE Terpadu ini imej klinik menjadi lebih baik dan petugas dapat lebih memberi jenis layanan baru yang berguna bagi masyarakat namun sering terabaikan. Selain itu juga adanya aspek kepuasan kerja petugas termasuk dengan adanya tambahan insentif, perbaikan prosedur layanan yang diikuti komitmen bersama termasuk pihak pimpinan, maupun dengan adanya pengembangan teknologi layanan yang lebih memudahkan seperti kegiatan GIA dengan media elektronik dan penerapan sistem informasi rekam medis berbasis komputer.

Hal tersebut disimpulkan dari pernyataan informan sebagai berikut:

R1: *“...berapa jumlah karyawan yang terlibat”*

R3: *“Dari segi petugas jelas ada peningkatan keterampilan, adanya sedikit tambahan insentif, terus dapat memberi pelayanan lebih yang dapat membantu pasien seperti pemeriksaan keputihan yang sebenarnya perlu tapi sering diabaikan karena orang nggak tahu harus periksa kemana . Selain itu dengan ada teknologi komputer jadi lebih memudahkan”*

R4: *“Jika ada komitmen bersama prosedur yang dapat dijaga, ada kepemimpinan dan manjerial, ada peningkatan pengetahuan dan perbaikan sistem kerja dimana dulu sistem boleh dibilang acak-acakan”*

R5: *“pertama jika ada kesadaran petugas untuk menjalankan alur”*

R5: *“Ada peningkatan kebanggaan karena imej klinik IH jadi berubah menjadi penyedia layanan PKRE sebagai pelayanan yang sangat dibutuhkan. Selain itu ada peningkatan insentif disamping peningkatan pengetahuan dan skill”*

6.1.3.3. Perspektif Pelanggan (Pasien)

Dari perspektif pasien, yang menjadi indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu di klinik X adalah peningkatan jumlah pasien yang mengikuti paket PKRE Terpadu dan tingkat kepuasan pasien.

Keterangan ini didapat dari para informan seperti sebagai berikut:

R1: *"... dilihat dari berapa jumlah pasien yang mau mengikuti paket layanan.."*

R2: *"tentu kita berharap ada peningkatan jumlah kunjungan pasien dan sikap pasien puas terhadap pelayanan yang diberikan"*

R3: *"Kalo dari pasien, ada kepuasan pasien dimana mereka mendapat pelayanan lebih, peningkatan pengetahuan dan kesadaran untuk memeriksakan kespronya. Kalo dilihat sekarang ada tambahan kunjungan pemeriksaan karena mungkin pasien cerita ke temen atau sodara"*

R4: *"Pasien merasa puas, kebanyakan mereka menganggap pelayanan di sini lain, ada prosedur pemeriksaan yang jelas, mereka lebih percaya terutama untuk IH. Mereka juga puas dengan adanya GIA, mereka juga jadi tahu tentang status ISR/IMS. Terus, jumlah pemeriksaan lab juga terus bertambah karena hasil bisa didapatkan langsung hari itu juga"*

R5: *"pasien mendapat layanan yang lebih, ada kepuasan, misalnya sekalian periksa ISR selain IH. Namun ada hambatan waktu dimana kadang lama pelayanan meningkat sementara petugas harus dilakukan buru-buru. Juga adanya peningkatan jumlah pemeriksaan, bahkan sekarang ada pasien yang datang khusus untuk periksa keputihan atas informasi dari teman"*

6.1.3.4. Perspektif Finansial

Yang dapat menjadi indikator keberhasilan PKRE Terpadu di klinik "X" dari perspektif keuangan antara lain jika biaya operasional dapat ditanggung agar implementasi dapat tetap berjalan, jauh lebih baik terdapat peningkatan pendapatan klinik.

Hal ini terlihat dari pernyataan para informan sebagai berikut:

R1: *"Dari dukungan finansial kita berharap biaya operasional yang diperlukan mampu ditanggung, lebih baik lagi jika bisa menghasilkan profit"*

R3: “Ada pendapatan klinik. Kayaknya dari segi pengadaan lab ISR/IMS justeru prospek PKRE bagus, tidak rugi”

R4: “Adanya penambahan income bagi klinik, juga penambahan kesejahteraan pegawai”

R5: “Adanya peningkatan pendapatan”

6.2. ANALISIS KINERJA PKRE TERPADU DI KLINIK “X” DENGAN EMPAT PERSPEKTIF *BALANCED SCORECARD*

6.2.1. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL

6.2.1.1. Inovasi

Dari hasil wawancara dan observasi kegiatan lapangan, telah banyak inovasi baru yang diciptakan sejak program PKRE Terpadu ini diimplementasikan di klinik X, dari mulai pasien daftar sampai dengan pasien pulang, yaitu meliputi:

- b. ***Giving Information Activity (GIA)***, yaitu kegiatan pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi yang disampaikan kepada setiap 10 klien & pendampingnya secara berkelompok, diselenggarakan dalam suatu ruang tertutup dan disampaikan dengan bantuan media film berdurasi sekitar 20 menit disertai alat peraga, dimana seorang petugas (perawat/bidan) akan menjadi fasilitator yang mendampingi sekaligus melayani sekitar 10 menit tanya jawab pada akhir sesi. Adapun materi GIA yang dikembangkan mencakup topik mengenai pengenalan organ reproduksi, siklus menstruasi, proses kehamilan, kehamilan tak diinginkan (aborsi aman & tidak aman), metode kontrasepsi, infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS) termasuk HIV/AIDS, deteksi dini prakanker leher rahim dan isu kekerasan dalam rumah tangga. Fase GIA ini merupakan titik penting dalam memberi motivasi klien untuk melakukan pemeriksaan laboratorium ISR/IMS termasuk mengikuti *Voluntary Conseling and Testing HIV/AIDS* serta deteksi prakanker leher rahim dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat.
- c. **Perbaikan proses anamnesis pasien**, yang meliputi penggunaan format rekam medik (baru) PKRE yang lebih komprehensif mengidentifikasi faktor risiko pasien terkait masalah kespro seperti risiko terkena jenis ISR/IMS tertentu termasuk HIV/AIDS, risiko terkena kanker leher rahim, maupun

dugaan korban kekerasan khususnya kekerasan dalam rumah tangga. Jika riwayat risiko tersebut ditemui, fase anamnesis menjadi titik penting dalam merujuk klien ke ruang konseling. Selain itu, dilakukan pula perbaikan setting tempat anamnesis sehingga dapat lebih menjamin *privacy* klien dalam menjawab beberapa pertanyaan sensitif seperti riwayat riwayat multisex-partner, penggunaan narkoba suntik dan KDRT.

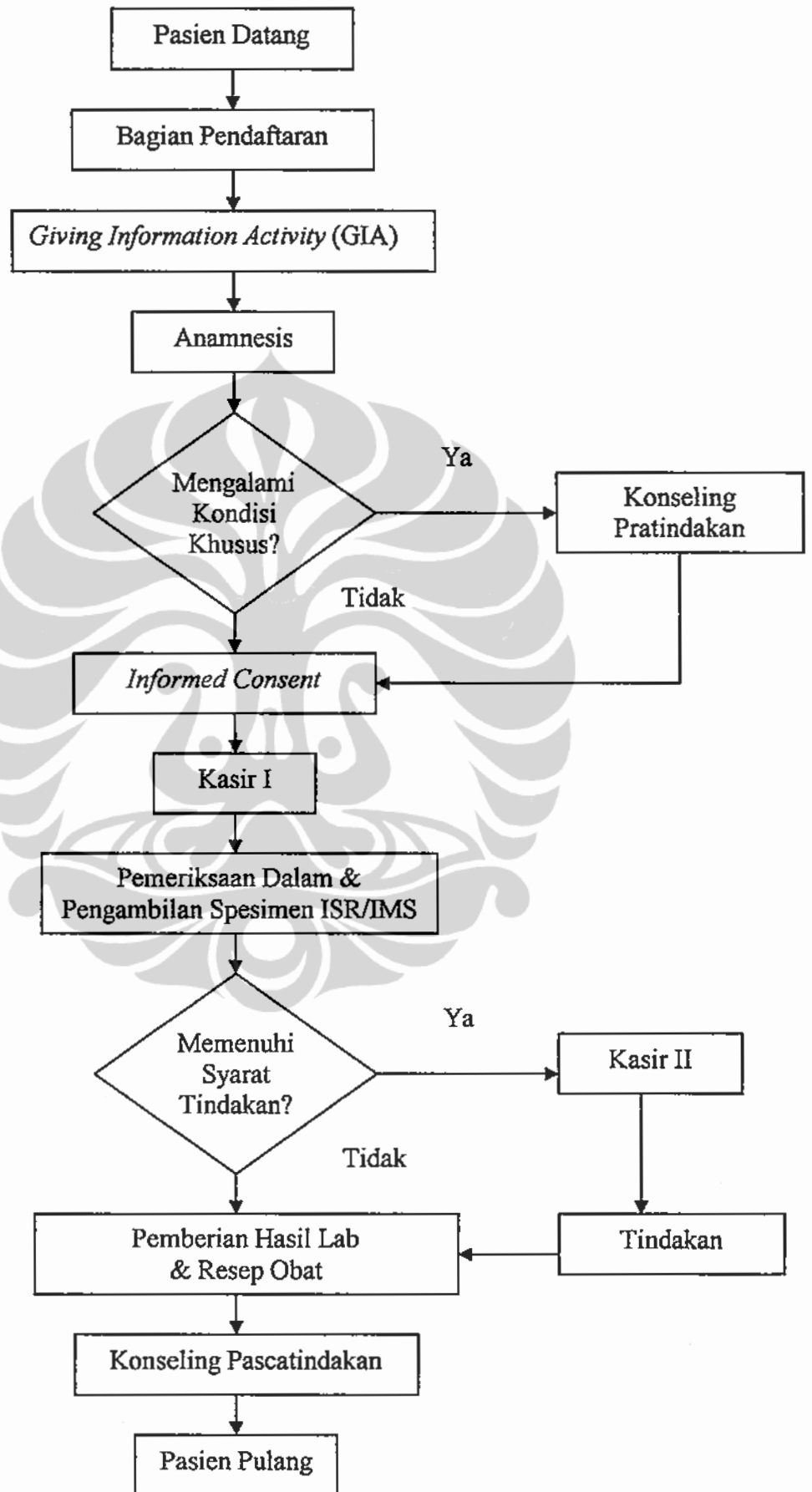
- d. **Layanan konseling**, yang dikembangkan semaksimal mungkin dapat lebih berorientasi klien dengan pendekatan *non judgmental*, dilakukan pada satu ruangan yang dapat lebih nyaman dan menjamin *privacy*. Setelah melalui fase anamnesis, jika memiliki kondisi khusus, seperti: remaja (usia <19 tahun), mengalami *repeated abortion*, klien atau pasangan memiliki pasangan seks lebih, memiliki riwayat *drug user*, diduga korban perkosaan ataupun kekerasan dalam rumah tangga, maka pasien tersebut akan mendapatkan konseling. Dan konseling ini dilakukan dua kali, pra dan pascatindakan
- e. **Deteksi Dini Prakanker Leher Rahim dengan metode IVA**, sebagai bagian dari upaya pencegahan dini keganasan kanker leher rahim dan hanya dengan melalui sebuah proses skrining yang mudah, murah namun efektif.
- f. **Deteksi beberapa jenis ISR/IMS berbasis laboratorium**, dimana semua klien dan pendampingnya ditawarkan layanan deteksi Infeksi Saluran Reproduksi./Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS). Adapun jenis ISR yang diperiksa adalah Kandidiasis dan Bakterial vaginosis dan IMS yang diperiksa antara lain Trikomoniasis dan HIV/AIDS. Deteksi ini dilakukan berbasis laboratorium sederhana sehingga hasilnya dapat lebih efektif dibanding pendekatan sindrom dan ternyata bisa dikembangkan *onsite* (pada laboratorium setempat) sebagai paket layanan sehingga bisa lebih hemat dibandingkan dilakukan secara terpisah dari klinik. Sementara tes HIV/AIDS sejauh ini masih dilakukan pada klinik rujukan yakni Pokdisus AIDS RSCM.
- g. **Pengembangan pada sistem rekam medis pasien**, mulai dari perbaikan format rekam medis yang dibuat dapat mendokumentasikan berbagai masalah kesehatan reproduksi pasien secara lebih menyeluruh yang mungkin antara yang satu dengan yang lainnya saling berkaitan, baik dari segmen kehamilan (termasuk keinginan terminasi kehamilan), KB, ISR/IMS, perkosaan dan

kekerasan. Selain itu, konsep rekam medik PKRE Terpadu ini akan menjadi bukti hukum bagi petugas tentang kondisi objektif pasien. Lebih dari itu, secara agregat data rekam medik pasien ini dapat menjadi kontribusi sumber informasi yang sangat signifikan memotret situasi kespro di Indonesia. Selanjutnya, sistem rekam medis PKRE Terpadu di klinik X ini dikembangkan dengan teknologi berbasis komputer.

Secara sistematis, pengembangan layanan PKRE Terpadu di klinik X dapat digambarkan dengan alur sebagai berikut:

**Gambar 6.1. Alur Implementasi PKRE Terpadu
Di Klinik X Tahun 2008**





Keterangan Alur:

- Pasien datang mengisi form registrasi sebagai syarat pendaftaran, setelah itu pasien diminta untuk mengikuti kegiatan pemberian informasi (*Giving Information Activity / GIA*)
- Selanjutnya pasien/klien dianamnesis dengan mengisi form Anamnesis. Jika klien memiliki kondisi khusus, seperti: remaja (usia <19 tahun), mengalami *repeated abortion*, klien atau pasangan memiliki pasangan seks lebih, memiliki riwayat *drug user*, diduga korban perkosaan ataupun kekerasan dalam rumah tangga, maka mendapatkan konseling.
- Sesudah anamnesis atau konseling, klien diminta menandatangani *informed consent* sebagai (pernyataan tertulis) tanda persetujuan atas tindakan medis yang akan diambil.
- Selanjutnya klien melakukan pemeriksaan awal seperti pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, dan pengambilan spesimen untuk pemeriksaan ISR/IMS termasuk pengambilan darah untuk tes HIV.
- Khusus untuk klien induksi haid, jika dari pemeriksaan dalam klien memenuhi tindakan maka tindakan pemulihan haid dapat dilakukan. Begitu juga untuk tindakan layanan KB tertentu.
- Terakhir, klien akan menerima hasil pemeriksaan ISR/IMS termasuk resep obat dan mendapat konseling pascatindakan, guna mendapat penguatan beberapa hal penting terkait *folll-up* layanan yang didapat seperti pentingnya pengobatan ISR/IMS berdua dengan pasangan, perlunya langkah lanjut jika mengalami indikasi kekerasan terhadap perempuan dsb.

6.2.1.2. Proses Operasi

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, didapat informasi mengenai proses operasi implementasi PKRE Terpadu di klinik X sebagai berikut:

- a. **Jadwal layanan PKRE Terpadu**, tersedia di klinik X pada hari Senin sampai Jumat dengan pendaftaran dibuka sejak pukul 08.30-11.30 WIB.
- b. **Biaya satu paket layanan PKRE Terpadu**, pasien dikenakan tambahan Rp.50.000 (lima puluh ribu rupiah) untuk pemeriksaan laboratorium ISR/IMS (Kandidiasis, Bacterial Vaginosis dan Trikomoniasis) serta tes IVA.

- c. Pelaksanaan *Giving Information Activity (GIA)*, sesuai dengan rencana yang disepakati, rata-rata berjalan 2 sesi per hari dengan jumlah peserta sekitar 10 orang tiap sesi, 5 pasien dan pendamping. Rata-rata pasien tampak sangat antusias dengan materi yang disampaikan dan tidak sungkan mengajukan pertanyaan dan diskusi dengan petugas.
- d. Proses anamnesis, berjalan dengan menggunakan pendekatan baru berbasis format rekam medis PKRE Terpadu yang lebih komprehensif, diantaranya mengidentifikasi risiko ISR/IMS dan keganasan kanker leher rahim. Gambaran umum situasi pasien pada sepanjang tahun 2008 dalam hal ini tampak sebagai berikut:

Tabel 6.1. Gejala ISR/IMS & Risiko Keganasan Organ Reproduksi Pasien Klinik X Tahun 2008

Gejala ISR/IMS & Resiko Keganasan Organ Reproduksi	N=4864 %
<i>Keputihan/nanah dari alat kelamin</i>	
Klien	42.1
Pasangan	0.2
Keduanya	0.0
Tidak/Tidak tahu	57.7
<i>Luka/peradangan di alat kelamin</i>	
Klien	0.8
Pasangan	0.3
Keduanya	0.0
Tidak/Tidak tahu	98.9
<i>Ada lentingan di alat kelamin (herpes genital)</i>	
Klien	0.5
Pasangan	0.3
Keduanya	0.0
Tidak/Tidak tahu	99.2
<i>Nyeri saat buang air kecil (bak)</i>	
Klien	2.1
Pasangan	0.2
Keduanya	0.0
Tidak/Tidak tahu	97.7
<i>Nyeri perut bagian bawah</i>	
Klien	6.3
Pasangan	0.1
Keduanya	0.0
Tidak/Tidak tahu	93.6

Perdarahan/bercak darah pascasenggama	
Klien	1.1
Pasangan	0.2
Keduanya	0.0
Tidak/Tidak tahu	98.7
Risiko Keganasan Organ Reproduksi pada Klien	
Usia hubungan seks pertama	
<20 tahun	20.5
20-29 tahun	74.2
30-39 tahun	4.9
>= 40 tahun	0.4

- e. **Layanan konseling pre dan pascatindakan**, berlangsung sehari-hari dengan jumlah kasus sekitar 4 kasus perhari, namun terkadang masih ada masalah lemahnya koordinasi antara petugas anamnesis dengan konselor sehingga beberapa pasien yang potensial untuk dikonseling menjadi tidak terjangkau. Adapun gambaran kasus konseling yang ditangani pada tahun 2008 antara lain terlihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 6.2. Kasus Konseling Klinik X Tahun 2008

Kategori Konseling	Jumlah Kasus
Perkonsan	
KDRT & Keganasan dalam Kehamilan	
Usia hubungan seks pertama yang terlambat	
Kehamilan tidak diinginkan karena sudah menikah	
Aborsi Berulang	
Rencana menunda kelahiran	
TOTAL KASUS	

- f. **Proses pemeriksaan ISR/IMS dan tes IVA**, oleh para petugas medis juga telah berjalan relatif lancar. Hampir setiap pasien klinik melakukan pemeriksaan dalam (pemeriksaan obstetri dan ginekologi), maka pada saat itulah pasien sekaligus menjalani prosedur pemeriksaan ISR/IMS dan tes IVA. Selanjutnya dilakukan analisis hasil pada laboratorium *onsite* klinik dan pada tahun 2008 dilakukan pula beberapa jenis pemeriksaan di lakukan pada laoratorium rujukan (RSCM) dengan gambaran sebagai berikut:

Tabel 6.3. Jenis ISR/IMS/Keganasan dan Jenis Pemeriksaan laboratorium

Jenis ISR/IMS/Keganasan	Jenis Tes	Laboratorium
ISR Non IMS		
Kandidiasis	Gram stain	on site & rujukan
Bakterial Vaginosis	Gram stain	on site & rujukan
IMS		
Trikomoniasis	NaCl Wet Mount	on site & rujukan
Gonore	Gram stain, Culture	on site & rujukan
Klamidia	PCR	Rujukan
Sifilis	RPR, VDRL/TPHA	Rujukan
HSV2	Serological test Ig-G	Rujukan
HIV	Elisa I, II, III	Rujukan
Deteksi Dini Keganasan Organ Reproduksi		
IVA (Inspeksi Visual dengan Asam asetat)	Asam cuka 3-5%	on site

- g. Hasil pemeriksaan laboratorium ISR/IMS, pada sepanjang tahun 2008 menunjukkan prevalensi penyakit sebagai berikut:

Tabel 6.4. Tingkat Prevalensi (%) ISR/IMS termasuk HIV/AIDS dan tes IVA di Klinik X Tahun 2008

Jenis Tes ISR/IMS	Jumlah Klien yang melakukan tes lab	% Hasil Tes Positif/Reaktif*
Kandidiasis ¹	656	14
Bacterial Vaginosis ¹	656	16.6
Trikomoniasis ²	2641	1.6
Klamidia ³	176	7.4
GO ⁴	655	0.2
HSV ⁵	655	17.1
Sifilis ⁶	655	0.5
HIV ⁷	174	1.2
ISR		27.4
IMS		6.3
VIA Cerviks ⁸	2641	2.9

¹ Gram Stain (Lab Rujukan)

² On-site Saline Wet Mount

³ PCR (Lab rujukan)

⁴ Gram Stain dan kultur serviks (Lab rujukan)

⁵ Tes serologi IgG

⁶ RPR, VDRL/TPHA

⁷ Elisa I, II, III

⁸ VIA

- h. **Penjaminan mutu hasil analisis pemeriksaan ISR/IMS**, diupayakan dengan melakukan uji validitas dengan mengirim beberapa sampel pemeriksaan ke laboratorium rujukan kemudian membandingkan hasil analisis *onsite* dengan hasil analisis di laboratorium rujukan sebagai *gold standard*. Upaya ini ditempuh mengingat kemampuan analisis pemeriksaan ISR/IMS merupakan hal yang baru bagi tenaga laboratorium *onsite* klinik X, sementara hasil pemeriksaan merupakan suatu hal yang sangat vital bagi.
- i. **Penyampaian hasil laboratorium ISR/IMS dan tes IVA**, dilakukan oleh dokter langsung pada hari yang sama sebelum pasien pulang. Jika hasil reaktif/positif maka dokter sekaligus akan memberi resep obat. Untuk jenis infeksi yang menular secara seksual, obat yang diberikan juga berlaku bagi pasangan seksual pasien, untuk itu pada tahap ini pasangan perlu dilibatkan dalam konseling pascatindakan.
- j. **Penerapan sistem informasi rekam medik berbasis komputer**, sejauh ini sudah mulai dapat berjalan meskipun masih perlu waktu adaptasi agar petugas makin terbiasa. Namun para petugas tampak cukup antusias belajar meskipun sistem ini merupakan suatu hal yang relatif sangat baru bagi klinik X.

6.2.2. PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN

6.2.2.1. Pelatihan

Berbagai jenis pelatihan untuk mengembangkan kapasitas petugas dalam mengimplementasikan konsep-konsep strategis PKRE Terpadu telah dilakukan. Setiap modul pelatihan pada umumnya disampaikan satu kali, namun beberapa materi tertentu seperti konseling, keterampilan pengambilan spesimen ISR/IMS dll dilakukan kegiatan *refreshing training* setelah beberapa bulan kemudian sesuai kebutuhan, untuk memastikan prosedur telah mampu diterapkan dengan baik. Sementara diantara selang waktu training tersebut dilakukan supervisi atau konsultasi dengan para trainer.

Adapun secara rinci, daftar pelatihan yang telah diselenggarakan adalah sebagai berikut:

Tabel 6.5. Daftar Pelatihan untuk Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X Tahun 2008

No.	Jenis Pelatihan	Pengisi	Bahasan/Tujuan
1.	Training Panduan Langkah Praktis PKRE Terpadu	Mitra Bestari PKRE: Prof. AB.Saifuddin, SpOG(K), dr. Djajadilaga, SpOG(K), Prof. Sjaiful Fahmi Daili, SpKK(K), dr. Kartono Mohamad, dkk	Prinsip dan prosedur langkah-langkah PKRE Terpadu. Setiap komponen PKRE dijelaskan, terutama masalah khusus mengenai kesehatan maternal, keluarga berencana, prosedur klinik dan laboratoris ISR/TMS, serta pendekatan layanan kesehatan reproduksi remaja.,
2.	Training VCT dan Penanganan Kasus HIV/AIDS	Prof. DR. Dr. Samsuridjal Djauzi, SpPD-KAI, Prof. DR.. dr. Zubairi Djoerban	Meningkatkan pengetahuan mengenai <i>voluntary counseling and testing (VCT)</i> HIV/AIDS, manajemen kasus ODHA termasuk mendeteksi dan mengatasi gejala infeksi oportunistik.
3.	Pencegahan infeksi	Dr. Yudianto B. Saroyo, SpOG	Memberikan penguatan terhadap penerapan <i>Universal Precaution (UP)</i> sebagai standar minimal pelaksanaan kerja, mencegah paparan agen patogenik.
4.	Deteksi Prakanker Leher Rahim (IVA)	dr. Omo Abdul Madjid, SpOG dan tim GHPIEGO	Membekali petugas secara mendalam tentang teknik mendeteksi kanker leher rahim dengan metode IVA (Inspeksi Visual dengan Asam asetat).
5.	Pelatihan GIA	Dra. Ninuk Widyantoro, Psi (Yayasan Kesehatan Perempuan)	Mengembangkan rasa percaya diri dan teknik komunikasi petugas dalam menyampaikan informasi dasar kesehatan reproduksi dalam proses GIA.
6.	Pelatihan Konseling	Dra. Ninuk Widyantoro, Psi (Yayasan Kesehatan Perempuan)	Memperkaya kemampuan komunikasi interpersonal dan memahami langkah mendasar konseling dan tantangannya.

7.	Training ABPK	Drs. Eli Irawan, MS dan Nurlela (BKKBN)	Meningkatkan kemampuan konseling KB dan mengasah keterampilan petugas dalam menggunakan alat bantu pengambilan keputusan ber-KB (ABPK)
8.	Pelatihan Pengisian dan Aspek Hukum Rekam Medik	Milla Herdayati, SKM, Msi (FKM UI) dan Kombespol. Sri Rumiati, Msi (Biro Psikologi Mabes POLRI)	Mengembangkan kemampuan pengisian rekam medik PKRE (baru) yang lebih berorientasi pada pemenuhan hak-hak perempuan dan hak petugas kesehatan untuk terlindung dari tuntutan hukum.
9.	Probing Pengisian Rekam Medik	Rita Damayanti (FKM UI)	Memberikan keterampilan komunikasi dalam menggali informasi yang benar dari klien dalam rangka mendapatkan status kesehatan reproduksinya
10.	Penanganan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan	dr. Mutia Prayanti, SpOG (Pusat Krisis Terpadu RSCM), Rita Kolibonso, SH (Yayasan Mitra Perempuan)	Membangun kesadaran petugas dalam menjangkau dan menangani kasus dugaan kekerasan terhadap klien yang datang ke klinik X
11.	Pelatihan Penanganan Pecandu Narkoba	Joyce Gordon (YAKITA)	Mendapatkan pengetahuan lebih jauh mengenai dunia narkoba dan upaya rehabilitasinya dikaitkan dengan pelayanan kesehatan reproduksi.
12.	Training Konsep Gender dalam Kespro	Missiah (Kapal Perempuan) dan Maria Ulfa Ansor (Fatayat NU)	Mengembangkan wawasan peserta dalam memandang masalah kesehatan reproduksi dari perspektif keadilan dan kesetaraan gender
13.	Dinamika Kelompok	Rita Damayanti (FKM UI)	Meningkatkan soliditas antara tenaga medis dan non-medis dalam kerangka kerja tim di Klinik X.

6.2.2.2. Keterlibatan Pegawai

Dari hasil wawancara dan observasi mengenai keterlibatan pegawai klinik X terhadap implementasi PKRE Terpadu, didapatkan informasi bahwa tidak semua pegawai klinik terlibat. Secara terperinci, selain tenaga dokter sebagai operator utama, tiap langkah dalam alur implementasi PKRE Terpadu pada tahun 2008 melibatkan seluruh paramedis (9 bidan dan 6 perawat), 2 orang konselor, seorang analis laboratorium dan seorang asistennya, serta 3 orang petugas pendaftaran dan rekam medis. Adapun konselor dan tenaga laboratorium ini merupakan tenaga *outsourcing* yang dikontrak khusus oleh klinik pada satu tahun awal masa implementasi PKRE Terpadu.

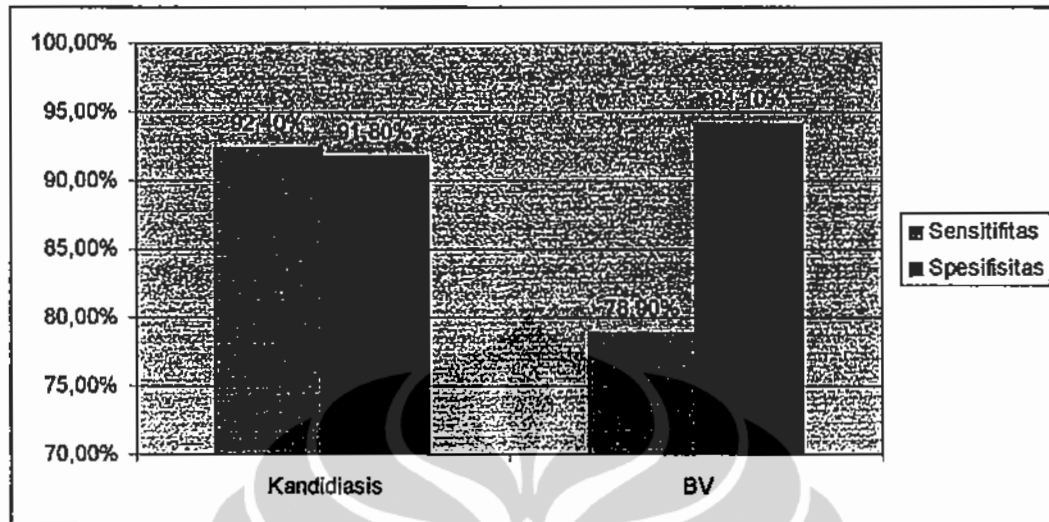
Setelah satu tahun implementasi berjalan, terjadi alih kemampuan dari tenaga *outsourcing* laboratorium dan konselor demi persiapan sustainability program. Saat ini petugas laboratorium sudah digantikan oleh salah satu pegawai tetap klinik yang secara khusus sudah dipersiapkan baik dari segi kemampuan maupun kualitas hasil analisis. Namun untuk tenaga konselor dari luar hanya dikurangi satu karena dinilai sejauh ini keterlibatan paramedis belum begitu dapat diandalkan terkait pembagian kerja paramedis yang notabene bekerja shift, sementara kegiatan konseling memerlukan perhatian tersendiri khususnya untuk penanganan VCT HIV/AIDS yang benar-benar memerlukan petugas dengan sertifikasi khusus. Meskipun demikian, paramedis tetap turut membantu manakala ada beberapa pasien yang memerlukan sesi konseling secara bersamaan.

Lebih jelasnya, gambaran kualitas keterlibatan pegawai dalam proses implementasi PKRE Terpadu ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. **Bagian pendaftaran dan rekam medis:** keterlibatan petugas sudah optimal dalam memperbaiki prosedur yang baru baik dalam konteks mempersiapkan seluruh pasien yang mendaftar untuk segera mengikuti *giving information activity* maupun dalam mempersiapkan penggunaan dan penyimpanan format rekam medis PKRE (baru), meskipun kemampuan petugas masih memerlukan waktu lebih lama untuk beradaptasi mengoperasikan sistem berbasis komputer. Selain itu kendala yang di hadapi adalah kurangnya jumlah tenaga karena salah satu petugas di bagian ini baru saja pensiun.

2. **Proses Anamnesis:** keterlibatan pegawai dalam fase ini cukup baik dan kemampuan petugas dinilai mengalami kemajuan dalam menggunakan format pertanyaan rekam medis baru dalam anamnesis dan menerapkan pendekatan yang lebih menghargai pasien dengan segala keunikan masalahnya. Namun demikian, tampaknya masih diperlukan waktu yang cukup untuk sampai pada sebuah perubahan yang jauh lebih baik lagi dalam pembiasaan sikap nonjudgmental, adil gender dan menjaga *privacy* pasien
3. **Proses Giving Information Activity:** keterlibatan petugas sudah cukup baik sehingga GIA dapat berjalan setiap hari. Kemampuan petugas dalam menangani GIA ini juga relatif sudah memadai, terlihat dari sikap mereka yang mulai terbiasa menjalani prosedur GIA yang menggunakan media video. Petugas juga tampak tidak lagi canggung menjadi fasilitator GIA, termasuk menjawab segala pertanyaan pasien setelah sesi penyampaian materi. Umumnya pasien terlihat begitu antusias saling mengajukan banyak pertanyaan pada petugas. Namun demikian, masih diperlukan perhatian dan ketegasan yang lebih baik dari pihak pimpinan terkait dalam hal supervisi dalam pengaturan jadwal sebagai fasilitator GIA sehingga petugas tidak saling mengandalkan satu sama lain.
4. **Pemeriksaan ISR/IMS dan IVA:** Keterlibatan petugas dalam pemeriksaan fisik seperti pengambilan spesimen ISR/IMS dan melakukan inspeksi visual dalam deteksi dini prakanker leher rahim sudah cukup baik meskipun seluruh prosedur pemeriksaan belum sempurna diterapkan seperti masih adanya beberapa kelalaian petugas dalam langkah pencegahan infeksi seperti penggunaan sarung tangan, cuci tangan dll.
5. **Analisis hasil laboratorium onsite:** Kemampuan analisis hasil lab tergolong sudah baik. Secara objektif hal ini dapat diukur dari hasil validitas pemeriksaan *onsite* (Kandidiasis dan Bacterial Vaginosis) yang dibandingkan dengan hasil pemeriksaan pada lab rujukan yang secara lebih detail dapat dilihat dengan parameter nilai sensitifitas dan spesifisitas nilai pemeriksaan sebagai berikut:

Gambar 6.2. Sensitifitas & Spesifisitas Pemeriksaan Kandidiasis & Bacterial Vaginosis (BV)



6.2.2.3. Kepuasan Pegawai

A. Uji Validitas dan Reliabilitas

Untuk uji validasi kuesioner kepuasan pegawai karyawan dilakukan pada 13 responden sehingga batas nilai korelasi harus lebih besar dari 0.514.

Tabel 6.6. Validitas Kuesioner Kepuasan Pegawai

	Variabel	Korelasi	Keterangan
c1	PKRE Terpadu di klinik X tempat saya bekerja telah banyak menghadirkan pengembangan layanan klinik	.767	Valid
c2	Petugas medis telah memperoleh banyak peningkatan keterampilan medis	.712	Valid
c3	program peningkatan pengetahuan terkini meningkatkan wawasan saya	.527	Valid
c4	pengembangan kapasitas pegawai yang bersifat non medis sesuai kebutuhan yang ada	.555	Valid
c5	program implementasi PKRE Terpadu telah membawa perbaikan imej positif bagi pelayanan klinik X secara keseluruhan	.767	Valid
c6	Saya merasa bangga dengan adanya beberapa pelayanan baru sejak implementasi PKRE seperti <i>Giving Information Activity (GIA)</i> ,	.459	Tidak Valid
c7	Saya puas dengan pengembangan teknologi <i>Giving Information Activity (GIA)</i>	.785	Valid
c8	Saya menyambut gembira adanya program penerapan sistem informasi rekam medik berbasis komputer di klinik X	.707	Valid
c9	Saya merasa bahagia dengan sejumlah bentuk partisipasi dan kontribusi saya dalam implementasi PKRE Terpadu	.371	Tidak Valid

c10	Saya merasa komitmen pimpinan dalam aplikasi perbaikan prosedur layanan yang disepakati terkait implementasi PKRE Terpadu	.629	Valid
c11	Menurut saya jumlah sumber daya yang diperlukan dalam menyelesaikan setiap langkah dalam implementasi PKRE Terpadu	.580	Valid
c12	Saya merasa pengaturan kerja dan pembagian tugas dalam implementasi PKRE	.432	Tidak Valid
c13	Saya merasa supervisi dan kontrol yang dilakukan pihak pimpinan terkait dalam implementasi PKRE	.346	Tidak Valid
c14	Saya merasa partisipasi saya dalam implementasi PKRE Terpadu dihargai dengan baik oleh sesama rekan kerja maupun pihak pimpinan	.353	Tidak Valid
c15	Saya merasa ada sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i> yang jelas dari pihak pimpinan terkait, dalam konteks implementasi PKRE Terpadu	.122	Tidak Valid

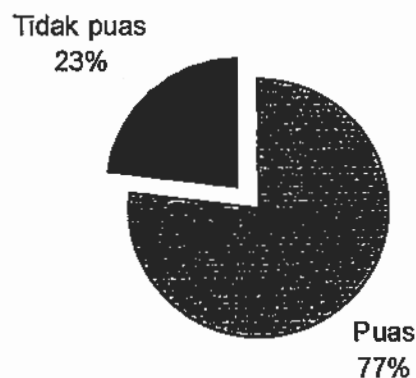
B. Uji Reliabilitas

Adapun hasil uji reliabilitas terhadap kuesioner kepuasan pegawai menunjukkan nilai alpha cronbath sebesar 0,877 yang menunjukkan bahwa kuesioner memiliki tingkat reliabilitas yang baik.

C. Hasil Analisis Univariat

Dari 13 pegawai, yang puas ada 10 orang dan yang kurang puas 3 orang.

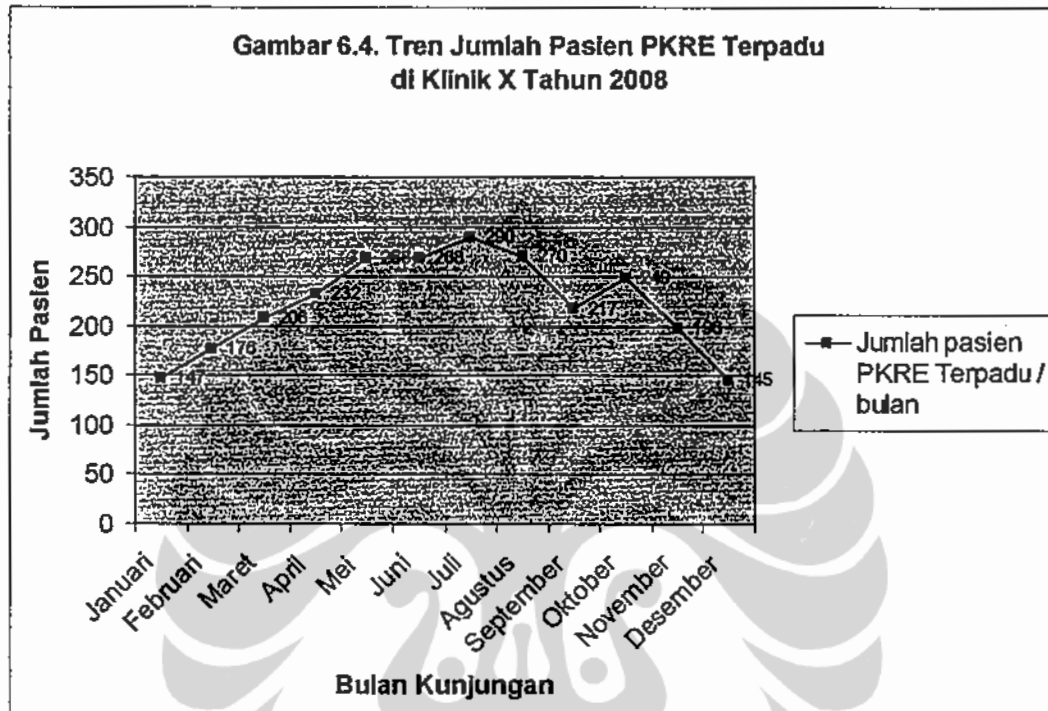
Gambar 6.3. Diagram Kepuasan Pegawai Klinik X terhadap Implementasi PKRE Terpadu



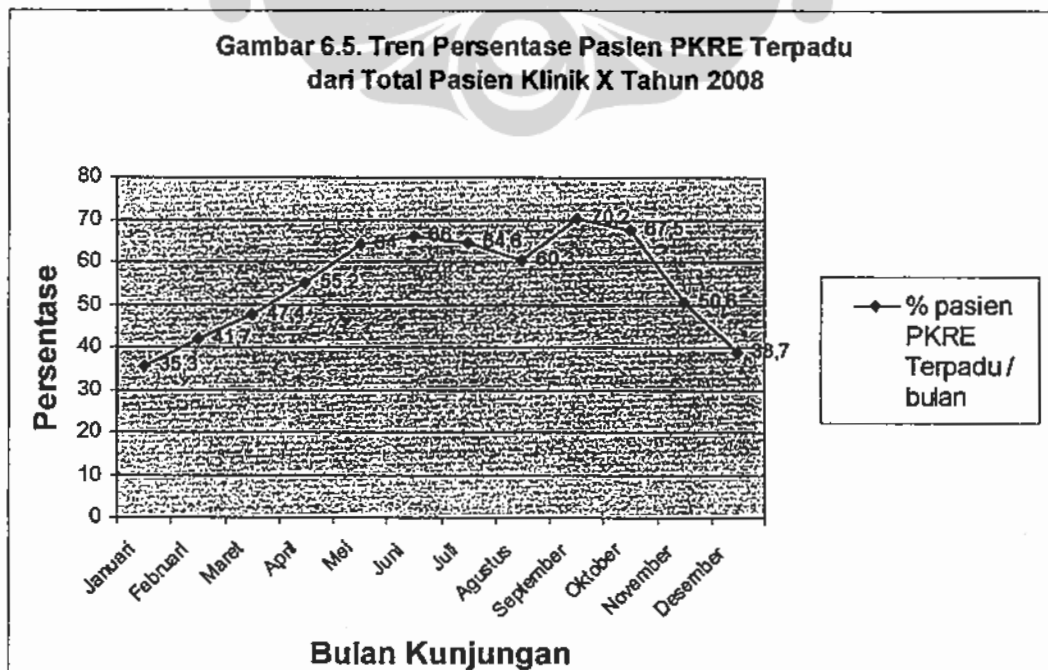
6.2.3. PERSPEKTIF PELANGGAN (PASIEN)

6.2.3.1. Pertumbuhan jumlah pasien

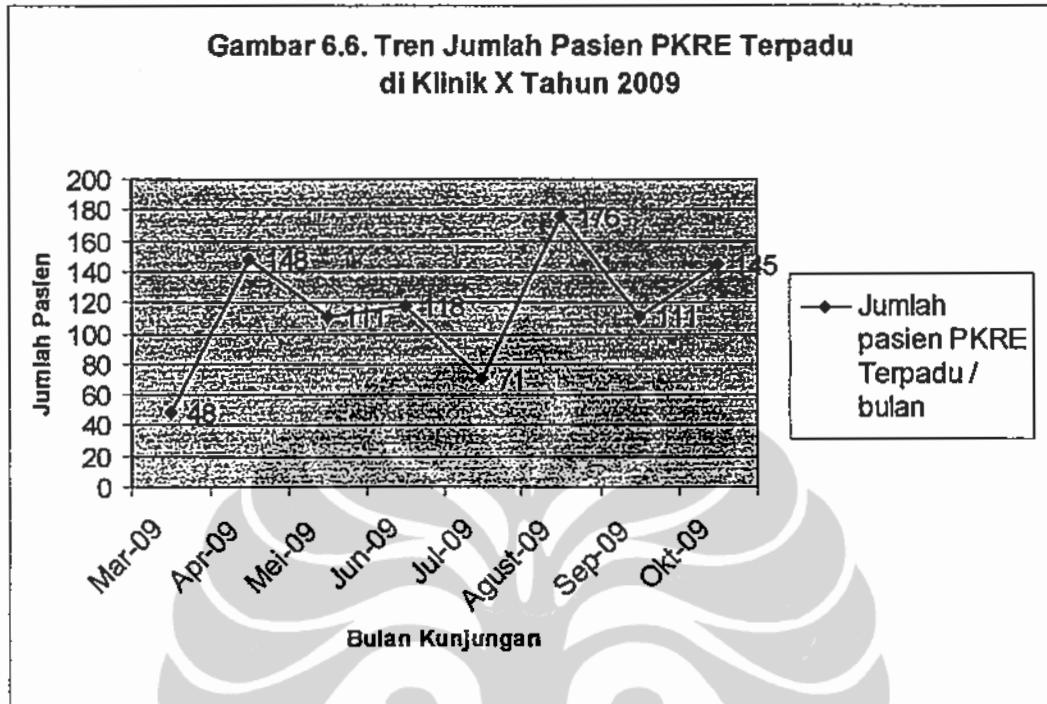
Dari hasil telaah dokumen rekam medis tahun 2008 terlihat tren pertumbuhan jumlah pasien PKRE Terpadu di klinik X sebagai berikut:



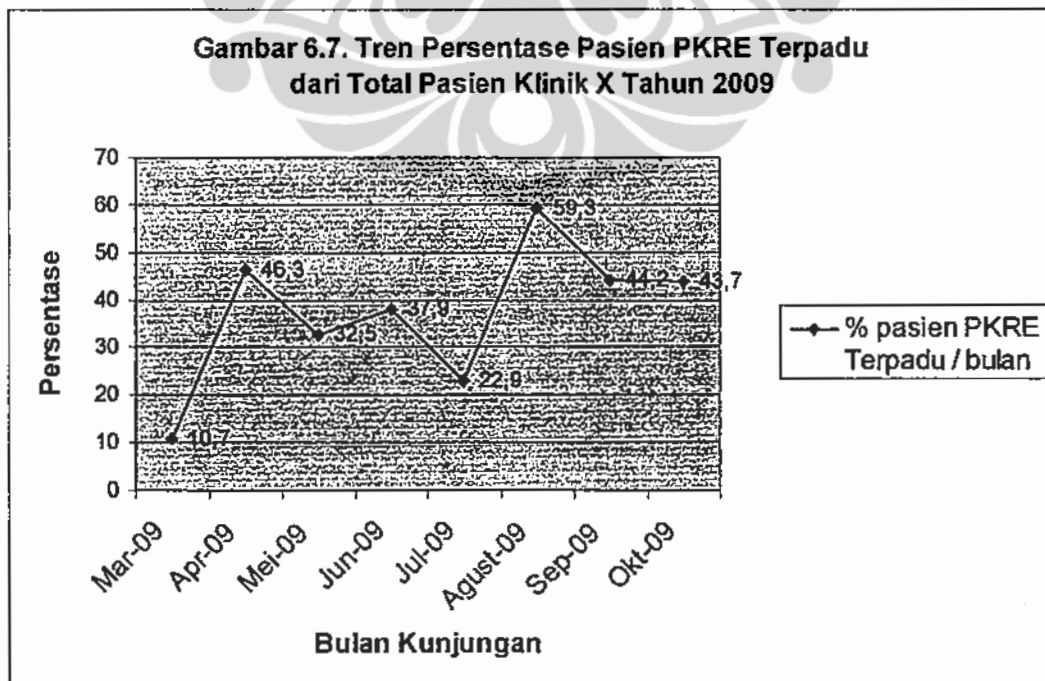
Jika dibandingkan jumlah kunjungan pasien klinik X secara keseluruhan, persentase jumlah pasien PKRE Terpadu pada tahun 2008 tampak sebagai berikut:



Jika dilihat lebih jauh, gambaran tren pertumbuhan pasien PKRE Terpadu tahun 2009 adalah sebagai berikut sebagai berikut:



Dan jika tren jumlah pasien diatas dibandingkan dengan jumlah kunjungan pasien klinik X secara keseluruhan, persentase jumlah pasien PKRE Terpadu pada sepanjang tahun 2009 tampak sebagai berikut:



6.2.3.2. Kepuasan pasien

A. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk melihat item pertanyaan mana yang dapat digunakan sebagai alat ukur sebuah dimensi dalam penelitian ini. Ukuran valid tidaknya sebuah indikator (pertanyaan) dapat dilihat dari nilai korelasi pearson yang ditampilkan dari hasil analisisnya (Corrected Item-Total Correlation) yang nilainya harus lebih besar dari r tabel. Untuk jumlah responden 40 orang maka nilai r tabelnya adalah 0,312, dimana derajat bebasnya adalah $40-2=40-2=38$.

Tabel 6.7. Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepuasan Pasien Tangible

	Variabel	Korelasi	Keterangan
b1	(ruang anamnesis) yang bersih dan nyaman	.620	Valid
b2	Ruang pemberian informasi kelompok (<i>Giving Information Activity</i>) yang bersih dan nyaman	.680	Valid
b3	Ruang konseling pribadi bersih dan nyaman	.634	Valid
b4	"Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman	.618	Valid
b5	materi, peralatan dan sarana penerangan informasi modern dan punya daya tarik visual	.451	Valid
b6	alat pemeriksaan medis lengkap dan berfungsi baik	.672	Valid
b7	petugas medis maupun non medis di klinik X berpenampilan rapi dan bersih	.657	Valid

Reliability

	Variabel	Korelasi	Keterangan
b8	memberikan manfaat layanan sesuai yang dijanjikan	.612	Valid
b9	menangani pasien sesuai jadwal yang disampaikan	.525	Valid
b10	menangani administrasi catatan/ dokumen tentang pasien yang bebas dari kesalahan	.471	Valid
b11	mampu memberikan pelayanan dengan tepat, akurat dan dapat diandalkan	.731	Valid

Responsiveness

	Variabel	Korelasi	Keterangan
b12	memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan	.622	Valid
b13	bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkan masalah	.502	Valid
b14	petugas bersedia membantu pasien segera	.374	Valid
b15	petugas yang tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien	.544	Valid
b16	pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama	.672	Valid

Assurance

	Variabel	Korelasi	Keterangan
b17	petugas klinik membuat pasien mempercayai mereka	.548	Valid
b18	petugas klinik membuat pasien merasa aman berkonsultasi	.686	Valid
b19	Petugas klinik mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien secara meyakinkan	.810	Valid
b20	Komunikasi petugas membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan	.830	Valid
b21	petugas yang cekatan menjalankan tugas di bagiannya	.811	Valid
b22	Keterampilan petugas dalam melakukan pemeriksaan membuat pasien yakin akan hasilnya	.594	Valid

Empathy

	Variabel	Korelasi	Keterangan
b23	Petugas klinik X memberikan perhatian personal kepada pasien	.716	Valid
b24	Klinik X memiliki jam kerja beroperasi yang nyaman bagi pasien	.707	Valid
b25	Klinik X mengutamakan kepentingan pasien	.750	Valid
b26	Klinik X memberikan pelayanan tanpa memandang status sosial pasien	.807	Valid
b27	Klinik X memberikan waktu yang cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi	.741	Valid
b28	Petugas klinik X memahami kebutuhan spesifik para pasien	.662	Valid

B. Uji Reliabilitas

Reliabilitas pada penelitian ini adalah uji untuk melihat konsistensi jawaban responden dalam menjawab sebuah subdimensi. Uji ini menggunakan indikator nilai alpha cronbach . Sebuah subdimensi dikatakan sudah reliabel jika nilai alpha cronbach > 0.5 . Hasil rekapitulasi dari uji validitas dan reliabilitas nampak pada table dibawah ini:

Tabel 6.8. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Kepuasan Pasien

No	Dimensi	Nilai Alpha Cronbath	Keterangan
1	Tangible	0.839	Reliable
2	Reliability	0.852	Reliable
3	Responsive	0.819	Reliable
4	Emphaty	0.918	Reliable
5	Assurance	0.853	Reliable

C. Hasil Analisis Univariat

Dari aspek *Tangibility* atau bukti fisik seperti ruangan, fasilitas, dan penampilan petugas, 62 orang (64,6%) menyatakan puas dan 34 orang (35,4%) menyatakan kurang puas.

Gambar 6.8. Kepuasan Pasien thd Aspek Tangible

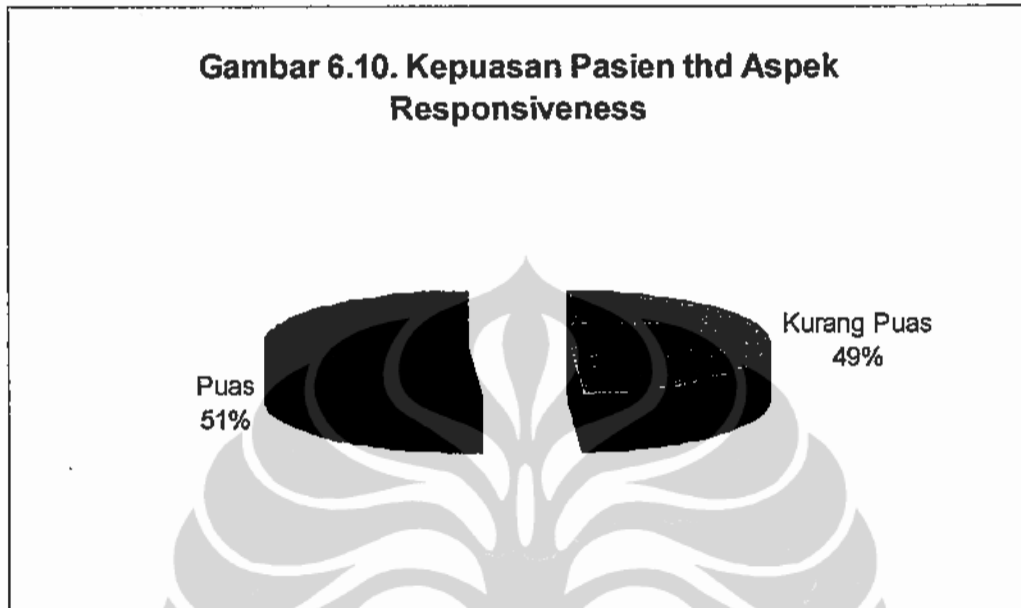


Dari aspek *Reliability* atau kemampuan memberi pelayanan secara konsisten seperti yang dijanjikan, 59 orang (61,5%) menyatakan puas dan 37 orang (38,5%) menyatakan kurang puas.

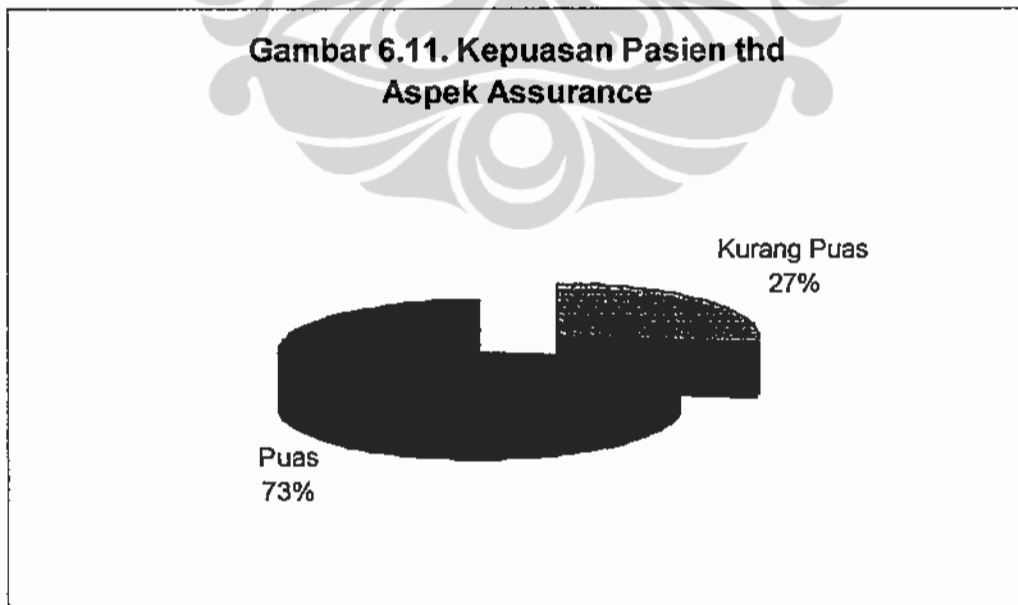
Gambar 6.9. Kepuasan Pasien thd Aspek Reliability



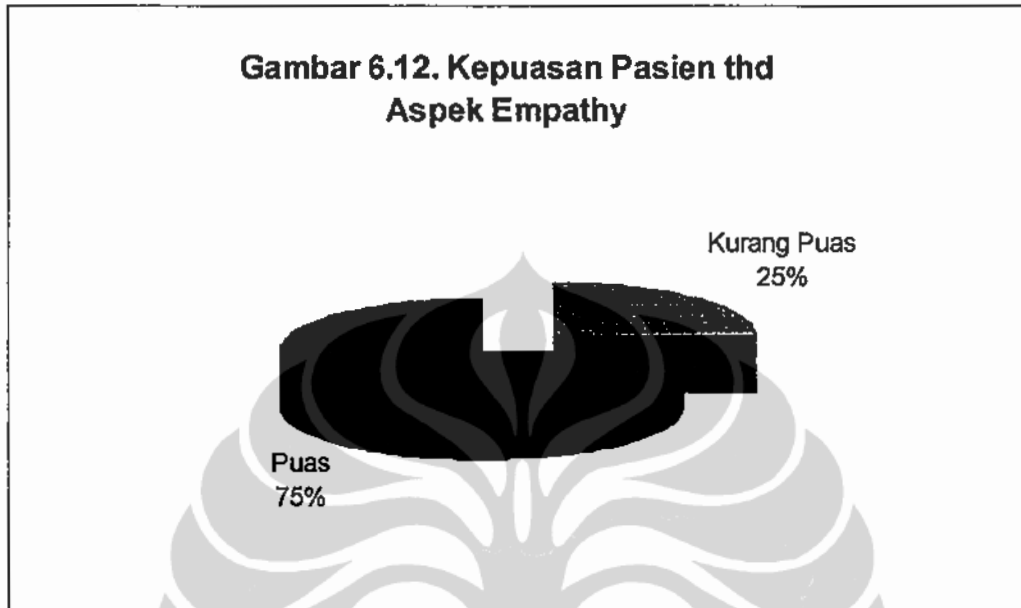
Dari aspek *Responsiveness* atau kemauan dan daya tangkap petugas dalam membantu pasien/melayani dengan cepat, 49 orang (51%) menyatakan puas dan 47 orang (49%) menyatakan kurang puas.



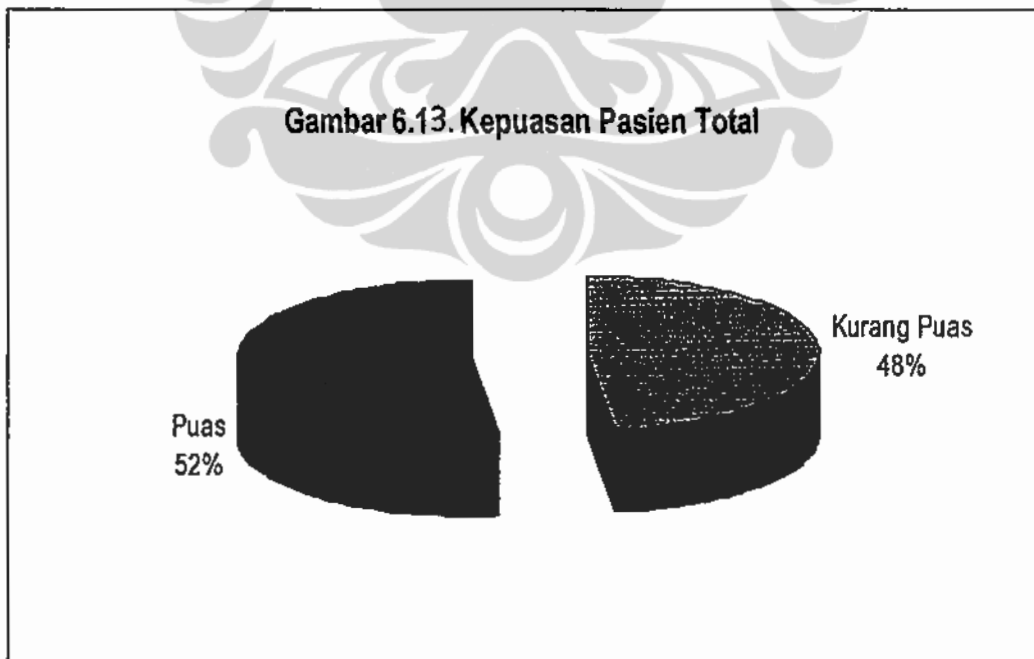
Dari aspek *Assurance* atau jaminan kemampuan petugas shg mampu menumbuhkan rasa percaya & aman bagi pasien, 70 orang (72,9%) menyatakan puas dan 26 orang (27,1%) menyatakan kurang puas.



Dari aspek *Empathy* atau perhatian petugas secara pribadi dan kemampuan memahami kebutuhan pasien, 72 orang (75%) menyatakan puas dan 24 orang (25%) menyatakan kurang puas.



Sementara kepuasan pasien total menunjukkan 50 orang (52,1%) menyatakan puas dan 46 orang (47,9%) menyatakan kurang puas.



D. Important Performance Analysis

Tabel 6.9. Penilaian Harapan terhadap Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X

No		Jawaban				Nilai	\bar{Y}
		1	2	3	4		
1	(ruang anamnesis) yang bersih dan nyaman	5		41	50	328.00	3.4167
2	ruang pemberian informasi kelompok (<i>Giving Information Activity</i>) bersih, nyaman		3	41	52	337.00	3.5104
3	ruang konseling pribadi yang bersih dan nyaman			35	61	349.00	3.6354
4	"Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman			38	58	346.00	3.6042
5	materi, peralatan dan sarana penerangan informasi modern dan punya daya tarik visual			40	56	344.00	3.5833
6	alat pemeriksaan medis yang lengkap dan berfungsi dengan baik			29	67	355.00	3.6979
7	petugas medis maupun non medis di klinik X berpenampilan rapi, bersih			39	57	345.00	3.5938
8	memberikan manfaat pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan			52	44	332.00	3.4583
9	menangani pasien sesuai jadwal/ waktu yang disampaikan			36	60	348.00	3.6250
10	menangani administrasi catatan/ dokumen tentang pasien yang bebas dari kesalahan			40	56	344.00	3.5833
11	mampu memberikan pelayanan dengan tepat, akurat dan dapat diandalkan			28	68	356.00	3.7083
12	memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan		5	41	50	333.00	3.4688
13	bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkan masalah			33	63	351.00	3.6563
14	petugas bersedia membantu pasien segera			42	54	342.00	3.5625

15	petugas yang tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien	2		52	42	326.00	3.3958
16	pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama			32	64	352.00	3.6667
17	petugas klinik membuat pasien mempercayai mereka			44	52	340.00	3.5417
18	petugas klinik membuat pasien merasa aman berkonsultasi			38	58	346.00	3.6042
19	Petugas klinik mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien secara meyakinkan			46	50	338.00	3.5208
20	Komunikasi petugas membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan			41	55	343.00	3.5729
21	petugas yang cekatan menjalankan tugas di bagiannya			37	59	347.00	3.6146
22	Keterampilan petugas melakukan pemeriksaan membuat pasien yakin akan hasilnya			39	57	345.00	3.5938
23	Petugas klinik memberikan perhatian personal kepada pasien	3		31	62	347.00	3.6146
24	Klinik memiliki jam kerja yang nyaman bagi pasien			33	63	351.00	3.6563
25	Klinik mengutamakan kepentingan pasien			29	67	355.00	3.6979
26	Klinik memberikan layanan tanpa memandang status sosial pasien			27	69	357.00	3.7188
27	Klinik memberikan waktu yang cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi			26	70	358.00	3.7292
28	Petugas klinik memahami kebutuhan spesifik pasien			27	69	357.00	3.7188

**Tabel 6.10. Penilaian Kinerja (Kenyataan)
Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X**

No		Jawaban				Nilai	\bar{X}
		1	2	3	4		
1	(ruang anamnesis) yang bersih dan nyaman	4	7	76	9	282.00	2.9375
2	ruang pemberian informasi kelompok (<i>Giving Information Activity</i>) bersih nyaman	2	6	69	19	297.00	3.0938
3	ruang konseling pribadi yang bersih dan nyaman	4	9	55	28	299.00	3.1146
4	"Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman	5	10	58	23	291.00	3.0313
5	materi, peralatan dan sarana penerangan informasi modern dan punya daya tarik visual		20	67	9	277.00	2.8854
6	alat pemeriksaan medis yang lengkap dan berfungsi dengan baik		7	68	21	302.00	3.1458
7	petugas medis maupun non medis di klinik X berpenampilan rapi bersih		11	66	19	296.00	3.0833
8	memberikan manfaat pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan		3	76	17	302.00	3.1458
9	menangani pasien sesuai jadwal/ waktu yang disampaikan	5	23	54	14	269.00	2.8021
10	menangani administrasi catatan/ dokumen tentang pasien bebas kesalahan	2	9	64	21	296.00	3.0833
11	mampu memberikan pelayanan tepat, akurat dan dapat diandalkan		2	70	24	310.00	3.2292
12	Memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan	3	25	54	14	271.00	2.8229
13	bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkan masalah	2		75	19	303.00	3.1563
14	petugas bersedia membantu pasien segera		14	68	14	288.00	3.0000
15	petugas yang tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien		15	75	6	279.00	2.9063

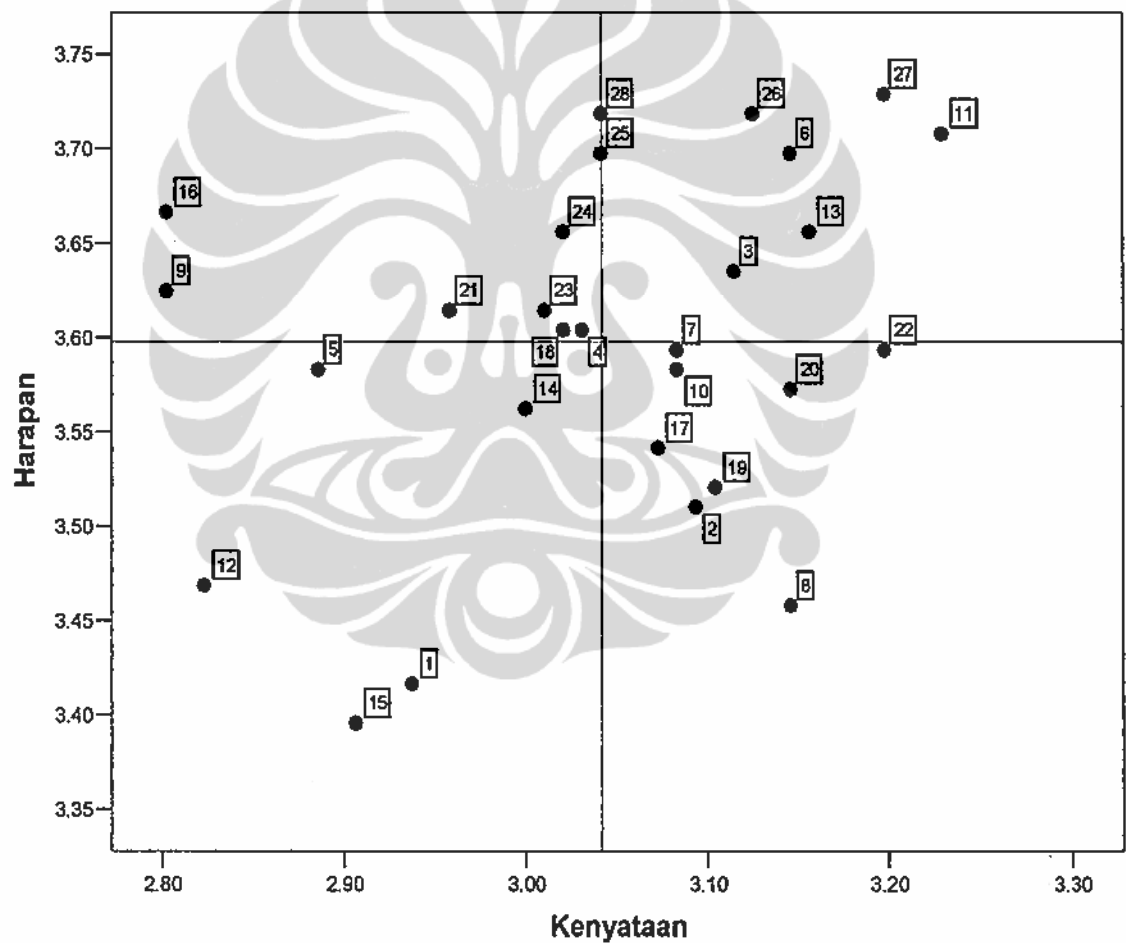
16	pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama	11	12	58	15	269.00	2.8021
17	petugas klinik membuat pasien mempercayai mereka			89	7	295.00	3.0729
18	petugas klinik membuat pasien merasa aman berkonsultasi	5	9	61	21	290.00	3.0208
19	Petugas klinik mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien secara meyakinkan		2	82	12	298.00	3.1042
20	Komunikasi petugas membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan		2	78	16	302.00	3.1458
21	petugas yang cekatan menjalankan tugas di bagiannya	2	15	64	15	284.00	2.9583
22	Keterampilan petugas dalam melakukan pemeriksaan membuat pasien yakin akan hasilnya		3	71	22	307.00	3.1979
23	Petugas klinik memberikan perhatian personal kepada pasien		17	61	18	289.00	3.0104
24	Klinik memiliki jam kerja beroperasi yang nyaman bagi pasien		14	66	16	290.00	3.0208
25	Klinik mengutamakan kepentingan pasien	2	6	74	14	292.00	3.0417
26	Klinik memberikan pelayanan tanpa memandang status sosial pasien	2	8	62	24	300.00	3.1250
27	Klinik memberikan waktu yang cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi		2	73	21	307.00	3.1979
28	Petugas klinik memahami kebutuhan spesifik pasien		14	64	18	292.00	3.0417

Tabel 6.11. Tingkat Pencapaian Kinerja terhadap Layanan yang Diharapkan pada Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X

		Harapan (Y)	Kenyataan (X)
1	(ruang anamnesis) yang bersih dan nyaman	3.4167	2.9375
2	ruang pemberian informasi kelompok (<i>Giving Information Activity</i>) yang bersih dan nyaman	3.5104	3.0938
3	ruang konseling pribadi yang bersih dan nyaman	3.6354	3.1146
4	"Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman	3.6042	3.0313
5	materi, peralatan dan sarana penerangan informasi yang modern dan punya daya tarik visual	3.5833	2.8854
6	Alat pemeriksaan medis lengkap dan berfungsi baik	3.6979	3.1458
7	petugas medis maupun non medis di klinik X berpenampilan rapi dan bersih	3.5938	3.0833
8	memberikan manfaat pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan	3.4583	3.1458
9	menangani pasien sesuai jadwal yang disampaikan	3.6250	2.8021
10	menangani administrasi catatan/ dokumen tentang pasien yang bebas dari kesalahan	3.5833	3.0833
11	mampu memberikan pelayanan dengan tepat, akurat dan dapat diandalkan	3.7083	3.2292
12	memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan	3.4688	2.8229
13	bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkan masalah	3.6563	3.1563
14	Petugas bersedia membantu pasien dengan segera	3.5625	3.0000
15	Petugas yang tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien	3.3958	2.9063
16	pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama	3.6667	2.8021
17	Petugas klinik membuat pasien mempercayai mereka	3.5417	3.0729
18	Petugas klinik membuat pasien merasa aman berkonsultasi	3.6042	3.0208
19	Petugas klinik mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien secara meyakinkan	3.5208	3.1042
20	Komunikasi petugas membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan	3.5729	3.1458
21	Petugas yang cekatan menjalankan tugasnya	3.6146	2.9583
22	Keterampilan petugas dalam melakukan pemeriksaan membuat pasien yakin akan hasilnya	3.5938	3.1979
23	Petugas klinik memberikan perhatian personal kepada pasien	3.6146	3.0104
24	Klinik memiliki jam kerja beroperasi yang nyaman	3.6563	3.0208

25	Klinik mengutamakan kepentingan pasien	3.6979	3.0417
26	Klinik memberikan pelayanan tanpa memandang status sosial pasien	3.7188	3.1250
27	Klinik memberikan waktu yang cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi	3.7292	3.1979
28	Petugas klinik memahami kebutuhan spesifik pasien	3.7188	3.0417
	Nilai Rata-rata keseluruhan	3.5982	3.0420

Gambar 6.14. Diagram *Important Performance Analysis* Pencapaian Kinerja terhadap Harapan pada Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X



Dari diagram *Importance Performance Analysis* (IPA) tersebut terlihat bahwa letak faktor-faktor atribut yang mempengaruhi kepuasan pelanggan terbagi menjadi empat bagian kuadran yang bisa dijelaskan sebagai berikut:

- **Kuadran A**

Menunjukkan faktor-faktor atau atribut yang mempengaruhi kepentingan pelanggan, berada dalam kuadran ini dan harus menjadi **prioritas utama** bagi program implementasi PKRE Terpadu di klinik X dalam penanganannya, karena keberadaan faktor-faktor lain inilah yang dinilai sangat penting oleh pelanggan, sedangkan tingkat pelaksanaannya masih kurang memuaskan. Faktor yang termasuk dalam kuadran ini adalah :

No	Faktor yang mempengaruhi
4	Ruang "Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman
9	Petugas menangani pasien sesuai jadwal/ waktu yang disampaikan
16	Pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama
18	Sikap petugas yang membuat pasien merasa aman berkonsultasi
21	Petugas yang cekatan menjalankan tugas di bagiannya
23	Petugas memberikan perhatian personal kepada pasien
24	Jam kerja klinik nyaman bagi pasien
25	Petugas mengutamakan kepentingan pasien
28	Petugas memahami kebutuhan spesifik para pasien

- **Kuadran B**

Menunjukkan faktor atau atribut yang tingkat pelaksanaannya telah sesuai dengan kepentingan dan harapan pelanggan sehingga telah memuaskan pelanggan, oleh karena itu perlu dipertahankan:

No	Faktor yang mempengaruhi
3	Ruang konseling pribadi yang bersih dan nyaman
6	Alat pemeriksaan medis yang lengkap dan berfungsi dengan baik
11	Kemampuan memberikan pelayanan tepat, akurat dan diandalkan
13	Bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkan masalah
26	Pelayanan tanpa memandang status sosial pasien
27	Waktu cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi

- **Kuadran C**

Menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan masih dianggap kurang penting dan pelaksanaan kerjanya biasanya akan cukup baik, yang termasuk dalam kuadran ini adalah :

No	Faktor yang mempengaruhi
1	Ruang anamnesis yang bersih dan nyaman
5	Materi, peralatan/sarana penerangan yang modern dan daya tarik visual
12	Petugas memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan
14	Petugas bersedia membantu pasien dengan segera
15	Petugas tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien

- **Kuadran D**

Menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan dilakukan baik sekali oleh institusi sehingga sangat memuaskan. Faktor yang termasuk dalam kuadran ini adalah :

No	Faktor yang mempengaruhi
2	Ruang pemberian informasi kelompok (GIA) bersih dan nyaman
7	Para petugas berpenampilan rapi dan bersih
8	Memberi manfaat pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan
10	Menangani administrasi catatan pasien yang bebas dari kesalahan
17	Perilaku petugas membuat pasien mempercayai mereka
19	Petugas mampu menjawab pertanyaan pasien secara meyakinkan
20	Kemampuan komunikasi petugas membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan
22	Keterampilan petugas dalam pemeriksaan membuat pasien yakin hasilnya

E. Uji Hipotesis Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien dengan Pegawai

Tabel 6.12. Distribusi Responden Menurut Tingkat Kepuasan Total terhadap Implementasi PKRE Terpadu di Klinik X

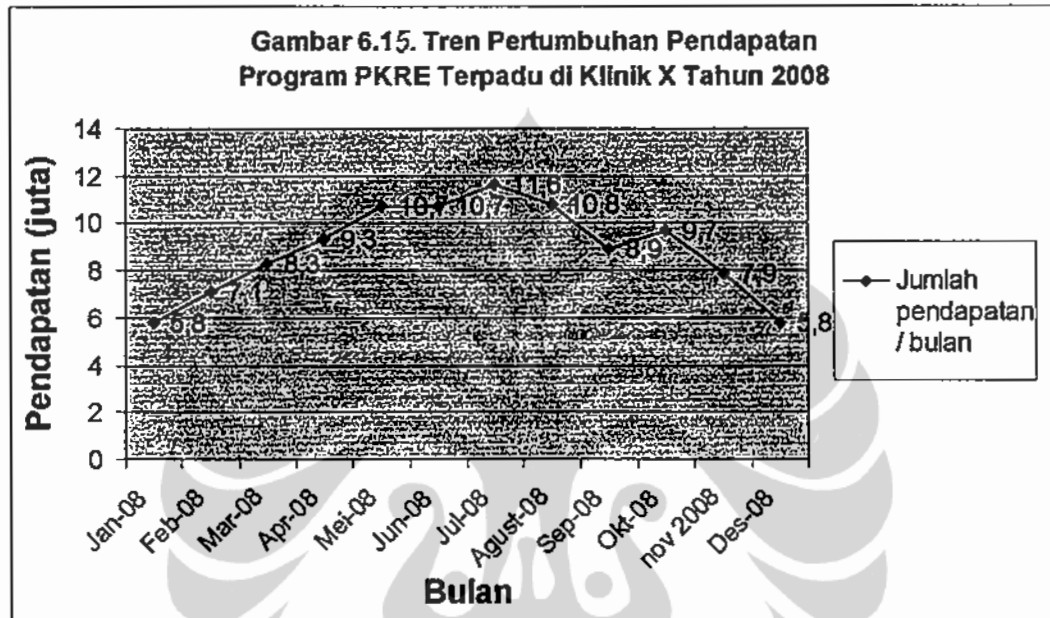
	Tingkat Kepuasan				Total		P - Value
	Kurang Puas		Puas		N	%	
	N	%	N	%			N
Pasien	46	47,9	50	52,1	96	100	0,091
Pegawai	3	23,1	10	76,9	13	100	
Jumlah	49	45,0	60	55,0	109	100	

Pada tabel 6.12 tampak bahwa respon secara keseluruhan terhadap implementasi PKRE Terpadu di klinik X menunjukkan proporsi pasien puas sebesar 52,1%, sementara proporsi pegawai puas jauh lebih besar hingga mencapai 76,9%. Untuk melihat adakah perbedaan yang signifikan antara tingkat perbedaan kepuasan pasien dan pegawai ini maka dilakukan uji statistik dengan uji *chi-square*. Ternyata dengan $\alpha = 0.05$, hasil uji menunjukkan $p\text{-value} = 0,091$, lebih besar dari nilai α . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ternyata tidak ada perbedaan bermakna antara tingkat kepuasan pasien dengan tingkat kepuasan pegawai, artinya ada kemungkinan tingkat kepuasan sebenarnya sama saja.

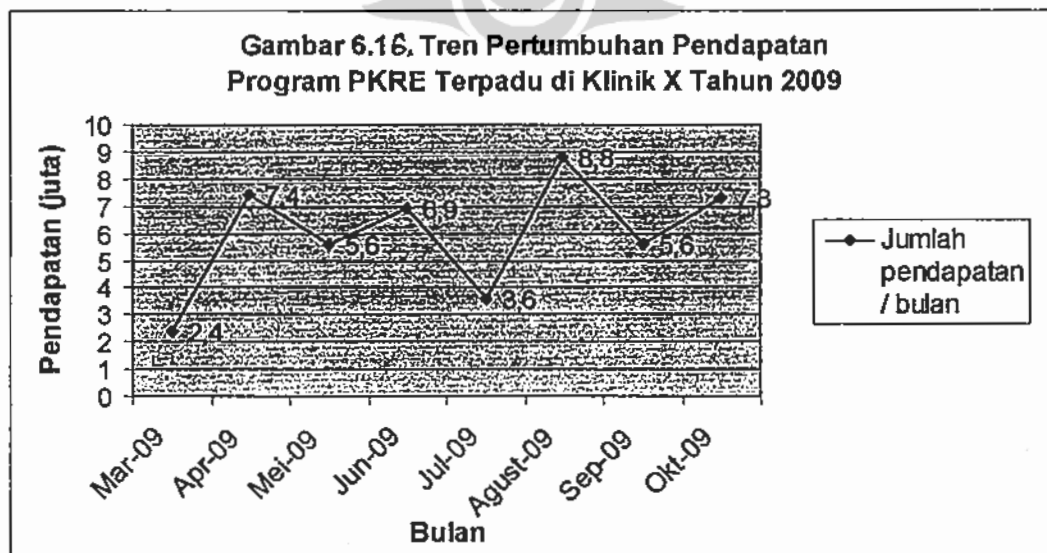
6.2.4. PERSPEKTIF FINANSIAL

6.2.4.1. Pertumbuhan Pendapatan

Dari hasil telaah dokumen keuangan sepanjang tahun 2008 diperoleh gambaran tren pertumbuhan pendapatan klinik dari pasien yang mengikuti paket layanan PKRE Terpadu di klinik X sebagai berikut:



Dan jika dilihat lebih jauh, tren rata-rata tambahan pendapatan klinik dari pasien yang mengikuti paket layanan PKRE Terpadu di klinik X pada tahun 2009 tampak pada grafik berikut:



6.2.4.2. Penghematan/Efisiensi Biaya

Komponen biaya operasional dalam implementasi program PKRE Terpadu meliputi biaya *capacity building* karyawan, honorarium konsultan dan tenaga kontrak, insentif petugas, *ground transport*, biaya rapat, pembelian ATK dan fotokopi, biaya komunikasi, pengembangan materi KIE, keperluan logistik rekam medis baru, logistik konseling dan GIA, logistik pemeriksaan dan laboratorium ISR/IMS, serta biaya tes validasi hasil analisis laboratorium *onsite* ke laboratorium rujukan.

Dari penelusuran data keuangan diperoleh keterangan bahwa total anggaran biaya operasional program sebagai konsekuensi adanya berbagai tambahan kegiatan klinik X terkait implementasi PKRE Terpadu tahun 2008 adalah berjumlah Rp.1.487.356.000,-. Sementara realisasi biaya operasional program yang terjadi pada periode waktu yang sama mencapai Rp.1.258.034.000.

6.3. SKORING KINERJA PROGRAM PKRE TERPADU DI KLINIK X

Setelah setiap indikator keberhasilan dalam implementasi PKRE Terpadu tersebut dipaparkan, dilakukan skoring atas pencapaian kinerja program dengan pendekatan *balanced scorecard*, yaitu dengan menentukan bobot yang relevan untuk masing-masing perspektif terlebih dahulu (bobot-1) sehingga mencapai bobot 100% untuk keempat perspektif. Selanjutnya setiap indikator pada tiap perspektif dijabarkan lagi kedalam *key performance indicator* (KPI) yang lebih spesifik dan kemudian setiap KPI diberi bobot pula dengan total bobot sesuai dengan bobot perspektifnya masing-masing (bobot-2). Setelah itu, masing-masing KPI diberi nilai dengan skala 1-5 yang menunjukkan apakah suatu KPI tidak terpenuhi, kurang, cukup, telah terpenuhi dengan baik atau bahkan telah melampaui target yang diharapkan.

Selanjutnya dari hasil kali bobot-2 dan skala nilai akan diperoleh skor bagi setiap KPI yang kemudian akan diakumulasi menjadi skor perspektif. Setelah itu, penjumlahan skor keempat perspektif akan menjadi skor total yang menunjukkan skor akhir kinerja. Adapun skoring yang telah dibuat adalah sebagai berikut:

Tabel 6.13. Skoring Kinerja Tiap Perspektif *Balanced Scorecard* Program Implementasi PKRE Terpadu Klinik X Tahun 2008

PERSPEKTIF		NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)	Bobot-1	Skala	Skor KPI	
Proses Internal		1	Perbaikan alur dan prosedur layanan klinik secara umum	10%	3	0,3	
		2	Proses anamnesis yg sensitif thd faktor risiko spt HIV/AIDS, KTD & kekerasan	10%	2	0,2	
		3	Layanan inovatif <i>Giving Information Activity</i> (GIA) bagi klien dan pasangannya	10%	5	0,5	
		4	Layanan konseling harian yang semakin berorientasi klien	10%	4	0,4	
		5	Pemeriksaan dan pengobatan beberapa jenis ISR/IMS berbasis laboratorium	10%	5	0,5	
		6	Deteksi dini prakanker leher rahim dengan Inspeksi Visual dengan Asam Cuka (IVA)	10%	4	0,4	
		7	Aplikasi sistem informasi rekam medis berbasis komputer yang lebih komprehensif	10%	3	0,3	
		8	Penguatan jejaring kespro klinik X seperti dg Pokdisus AIDS, Pusat Krisis Terpadu, dsb	10%	3	0,3	
		9	Peningkatan pengalaman belajar calon nakes yg magang di klinik X sbg klinik pendidikan	10%	4	0,4	
		10	Pengembangan materi KIE & diseminasi informasi isu-isu kesehatan reproduksi esensial	10%	3	0,3	
Pertumbuhan dan Pembelajaran		Skor Perspektif Proses Internal					3,6
		1	Kompetensi medis dalam melakukan pemeriksaan beberapa jenis ISR/IMS	10%	4	0,4	
		2	Kompetensi medis dalam deteksi dini prakanker leher rahim dengan IVA	10%	4	0,4	
		3	Kemampuan petugas laboratorium dalam pemeriksaan beberapa jenis ISR/IMS	10%	4	0,4	
		4	Penguasaan materi tugas dalam melakukan GIA & konseling	10%	4	0,4	
		5	Kemampuan komunikasi petugas anamnesis, GIA & konselor	10%	3	0,3	
		6	Kemampuan mengoperasikan sistem informasi rekam medis berbasis komputer	10%	4	0,4	
		7	Sebagian besar pegawai merasa puas terhadap implementasi PKRE Terpadu	10%	4	0,4	
		8	Soliditas pimpinan mengadvokasi kesinambungan program PKRE Terpadu di klinik X	10%	3	0,3	
		9	Supervisi & kontrol pimpinan terkait dalam implementasi PKRE Terpadu	10%	2	0,2	
	10	Kejelasan sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i> dalam implementasi PKRE Terpadu	10%	2	0,2		
		Skor Pertumbuhan & Pembelajaran					3,4

Pelanggan	1	Jumlah pasien yang mengikuti alur PKRE Terpadu terus meningkat	40%	3	1,2
	2	Sebagian besar pasien merasa puas terhadap implementasi PKRE Terpadu di klinik X	60%	4	2,4
Skor Perspektif Pelanggan					
Finansial	1	Tambahan pendapatan klinik X terus meningkat dengan adanya program PKRE Terpadu	60%	4	2,4
	2	Terjadi penghematan/efisiensi biaya operasional implementasi PKRE Terpadu di klinik X	40%	3	1,2
Skor Perspektif Finansial					
3,6					

Tabel 6.14. Skoring Kinerja Total Program PKRE Terpadu Klinik X Tahun 2008

No	Kategori	Bobot	Skor	Bobot x Skor
1	Proses Internal	30%	3,6	1,08
2	Pertumbuhan dan Pembelajaran	30%	3,4	1,02
3	Pelanggan	25%	3,6	0,9
4	Finansial	15%	3,6	0,54
Skor Total				3,54

Keterangan:

1=sangat kurang, 2=kurang, 3=cukup, 4=baik, 5=sangat baik

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Studi

Keterbatasan penelitian ini antara lain sebagai berikut:

1. Lingkup penelitian ini dimulai dari mengembangkan berbagai indikator keberhasilan program PKRE Terpadu untuk keempat perspektif *balanced scorecard*, kemudian melakukan penilaian tiap indikator sampai dengan melakukan skoring kinerja. Di antara hasilnya, indikator kinerja kunci telah ditemukan, instrumen pengukuran kepuasan pelanggan telah baik dikembangkan, dan sistem skoring program telah tersusun. Namun demikian secara metodologi penelitian ini memiliki keterbatasan, diantaranya: instrumen kepuasan kerja karyawan menunjukkan validitas yang rendah. Selain itu, beberapa indikator kunci masih bersifat perseptif dan belum sepenuhnya kuantitatif sehingga penentuan skor kinerja menjadi cenderung subjektif, belum mempunyai standar nilai yang baku. Untuk itu seyogyanya kelemahan tersebut dapat diperbaiki dalam pengembangan penelitian sejenis berikutnya.
2. Implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" baru terlaksana sejak bulan Januari 2008 sehingga penelusuran data penelitian ini baru dapat memotret perjalanan implementasi sekitar 1 tahun 8 bulan saja. Oleh karena itu di masa mendatang perlu adanya penelitian lanjutan untuk menganalisis tren tahunan dengan adanya data series yang cukup sebagai bahan evaluasi yang lebih mendalam.
3. Pada tahun pertama ini program PKRE Terpadu di klinik "X" dilakukan sebagai *operations research* yang sepenuhnya berlangsung atas dukungan lembaga donor dan dengan adanya bantuan teknis dari satu tim fasilitator independen di luar klinik X sehingga program belum sepenuhnya dikelola pihak klinik X. Oleh karena itu, penelitian baru sebatas menilai efektifitas implementasi awal program. Penelitian lanjutan diperlukan untuk memotret aspek sustainability (termasuk segi akseptansi program) maupun aspek efisiensi yang jauh lebih mendalam lagi seperti melakukan

penelusuran biaya dengan pendekatan *activity based costing* untuk melihat besaran total biaya yang sesungguhnya menjadi beban bagi klinik X, maupun melakukan analisis komparasi efisiensi penyelenggaraan komponen layanan PKRE antara model terpadu dengan tidak terpadu.

4. Penilaian kinerja program PKRE berbasis *balanced scorecard* dapat menjadi sebuah alternatif yang sangat baik untuk dikembangkan bagi klinik X mengingat empat perspektif *balanced scorecard* menawarkan pendekatan evaluasi yang komprehensif dan seimbang antara aspek finansial dan non finansial, terlebih selama ini klinik X belum memiliki *tools* evaluasi apapun. Namun demikian, program PKRE Terpadu di klinik X saat ini berada pada masa transisi manajemen dari sebuah *project* menuju pengelolaan penuh oleh pihak manajemen klinik X sehingga penelitian kali ini baru sebatas mampu mengembangkan *tool* evaluasi program PKRE Terpadu berbasis *balanced scorecard* meskipun tetap dapat digunakan secara periodik. Untuk itu penelitian lanjutan dalam rangka pengembangan rencana strategis (renstra) klinik berbasis *balanced scorecard* menjadi tantangan tersendiri, tentunya dengan melakukan konfirmasi dan eksplorasi lanjutan terhadap visi misi klinik serta analisis situasi yang lebih komprehensif, yang notabene mensyaratkan pelibatan lebih jauh para *stakeholder* klinik di setiap level.
5. Salah satu yang menarik dari program PKRE Terpadu di klinik "X" ini adalah posisi strategisnya sebagai *pilot project* PKRE Terpadu di Indonesia dan karenanya beberapa kegiatan diseminasi informasi mengenai pengalaman implementasi PKRE Terpadu di klinik ini pun sudah sempat beberapa kali diselenggarakan dengan harapan adanya replikasi program di tempat-tempat lain, sebagai salah satu indikator keberhasilan kinerja program. Namun demikian penelitian ini belum sampai dapat mengukur dampak replikasi ini karena faktor keterbatasan data yang tersedia, oleh karenanya dapat menjadi masukan bagi penelitian di masa yang akan datang.
6. Tantangan lain yang dapat menjadi rekomendasi topik penelitian lanjutan adalah menilai efektifitas program secara lebih luas yaitu melakukan

analisis dampak PKRE Terpadu terhadap penurunan berbagai indikator kesehatan reproduksi seperti angka kematian ibu, angka kematian bayi, prevalensi ISR/IMS dll.

7.2. PENELITIAN KUALITATIF AWAL: PENGGALIAN INDIKATOR PKRE TERPADU DI KLINIK “X”

7.2.1. PERSEPSI PKRE TERPADU

Dari hasil penggalan, beberapa pihak klinik X yang diwawancarai memiliki persepsi yang relatif sama bahwa yang mereka persepsikan tentang PKRE Terpadu adalah sebuah model pelayanan yang terkait dengan empat komponen kesehatan reproduksi esensial yaitu KIA, KB, kesehatan reproduksi remaja dan deteksi ISR/IMS yang diselenggarakan sepaket dalam satu kali kunjungan pasien.

Hal ini senada dengan kesepakatan hasil lokakarya nasional bidang kesehatan reproduksi yang diselenggarakan Depkes RI pada tahun 1996, bahwa sebagai tindak lanjut rekomendasi ICPD tahun 1994 di Kairo mengenai perlunya penyediaan akses pelayanan kesehatan reproduksi esensial pada tingkat pelayanan kesehatan dasar, maka untuk konteks Indonesia ditetapkan empat komponen kesehatan reproduksi esensial yang meliputi:

- a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
- b. Keluarga berencana.
- c. Kesehatan reproduksi remaja.
- d. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi dan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.

Lebih jauh mengenai kebijakan kesehatan reproduksi, Depkes menerangkan bahwa empat komponen pelayanan esensial tersebut diupayakan agar diberikan secara terpadu dan berkualitas (Depkes RI, 2005). Namun demikian hingga saat ini implementasi nyatanya dianggap hampir tidak ada. Hasil review UNFPA pada pertengahan tahun 2008 menyebutkan bahwa kendala utama implementasi konsep ini adalah belum adanya suatu indikator manajemen keterpaduan layanan, sementara pihak Depkes hanya menetapkan 17 indikator

cakupan kesehatan reproduksi secara umum yang diadopsi dari standar WHO (Sulistomo 2008).

7.2.2. INDIKATOR KETERPADUAN PKRE DI KLINIK "X"

Hasil penggalian terhadap kegiatan ujicoba di klinik X menginformasikan bahwa yang menjadi indikator keterpaduan implementasi PKRE Terpadu di klinik X antara lain jika beberapa komponen kespro esensial dapat diselenggarakan sekaligus dalam satu kali kunjungan dan idealnya tanpa dirujuk ke tempat lain (*one stop service*) sehingga masalah-masalah kespro esensial yang sering kali tidak disadari dapat terdeteksi sejak dini. Dan secara lebih spesifik, indikator utamanya adalah upaya pemberdayaan pasien melalui kegiatan *giving information activity* (GIA) dan konseling serta upaya penanggulangan ISR/TMS dan deteksi dini prakanker leher rahim dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam Cuka (IVA), dimana layanan tersebut menjadi paket dasar yang ditawarkan kepada seluruh pasien yang berkunjung.

Ditinjau dari keempat komponen pelayanan kesehatan reproduksi esensial, upaya yang dilakukan klinik X adalah sebagai berikut:

- a) Komponen Keluarga Berencana (KB): berusaha menjamin ketersediaan semua jenis kontrasepsi termasuk *Emergency Contraceptives*.
- b) Komponen Kesehatan Ibu dan Anak (KIA): penatalaksanaan KTD (Kehamilan Tak Diinginkan) dan pencegahan aborsi tak aman sebagai bagian upaya menurunkan resiko kematian ibu, khususnya dengan layanan induksi haid (IH).
- c) Komponen Deteksi Infeksi Saluran Reproduksi dan Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS): pemeriksaan ISR/IMS dengan pendekatan laboratorium *onsite* (bukan dengan pendekatan sindrom), VCT HIV/AIDS, pengobatan IMS serta deteksi dini *Ca-cervix*.
- d) Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR): informasi dan konseling non-diskriminatif, "*confidential*" dan *non-judgmental* (tidak membedakan status kawin, usia, kaya/miskin serta meminimalisasi stigma) sehingga tercipta suasana yang mendukung remaja untuk memanfaatkan pelayanan.

Namun jika dicermati, implementasi PKRE di klinik X ini tampak tidak sempurna karena layanan yang ada tidak sepenuhnya mencerminkan keempat komponen kespro esensial. Klinik X hanya memiliki layanan KB (sebagian besar pun KB pasca IH), deteksi ISR/IMS, KRR, sementara komponen utama KIA yaitu pemeriksaan antenatal, persalinan dan nifas tidak tersedia. Namun meskipun tidak sempurna, klinik X sudah dapat dikatakan menerapkan PKRE Terpadu khususnya karena upaya yang dilakukan untuk mengintegrasikan layanan yang ada dengan komponen pemeriksaan ISR/IMS yang ditawarkan bagi seluruh pasien yang datang. Dalam hal ini, layanan induksi haid (sebagai jenis layanan dengan proporsi terbesar di klinik X) utamanya menjadi *entry point* integrasi program. Selain itu pelayanan yang dikembangkan juga sesuai dengan pendekatan konsep PKRE Terpadu, yaitu layanan yang lebih berorientasi klien, khususnya pola layanan yang lebih holistik mengakomodir keluhan fisik maupun nonfisik, sekaligus lebih memperhatikan hak-hak pasien khususnya perempuan.

Dehne, Snow and Reilly (2000) mengutarakan bahwa ada beberapa alasan mengapa pelayanan kesehatan reproduksi diberikan secara paket dan terintegrasi. Pelayanan terintegrasi dapat meningkatkan cakupan pelayanan ISR/IMS, menurunkan angka morbiditas ISR/IMS, diversifikasi pelayanan meningkatkan kualitas pelayanan, lebih responsif terhadap kebutuhan perempuan, dan pelayanan dapat diberikan lebih efisien dan relatif lebih murah. Konsep terpadu juga diharapkan dapat memberi solusi mengurangi duplikasi kebutuhan petugas, training, alat dan dana, mengingat adanya keterbatasan sumber daya sehingga konsep keterpaduan ini diyakini dapat mengurangi "*miss-opportunity*" terhadap layanan ISR/IMS, memiliki pendekatan holistik baik fisik maupun psikis, dapat memberdayakan klien dengan informasi lengkap, lebih *cost-efficient* serta terdokumentasi dengan baik (PKR, 2009).

Selain itu, setting klinik X juga tampak tidak ideal sebagai percontohan bagi replikasi program di tingkat puskesmas, mengingat klinik X termasuk klinik rujukan bahkan berada di bawah sebuah rumah sakit umum pusat. Namun demikian hal ini seyogyanya tidak menjadi kendala bagi institusi manapun dalam mengambil pelajaran sebesar-besarnya dalam upaya mengimplementasikan konsep unggulan integrasi PKRE. Hal ini terbukti bahwa kunci sukses

pelaksanaan PKRE Terpadu bukanlah terletak pada kecanggihan sarana dan prasarannya yang notabene hanya memerlukan peralatan yang sederhana seperti *on-site* laboratorium untuk pemeriksaan sederhana. Dalam hal ini, ketersediaan mikroskop di setiap puskesmas sebenarnya banyak jenis ISR/TMS bisa dideteksi dan diobati di tingkat pelayanan dasar, namun faktor-faktor sosial budaya, kendala keterampilan serta kualitas pelayanan KIA dan KB dalam mendeteksi ISR menyebabkan masih tingginya kejadian ISR yang tidak terobati yang berlanjut ke tahap komplikasi. (Djajadilaga dkk, 2007).

Jadi hal terpenting diperlukan justeru kesadaran dan komitmen terhadap pelayanan berorientasi klien mengingat PKRE Terpadu. Depkes, dll (2005) menegaskan bahwa pada prinsipnya PKRE terpadu bukan berarti membuat suatu layanan baru yang berdiri sendiri melainkan merupakan kombinasi berbagai pelayanan agar sasaran memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas termasuk aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Dengan kata lain, inovasi PKRE Terpadu ini tidak cenderung menuntut tambahan biaya layanan, namun perkara bagaimana memprioritaskan sumber daya yang ada dan kesiapan menerima paradigma baru dalam hal pendekatan layanan.

7.2.3. INDIKATOR KEBERHASILAN PKRE TERPADU DI KLINIK "X"

7.2.3.1. Perspektif Proses Bisnis Internal

Kaplan & Norton (2000) menyatakan setiap bisnis memiliki rantai proses tertentu dalam menciptakan nilai bagi pelanggannya. Tetapi pada umumnya rantai proses itu dapat dijelaskan dalam satu model rantai nilai proses bisnis internal yang terdiri dari inovasi, operasi dan layanan purna jual. Lebih jauh dijelaskan bahwa inovasi memungkinkan perusahaan memberi perhatian yang cukup besar kepada penelitian, perancangan dan proses pengembangan yang menghasilkan produk/jasa sementara proses operasi penting untuk diidentifikasi karena karakteristik biaya, mutu, waktu dan kinerja akan memungkinkan perusahaan menghasilkan produk dan jasa yang unggul.

Untuk konteks implementasi PKRE Terpadu di klinik X, proses internal yang teridentifikasi hanyalah aspek inovasi dan proses operasi. Dalam hal ini para

informan menyampaikan banyak contoh perbaikan dan pengembangan pola layanan yang terjadi sebagai indikator keberhasilan program, seperti pemeriksaan lab ISR/IMS, GIA, konseling, perbaikan status rekam medis dan sistem informasi rekam medis berbasis komputer. Sedangkan dari proses operasi, disinggung masalah feasibilitas implementasi program di klinik X terkait identifikasi masalah biaya, waktu dan mutu layanan yang memungkinkan klinik menghasilkan suatu kinerja yang unggul.

Sementara aspek purnajual layanan tampaknya belum menjadi suatu indikator yang muncul dari pada hasil penggalian kualitatif, padahal layanan purnajual merupakan suatu hal yang penting untuk memastikan kepuasan pelanggan. Berbeda dengan perusahaan manufaktur, jika ada kegagalan mutu pada perusahaan jasa tidak ada yang dapat dikembalikan oleh pelanggan dan biasanya orang tidak cukup responsif mengajukan keluhan. Di sinilah layanan purnajual seperti adanya garansi servis menjadi penting untuk mempertahankan pelanggan yang berpotensi menghilang selamanya. Di sisi lain, jika perusahaan menerima tanda adanya pelayananjasa yang tidak sesuai maka layanan purnajual memungkinkan adanya tindakan korektif. Dan pada akhirnya pengetahuan akan adanya garansi servis memberi motivasi dan inisiatif yang kuat bagi petugas untuk menghindari kekeliruan yang akan memicu adanya permintaan garansi servis tersebut. (Kaplan & Norton, 1996)

Selain pemberian garansi servis, layanan purnajual dapat berupa pelayanan pembayaran yang mengesankan, keringanan pembayaran dan layanan tambahan lainnya. Dalam konteks implementasi PKRE Terpadu, klinik X bisa saja mengembangkan layanan purnajual seperti adanya foll-up layanan seperti layanan dampingan bagi pasien korban kekerasan, pasien yang ternyata berstatus ODHA (orang dengan HIV/AIDS), konseling *online* dsb.

7.2.3.2. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Tujuan yang disusun dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah mempersiapkan sumber daya sebagai faktor pendorong dicapainya hasil yang terbaik bagi ketiga perspektif lainnya. Kaplan & Norton (2000) menyebutkan tiga kategori perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yaitu

kapabilitas pekerja, kapabilitas sistem informasi, motivasi, pemberdayaan dan keselarasan. Kapabilitas pekerja biasanya dipengaruhi oleh tiga ukuran yaitu, kepuasan pekerja, retensi pekerja dan produktifitas pekerja.

Dalam hal ini, indikator keberhasilan program PKRE Terpadu yang dapat dikategorikan kedalam persepektif pertumbuhan dan pembelajaran berdasarkan eksplorasi para informan antara lain dapat dilihat dari jumlah karyawan yang terlibat dalam tiap tahap implementasi PKRE, jumlah dan jenis pelatihan yang diberikan sebagai bagian dari upaya pemberdayaan karyawan, serta beberapa aspek kepuasan kerja petugas terkait adanya tambahan insentif, perbaikan prosedur layanan, faktor komitmen pihak pimpinan, maupun pengembangan teknologi layanan seperti kegiatan GIA dengan media elektronik dan penerapan sistem informasi rekam medis berbasis komputer.

7.2.3.3. Perspektif Pelanggan (Pasien)

Kaplan & Norton (2000) menjelaskan bahwa dalam perspektif pelanggan, kelompok ukuran pelanggan secara umum antara lain adalah pangsa pasar, retensi pelanggan, kepuasan pelanggan, profitabilitas pelanggan. Pangsa pasar merupakan gambaran proporsi bisnis yang dijual oleh sebuah unit bisnis di pasar tertentu (dalam bentuk jumlah pelanggan atau volume satuan yang terjual), sementara akuisi pelanggan merupakan ukuran keberhasilan unit bisnis memenangkan pelanggan baru dalam bentuk ukuran relatif atau absolut. Kepuasan pelanggan merupakan ukuran tingkat kepuasan atas kinerja tertentu dalam proposisi nilai. Sedangkan profitabilitas pelanggan merupakan ukuran keuntungan bersih yang diperoleh dari pelanggan setelah menghitung berbagai pengeluaran yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan tersebut (Kaplan & Norton 2000).

Dalam hal ini, dari perspektif pasien sebagai pelanggan, yang teridentifikasi dapat menjadi indikator keberhasilan implementasi PKRE Terpadu di klinik X adalah peningkatan jumlah pasien yang mengikuti paket PKRE Terpadu dan tingkat kepuasan pasien yang diantaranya dipengaruhi faktor terdapatnya jenis pelayanan lebih yang bermanfaat bagi mereka serta adanya peningkatan pengetahuan dan kesadaran mengenai masalah kespro yang mungkin

mengancamnya. Dua indikator ini sangat relevan dengan konteks program PKRE Terpadu di klinik X pada masa awal implementasinya.

3.4. Perspektif Finansial

Tema strategis dalam perspektif finansial antara lain adalah bauran dan pertumbuhan pendapatan, penghematan biaya/peningkatan produktivitas dan pemanfaatan aktiva/strategi investasi (Kaplan & Norton, 2000). Yang dapat menjadi indikator keberhasilan PKRE Terpadu dari perspektif finansial bagi pihak klinik X untuk implementasi tahun 2008 antara lain adalah aspek pertumbuhan (peningkatan) pendapatan dan faktor penghematan/efisiensi biaya dimana disebutkan (diharapkan) biaya operasional yang dikeluarkan dapat ditanggung agar implementasi dapat tetap berjalan. Sementara aspek pemanfaatan aktiva/strategi investasi nampak belum cukup terpikirkan pada tahun pertama implementasi program PKRE Terpadu ini.

Kedua indikator kinerja ini sangat wajar menjadi hal yang menonjol pada masa-masa awal implementasi program PKRE Terpadu. Sebagaimana disinggung Kaplan dan Norton (1996) bahwa ada tiga tahapan siklus bisnis, yaitu tahap bertumbuh atau berkembang (*growth*), tahap bertahan (*sustain*) dan tahap menuai (*harvest*), maka saat ini klinik X tampaknya baru berada pada tahap bertumbuh. Tahapan ini adalah tahap awal dari sebuah siklus kehidupan bisnis. Pada tahap ini suatu perusahaan memiliki produk atau jasa yang secara signifikan mempunyai tingkat pertumbuhan yang baik sekali atau paling tidak memiliki potensi untuk berkembang baik. Sasaran keuangan pada tahap ini menekankan pengukuran pada persentase tingkat pertumbuhan pendapatan. Perusahaan pada tahap ini mungkin secara aktual beroperasi dengan arus kas yang negatif dan tingkat pengembalian atas modal yang rendah. Investasi yang ditanamkan untuk kepentingan masa depan sangat mungkin memakan biaya lebih besar daripada jumlah dana yang mampu dihasilkan. Jadi pada tahap ini sasaran keuangan ditekankan pada pertumbuhan penjualan jasa untuk pasar dan pelanggan baru, memelihara tingkat pengeluaran yang cukup untuk pengembangan proses, sistem, kapabilitas pegawai, dan memantapkan pemasaran.

Sedangkan sasaran pemanfaatan aktiva pada tahun awal implementasi ini tampak belum menjadi perhatian khusus namun sebaiknya sudah mulai dipikirkan pihak manajemen, yaitu upaya untuk mengurangi tingkat modal kerja yang dibutuhkan untuk mendukung volume bisnis tertentu dengan berusaha lebih memanfaatkan aktiva tetap dengan mengarahkan penggunaan sumber daya perusahaan yang belum digunakan dengan kapasitas penuh serta kemudian melepas aktiva yang tidak dapat memberikan pengembalian yang memadai sebesar nilai pasarnya.

7.3. ANALISIS KINERJA PKRE TERPADU DI KLINIK “X” DALAM EMPAT PERSPEKTIF *BALANCED SCORECARD*

7.3.1. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL

7.3.1.1. Inovasi

Mahmudi (2005) sebagaimana dikutip Mutaqien (2006) menyebutkan bahwa beberapa tujuan atau sasaran proses bisnis internal misalnya adalah inovasi peningkatan proses layanan, perbaikan siklus layanan, peningkatan kapasitas infrastruktur dan pemutakhiran teknologi. Sejalan dengan itu, berbagai inovasi implementasi PKRE Terpadu diciptakan dalam rangka memperbaiki alur layanan klinik sehingga lebih teratur, meningkatkan proses layanan dengan berbagai pendekatan baru yang lebih komprehensif dan berorientasi pasien seperti konseling, termasuk meningkatkan kapasitas infrastruktur dan pemutakhiran teknologi seperti dalam layanan GIA dan pengembangan sistem informasi rekam medis berbasis komputer.

Sementara deteksi ISR/IMS berbasis laboratorium sederhana boleh dikatakan merupakan proses inovasi utama dalam implementasi PKRE Terpadu. Pada masalah ISR/IMS yang terpenting adalah memberikan informasi kepada masyarakat bahwa ISR/IMS umumnya tidak menunjukkan gejala (*asymptomatic*) pada perempuan, sehingga pada perempuan akan lebih sulit terdeteksi dibandingkan pada laki-laki. Akibatnya sangat berbahaya, mulai dari penyakit radang panggul yang mengakibatkan infertilitas tuba sampai dengan penularan dari ibu ke janin yang dikandungnya (Fortney, 1995). Oleh karena itu, deteksi ISR/IMS perlu digalakkan dan tidak cukup hanya dengan pendekatan sindrom

melainkan perlu pemeriksaan klinis dan tes laboratorium karena pendekatan sindrom dapat menyebabkan over diagnosis dan over treatment (UNAIDS, 1998; Dallabeta, et al, 1998)

Pencegahan primer sangat penting untuk perempuan karena perempuan lebih rentan terhadap penularan IMS dari laki-laki daripada sebaliknya (Fox, dll., 1995). Namun demikian, upaya untuk menjangkau perempuan lebih sulit karena mereka lebih mengalami stigma sosial yang berkaitan dengan IMS (Fortney, 1995). Umumnya, banyak anggapan bahwa perempuan tidak berisiko jika perempuan sudah menikah dan memiliki satu pasangan seksual padahal para suami umumnya merupakan pintu masuk penularan IMS terhadap istri dan anaknya. Infeksi menular seksual yang tidak terdeteksi pada kedua pasangan meningkatkan risiko penularan HIV mencapai 300 sampai 400% (UNAIDS, 1996). Dengan demikian, perlu perhatian khusus untuk mengingatkan para ibu rumah tangga tentang ISR/IMS, menganjurkan mereka mencari pengobatan, menggunakan kondom sebagai metode pencegahan yang paling efektif, dan kampanye pada laki-laki untuk memberitahukan pasangan seksual mereka jika mereka mengidap IMS termasuk HIV dalam upaya mencegah penularan terhadap anggota keluarga mereka.

7.3.1.2. Proses Operasi

Lebih jauh dijelaskan bahwa dalam rangka meningkatkan kinerja perspektif ini, organisasi sektor publik harus mengukur kompetensi dan mengidentifikasi proses utama pelayanan untuk mengetahui tahap-tahap yang menyebabkan pelayanan lambat dan proses yang tidak menambah nilai (Muttaqien, 2006). Dalam langkah implementasi PKRE Terpadu di klinik X, semua inovasi yang dikembangkan pada hakikatnya nampak sangat menambah nilai bagi klinik. Namun pada perjalanannya ada beberapa kendala yang dihadapi antara lain kurangnya jumlah karyawan di bagian pendaftaran/rekam medik, perlunya upaya penguatan terhadap pembiasaan sikap nonjudgmental petugas, adil gender dan kemampuan menjaga *privacy* pasien, perlunya supervisi kerja seperti penjadwalan fasilitator GIA setiap harinya maupun demi memastikan tegaknya prosedur pemeriksaan klinik ISR/IMS petugas.

7.3.2. PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN

7.3.2.1. Pelatihan

Berbagai jenis pelatihan yang diselenggarakan telah memberi stimulus bagi pengembangan kapasitas petugas dalam mengimplementasikan PKRE Terpadu. Dalam konteks kinerja personel, Ilyas (2002) mengutarakan bahwa secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja, yaitu: variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Lebih lanjut, Gibson (1978) dalam Ilyas (2002) menemukan bahwa dalam variabel individu, sub-variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor yang sangat berpengaruh.

Selain pelatihan yang bersifat medis maupun pengembangan aspek administratif pelayanan, pelatihan dalam rangka meningkatkan soliditas dan kualitas kerja tim juga diperlukan mengingat kerja tim merupakan suatu hal yang akan sangat berpengaruh pada pembentukan budaya *patient safety*. Baker et al (2005) menyatakan bahwa koordinasi tim yang baik antara tim medis dan pekerja lain dapat meningkatkan *patient safety* melalui pengurangan atau penurunan kesalahan yang dilakukan dalam proses asuhan pasien. Hal ini berarti kerja tim yang baik dapat meningkatkan produktifitas, perilaku untuk bekerjasama, dan kepuasan kerja.

Lebih jauh mengenai budaya *patient safety* (keselamatan pasien) dalam bekerja, Cooper et al (2000) mendefinisikan "*patient safety as the avoidance, prevention, amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the processes of health care*". Penerapan budaya *patient safety* ini menjadi sangat penting mengingat institusi pelayanan kesehatan dengan asuhan pelayanan yang begitu kompleks sangat berpotensi menimbulkan masalah, baik berupa kesalahan diagnosis, pengobatan, pencegahan sampai kesalahan sistem lainnya sehingga mengakibatkan cedera pada pasien.

Lebih rinci mengenai hal ini, terdapat tujuh standar "*patient safety*" yang mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh "*Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*" USA tahun 2002 namun

telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakit Indonesia (Depkes, 2006). Tujuh standar tersebut yaitu:

1. **Hak pasien.** Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan (*adverse event*).
2. **Mendidik pasien dan keluarga.** Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
3. **Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.** Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. **Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.** Rumah sakit harus mendisain proses baru atau memperbaiki yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis *adverse event* secara intensif dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
5. **Peran pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien.**
 - a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit"
 - b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan dan mengurangi kejadian tidak diharapkan.
 - c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d. Pimpinan mengalokasikan sumber data yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

6. **Mendidik staf tentang keselamatan pasien.**
 - a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas
 - b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung interdisiplin dalam pelayanan pasien.
7. **Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.**
 - a. Rumah sakit merencanakan dan mensinergikan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - b. Transmisi data dan informasi arus tepat waktu dan akurat.

7.3.2.2. Keterlibatan Pegawai

Secara umum keterlibatan petugas klinik X terhadap implementasi PKRE Terpadu cukup baik. Hal ini dilihat dari peningkatan partisipasi mereka seiring dengan peningkatan kemampuan dan motivasi perubahan yang dialami. Pada awal implementasi tampak ada keraguan dan keengganan petugas dalam mengambil peran sehingga setiap langkah dalam alur implementasi tidak lancar berjalan dan harus mengandalkan tenaga *outsourcing*. Namun perlahan kemandirian dan rasa kepemilikan pun mulai muncul sehingga mampu memberi bentuk yang jelas terhadap pola implementasi yang diinginkan. Sayangnya, tingkat partisipasi ini masih cenderung fluktuatif karena faktor lemahnya ketegasan supervisi dan kontrol terkait pembagian tugas dan beban kerja.

Ada satu hal yang menarik dikemukakan Ilyas (2002), bahwa beberapa teori yang dikembangkan Gibson mengenai kinerja personel berdasarkan penelitian pada sampel dan komunitas masyarakat negara maju seperti Amerika Serikat, dimana pada teori yang disampaikan tidak tampak peran variabel supervisi dan kontrol. Hal ini terjadi dikarenakan budaya kerja di Amerika sudah tidak membutuhkan kontrol dan supervisi yang ketat dari organisasi dan atasan mereka, dimana tingkat kinerja sudah ada pada tingkat yang optimal. Namun

pada beberapa penelitian pada pada negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol ditemukan masih sangat berhubungan erat dengan kinerja individu.

7.3.2.3. Kepuasan Pegawai

Dari hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa ada 77% pegawai yang puas dari keseluruhan pegawai yang disurvei, yaitu yang terlibat langsung dalam setiap langkah implementasi PKRE Terpadu. Penilaian terhadap kepuasan pegawai ini disusun atas beberapa pertanyaan yang merepresentasikan tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja, yaitu: variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis (Ilyas, 2002). Lebih jauh, Gibson (1978) dalam Ilyas (2002) menemukan bahwa dalam variabel individu, sub-variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor yang sangat berpengaruh. Di sisi lain, variabel psikologis seperti persepsi, sikap, keperibadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sangat sulit diukur. Sementara variabel organisasi seperti sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan disain pekerjaan dinyatakan memberi efek tidak langsung terhadap kinerja individu. Sayangnya, dari beberapa variabel yang coba diukur, terdapat beberapa pertanyaan yang tidak valid sehingga tidak ikut dianalisis. Beberapa pertanyaan tersebut adalah seputar variabel organisasi seperti aspek komitmen pimpinan terhadap program, pembagian tugas, supervisi dan kontrol serta masalah kejelasan sistem *reward* dan *punishment*.

Dalam uji validitas, dikenal *Content Validity* yang menggambarkan seberapa jauh kumpulan variabel (item) menghasilkan index komposit menggambarkan satu konsep tertentu, *Criterion Validity* yang menggambarkan seberapa jauh hasil satu pengukuran sesuai dengan hasil pengukuran lain dengan menggunakan instrumen yang dianggap standar, dan *Construct Validity* yang menggambarkan seberapa jauh hasil satu pengukuran sesuai dengan hasil pengukuran lain yang secara teoritis menggambarkan konsep yang diukur. Dalam hal ini, selain karena faktor jumlah responden yang sedikit, kemungkinan besar ketidakvalidan pada pengukuran kepuasan pegawai ini terjadi karena hampir tidak ada variasi jawaban pada beberapa pertanyaan tersebut sementara terdapat variasi

jawaban pada sebagian pertanyaan lainnya, padahal uji validitas mempertimbangkan pola jawaban untuk keseluruhan pertanyaan yang ada sebagai satu kesatuan konsep yang diukur.

7.3.3. PERSPEKTIF PELANGGAN (PASIEN)

7.3.3.1. Pertumbuhan jumlah pasien

Menurut Kaplan & Norton (2000), salah satu ukuran keberhasilan kinerja perspektif pelanggan adalah pangsa pasar yang merupakan gambaran proporsi bisnis yang dijual oleh sebuah unit bisnis di pasar tertentu. Dalam hal ini dapat berbentuk jumlah pelanggan atau volume satuan yang terjual. Sejak awal masa implementasinya, jumlah pasien PKRE Terpadu di klinik X relatif semakin tumbuh, yaitu 147 orang pada bulan pertama dan sempat mencapai 290 orang pada bulan ke tujuh, dengan rata-rata 222 orang perbulan atau sekitar 35% hingga sempat mencapai 70% dari total kunjungan pasien klinik.

Hal ini terjadi seiring dengan makin giatnya implementasi yang dilakukan dalam konteks *operations research* dimana terdapat proses yang sangat dinamis dengan adanya berbagai refreshing training dan rapat evaluasi bulanan sebagai ajang mengelola *feedback* antara pengembang program (yang dibantu oleh tim fasilitator luar) dengan petugas pelaksana lapangan. Sayangnya, setelah fase utama (8 bulan awal) *operations research* selesai, implementasi belum begitu stabil dikelola langsung oleh internal klinik dimana saat itu sempat ada penggantian kepala ruangan yang seharusnya mengambil peran penuh dalam manajemen implementasi selanjutnya. Hal ini berdampak pada penurunan jumlah pasien PKRE Terpadu pada sekitar lima bulan berikutnya.

Namun demikian, setelah masa *operations research* ini benar-benar berakhir ternyata implementasi PKRE Terpadu tidak lantas terhenti. Di bawah pengelolaan manajemen internal klinik, data tahun 2009 yang berjalan menunjukkan itikad yang mulai menggeliat kembali, meskipun jumlah pasien masih sangat fluktuatif dengan rata-rata jumlah perbulan baru sekitar setengah dari rata-rata jumlah pasien di masa *operations research*, dengan jumlah terendah 48 pasien pada awal tahun 2009 dan sempat mencapai 176 pasien, dengan rata-

rata 116 orang perbulan atau sekitar 11% sampai mencapai sekitar 60% pasien dari kunjungan pasien keseluruhan.

Hal ini sangat perlu dicermati pihak manajemen untuk kemudian diambil upaya konkrit meningkatkan atau minimal mempertahankan performa tertinggi implementasi PKRE yang sempat ada. Dalam hal ini, salah satu langkah strategis yang ditempuh adalah konsolidasi internal pihak manajemen klinik khususnya antara kepala ruangan yang dalam hal ini berperan penting dalam manajemen SDM klinik dan kepala bagian tata usaha yang berperan penting dalam aspek administrasi dan kerumahtanggaan klinik. Konsolidasi ini sangat penting untuk menyamakan kembali persepsi tentang urgensi keberlanjutan implementasi PKRE Terpadu bagi klinik X serta untuk menyepakati target-target yang ingin dicapai dari program ini di masa depan.

7.3.3.2. Kepuasan pasien

Hasil uji validitas maupun realibilitas terhadap pengukuran kepuasan pasien Dari hasil analisis kepuasan pasien menunjukkan hasil yang baik yang berarti kuesioner dapat diandalkan. Selanjutnya hasil analisis univariat terhadap proporsi kepuasan pasien pada tiap dimensi SERVQUAL menunjukkan hasil yang bervariasi, dimana proporsi kepuasan terbesar terdapat untuk aspek *empathy* (75%), diikuti aspek *assurance/jaminan* (73%), aspek *tangible/fisik* (65%), aspek *reliability/ konsistensi*(61%) kemudian yang terendah adalah aspek *responsiveness/ daya tanggap* (51%). Dengan demikian secara umum yang perlu menjadi perhatian bagi klinik X adalah aspek-aspek daya tanggap petugas dalam membantu pasien dan memberi pelayanan dengan cepat.

Adapun hasil analisis lebih jauh mengenai kesenjangan antara harapan dan kenyataan (kinerja) pelayanan bagi pasien dapat dilihat dari diagram *Important Performance Analysis* (IPA) menunjukkan bahwa hal-hal yang perlu menjadi prioritas utama bagi program implementasi PKRE Terpadu di klinik X antara lain adalah masalah kebersihan dan kenyamanan ruang pemeriksaan fisik, masalah waktu tunggu pasien yang masih terkesan lama dan tidak sesuai dengan rencana waktu pemberian pelayanan yang disampaikan serta masalah sikap petugas yang dikeluhkan kurang membuat pasien merasa aman berkonsultasi dan kurang

memberi perhatian dan kebutuhan personal pasien. Sedangkan hal-hal yang perlu dipertahankan antara lain adalah kenyamanan ruang konseling, alat pemeriksaan yang lengkap dan berfungsi dengan baik, kemampuan memberi pelayanan dengan tepat, akurat dan dapat diandalkan serta pelayanan yang tidak memandang status sosial pasien.

Ukuran kepuasan pelanggan ini sangat penting karena perannya dalam memberikan umpan balik mengenai seberapa baik perusahaan melaksanakan bisnis. Hanya jika pelanggan menilai pengalaman pembeliannya sebagai pengalaman yang amat memuaskan barulah perusahaan dapat mengharapkan para pelanggan melakukan pembelian ulang. Dengan kata lain, kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan akan suatu produk jasa sebagai akhir dari suatu proses penjualan memberikan dampak tersendiri kepada perilaku pelanggan akan produk tersebut (Kaplan dan Norton, 1996).

7.3.4. PERSPEKTIF FINANSIAL

7.3.4.1. Pertumbuhan Pendapatan

Seiring dengan tren pertumbuhan jumlah pasien, dari hasil telaah dokumen keuangan sepanjang tahun 2008 diperoleh informasi tren tambahan pendapatan klinik dari pasien yang mengikuti paket layanan PKRE Terpadu di klinik X pun mengalami fluktuasi dengan rata-rata adalah Rp.8.893.000 setiap bulannya. Sementara tren pendapatan pada tahun 2009 berjalan bahkan masih sangat fluktuatif, dengan besar rata-rata sekitar Rp. 5.800.000,- setiap bulannya. Potensi sumber pendapatan tambahan dari implementasi program PKRE Terpadu ini seyogyanya menjadi perhatian yang digarap serius oleh pihak klinik demi upaya pengembangan bisnis di masa depan, meskipun pada tahun awal profit bukan menjadi fokus utama kesuksesan.

Sejalan dengan pendapat Kaplan dan Norton (1996), pada tahap bertumbuh dan berkembang (*growth*) ini suatu perusahaan memiliki jasa yang secara signifikan mempunyai tingkat pertumbuhan yang baik sekali atau paling tidak memiliki potensi untuk berkembang baik dan sasaran keuangan pada tahap ini menekankan pengukuran pada persentase tingkat pertumbuhan pendapatan.

Dalam hal ini, pertimbangan finansial memang dapat menjadi pendorong ataupun kendala, tetapi jarang menjadi tujuan utama.

7.3.4.2. Penghematan/ Efisiensi Biaya

Dari penelusuran data keuangan diperoleh keterangan bahwa total anggaran biaya operasional program sebagai konsekuensi adanya berbagai tambahan kegiatan klinik X terkait implementasi PKRE Terpadu tahun 2008 adalah berjumlah Rp.1.487.356.000,-. Sementara realisasi biaya operasional program yang terjadi pada periode waktu yang sama mencapai Rp.1.258.034.000. Tingkat penghematan/efisiensi biaya dilihat dari selisih antara anggaran operasional program dengan realisasi biaya operasionalnya. Dengan demikian terdapat selisih antara anggaran operasional program dengan realisasi biaya operasionalnya, yaitu sebesar Rp.229.322.000,-. Dengan kata lain hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi penghematan/efisiensi biaya pelaksanaan program PKRE Terpadu pada tahun pertama implementasinya di klinik X dengan asumsi program telah berjalan efektif dimana semua kegiatan penting telah terselenggara sehingga biaya terserap sesuai keperluan sebagaimana dianggarkan, meliputi biaya suplai kebutuhan logistik pemeriksaan ISR/IMS, GIA, konseling, pengeluaran transport sampai dengan biaya-biaya pelatihan.

Tujuan penghematan biaya dan peningkatan produktifitas berkenaan dengan upaya untuk menurunkan biaya langsung dari produk dan jasa, mengurangi biaya tidak langsung dan pemanfaatan bersama-sama berbagai sumber daya yang sama dengan unit usaha yang lain. Dalam hal ini efisiensi memang tidak seyogyanya dipahami sebagai pengurangan biaya, melainkan perlu merujuk pada rasio output dibandingkan input. Upaya efisiensi dimaksudkan untuk meningkatkan produktifitas, yaitu menggunakan input tertentu untuk output yang maksimal. Adapun ukuran yang lazim digunakan untuk analisis rasio yaitu: rasio likuiditas (untuk menilai kemampuan rumah sakit memenuhi kewajiban lancarnya), rasio solvabilitas (untuk mengukur seberapa jauh rumah sakit dibiayai oleh pinjaman), rasio rentabilitas (untuk mengukur keefektifan rumah sakit memanfaatkan harta dan sumber daya yang dimilikinya dan profitabilitas/

performance (untuk mengukur kemampuan rumah sakit menggunakan asset dari sudut pandang keuangan).

Namun demikian analisis rasio ini belum bisa dilakukan untuk konteks evaluasi tahun pertama implementasi PKRE Terpadu ini karena faktor keterbatasan data yang dapat dianalisis. Oleh karena itu, untuk sementara upaya penghematan biaya implementasi PKRE Terpadu untuk tahun 2008 ini hanya dilakukan dengan melakukan perbandingan antara anggaran biaya operasional dan realisasi biaya operasionalnya. Bagi perusahaan nirlaba, perspektif finansial ini mungkin akan memberi batasan bukan tujuan. Perusahaan harus membatasi pengeluaran mereka sesuai dengan jumlah yang dianggarkan. Tetapi keberhasilan organisasi seperti ini tidaklah diukur dengan sebatas bagaimana menjaga pengeluaran sesuai dengan anggaran atau bahkan dengan penghematan yang dapat dilakukan sehingga pengeluaran yang sebenarnya jauh di bawah anggaran, namun sukses organisasi ini seharusnya diukur dari seberapa efektif dan efisien perusahaan memenuhi aturan pokoknya.

7.4. SKORING KINERJA PROGRAM PKRE TERPADU DI KLINIK "X"

Langkah pertama dalam skoring atas pencapaian kinerja program PKRE ini adalah dengan bobot untuk masing-masing perspektif terlebih dahulu. Untuk perspektif proses internal dan perspektif pertumbuhan dan pembelajaran ditetapkan bobot masing-masing 30% mengingat tahun 2008 merupakan tahun pertama dimulainya implementasi PKRE Terpadu di klinik X sehingga beberapa ukuran kinerja pada kedua perspektif itu merupakan hal yang sangat paling perlu diperhitungkan. Dengan adanya berbagai inovasi dan proses operasi yang konkrit menunjukkan suatu indikator sukses yang penting untuk dihargai, demikian pula aspek kompetensi dan komitmen institusi.

Selanjutnya perspektif pelanggan yang meliputi pertumbuhan jumlah pasien dan kepuasan pasien diberi bobot 25% karena dianggap sebagai indikator sukses sangat penting segera dipertimbangkan mengingat dampak utama hasil proses internal dan pertumbuhan pembelajaran dalam implementasi PKRE Terpadu ini tentu ada pada sisi pasien. Selebihnya, perspektif finansial diberi bobot 15% mengingat dalam tahun pertama ini keberhasilan finansial bukanlah

sesuatu yang diutamakan. Hal ini dikarenakan sumber dana program pada tahun pertama implementasi ini masih merupakan bantuan dari donor, selain karakteristik klinik X yang merupakan institusi kesehatan milik pemerintah sehingga tidak mengedepankan orientasi profit.

Setelah memberi bobot untuk setiap perspektif, selanjutnya ditentukan *key performance indicator* (KPI) yang lebih spesifik dan kemudian setiap KPI diberi bobot pula dengan total bobot sesuai dengan bobot perspektifnya masing-masing (bobot-2) dan selanjutnya masing-masing KPI diberi nilai dengan skala 1-5 yang menunjukkan apakah suatu KPI tidak terpenuhi, kurang, cukup, telah terpenuhi dengan baik atau bahkan telah melampaui target yang diharapkan. Adapun pembobotan dan pemberian skala nilai untuk tiap KPI tersebut didasari pada intuisi peneliti berdasarkan kedalaman pemahaman terhadap keseluruhan potret implementasi yang telah digali dan coba diukur sebelumnya.

Langkah selanjutnya, hasil pengkalian bobot-2 dan skala nilai diperoleh skor bagi setiap KPI yang kemudian diakumulasi menjadi skor perspektif dimana didapat skor perspektif proses internal adalah 1,08, perspektif pertumbuhan dan pembelajaran 1,02, perspektif pelanggan 0,9 dan perspektif finansial adalah 0,54. Pada tahap akhir, penjumlahan skor keempat perspektif akan menjadi skor total yang menunjukkan skor akhir kinerja, yaitu 3,54, yang berarti dinilai cukup dan cenderung baik.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

1. Indikator keterpaduan layanan PKRE di Klinik "X" adalah upaya pemberdayaan pasien melalui *giving information activity* (GIA) dan konseling serta pemeriksaan laboratorium ISR/IMS dan deteksi dini prakanker leher rahim dengan metode IVA, yang diberikan sebagai paket dasar yang ditawarkan bagi seluruh pasien yang berkunjung. Dalam konteks klinik "X" ini, layanan induksi haid menjadi *entry point* integrasinya.
2. Indikator keberhasilan implementasi model PKRE Terpadu di klinik "X" berdasarkan pendekatan empat perspektif *balanced scorecard* adalah sbb:
 - a. Perspektif Proses Bisnis Internal: Inovasi dan Proses Operasi
 - b. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran: Pelatihan, Keterlibatan Pegawai dan Kepuasan Pegawai
 - c. Perspektif Pelanggan: Pertumbuhan Jumlah Pasien PKRE Terpadu dan Kepuasan Pasien
 - d. Perspektif Finansial: Pertumbuhan Pendapatan dan Penghematan/ Efisiensi Biaya.
3. Kinerja PKRE Terpadu dari perspektif proses internal terlihat dengan adanya berbagai pengembangan prosedur dan teknologi layanan berupa kegiatan *Giving Information Activity*, perbaikan proses anamnesis pasien, layanan konseling, deteksi Dini Prakanker Leher Rahim dengan metode IVA, deteksi beberapa jenis ISR/IMS berbasis laboratorium dan aplikasi sistem rekam medis pasien. Dalam hal ini inovasi dan proses operasi yang terjadi pada implementasi PKRE Terpadu tahun 2008 dapat dinilai memiliki kinerja yang cenderung baik.
4. Kinerja PKRE Terpadu dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran terlihat dari adanya berbagai jenis training yang telah diselenggarakan sesuai kebutuhan implementasi konsep PKRE, dari kualitas keterlibatan

pegawai dalam setiap langkah implementasi yang belum begitu optimal, serta tampak pula dari aspek kepuasan pegawai yang sementara ini menunjukkan proporsi 77% pegawai puas. Secara keseluruhan kinerja pada perspektif ini dapat dinilai cukup baik.

5. Kinerja PKRE Terpadu dari perspektif pelanggan menunjukkan tren pertumbuhan pasien PKRE Terpadu yang masih cenderung fluktuatif dan tingkat kepuasan pasien menurut dimensi SERVQUAL menunjukkan hasil yang bervariasi, dimana proporsi kepuasan terbesar terdapat untuk aspek *empathy* (75%), diikuti aspek *assurance/jaminan* (73%), aspek *tangible/ fisik* (65%), aspek *reliability/ konsistensi* (61%) kemudian yang terendah adalah aspek *responsiveness/ daya tanggap* (51%). Namun demikian sebagai sebuah pengalaman awal pada tahap *growth*, kinerja perspektif ini sudah layak dikatakan cenderung baik.
6. Hasil analisis lebih lanjut mengenai kesenjangan antara harapan dan kenyataan (kinerja) pelayanan bagi pasien menunjukkan bahwa hal-hal yang perlu menjadi prioritas utama bagi program PKRE Terpadu di klinik X adalah masalah kebersihan dan kenyamanan ruang pemeriksaan fisik, waktu tunggu pasien serta masalah sikap petugas yang dikeluhkan kurang membuat pasien merasa aman berkonsultasi dan kurang memberi perhatian personal pasien. Sedangkan yang perlu dipertahankan adalah kenyamanan ruang konseling, alat pemeriksaan yang lengkap dan berfungsi baik, kemampuan memberi pelayanan tepat, akurat dan dapat diandalkan serta pelayanan yang tidak memandang status sosial pasien.
7. Kinerja PKRE Terpadu 2008 dari perspektif finansial menunjukkan tren pertumbuhan pendapatan yang fluktuatif dan cenderung belum optimal, sementara sudah terdapat penghematan biaya operasional program. Namun demikian untuk tahap ujicoba awal, kinerja perspektif ini dapat dikatakan cenderung baik.
8. Hasil skoring keseluruhan terhadap pencapaian kinerja implementasi PKRE Terpadu menunjukkan skor akhir 3,54 (skala 1-5), yang berarti dapat dikatakan cukup baik.

8.2. Saran

A. Bagi klinik "X":

1. Dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, keterlibatan pegawai dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu hendaknya ditingkatkan, khususnya partisipasi petugas tetap klinik dalam layanan konseling sehingga tidak lagi bergantung pada tenaga *outsourcing*. Disamping itu peran manajer dalam hal pembagian kerja, supervisi dan pengembangan sistem *reward* dan *punishment* juga perlu ditingkatkan. Selain itu, survey kepuasan pegawai sebaiknya dilakukan secara berkala.
2. Dari perspektif pelanggan, upaya meningkatkan cakupan jumlah pasien PKRE Terpadu sudah semestinya digiatkan secara lebih serius. Selanjutnya aspek layanan purnajual seperti mengupayakan *follow-up* layanan bagi pasien korban kekerasan, pendampingan bagi pasien yang berstatus ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS), konseling *online*, dll pun tampaknya sangat mungkin dikembangkan klinik X dalam konteks implementasi PKRE Terpadu ini, antara lain dengan mengoptimalkan kerjasama dengan jejaring yang ada.
3. Berdasarkan hasil analisis mengenai kesenjangan antara harapan dan kenyataan (kinerja) pelayanan bagi pasien, hendaknya masalah kebersihan dan kenyamanan ruang pemeriksaan fisik, waktu tunggu pasien serta masalah sikap petugas yang dikeluhkan kurang membuat pasien merasa aman berkonsultasi serta kurang memberi perhatian personal pada pasien dapat menjadi perhatian utama bagi klinik X. Sementara beberapa hal lain seperti kondisi kenyamanan ruang konseling, alat pemeriksaan yang lengkap dan berfungsi baik, kemampuan memberi pelayanan tepat, akurat dan dapat diandalkan serta pelayanan yang tidak memandang status sosial pasien hendaknya menjadi aspek yang terus dipertahankan.
4. Dari perspektif finansial, perihal pertumbuhan pendapatan yang sangat potensial untuk terus berkembang sebagai dampak dari kemajuan ketiga perspektif lainnya hendaknya mulai menjadi perhatian serius klinik X seiring berlanjutnya implementasi PKRE Terpadu ini. Selain itu, aspek

yang lebih luas mengenai upaya-upaya efisiensi program PKRE Terpadu dan pemanfaatan aktiva/strategi investasi tetap pun sebaiknya mulai dipertimbangkan.

5. *Tool* evaluasi kinerja program PKRE Terpadu berbasis *balanced scorecard* yang telah coba disusun dalam penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan dengan baik oleh pihak manajemen klinik X di masa depan sehingga didapat evaluasi yang lebih mendalam, bahkan pendekatan *balanced scorecard* perlu dipertimbangkan sebagai bahan pengembangan rencana strategis klinik demi kemajuan yang jauh lebih pesat dan terarah.

B. Bagi Institusi Lain dan Depkes RI:

1. Pencapaian kinerja perspektif proses bisnis internal dengan adanya berbagai inovasi dan kesuksesan proses operasi dalam implementasi PKRE Terpadu di klinik X tahun 2008 seyogyanya dapat disosialisasikan seluas-luasnya agar dapat menjadi bahan pembelajaran yang penting dalam upaya peningkatan layanan masyarakat di bidang kesehatan reproduksi khususnya bagi keperluan upaya replikasi program serupa di institusi lain serta masukan untuk pengembangan kebijakan bagi pihak Departemen Kesehatan RI.

C. Bagi Penelitian Lanjutan:

1. Pengembangan indikator kinerja berbasis empat perspektif *balanced scorecard* dalam penelitian ini didapat dengan terlebih dahulu melakukan studi kualitatif guna mengeksplorasi konsep dari lapangan langsung untuk kemudian dijustifikasi sesuai dengan teorinya. Pendekatan ini kiranya dapat menjadi masukan bagi penelitian sejenis lainnya sehingga pengembangan indikator tidak semata-mata terpaku pada literatur.
2. Terkait pengembangan instrumen penelitian, instrumen pengukuran kepuasan pasien terhadap program PKRE Terpadu dalam penelitian ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik karenanya dapat digunakan kembali. Namun instrumen kepuasan kerja karyawan menunjukkan validitas yang rendah sehingga perlu ditinjau ulang. Selain itu, beberapa

indikator kinerja kunci (*key performance indicator*) yang dikembangkan masih bersifat perseptif dan belum sepenuhnya kuantitatif sehingga penentuan skor kinerja menjadi cenderung subjektif dan belum mempunyai standar nilai yang baku. Untuk itu diperlukan perbaikan mengenai hal ini bagi penelitian sejenis berikutnya.

3. Sebagai bahan evaluasi yang lebih mendalam penelitian lanjutan diperlukan dalam rangka analisis tren kinerja tahunan, mengingat saat ini implementasi PKRE Terpadu di klinik "X" baru terlaksana sekitar 1,5 tahun sehingga belum ada data series yang cukup memadai.
4. Penelitian lanjutan juga diperlukan demi melengkapi potret implementasi PKRE Terpadu, khususnya dari aspek sustainability program maupun aspek efisiensi yang jauh lebih mendalam seperti melakukan penelusuran biaya dengan pendekatan *activity based costing* untuk melihat besaran total biaya yang sesungguhnya menjadi beban bagi institusi, maupun studi analisis komparasi efisiensi penyelenggaraan komponen layanan PKRE antara model terpadu dengan tidak terpadu.
5. Penelitian ini baru sampai pada pengembangan *tool* evaluasi periodik program karena saat ini program PKRE Terpadu di klinik X berada pada masa transisi dari *project* menuju pengelolaan penuh pihak manajemen klinik. Penelitian dalam rangka pengembangan rencana strategis (renstra) institusi berbasis *balanced scorecard* menjadi tantangan tersendiri, tentunya dengan melakukan konfirmasi dan eksplorasi terhadap visi misi institusi serta analisis situasi yang lebih komprehensif, yang perlu melibatkan *stakeholder* di setiap level institusi.
6. Rekomendasi topik lain yang kiranya penting diteliti adalah penilaian terhadap efektifitas program secara lebih luas yaitu analisis dampak PKRE Terpadu terhadap penurunan berbagai indikator kesehatan reproduksi seperti angka kematian ibu, kematian bayi, prevalensi ISR/IMS dsb.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Achadiono, Dita. *Analisis Pengukuran Kinerja Unit Rawat Jalan Jakarta Medical Center dengan Pendekatan Kerangka Balanced Scorecard* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2002.
- Anggraini, Sri. *Evaluasi kinerja Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan Integrasi Puskesmas Kotamadya Jakarta Selatan dengan Pendekatan Balanced Scorecard* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2008.
- Ariestonandri, Prima. *Marketing Research for Beginner; Panduan Praktis Riset Pemasaran Bagi Pemula*. Yogyakarta: Andi Offset, 2006
- Arso, Septo Pawelas. *Harapan dan Kenyataan Pelayanan Pelanggan, Studi Kualitatif pada Pasien Menurut Tingkat Loyalitasnya di Rumah Sakit Bakti Yudha Depok Tahun 2003* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2004.
- Balitbangkes Depkes RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI, 2008.
- BPS & Macro Internasional. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton Maryland, USA: BPS & Macro Internasional, 2007.
- BPS & Macro Internasional. *Survey Kesehatan Reproduksi Indonesia 2007*. Calverton Maryland, USA: BPS & Macro Internasional, 2007.
- Depkes RI. *Pedoman Dasar Infeksi Menular Seksual dan Saluran Reproduksi Lainnya pada Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu*. Jakarta: Depkes RI, 2006.

Depkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Depkes RI, 2007.

Depkes RI, BKKBN, Depdiknas, Depsos, Meneg PP, WHO & UNFPA. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI, BKKBN, Depdiknas, Depsos, Meneg PP, WHO & UNFPA, 2005.

Depkes RI & UNFPA. *Pedoman Operasional: Pelayanan Terpadu Kesehatan Reproduksi di Puskesmas*. Jakarta: Depkes & UNFPA, 2005.

Dirjen Bina Yanmedik Depkes RI. *Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif*. Jakarta: Depkes RI, 2007.

Djajadilaga, dkk. *Langkah-Langkah Praktis Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, Edisi Kedua*. Jakarta: Pusat Kesehatan Reproduksi FKUI, 2007.

Djauzi, Samsuridjal. 'VCT dan CST di Indonesia' dalam *Prosiding Semiar Sehari PKRE Terpadu: Potret Implementasi dan Tantangan Kedepan*. Jakarta: PKR FKUI, April 2009.

Gani, A & Nadjib, M. *Modul Analisis Biaya Rumah Sakit*. Disajikan pada Pelatihan Penyusunan Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah di Lingkungan Dirjen Pelayanan Medik Tahun Anggaran 1996/1997 Bogor, 1996.

Hadi, dkk. *Aplikasi Metode Kualitatif dalam Penelitian Kesehatan*. FKM UI dan CIMU-Health The British Council, 2000.

Harahap, Anni Bersari Kristina. *Evaluasi kinerja Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Kab. Bogor dengan Pendekatan Balanced Scorecard [Tesis]*. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2005.

Herdayati, Milla, dkk. *Laporan Riset Operasi Implementasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) di Klinik Kesehatan Reproduksi FKUI*. Jakarta: PKR FKUI, 2009.

Ilyas, Yaslis. *Kinerja: Teori, Penilaian dan Penelitian, Cetakan Ketiga*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, 2002.

Imelda R.H.N. *Implementasi Balanced Scorecard pada Organisasi Publik*. *Jurnal Akuntansi & Keuangan* Vol.6 No.2, Nopember 2004:106-122. [Diakses 06 Juli 2009]. Dari: www.puslit.petra.ac.id/puslit/journal.

Kaplan, Robert S. & Norton David P. *Balanced Scorecard: Menerapkan Strategi Menjadi Aksi*. Jakarta: Erlangga, 2000.

McLeod, Raymond. *Sistem Informasi Manajemen: Studi Sistem Informasi Berbasis Komputer*. Jakarta: PT. Prenhallindo, 1996.

Niven, Paul. *Adapting The Balanced Scorecard to Fit The Public and Nonprofit Sectors*. Primerus Consulting, April 22, 2003 [Diakses 06 Juli 2009]. Dari: www.odgroup.com.

Martha, Evi. *Pengolahan dan Analisis Data Kualitatif*. Materi Kuliah Penelitian Mutu FKM UI, 2008

Mohamad, Kartono. 'Rekam Medik dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu' dalam *Lokakarya Nasional PKRE Terpadu: Potret Implementasi dan Tantangan Kedepan di PIT POGI XVII Balikpapan*, Agustus 2008.

Mohamad, Kartono. 'Seks dan Mitos-Mitosnya' dalam *Mitos Seputar Masalah Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: YMI, 2009

- Moodley P, Wilkinson D, Connolly C, Moodley J, Sturm A. *Trichomonas vaginalis is associated with pelvic inflammatory disease in women infected with human immunodeficiency virus*. Clin Infect Dis, 2002
- Mulyadi, *Balanced Scorecard: Alat Manajemen Kontemporer Melipatganda Kinerja Keuangan Perusahaan*. Jakarta: Salemba Empat, 2001.
- Mutaqin, Zaenal. *Penilaian Kinerja Lima Puskesmas di Kota Cirebon dengan Pendekatan Balanced Scorecard* [Tesis]. Program Magister Fakultas Ekonomi UI, 2006.
- Nasution, Khadijah. *Evaluasi Rumah Sakit X Periode 1998-2001 Menggunakan Modifikasi Balanced Scorecard* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2002.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Metode Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta, 2005.
- Pusat Kesehatan Reproduksi FKUI. *Prosiding Seminar Sehari Paket PKRE: Potret Implementasi dan Tantangan Kedepan*. Jakarta: PKR FKUI, 2009
- Qomariah, SN, dkk. *Infeksi Saluran Reproduksi pada Perempuan Indonesia: Sebuah Telaah Literatur*. Jakarta: Pusat Komunikasi Kesehatan Berperspektif Jender, 2001.
- Rommel, Ewin. *Pengukuran Kinerja Rumah Sakit ABC dengan Rerangka Balanced Scorecard Tahun 2005* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2006.
- Sabarguna, Boy S. *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng – DIY, 2007.

- Saifuddin, A.B. , dkk. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2002.
- Situmorang A. *Adolescent Reproductive Health in Indonesia: A report prepared for STARH program Johns Hopkins University*. Jakarta: Center for Communication Program, 2003.
- Sri, Dewi. *Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Atma Jaya Berdasarkan Analisis Balanced Scorecard* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2000.
- Sudiarto, Eko. *Analisis Biaya Penentuan Tarif Berdasarkan ABC di laboratorium Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2005* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2006.
- Suhardiningsih. *Analisis Efisiensi Alat pada Pemeriksaan Kimia Klinik di RSUP. Dr. Kariadi Semarang Tahun 1995/1996*. [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2006.
- Sulistomo, A.W., dkk. *Reproductive Health Services and Policy: Midterm Review UNFPA 7th Country Program*. Jakarta: UNFPA, October 2008.
- Utomo, Budi, dkk. *Insiden dan Aspek Sosial-psikososial Aborsi di Indonesia: Survey Berbasis Komunitas di 10 Kota Besar dan 6 Daerah*. Jakarta: Pusat Penelitian Kesehatan UI, 2001.
- Varkevisser, Pathmanathan, Brownlee. *Designing and Conducting Health System Research Project 9th Modul Volume I*. KIT Publisher Amsterdam, 2003
- Widyantoro, N & Lestari, H. *Laporan Penelitian Penghentian Kehamilan Tak Diinginkan yang Aman Berbasis Konseling di 9 Kota Besar*. Jakarta: Yayasan Kesehatan Perempuan, 2004.

Yaniwarti. *Kinerja Instalasi Rawat Inap Utama dengan Pendekatan Balanced Scorecard di Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang* [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, 2002.

Yayasan Mitra Inti. *Implementasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu: Mungkinkah Diterapkan di Indonesia (Pembelajaran dari Empat Propinsi di Indonesia)*. Jakarta: YMI, 2007.

Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan. *Modul Konseling Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: YPKP, 2006.



**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
INDIKATOR KETERPADUAN DAN KEBERHASILAN
IMPLEMENTASI PKRE TERPADU DI KLINIK X 2008**

Kode Responden :

Tanggal :

Tujuan Penelitian:

Penelitian ini bertujuan untuk menggali persepsi pihak klinik X mengenai konsep PKRE Terpadu, apa saja indikator ketepaduan implementasi PKRE di klinik X ini serta apa pula indikator keberhasilan kinerja implementasinya.

Kriteria Informan:

1. Pihak pimpinan, manajemen program maupun petugas klinik yang terlibat dalam perjalanan implementasi PKRE Terpadu di klinik "X".
2. Pihak pimpinan, manajemen program maupun petugas klinik yang dapat mengungkapkan pendapatnya dengan baik
3. Pihak manajemen program maupun petugas klinik yang bersedia diwawancara

Tata Cara Pembukaan Wawancara

1. Ucapkan Salam.
2. *"Pada saat kami menjelaskan tujuan tadi, kami ingin mendengar pandangan Anda seputar indikator implementasi program PKRE Terpadu di klinik X.. Pandangan Anda sangat bernilai bagi kami, namun akan sangat kami jaga kerahasiaannya. Mohon berbicaralah dengan bebas".* Tunggu dengan sabar dan berikan dukungan kepada calon informan dengan cara mengangguk dan tersenyum lalu lihat respon yang muncul.
3. *"Wawancara ini akan direkam dengan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara".* Kemudian lanjutkan sesuai respon dari informan.

Sebelum wawancara mendalam dimulai, dilakukanlah terlebih dahulu "pendekatan" dan "pencairan hubungan".

(lanjutan)

1. Menurut Ibu/Bapak, apa yang dimaksud dengan PKRE Terpadu?
2. Lebih jauh, apa saja indikator/ukuran keterpaduan pelayanan 4 komponen kespro esensial (PKRE), yang sering disebut-sebut sebagai *one-stop services* tersebut?
3. Menurut Ibu/Bapak, apa pula yang menjadi indikator/ukuran keberhasilan implementasi program PKRE Terpadu di klinik X ini? Dengan kata lain, apakah saja target yang diharapkan dari adanya program PKRE ini?

*Selanjutnya lakukan probing dengan pendekatan kerangka BSC:

1. Bagaimana jika dilihat dari sisi pelanggan? Kira-kira faktor apa saja yang perlu menjadi perhatian?
 - Pangsa pasar/*Market share* (jumlah kunjungan/ volume pemeriksaan)?
 - Akuisisi/penguasaan pelanggan (jumlah pelanggan baru)?
 - Kepuasan pelanggan (tingkat kepuasan atas kinerja pelayanan)?
2. Bagaimana jika dilihat dari sisi aspek finansial?
 - Pentingkah adanya pertumbuhan pendapatan bagi klinik?
 - Faktor efisiensi/penghematan biaya dan peningkatan produktifitas?
 - Dari segi pemanfaatan aset (aktiva) dan strategi investasi?
3. Bagaimana jika dari perspektif proses internal?
 - Inovasi?
 - Operasi?
 - Layanan purna jual?
4. Bagaimana pula dari sisi pembelajaran dan pertumbuhan?
 - Kepuasan pegawai?
 - Retensi pegawai?
 - Produktifitas pegawai?

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
BAGI PIHAK MANAJEMEN DAN PETUGAS KLINIK
(PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL
DAN PERSPEKTIF PERTUMBUHAN/PERKEMBANGAN)**

Kode Responden :

Tanggal :

Tujuan Penelitian:

Penelitian ini bertujuan untuk menggali berbagai inovasi yang dikembangkan dan proses operasi program PKRE Terpadu sehari-hari, serta seputar pelatihan yang pernah diikuti dan keterlibatan pegawai dalam tiap langkah implementasi PKRE Terpadu di klinik X.

Kriteria Informan:

1. Pihak pimpinan, manajemen program maupun petugas klinik yang terlibat dalam perjalanan implementasi PKRE Terpadu di klinik "X".
2. Pihak pimpinan, manajemen program maupun petugas klinik yang dapat mengungkapkan pendapatnya dengan baik
3. Pihak manajemen program maupun petugas klinik yang bersedia diwawancara

Tata Cara Pembukaan Wawancara

1. Ucapkan Salam.
2. *"Pada saat kami menjelaskan tujuan tadi, kami ingin mendengar pandangan Anda seputar inovas dan, proses operasi implementasi program PKRE Terpadu di klinik X serta seputar pelatihan dan keterlibatan pegawai dalam program PKRE Terpadu ini.. Pandangan Anda sangat bernilai bagi kami, namun akan sangat kami jaga kerahasiaannya. Mohon bicaralah dengan bebas".*

Tunggu dengan sabar dan berikan dukungan kepada calon informan dengan cara mengangguk dan tersenyum lalu lihat respon yang muncul.

(lanjutan)

3. "Wawancara ini akan direkam dengan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara". Kemudian lanjutkan sesuai respon dari informan.

Sebelum wawancara mendalam dimulai, dilakukanlah terlebih dahulu "pendekatan" dan "pencairan hubungan".

A. INOVASI

1. Menurut Anda, apa saja perbedaan yang ada antara sebelum dan setelah adanya implementasi PKRE Terpadu di klinik ini?
2. Bagaimana proses (dinamika) internal yang dilalui sejak awal program PKRE Terpadu ini sampai dengan didapatnya alur/prosedur seperti yang berlaku sekarang?
3. Sejak program PKRE Terpadu ini diimplementasikan di klinik ini, ada banyak upaya perbaikan yang terjadi dari mulai pasien daftar sampai dengan pasien pulang. Mohon jelaskan secara lebih terperinci inovasi pada setiap langkah dalam alur implementasi PKRE tersebut.

B. PROSES OPERASI

1. Kapan jadwal layanan PKRE Terpadu tersedia di klinik X?
2. Untuk satu paket PKRE Terpadu ini, berapa pasien harus membayar?
3. Bagaimana penerapan alur PKRE Terpadu secara umum?
4. Bagaimana pelaksanaan *Giving Information Activity* (GIA) di lapangan?
5. Bagaimana pelaksanaan kegiatan konseling yang selama ini berlangsung dan kasus apa sajakah yang banyak terjadi?
6. Bagaimana gambaran proses pemeriksaan beberapa jenis ISR/IMS oleh para petugas medis?
7. Bagaimana gambaran hasil pemeriksaan laboratorium ISR/IMS yang telah terlaksana selama ini? Berapa gambaran prevalensi penyakitnya?
8. Bagaimana proses penyampaian hasil laboratorium ISR/IMS pada pasien?
9. Bagaimana penerapan sistem informasi rekam medik berbasis komputer yang relatif merupakan suatu hal baru bagi klinik X ini?

(lanjutan)

10. Mengingat kemampuan analisis hasil pemeriksaan ISR/IMS yang merupakan hal yang baru bagi tenaga laboratorium di klinik X, bagaimana gambaran upaya meningkatkan validitas pemeriksaan sebagai suatu hal yang sangat penting bagi pasien?

C. PELATIHAN

1. Jenis pelatihan apa saja yang selama ini telah dilaksanakan terkait kebutuhan implementasi PKRE Terpadu di klinik ini?
2. Siapa saja pengisi pelatihan yang diselenggarakan tersebut?
3. Bagaimana frekuensi pelatihan tersebut?

D. KETERLIBATAN PEGAWAI

1. Apakah semua pegawai klinik terlibat dalam implementasi PKRE ini?
2. Secara terperinci, siapa saja yang terlibat secara langsung dalam tiap langkah dalam alur implementasi PKRE Terpadu disini? Apakah masih memerlukan tenaga dari luar klinik?
3. Lebih jelasnya, sejauh mana gambaran kualitas keterlibatan mereka selama ini mulai dari proses anamnesis, GIA, konseling, pemeriksaan ISR/IMS dan kemampuan analisis petugas laboratorium *onsite*?

**KUESIONER SURVEY TINGKAT KEPUASAN PASIEN
"IMPLEMENTASI PKRE TERPADU DI KLINIK X"**

*"Ibu/Bapak/Saudara-saudaraku yang terhormat,
Guna lebih meningkatkan mutu pelayanan Klinik X, kami mohon bantuan
Ibu/Bapak/Saudara untuk memberikan informasi mengenai harapan yang
Ibu/Bapak/Saudara inginkan dari Klinik X dan kenyataan yang Ibu/Bapak/
Saudara terima dan rasakan terhadap pelayanan Klinik X. Atas perhatian dan
bantuan Ibu/Bapak/Saudara kami haturkan terima kasih."*

- No Responden** :
Hari/Tanggal :
Umur : tahun
Jenis Kelamin : () Laki-laki
() Perempuan
Pendidikan : () Tidak tamat SD
() Tamat SD
() Tamat SLTP
() Tamat SLTA
() D3/S1/S2/S3

Berilah tanda (√) pada harapan yang Anda harapkan dan kenyataan pelayanan yang Anda rasakan/terima dari klinik ini.

Harapan:

- 1 : Sangat Tidak Penting
2 : Tidak Penting
3 : Penting
4 : Sangat Penting

Kenyataan:

- 1 : Sangat Tidak Setuju
2 : Tidak Setuju
3 : Setuju
4 : Sangat Setuju

Harapan				Pernyataan	Kenyataan			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1. Klinik X memiliki tempat petugas bertanya mengenai riwayat penyakit pasien (ruang anamnesis) yang bersih dan nyaman				
				2. Klinik X memiliki ruang pemberian informasi kelompok (<i>Giving Information Activity</i>) yang bersih dan nyaman				
				3. Klinik X memiliki ruang konseling pribadi yang bersih dan nyaman				
				4. Klinik X memiliki ruang "Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman				
				5. Klinik X memiliki materi, peralatan dan sarana penerangan informasi yang modern dan punya daya tarik visual				
				6. Klinik X memiliki alat pemeriksaan medis yang lengkap dan berfungsi dengan baik				
				7. Para petugas medis maupun non medis di klinik X berpenampilan rapi dan bersih				
				8. Klinik X memberikan manfaat pelayanan mulai dari pemberian informasi kelompok, konseling, pemeriksaan medis dan laboratorium sesuai dengan apa yang dijanjikan				
				9. Klinik X menangani pasien sesuai jadwal/ waktu yang disampaikan				
				10. Klinik X menangani administrasi catatan/ dokumen tentang pasien yang bebas dari kesalahan				
				11. Sebagai klinik kesehatan reproduksi, klinik X mampu memberikan pelayanan dengan tepat, akurat dan dapat diandalkan				
				12. Petugas klinik X memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan				

			13. Sewaktu pasien memiliki masalah, klinik X bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkannya			
			14. Klinik X memiliki petugas yang bersedia membantu pasien dengan segera			
			15. Klinik X memiliki petugas yang tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien			
			16. Klinik X dalam pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama			
			17. Perilaku petugas klinik X membuat pasien percaya			
			18. Sikap petugas klinik X membuat pasien merasa aman berkonsultasi			
			19. Petugas klinik X mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien secara meyakinkan			
			20. Kemampuan komunikasi petugas klinik X membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan			
			21. Klinik X memiliki petugas yang cekatan menjalankan tugas di bagiannya			
			22. Keterampilan petugas klinik X dalam melakukan pemeriksaan membuat pasien yakin akan hasilnya			
			23. Petugas klinik X memberikan perhatian personal kepada pasien			
			24. Klinik X memiliki jam kerja beroperasi yang nyaman bagi pasien			
			25. Klinik X mengutamakan kepentingan pasien			
			26. Klinik X memberikan pelayanan tanpa memandang status sosial pasien			
			27. Klinik X memberikan waktu yang cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi			
			28. Petugas klinik X memahami kebutuhan spesifik para pasien			

Harapan				Pernyataan	Kenyataan			
1	2	3	4		1	2	3	4
				1. Klinik X memiliki tempat petugas bertanya mengenai riwayat penyakit pasien (ruang anamnesis) yang bersih dan nyaman				
				2. Klinik X memiliki ruang pemberian informasi kelompok (<i>Giving Information Activity</i>) yang bersih dan nyaman				
				3. Klinik X memiliki ruang konseling pribadi yang bersih dan nyaman				
				4. Klinik X memiliki ruang "Permeriksaan Fisik" yang bersih dan nyaman				
				5. Klinik X memiliki materi, peralatan dan sarana penerangan informasi yang modern dan punya daya tarik visual				
				6. Klinik X memiliki alat pemeriksaan medis yang lengkap dan berfungsi dengan baik				
				7. Para petugas medis maupun non medis di klinik X berpenampilan rapi dan bersih				
				8. Klinik X memberikan manfaat pelayanan mulai dari pemberian informasi kelompok, konseling, pemeriksaan medis dan laboratorium sesuai dengan apa yang dijanjikan				
				9. Klinik X menangani pasien sesuai jadwal/ waktu yang disampaikan				
				10. Klinik X menangani administrasi catatan/ dokumen tentang pasien yang bebas dari kesalahan				
				11. Sebagai klinik kesehatan reproduksi, klinik X mampu memberikan pelayanan dengan tepat, akurat dan dapat diandalkan				
				12. Petugas klinik X memberitahu pasien kapan persisnya pelayanan akan diberikan				

			13. Sewaktu pasien memiliki masalah, klinik X bersungguh-sungguh berusaha membantu memecahkannya			
			14. Klinik X memiliki petugas yang bersedia membantu pasien dengan segera			
			15. Klinik X memiliki petugas yang tidak pernah terlalu sibuk merespon permintaan pasien			
			16. Klinik X dalam pelayanannya tidak membuat pasien menunggu terlalu lama			
			17. Perilaku petugas klinik X membuat pasien percaya			
			18. Sikap petugas klinik X membuat pasien merasa aman berkonsultasi			
			19. Petugas klinik X mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien secara meyakinkan			
			20. Kemampuan komunikasi petugas klinik X membuat pasien merasa mantap dan berdaya mengambil keputusan			
			21. Klinik X memiliki petugas yang cekatan menjalankan tugas di bagiannya			
			22. Keterampilan petugas klinik X dalam melakukan pemeriksaan membuat pasien yakin akan hasilnya			
			23. Petugas klinik X memberikan perhatian personal kepada pasien			
			24. Klinik X memiliki jam kerja beroperasi yang nyaman bagi pasien			
			25. Klinik X mengutamakan kepentingan pasien			
			26. Klinik X memberikan pelayanan tanpa memandang status sosial pasien			
			27. Klinik X memberikan waktu yang cukup bagi keluarga/pendamping pasien untuk berkonsultasi			
			28. Petugas klinik X memahami kebutuhan spesifik para pasien			

KUESIONER SURVEY TINGKAT KEPUASAN KERJA PEGAWAI SEPUTAR IMPLEMENTASI PKRE TERPADU DI KLINIK X

"Ibu/Bapak/Saudara-saudaraku yang terhormat,

Guna lebih meningkatkan mutu pelayanan Klinik X, kami mohon bantuan Ibu/Bapak untuk memberikan informasi mengenai kepuasan yang Ibu/Bapak rasakan terkait implementasi PKRE Terpadu. Semoga informasi yang Anda berikan dapat bermanfaat bagi perbaikan kinerja Klinik X. Atas perhatian dan bantuan Ibu/Bapak kami haturkan terima kasih."

No Responden :
Hari/Tanggal :
Umur :
Jenis Kelamin :
Pendidikan Tertinggi :
Lama kerja di Klinik X :

Berilah tanda (√) pada tingkat persetujuan yang benar-benar Anda rasakan:

1. Implementasi model PKRE Terpadu di klinik X tempat saya bekerja telah banyak menghadirkan pengembangan layanan bagi klinik:

() Sangat tidak setuju () Tidak setuju () Setuju () Sangat setuju

2. Petugas medis telah memperoleh banyak peningkatan keterampilan medis sesuai kebutuhan implementasi PKRE Terpadu:

() Sangat tidak setuju () Tidak setuju () Setuju () Sangat setuju

3. Bagi saya, program peningkatan pengetahuan terkini seputar kesehatan reproduksi seperti isu ketimpangan gender, kekerasan dalam rumah tangga dan isu aborsi dari sisi hukum yang kerap dilakukan membantu meningkatkan wawasan saya:

() Sangat tidak setuju () Tidak setuju () Setuju () Sangat setuju

(lanjutan)

4. Saya merasa bahwa pengembangan kapasitas pegawai yang bersifat non medis seperti training skill komunikasi dan dinamika kelompok dalam meningkatkan soliditas organisasi terkait implementasi PKRE Terpadu, sesuai dengan kebutuhan yang ada:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

5. Saya merasa bahwa program implementasi PKRE Terpadu telah membawa perbaikan imej positif bagi pelayanan klinik X secara keseluruhan:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

6. Saya merasa bangga dengan adanya beberapa pelayanan baru sejak implementasi PKRE seperti *Giving Information Activity* (GIA), konseling, deteksi dini prakanker leher rahim dengan IVA dan pemeriksaan ISR/IMS berbasis laboratorium karena dapat lebih memberi manfaat bagi pasien dengan harga yang relatif murah:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

7. Saya puas dengan pengembangan teknologi *Giving Information Activity* (GIA) yang diterapkan sejak implementasi PKRE Terpadu:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

8. Saya menyambut gembira adanya program penerapan sistem informasi rekam medik berbasis komputer di klinik X yang didorong dalam rangka program PKRE Terpadu:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

9. Saya merasa bahagia dengan sejumlah bentuk partisipasi dan kontribusi saya dalam implementasi PKRE Terpadu ini:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

10. Saya merasa komitmen pimpinan dalam aplikasi perbaikan prosedur layanan yang disepakati terkait implementasi PKRE Terpadu di klinik X sudah baik:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

(lanjutan)

11. Menurut saya jumlah sumber daya yang diperlukan dalam menyelesaikan setiap langkah dalam implementasi PKRE Terpadu di klinik X ini sebenarnya sudah cukup:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

12. Saya merasa pengaturan kerja dan pembagian tugas dalam implementasi PKRE Terpadu di klinik X ini sudah baik:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

13. Saya merasa supervisi dan kontrol yang dilakukan pihak pimpinan terkait dalam implementasi PKRE Terpadu sehari-hari berjalan dengan baik:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

14. Saya merasa partisipasi saya dalam implementasi PKRE Terpadu dihargai dengan baik oleh sesama rekan kerja maupun pihak pimpinan:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

15. Saya merasa ada sistem *reward* dan *punishment* yang jelas dari pihak pimpinan terkait, dalam konteks implementasi PKRE Terpadu di klinik X ini:

Sangat tidak setuju Tidak setuju Setuju Sangat setuju

HASIL PENELITIAN KUALITATIF (WAWANCARA) INDIKATOR KETERPADUAN & KEBERHASILAN PKRE

Responden 1 (R1)

1. Apa yang dimaksud PKRE dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya?

R1: "PKRE merupakan pelayanan yang mencakup empat komponen kespro esensial, baik KB, KIA, kespro remaja, dan pemeriksaan ISR/IMS ditambah deteksi dugaan kejadian kekerasan. Begitu pasien masuk, petugas baik dokter, perawat ataupun bidan langsung mampu menangani sendiri keempat jenis layanan tersebut sekaligus dalam satu kali kunjungan, bukan untuk dirujuk ke tempat lain. Dengan begitu, pasien akan mendapat satu paket layanan. Namun ini konsep idealnya, yang terpenting sekarang menanamkan kesadaran hal ini dulu kepada petugas sampai mereka mau melaksanakan tiap komponen secara langsung, jangan ada yang dikirim keluar".

2. Apakah indikator kesuksesan implementasi PKRE Terpadu di klinik X?

R1: "Kalau outcome mungkin akan sulit diukur ya. Yang ingin kita lihat sejauh mana konsep PKRE ini akan dipakai untuk replikasi bagi tempat lain. Di klinik ini sendiri sebenarnya untuk menguji feasibilitas implementasi oleh karyawan, berapa jumlah pasien yang mau mengikuti paket pelayanan, berapa jumlah karyawan yang terlibat"
Bagaimana indikator sukses dari segi finansial?

R1: "Dari dukungan finansial kita berharap biaya operasional yang diperlukan mampu ditanggung, lebih baik lagi jika menghasilkan profit" **Bagaimana dari segi pemanfaatan aset (aktiva) dan strategi investasi?** "Ini bagus, sebenarnya konsep PKRE ini tidak akan menambah kebutuhan biaya, melainkan hanya mengatur prioritas saja"
Bagaimana dari sisi pelanggan?

R1: "tentu kita berharap ada peningkatan jumlah kunjungan pasien dan sikap pasien puas terhadap pelayanan yang diberikan"

Adakah hal lain yang Bapak anggap penting?

R1: Hmm, kendala klinik ini sebagai tempat percontohan implementasi PKRE agak unik karena bias sebagai klinik yang juga memberi layanan induksi haid dimana kebanyakan orang justeru sebenarnya tidak akan kembali lagi kesini untuk mendapatkan layanan induksi haid yang kedua kalinya. Hal lain yang menjadi tantangan disini adalah bagaimana memelihara motivasi/keterlibatan karyawan dalam melakukan implementasi PKRE ini.

Responden 2 (R2)

1. Apa yang dimaksud PKRE dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya?

R2: "PKRE Terpadu berarti dimana seorang perempuan datang ke suatu pelayanan kesehatan itu bisa mendapat pelayanan secara lengkap dan seringkali pada perempuan masalah kespro tidak terdeteksi secara dini dan tanpa disadari. Dengan konsep keterpaduan ini masalah-masalah yang tidak dapat terdeteksi ini dapat terjaring. Contohnya, jika ada seorang perempuan datang dengan maksud memasang IUD, maka secara otomatis dia juga akan ter-skrining ISR/IMS dan akhirnya mendapat layanan tersebut. Ini sesuatu yang sebelumnya tidak terpikirkan namun akhirnya dia merasakan manfaatnya"

Responden 3 (R3)

1. Apa yang dimaksud PKRE dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya?

R3: "Seorang wanita bila datang ke klinik dia mendapat pelayanan kespro menyeluruh sekaligus, bukan hanya yang dia inginkan. Contoh, dia juga akan mendapat pemeriksaan ISR/IMS, IVA, pendidikan kespro, KB, walaupun awalnya dia hanya bermaksud untuk IH"

"Indikator terpadunya dilihat dengan pelayanan dalam satu tempat, ga perlu dikirim kemana-mana lagi. Jadi sekali datang pulang ydag dapat semuanya. Itu idealnya, walaupun masih kenyataan sekarang masih ada yang dirujuk seperti tes HIV"

2. Apakah indikator kesuksesan implementasi PKRE Terpadu di klinik X?

Dari segi pasien? "Kalo dari pasien, ada kepuasan pasien dimana mereka mendapat pelayanan lebih, peningkatan pengetahuan dan kesadaran untuk memeriksakan kespronya. Kalo dilihat sekarang ada tambahan kunjungan pemeriksaan karena mungkin pasien cerita ke temen atau sodara"

Dari segi finansial? "Ada pendapatan klinik. Kayaknya dari segi pengadaan lab ISR/IMS juseru prospek PKRE bagus, tidak rugi"

Dari segi petugas? "Dari segi inovasi, dengan adanya PKRE jadi ada pemeriksaan lab, GIA, konseling, peningkatan keterampilan, sistem informasi rekam medis baru, petugas tambah familiar dengan komputer"

Dari segi inovasi? "Dari segi petugas jelas ada peningkatan keterampilan, adanya sedikit tambahan insentif, memberi pelayanan lebih yang dapat membantu pasien. Selain itu dengan ada teknologi komputer jadi lebih memudahkan"

Responden 4 (R4)

1. Apa yang dimaksud PKRE dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya?

R4: "Pelayanan yang meliputi semuanya mulai dari pendaftaran, pemeriksaan lab, IVA, GIA, konseling. Terpadu karena pasien KB sekaligus diperiksa ISR/IMS"

2. Apakah indikator kesuksesan implementasi PKRE Terpadu di klinik X?

R4: "Menurut saya disebut sukses jika alur yang sepakati diterapkan dengan baik. Sebenarnya perbaikan alur pelayanan dengan PKRE ini sudah memperbaiki sistem sehingga dapat mengurangi peluang kecurangan/kelalaian"

Dari segi pasien? "Pasien merasa puas, kebanyakan mereka menganggap pelayanan di sini lain, ada prosedur pemeriksaan yang jelas, mereka lebih percaya terutama untuk IH. Mereka juga puas dengan adanya GIA, mereka juga jadi tahu tentang status ISR/IMS. Terus, jumlah pemeriksaan lab juga terus bertambah karena hasil bisa didapatkan langsung hari itu juga"

Dari segi finansial? "adanya penambahan income bagi klinik, juga penambahan kesejahteraan pegawai"

Dari segi petugas? "jika ada komitmen bersama prosedur yang dapat dijaga, ada kepemimpinan dan manjerial, ada peningkatan pengetahuan dan perbaikan sistem kerja dimana dulu sistem boleh dibilang acak-acakan"

Dari segi inovasi? "ada pemeriksaan lab, GIA, konseling, perbaikan status rekam medis, sistem informasi rekam medis berbasis komputer"

Responden 5 (R5)

1. Apa yang dimaksud PKRE dan apa yang menjadi indikator keterpaduannya?

R5: "Konsep Paket PKRE yaitu pelayanan dimana seorang pasien datang kemudian ia mendapat keseluruhan pelayanan. Pasien sekali datang langsung mendapat pelayanan hari itu, tidak perlu bolak balik dan dalam satu bangunan. Contohnya jika dia ingin IH, dia juga mendapat lebih seperti GIA, pemeriksaan keputihan, konseling.

(lanjutan)

2. Apakah indikator kesuksesan implementasi PKRE Terpadu di klinik X?

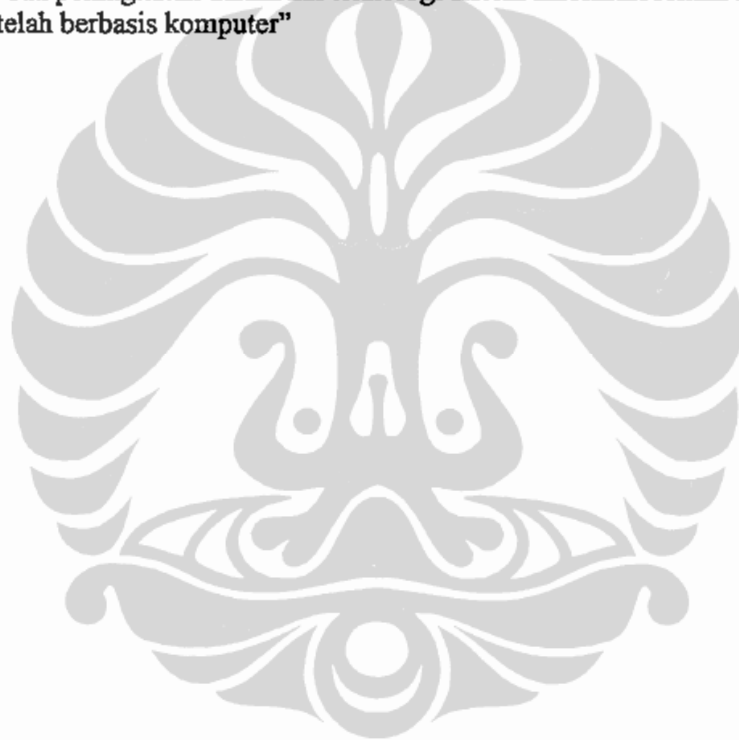
R5: “pertama jika ada kesadaran petugas untuk menjalankan alur”

Dari segi pasien? “pasien mendapat layanan yang lebih, ada kepuasan, misalnya sekalian periksa ISR selain IH. Namun ada hambatan waktu dimana kadang lama pelayanan meningkat sementara petugas harus dilakukan buru-buru. Juga adanya peningkatan jumlah pemeriksaan, bahkan sekarang ada pasien yang datang khusus untuk periksa keputihan atas informasi dari teman”

Dari segi petugas? “Ada peningkatan kebanggaan karena imej klinik IH jadi berubah menjadi penyedia layanan PKRE sebagai pelayanan yang sangat dibutuhkan. Selain itu ada peningkatan insentif disamping peningkatan pengetahuan dan skill”.

Dari segi keuangan klinik? “adanya peningkatan pendapatan”

Dari segi inovasi? “Ada pemeriksaan lab ISR/IMS yang tadinya tidak ada, ada GIA, konseling dan peningkatan dalam hal teknologi sistem informasi rekam medis yang sekarang telah berbasis komputer”



HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER KEPUASAN PASIEN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.839	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	21.6500	5.156	.464	.852
a2	21.5500	5.331	.641	.808
a3	21.4250	5.430	.704	.801
a4	21.4750	5.435	.683	.803
a5	21.4000	5.836	.519	.827
a6	21.3500	5.669	.631	.812
a7	21.4500	5.587	.617	.813

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.852	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a8	10.9000	1.477	.745	.788
a9	10.7500	1.526	.711	.803
a10	10.7750	1.615	.612	.846
a11	10.6250	1.625	.706	.807

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.819	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a12	14.3000	2.779	.555	.801
a13	14.1250	2.625	.822	.728
a14	14.2250	2.692	.713	.756
a15	14.4000	2.810	.426	.851
a16	14.1500	2.849	.632	.779

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.918	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a17	17.9000	4.605	.692	.913
a18	17.8500	4.592	.714	.910
a19	17.9250	4.379	.813	.896
a20	17.9000	4.451	.777	.901
a21	17.8250	4.456	.802	.898
a22	17.8500	4.438	.800	.898

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a23	18.4750	3.281	.606	.838
a24	18.4500	3.279	.712	.815
a25	18.4250	3.328	.697	.818
a26	18.3750	3.779	.441	.863
a27	18.3750	3.471	.643	.829
a28	18.4000	3.272	.758	.807

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.851	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b1	18.6250	7.728	.620	.830
b2	18.4000	7.477	.680	.820
b3	18.3750	7.112	.634	.830
b4	18.4500	7.331	.618	.831
b5	18.5750	8.712	.451	.851
b6	18.3500	7.926	.672	.824
b7	18.3750	8.035	.657	.827

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.757	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b8	9.1000	2.195	.612	.691
b9	9.4000	1.682	.525	.737
b10	9.1250	1.907	.471	.754
b11	8.9750	1.974	.731	.627

(lanjutan)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.762	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b12	11.9750	3.102	.622	.684
b13	11.6250	3.676	.502	.730
b14	11.8000	3.908	.374	.767
b15	11.8750	3.804	.544	.723
b16	11.9250	2.584	.672	.667

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.873	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b17	15.4500	4.921	.548	.877
b18	15.5250	3.333	.686	.865
b19	15.4000	4.144	.810	.835
b20	15.3750	4.035	.830	.830
b21	15.5250	3.333	.811	.827
b22	15.3500	4.336	.594	.864

(lanjutan)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	25	62.5
	Excluded(a)	15	37.5
	Total	40	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
b23	15.6000	6.917	.716	.881
b24	15.6000	6.667	.707	.883
b25	15.5600	6.673	.750	.875
b26	15.3600	6.240	.807	.866
b27	15.2400	7.440	.741	.882
b28	15.4400	6.840	.662	.889

Lampiran 7: Output Analisis Kepuasan Pasien dan Pegawai

OUTPUT ANALISIS KEPUASAN PASIEN DAN PEGAWAI

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia	96	22.00	45.00	32.3646	6.17826
Valid N (listwise)	96				

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	96	100.0	100.0	100.0

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	2	2.1	2.1	2.1
SLTP	6	6.3	6.3	8.3
SLTA	47	49.0	49.0	57.3
Universitas	41	42.7	42.7	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Tangible

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Puas	34	35.4	35.4	35.4
Puas	62	64.6	64.6	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Reliability

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Puas	37	38.5	38.5	38.5
Puas	59	61.5	61.5	100.0
Total	96	100.0	100.0	

Responsiveness

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Puas	47	49.0	49.0	49.0
Puas	49	51.0	51.0	100.0
Total	96	100.0	100.0	

(lanjutan)

Emphaty

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Puas	24	25.0	25.0	25.0
	Puas	72	75.0	75.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Assurance

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Puas	26	27.1	27.1	27.1
	Puas	70	72.9	72.9	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

Peran * Kepuasan total Crosstabulation

			Kepuasan total		Total
			Kurang puas	Puas	
Peran	Pasien	Count	46	50	96
		% within Peran	47.9%	52.1%	100.0%
	Karyawan	Count	3	10	13
		% within Peran	23.1%	76.9%	100.0%
Total		Count	49	60	109
		% within Peran	45.0%	55.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.855(b)	1	.091		
Continuity Correction(a)	1.939	1	.164		
Likelihood Ratio	3.031	1	.082		
Fisher's Exact Test				.137	.080
Linear-by-Linear Association	2.829	1	.093		
N of Valid Cases	109				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.84.