



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERENCANAAN STRATEGIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN JAKARTA PUSAT
TAHUN 2008 – 2012 DENGAN KERANGKA
BALANCED SCORECARD
TAHUN 2008**

TESIS

**Oleh:
ISKANDAR
NPM : 0606139230**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERENCANAAN STRATEGIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN JAKARTA PUSAT
TAHUN 2008 – 2012 DENGAN KERANGKA
BALANCED SCORECARD
TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**Oleh:
ISKANDAR
NPM : 0606139230**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**PERENCANAAN STRATEGIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN JAKARTA PUSAT
TAHUN 2008 – 2012 DENGAN KERANGKA
BALANCED SCORECARD
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 25 Juni 2008

Pembimbing Tesis

(Dr. H. Adang Bachtiar. MPH, DSc)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 25 Juni 2008

Ketua

(Dr,H.Adang Bachtiar. MPH, DSc)

Anggota

(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

(dr. Mieke Savitri. M.Kes)

(dr. Sutirto Basuki, SpKK,M.Kes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : **ISKANDAR**
NPM : 0606139230
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

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

Perencanaan Stratetgi Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Jakarta Pusat tahun 2008 – 2012 dengan kerangka Balanced Scorecard.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 25 Juni 2008

ISKANDAR

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juni 2008

Iskandar, NPM . 0606139230

**Perencanaan Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Jakarta Pusat
Tahun 2008 – 2012 dengan kerangka *Balanced Scorecard*.**

xv + 291 halaman + 60 tabel + 14 gambar + 6 lampiran

ABSTRAK

Penelitian tentang perencanaan strategis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tarakan Jakarta Pusat dengan menggunakan kerangka *Balanced Scorecard* telah dilaksanakan. Ruang lingkup penelitian meliputi analisis lingkungan eksternal, analisis lingkungan internal, peninjauan kembali visi dan misi, menetapkan tujuan jangka panjang sampai tahun 2012, menentukan strategi alternatif serta menetapkan strategi terpilih yang sesuai dengan posisi Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan. Kemudian strategi terpilih ini dirumuskan dengan kerangka *Balanced Scorecard*.

Jenis penelitian yang dilakukan merupakan penelitian operasional (*Operational Research*), data sekunder diperoleh dari BPS (Badan Pusat Statistik) Jakarta Pusat, Dinas Kesehatan DKI Jakarta dan Laporan Tahunan RSUD Tarakan. Pengumpulan informasi dilakukan dengan wawancara mendalam dan CDMG (*Consensus Decision Making Group*), dan didapatkan variabel-variabel eksternal dan internal yang menjadi faktor-faktor strategis bagi RSUD Tarakan.

Penyusunan Rencana strategi dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu: Tahap I (*Input Stage*) meliputi analisis lingkungan eksternal dan lingkungan internal dengan menggunakan *Matriks Eksternal Factor Evaluation* (EFE) dan *Matriks Internal Factor Evaluation* (IFE) dan peninjauan kembali pernyataan visi dan misi RSUD Tarakan. Dari input stage diketahui bahwa skor total faktor EFE adalah 2,55 sedangkan untuk total faktor IFE yaitu 2,43.

Tahap II (*Matching Stage*) dengan melakukan analisis berdasarkan matriks IE dan matriks SWOT, dari *Matching Stage* diketahui bahwa posisi RSUD tarakan berada pada kotak sel V yaitu *hold and maintain*. Juga menghasilkan tujuan jangka panjang

serta alternatif strategi yang akan dilaksanakan oleh RSUD Tarakan untuk periode 2008 – 2012.

Tahap III (*Decision Stage*) meliputi penetapan strategi terpilih RSUD Tarakan untuk tahun 2008–2012. Penjabaran strategi terpilih kedalam tujuan strategi kemudian dimasukkan ke dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*. Berdasarkan CDMG dilakukan penetapan ukuran KPI masing-masing tujuan strategi. Penetapan target KPI dan program ditentukan untuk 5 tahun mendatang, untuk memastikan target tercapai dan program dijalankan dibuat format monitoring implementasi yang dilengkapi dengan bobot masing-masing KPI. Perspektif keuangan dan pelanggan memperoleh bobot 20 %, sedangkan perspektif proses bisnis internal serta perspektif pertumbuhan dan pembelajaran masing-masing memperoleh bobot 30 %.

Hasil penelitian menyimpulkan strategi yang terbaik untuk RSUD Tarakan adalah Pengembangan Produk Layanan. Ada 9 strategi terpilih yang dijabarkan menjadi 16 tujuan strategi. Penetapan ukuran KPI sebagian besar berupa ukuran pemicu (*lead Indicator*). Untuk melihat pencapaian target dari masing-masing kegiatan dibuat format monitoring implementasi. Dengan demikian, maka untuk implementasi *Balanced Scorecard* disarankan KPI yang sudah ditetapkan untuk masing-masing penanggungjawab sebaiknya didistribusikan ke struktur dibawahnya sehingga masing-masing individu mempunyai KPI nya sendiri. RSUD Tarakan harus mempunyai standar kinerja yang jelas dan terukur, pemberian bobot pada setiap KPI bisa direvisi oleh masing-masing pemilik KPI, menyusun standar kompetensi bagi setiap SDM nya, mensosialisasikan *Balanced Scorecard* di seluruh jajaran RSUD Tarakan sehingga semuanya mengerti dan mempunyai persepsi yang sama untuk kemajuan RSUD Tarakan dimasa mendatang, dan adanya komitmen dari *Share Holders*, supaya Renstra RSUD Tarakan disahkan untuk menjadi pedoman lima tahun mendatang oleh rumah sakit dalam melakukan kegiatannya.

Daftar Pustaka: 43 (Tahun 1989 – 2007)

**STUDY PROGRAM OF HOSPITAL ADMINISTRATION
PUBLIC HEALTH FACULTY
UNIVERSITY OF INDONESIA
Thesis, June 2008**

Iskandar, NPM 0606139230

**Strategic Planning of RSUD Tarakan at Center Jakarta in Period of 2008 - 2012 by Using
Balanced Scorecard Framework**

xv + 291 pages + 60 tables + 14 figures + 6 appendices

ABSTRACT

Research on strategic planning of RSUD Tarakan at Center Jakarta by using Balanced Scorecard framework has been done. Study scope covered an external environment analysis, internal environment analysis, evaluation of vision and mission, specifying a long-range main until year of 2012, determining an alternative strategy and also specifying a chosen strategy based on position of RSUD Tarakan and then this chosen strategy is formulated by Balanced Scorecard framework.

Research type which has been done was an operational research, secondary data was obtained from BPS (Center of Statistic Service) at Center Jakarta, Public Health Service at DKI Jakarta and Annual Report of RSUD Tarakan. Collecting information has been done with in-depth interview and CDMG (Consensus Decision Making Group), and it got external and internal variables which became strategic factors for RSUD Tarakan.

Compilation of strategic plan has been done by three steps: Step I (Input Stage) including internal and external environment analysis by using Matrix External Factor Evaluation (EFE) and Matrix Internal Factor Evaluation (IFE) and evaluation of vision and mission statement of RSUD Tarakan. From input stage was indicated that factor total score of EFE was 2,55 and factor total score of IFE was 2,43.

Step II (Matching Stage) by doing analysis based on IE matrix and SWOT matrix, from Matching Stage was indicated that RSUD Tarakan located at V cell box including hold and maintain. It also yields a long-range main. and strategic alternative which will be executed by RSUD Tarakan in period of 2008 - 2012.

Step III (Decision Stage) including a chosen strategy stipulating of RSUD Tarakan in period of 2008 - 2012. Formulation of chosen strategic into strategic main and four perspectives of Balanced Scorecard. Based on CDMG was done stipulating of KPI measure from each strategic main. Stipulating KPI goal and program is determined for the next five years, to ascertain goal was reached and program was implemented, so it was provided an implementation monitoring format which was completed by volume from each KPI. 20% for financial and customer perspectives and 30% for internal business process perspective, growth perspective and studying.

Research result concluded the best strategy for RSUD Tarakan is Service Product Development. There are 9 chosen strategies which formulated becoming 16 strategy main. Stipulating the most of KPI measurement by lead indicator. For looking attainment of goal from each activity, so it was made an implementation monitoring format. For implementing Balanced Scorecard, it was suggested for KPI which has been specified for each regress would be better was distributed to structure under so each person had KPI by themselves. RSUD Tarakan must have a good performance standard and measured, giving of volume for each KPI can be revised by each KPI by themselves, compiling an interest standard for every human resource, socializing Balanced Scorecard in all of RSUD Tarakan so they understand and they have the same perceptions for developing RSUD Tarakan in the future, and existence of commitment from Share Holders, so Renstra of RSUD Tarakan is ratified to be a guidance for next five years by hospital in doing their activities.

References: 43 (1989 - 2007)

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dan pada sisi ALLAH-Lah kunci-kunci semuanya yang gaib, tak ada yang mengetahuinya kecuali Dia sendiri, dan dia mengetahui apa yang didaratan dan dialutan, dan tiada sebelah daunpun yang gugur melainkan Dia mengetahuinya (pula), dan tidak jatuh sebutir biji pun dalam kegelapan bumi dan tidak sesuatu yang basah atau yang kering, melainkan tertulis dalam kitab yang nyata (Lauhul Mahfuzh).

(QS. Al-An'am : 59)

Tesis Ini Kupersembahkan kepada :

Isteriku Tercinta Ita Amelia. SKM, Anak-anakku Nazla Syaqira, Nayyara Al-Qubra. Terima kasih banyak atas pengorbanan, kesabaran dan keikhlasan kalian semuanya kepada papa untuk meninggalkan kalian semuanya dalam waktu yang lama melanjutkan studi. Dan akhirnya papa bisa membanggakan kalian semuanya.

Kepada kedua orangtuaku, Tgk Hanafiah Ibrahim (Alm) dan mama (Hj. Chatijah Puteh), terima kasih atas doa dan nasihat nya selama ini.

Kepada Kedua Mertuaku, Drs.Abdul Manan Achmad (Alm) dan mama (Dra.Ainal Mardhiah). Terima kasih atas motivasi dan doa yang telah engkau berikan selama ini sehingga akhirnya saya memiliki keberhasilan seperti sekarang ini.

Kepada kakak-kakakku semuanya dan adikku. Terimakasih untuk dukungan dan kepada adindamu dalam melaksanakan studi ini.

Guru-guru dan dosenku yang telah memberikan ilmu dan pencerahan intelektual kepadaku.

Serta

kepada semuanya yang telah memberikan dukungan dan bantuan yang begitu besar kepadaku selama ini.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat ALLAH yang Maha Pemurah yang telah memberikan kemurahan-Nya pada hamba-Nya. Dengan izin ALLAH SWT akhirnya penulisan tesis ini dapat diselesaikan. Dengan judul “ **Perencanaan Strategis RSUD Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008 – 2012 dengan kerangka *Balanced Scorecard*”**

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan dan hanya dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak H. Adang Bachtiar, dr, MPH, DSc. Selaku pembimbing akademis / pembimbing tesis yang telah meluangkan waktunya, dengan kesabaran dan keikhlasan beliau dalam memberikan pengarahan, bimbingan, saran dan motivasi kepada penulis dalam penulisan tesis ini.
2. Ibu Dumilah Ayuningtyas, Dra, MARS. Selaku pengajar bidang studi Manajemen Strategis Rumah Sakit dimana di dalamnya terdapat Perencanaan Strategis dan *Balanced Scorecard*, yang telah memberikan banyak ilmunya di perkuliahan.
3. Segenap pimpinan dan pengajar Program Studi KARS FKM UI yang telah memberikan ilmunya dalam proses belajar mengajar selama mengikuti pendidikan.
4. Bapak Hasanuddin AH, dr, MARS. Selaku direktur RSUD Tarakan beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan kepada penulis untuk melakukan penelitian di RSUD Tarakan.

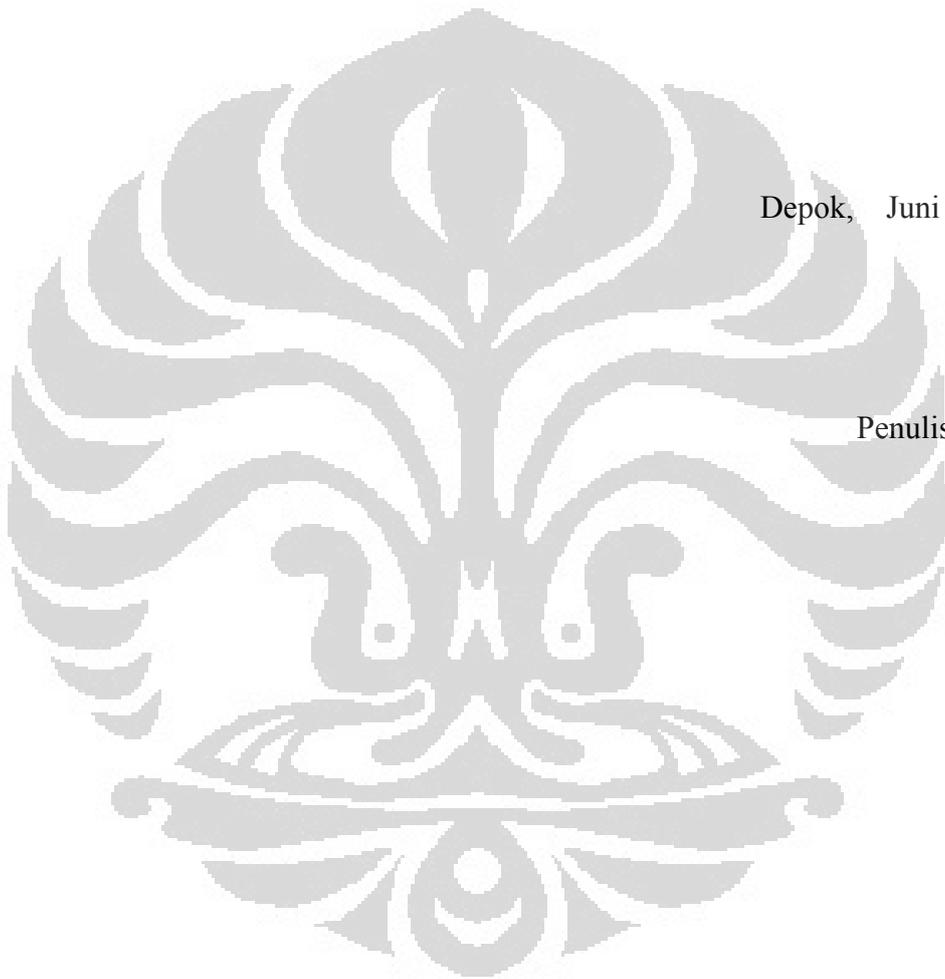
5. Rekan – rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana FKM UI Program Beasiswa BRR Aceh – Nias 2006 yang pada saat pertama berangkat kami punya visi bersama yaitu ” BERJUANG DAN BERKARYA UNTUK KEMAJUAN ACEH DI MASA YANG AKAN DATANG” dan juga untuk angkatan 2007 teruslah berjuang adik – adikku serta abang-abangku, daerah kita menunggu kita semuanya, mari kita membangun Aceh ke depan yang lebih bermartabat dan lebih bermoral.
6. Rekan – rekan senasib dan seperjuangan mahasiswa KARS FKM UI 2006 (Reguler), Pak Andre, Ahya, Azwir, Ahzar, Ami, Mba maya, Mba Tina, Mba Wina, Doni, Dahrul , Ade Y, Abuyan, Didie, fitri, Aina, Mba Karlina, Neta, Willi, K.ita, Mba Rosa, Mba Bebi, Mas Jefri dan Ratih, ” Thank U Very Much For Your All ”. Dimana setiap saat selalu saling membantu dalam masa – masa perkuliahan dan saling mendukung dalam penyelesaian tesis ini, kekompakan dan masa – masa indah dimasa perkuliahan tak akan penulis lupakan
7. Istri tercinta Ita Amelia, SKM dan anak - anakku tersayang Nazla Syaqira dan Nayyara Al-Qubra, dengan penuh kesabaran bersedia berkorban dengan merelakan berkurangnya waktu untuk bersama dengan keluarga dan sebagai suami dan papa, namun itu semuanya adalah merupakan motivasi yang tumbuh dari keadaan bagi penulis dengan meninggalkan kalian dalam waktu \pm 2 tahun. Maafkan papa ya.. telah meninggalkan kalian dalam waktu yang cukup lama, disaat kalian masih butuh kasih sayang kedua orang tua, serta *Thank u Very Much* untuk istriku yang telah menjadi single parent dalam menemani dan membesarkan kedua buah hati kami.

8. Bapak (Alm. Tgk. Hanafiah Ibrahim) dan mamak (Hj. Chatijah Puteh), abang-bangku, kakak-kakau serta adikku yang telah memberikan dukungan dan doa dalam perjuangan mencapai cita – cita.
9. Bapak Mertua (Alm. Drs. Abdul Mana Achmad) dan ibu mertua (Dra. Ainal Mardiyah), adik Ipar serta keponakan ku ”MOHD NABIL” yang berkat doa mereka serta telah memberikan banyak jalan dan kemudahan bagi penulis.
10. My best friends Iwan, Ahmad, Afzdal, Joema, Terima kasih banyak atas bantuan dan motivasinya kepada penulis, mulai tahap persiapan proposal sampai akhirnya pada penyelesaian tesis ini, yang tiada henti – hentinya dan tiada jenuhnya dalam memberikan supportnya, serta selalu mengingatkan bahwa kita harus balik ke Aceh sama – sama ya..! ingat keluarga dan masyarakat Aceh menunggu kita. Kebersamaan kita selama mengikuti studi tidak akan pernah saya lupakan. ”THANK U SOBAT”.
11. Dan kepada semua pihak yang tak dapat disebutkan namanya satu persatu.
Mudah – mudahan segala kebaikan yang telah dicurahkan mendapat balasan yang berlipat ganda dari ALLAH SWT yang Maha Pemurah dan Maha Penyayang.
Kita semua menyadari bahwa didunia ini tak ada sesuatu yang sempurna selain ALLAH SWT yang Maha Sempurna, karena itu dengan dengan segala kesadaran bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan dan memerlukan masukan – masukan baru untuk kesempurnaanya, oleh karena itu dengan senang hati, tangan terbuka dan hati yang tulus, penulis selalu bersedia untuk menerima saran dan kritik dari semua pihak.

Akhirnya pada kesempatan ini penulis berharap semoga penulisan tesis ini akan dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi penulis sendiri.

Depok, Juni 2008

Penulis



DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
ABSTRACK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSEMBAHAN	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN.....	xvii
Bab I . PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	8
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4. Tujuan Penelitian.....	9
1.4.1. Tujuan Umum.....	9
1.4.2. Tujuan Khusus.....	9
1.5. Manfaat Penelitian.....	10
1.5.1. Manfaat Aplikatif.....	10
1.5.2. Manfaat Teoritis.....	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	11

Bab II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Rumah Sakit.....	12
2.2. Badan Layanan Umum.....	13
2.2.1. Pengertian Badan Layanan Umum.....	16
2.2.2. Tujuan Pembentukan Badan Layanan Umum.....	16
2.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.....	17
2.3.1. Tujuan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	19
2.3.2. Manfaat Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	20
2.3.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Daerah.....	21
2.3.4. Indikator Kinerja.....	23
2.4. Perencanaan.....	25
2.5. Strategi.....	26
2.6. Perencanaan Strategis dan Manajemen Strategis.....	26
2.6.1. Pengertian Perencanaan Strategis	26
2.6.2. Pengertian Manajemen Strategis.....	27
2.6.3. Misi dan Visi Organisasi.....	27
2.6.4. Tahap Manajemen Strategis.....	29
2.6.5. Formulasi Strategi	30
2.7. Penyusunan Implementasi Perbaikan Mutu (<i>Plan of Action</i>).....	41
2.8. <i>Balanced Scorecard</i> Sebagai Sistem Manajemen Strategis.....	42
2.8.1. Pengertian <i>Balanced Scorecard</i>	42
2.8.2. Fungsi <i>Balanced Scorecard</i>	55
2.8.3. Keunggulan <i>Balanced Scorecard</i>	55
2.8.4. Langkah - Langkah Dalam Membangun	

<i>Balanced Scorecard</i>	56
2.8.5. <i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Pemerintah	59
2.8.6. <i>Balanced Scorecard</i> dan sistem pengukuran kinerja	63
2.8.7. <i>Balanced Scorecard</i> Sebagai Sistem Pengendalian Strategi.....	66
2.8.8. Teknik Analisa Lingkungan	70
Bab III. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	
3.1. Sejarah Perkembangan	72
3.2. Falsafah, Visi, Misi dan Budaya Kerja RSUD Tarakan.....	74
3.2.1. Falsafah Tridarma RSUD Tarakan.....	74
3.2.2. Visi.....	74
3.2.3. Misi.....	74
3.2.4. Value.....	74
3.2.5. Kebijakan Mutu.....	74
3.2.6. Motto.....	75
3.2.7. Budaya Kerja.....	75
3.3. Data Fisik RSUD Tarakan	75
3.3.1. Luas Tanah	75
3.3.2. Luas Bangunan.....	75
3.3.3. Sarana Lainnya.....	80
3.4. Pengelolaan Sumber Daya Manusia.....	81
3.5. Fasilitas dan Pelayanan	85

Bab IV. KERANGKA PIKIR

4.1. Kerangka Pikir	95
4.2. Definisi Operasional.....	99

Bab V. METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan Penelitian.....	105
5.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	105
5.3. Informan Penelitian.....	105
5.4. Teknik Pengumpulan Data.....	106
5.4.1. Data Primer	106
5.4.2. Data Sekunder.....	106
5.4.3. Alat Pengumpul Data.....	107
5.4.4. Validitas Dan Reliabilitas Data.....	108
5.5. Analisa Data	108
5.6. Pengolahan Data.....	109

Bab VI. HASIL PENELITIAN

6.1. Proses Penelitian.....	111
6.2. Keterbatasan Penelitian.....	113
6.3. Input Stage (Tahap Pengumpulan Data.....	114
6.3.1. Analisis Lingkungan Eksternal	114
6.3.2. Analisis Lingkungan Internal.....	132

6.3.3. Matriks Evaluasi Faktor Eksternal (EFE Matrix)	147
6.3.4. Matriks Evaluasi Faktor Internal (IFE Matrix)	148
6.4. Tahap II Pencocokan (Matching Stage).....	150
6.4.1. Penyusunan Peta Strategi	157
6.5. Tahap III, Pengambilan Keputusan (Decision Stage).....	159
6.5.1. Penetapan Ukuran Kinerja (<i>Key Performance Indicators</i>).....	159
6.5.2. Penetapan Target Kinerja dan Kegiatan (QSPM)	168
6.6. Tahap IV : Format Implementasi	185
6.6.1. Format Panduan Implementasi.....	185
6.6.2. Implementasi Program	197
6.6.3. Format Monitoring Implementasi	198

Bab VII. PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian.....	232
7.2. Pemilihan Pendekatan Pembahasan Dengan <i>Balanced Scorecard</i>	233
7.2.1. Fungsi <i>Balanced Scorecard</i>	233
7.3. Analisis Lingkungan Eksternal	234
7.3.1. Peluang.....	234
7.3.2. Ancaman	240
7.4. Analisis Lingkungan Internal.....	246
7.4.1. Kekuatan	246

7.4.2. Kelemahan.....	251
7.4.3. Strategi Organisasi	258
7.4.4. Menentukan Tujuan Jangka Panjang	262
7.4.5. Peta Strategi	264
7.4.5.1 Perspektif Finansial	265
7.4.5.2 Perspektif Customer / Pelanggan	265
7.4.5.3 Perspektif Proses Bisnis Internal.....	267
7.4.5.4 Perspektif Pertumbuhan & Pembelajaran	268
7.4.6. KPI dan Pengukuran KPI.....	269
7.4.6.1. Perspektif Finansial.....	270
7.4.6.2. Perspektif Customer / Pelanggan	271
7.4.6.3. Perspektif Proses Bisnis Internal.....	271
7.4.6.4. Perspektif Pertumbuhan & Pembelajaran	273
7.4.7. Penetapan Target Dan Program	274
7.4.7.1. Perspektif Finansial.....	275
7.4.7.2. Perspektif Customer / Pelanggan	277
7.4.7.3. Perspektif Proses Bisnis Internal.....	278
7.4.7.4. Perspektif Pertumbuhan & Pembelajaran	281
7.4.8. Implementasi KPI.....	284
7.4.9. Format Implementasi Program.....	284
7.4.10. Format Implementasi	285
7.4.10.1. Format Panduan Implementasi	285
7.4.10.2. Monitoring dan Evaluasi KPI.....	285
7.4.10.3. <i>Balanced Scorecard</i> RSUD Tarakan	285

Bab VIII . KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan	286
8.2. Saran.....	289

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.

Rumah sakit adalah suatu organisasi dibidang jasa yang unik, padat karya, padat modal serta padat teknologi, sehingga untuk mengelola rumah sakit diperlukan manajemen yang baik, usaha rumah sakit juga berbeda dari usaha yang lain karena usaha rumah sakit masih harus mengemban fungsi sosial (Adikoesoemo, 2003).

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, peran strategis rumah sakit didapat karena rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat karya serta padat pakar. Peran tersebut dewasa ini semakin menonjol mengingat timbulnya perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur sosial ekonomi masyarakat dan pelayanan yang lebih bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan di Indonesia (Aditama, 2002).

Saat ini rumah sakit berada pada suasana global dan kompetitif serta tidak dapat dipisahkan dari perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, khususnya perkembangan ilmu dalam dunia kedokteran. Oleh karena itu rumah sakit harus tanggap dalam menghadapi kompetisi antar rumah sakit yang dewasa ini tumbuh secara pesatnya, dan pada masa mendatang rumah sakit diharapkan tumbuh menjadi organisasi yang mengutamakan profesionalisme dalam

segala bidang. Profesionalisme dalam meningkatkan mutu, menjadi efektif dan efisien sehingga akan meningkatkan produktifitas kinerja dari rumah sakit, hal ini sangat diperlukan untuk menghadapi situasi maupun kondisi yang dewasa ini berkembang secara cepat dan tidak menentu (Ekasari, 2007).

Untuk itu rumah sakit harus mempersiapkan rencana strategi, dan merupakan sebagai landasan kebijakan yang tentunya harus terus menerus disesuaikan dengan dinamika yang berkembang di masyarakat, maupun perkembangan terhadap ilmu pengetahuan dan teknologi serta kondisi lingkungan baik lingkungan internal dan eksternal. Dengan perencanaan strategik, sebuah rumah sakit bisa dengan mudah melakukan penyesuaian terhadap keadaan sumber daya yang dimilikinya dalam melaksanakan usaha pelayanan kesehatan yang menjadi kebutuhan masyarakat, antara lain dengan cara memprioritaskan penggunaan sumber daya yang terbatas, mendorong terjadinya lintas fungsi perencanaan dan komunikasi, serta membangun jaringan kerjasama yang kondusif. Tentu saja hal ini bisa dilakukan melalui analisis faktor-faktor lingkungan, sehingga dapat diketahui kekuatan dan kelemahan internal, serta hambatan dan peluang faktor eksternal sebuah rumah sakit (Situmorang, 2002).

Rumah Sakit di Indonesia selain berorientasi pada pelayanan sosial kemanusiaan, kini telah berkembang menjadi suatu industri yang berbasis pada prinsip-prinsip ekonomi, dengan ciri bersifat kompetitif (Otter 1991 dikutip Trisnantoro 2004). Pemahaman rumah sakit sebagai industri penting dan sebagai dasar pengembangan mutu pelayanan rumah sakit harus dipahami, tanpa pemahaman ini rumah sakit di Indonesia akan sulit bersaing dengan pelayanan dari luar negeri (Trisnantoro, 2004).

Setiap instansi pemerintah diharapkan dapat mengembangkan perencanaan strategis untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat sehingga terwujud suatu pelayanan yang prima. Selanjutnya perencanaan strategis merupakan langkah awal untuk melakukan penilaian akuntabilitas kinerja instansi pemerintah, pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholder*) untuk mengetahui keberhasilan atau kegagalan instansi yang bersangkutan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat (LAN, 2000).

Saat ini jumlah sarana dan prasarana kesehatan di Indonesia yang ada masih belum memadai. Berikut tabel yang menunjukkan jumlah rumah sakit di Indonesia.

Tabel 1.1
Jumlah Rumah Sakit di Indonesia

Jenis Rumah Sakit	Jumlah
RS Pemerintah	420
RS Milik Swasta	605
RS Milik BUMN	78
RS Milik TNI dan Polri	112
Total	1.215

Sumber : Depkes, 2004

Berdasarkan tabel diatas di ketahui jumlah keseluruhan rumah sakit 1.215 RS dengan jumlah tempat tidur 130.214 buah. Penyebaran sarana dan prasarana kesehatan belum merata. Rasio sarana dan prasarana kesehatan terhadap penduduk di luar pulau Jawa jauh lebih baik dibandingkan dengan pulau Jawa. Selanjutnya meskipun rumah sakit telah terdapat di hampir semua kabupaten/kota namun sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan juga belum berjalan dengan maksimal (Depkes, 2004).

Berdasarkan wawancara awal penulis dengan salah satu pihak manajemen RSUD Tarakan (Dr. Julaga.L. Tobing, MARS), RSUD Tarakan merupakan rumah

sakit milik pemerintah DKI Jakarta tipe B (non pendidikan) dengan statusnya sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD secara penuh sesuai dengan keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 2088 tahun 2006. RSUD Tarakan sudah memiliki Standar Pelayanan Minimal (SPM) internal yang di adopsi dari Standar Pelayanan Minimal Depkes dan Standar Pelayanan Minimal dari Propinsi DKI Jakarta.

Laporan tahunan RSUD Tarakan menunjukkan bahwa selama ini pihak manajemen kurang siap dalam menyikapi permasalahan-permasalahan yang terjadi, begitu juga dengan target dan tujuan rumah sakit ke masa mendatang belum ada ukurannya, sehingga sangat menyulitkan dalam melakukan proses perencanaan rumah sakit untuk masa mendatang. Penentuan target belum diikuti dengan persiapan yang matang untuk mencapai hasil yang optimal. Sebagai contoh jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2004 (133,494) jiwa, dan tahun 2005 (131,938) jiwa, serta tahun 2006 (135,823) jiwa. Begitu juga dengan BOR 2004 (67,31 %), dan tahun 2005 (82,65 %), serta tahun 2006 (83,75 %). Walaupun pihak rumah sakit menetapkan target BOR (80%), akan tetapi hasilnya sangat bervariasi tiap tahunnya. Walaupun BOR dari tahun ke tahun mengalami kenaikan dan sudah diatas standar yang ditetapkan oleh DEPKES RI. Namun pihak rumah sakit mengalami kewalahan dalam mengantisipasi dampak yang ditimbulkan seperti belum mencukupinya tenaga perawat yang profesional, utilisasi alat belum mendukung, maka dari itu perlu adanya sebuah dokumen yang bisa membantu dalam melakukan perencanaan sehingga target yang akan dicapai bisa di ukur dan obyektif.

Berikut data yang menunjukkan jumlah kunjungan rawat jalan dan data BOR RSUD Tarakan tahun 2004-2006.

Tabel 1.2
Indikator Kinerja Rawat Jalan dan Rawat Inap RSUD Tarakan Tahun 2004-2007

Indikator Kinerja	Tahun			
	2004	2005	2006	2007
Jumlah kunjungan rawat jalan	133.494	131.938	135.823	147.842
Jumlah kunjungan rawat inap	7.111	9.380	9.842	12.986
BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)	67,31%	82,65%	83,75%	77,36 %
LOS	3,87	4,01	4,14	4,27
BTO	63,41	74,87	74,68	56,57
TOI	2,17	0,92	0,87	1,38
NDR	2,70	2,10	2,42	2,04
GDR	6,69	4,67	4,62	4,29

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan Tahun 2004-2007

Manajemen mengalami kesulitan dalam mengantisipasi peningkatan jumlah kunjungan pasien yang tiap tahunnya mengalami kenaikan, sehingga perencanaan untuk masa mendatang belum bisa dilakukan dengan bagus. Salah satu faktor penyebabnya rumah sakit belum memiliki perencanaan strategis yang disepakati oleh seluruh pihak yang terkait dalam pengambilan keputusan. Karena selama ini berbagai keputusan yang diambil oleh jajaran manajemen lebih bersifat intuitif dan kurang disertai dengan perencanaan yang matang dan hasil yang dicapai kurang optimal.

Dari geografis RSUD Tarakan berada pada posisi yang strategis, letaknya di pusat Ibukota Negara Republik Indonesia dan juga berada pada wilayah padat perkantoran. Oleh karena itu pelayanan yang disediakan akan sangat mudah untuk di akses oleh penggunanya, karena transportasinya sangat mudah ke RSUD Tarakan. Berdasarkan dari laporan Tahun 2006 RSUD Tarakan bahwa program *marketing* yang ada sekarang belum berjalan dengan optimal, Sistem Informasi Rumah Sakit juga belum terintegrasi secara baik, SOP belum dilakukan evaluasi secara berkala, tidak adanya identifikasi terhadap semakin banyaknya kompetitor, hal ini terjadi

karena RSUD Tarakan tidak mempunyai renstra. Terakhir kali pada tahun 2004 memiliki Renstra, namun setelah itu tidak ada lagi renstra di RSUD Tarakan, oleh karena itu target dan tujuan yang ingin dicapai RSUD Tarakan tidak dapat terukur.

Pada saat itu RSUD Tarakan sedang melakukan perluasan pembangunan fisik gedung di sektor utara dan selatan dari bangunan yang ada sekarang, yaitu penambahan ruang untuk rawat jalan, penunjang dan manajemen. Dan pada saat itu hanyalah Rencana Bisnis yang ada di rumah sakit tersebut, dan itupun tidak berjalan secara optimal, dikarenakan belum adanya renstra sebagai acuan dalam pelaksanaannya..

Seiring dengan itu pada tahun 2007 lalu dengan terpilihnya Fauzi Bowo dan Prianto sebagai Gubernur DKI periode 5 tahun mendatang, dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) DKI Jakarta, maka Renstra di Rumah Sakit Tarakan perlu disusun untuk menjawab semua permasalahan yang ada diatas dan juga untuk mendukung dari pada program kerja Gubernur terpilih (Bowo & Prijanto, 2007).

Dan masih menurut Bowo & Prijanto (2007) Dalam program kerja tersebut, untuk sektor kesehatan ada 10 program prioritas yang diusulkan, yaitu:

1. Pembiayaan Pelayanan bagi Keluarga Miskin
2. Penyelenggaraan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat
3. P2M: memerangi DBD, TBC, HIV-AIDS, dan Narkoba
4. Peningkatan gizi masyarakat
5. Peningkatan KIA
6. Penurunan angka penyakit tidak menular
7. Peningkatan pelayanan gawat darurat dan Bencana Kes.

8. Peningkatan mutu pelayanan & penertiban pelayanan kesehatan
9. Peningkatan mutu SDM dan Penertiban SDM Kesehatan
10. Sistem Informasi, promosi, dan sosialisasi program-program Kesehatan

Bila kita melihat dari keadaan diatas perlu adanya suatu rencana strategis kedepan, yaitu untuk merubah Rumah Sakit Umum Tarakan ke depan sehingga dapat menjadi rumah sakit umum daerah yang lebih maju di Jakarta, seiring dengan makin banyaknya rumah sakit lainnya yang ada di DKI Jakarta dewasa ini. Untuk mampu berkembang dan bersaing dengan rumah sakit lain, RSUD Tarakan membutuhkan rencana strategis tertulis yang jelas. Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa RSUD Tarakan sejak tahun 2004 sudah tidak memiliki lagi rencana strategis yang dapat dijadikan pedoman untuk kegiatan pengembangan layanannya.

Kalau kita melihat dari permasalahan yang ada diatas maka perlu disusun suatu rencana strategi yang tepat sehingga dapat membantu pihak RSUD Tarakan pada masa mendatang dalam menyusun perencanaan yang lebih komprehensif. Dan untuk menyusun rencana strategi tersebut maka metode yang bisa menjawab semua permasalahan yang ada saat ini adalah dengan menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard*, karena metode *Balanced Scorecard* merupakan salah satu sistem manajemen strategik dari mulai tahap perumusan, pelaksanaan, pengukuran dan sampai pada tahap evaluasi dari pada strategi dengan menggunakan ke empat perspektif, yaitu: Perspektif keuangan, perspektif pelanggan, proses bisnis internal, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (Ichsan, et al 2007).

Dengan pendekatan *Balanced Scorecard* diharapkan perencanaan strategis menjadi lebih komprehensif, jelas, mudah dipahami dan dapat direalisasikan menjadi aksi yang nyata oleh seluruh karyawan RSUD Tarakan. *Balanced Scorecard*

merupakan suatu sistem manajemen, pengukuran, dan pengendalian yang secara cepat, tepat, dan komprehensif dapat memberikan pemahaman kepada manajer tentang *performance bisnis* (Ichsan, et al 2007).

1.2. Rumusan Masalah

Permasalahan yang terjadi di RSUD Tarakan adalah kekurangsiapan pihak manajemen dalam mengantisipasi permasalahan yang ada, masih kurangnya tenaga perawat yang profesional, SIMRS belum terintegrasi dengan optimal, serta semakin banyaknya kompetitor yang ada saat ini.

Untuk itu dalam rangka mendukung Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) DKI Jakarta dengan melaksanakan 10 program prioritas Gubernur DKI dalam sektor kesehatan, maka perlu adanya **Rencana Strategis RSUD Tarakan Tahun 2008-2012 dengan pendekatan *Balanced Scorecard*** sebagai pedoman, arah dan tujuan dalam pengembangan dan pengelolaan rumah sakit sehingga terwujud suatu pelayanan yang prima.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana Visi, Misi, dan strategi yang sesuai sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan?
2. Faktor-faktor eksternal apa yang berpengaruh dalam menentukan strategi sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan?

3. Faktor-faktor internal apa yang berpengaruh dalam menentukan strategi sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan?
4. Bagaimana Menentukan Tujuan Jangka Panjang dalam menentukan strategi sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan?
5. Perencanaan Strategis yang bagaimana yang tepat sebagai bagian dari tahap pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai bagian kerangka implementasi strategi di RSUD Tarakan
6. Bagaimana menyusun Rencana Implementasi?

1.4. Tujuan Penelitian.

1.4.1. Tujuan Umum

Menyusun Perencanaan Strategis yang sesuai untuk RSUD Tarakan tahun 2008-2012 dengan menggunakan kerangka *Balanced Scorecard*.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diformulasikannya Visi, Misi, dan strategi sebagai bagian dari tahap pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi strategi di RSUD Tarakan.
2. Diketuainya faktor-faktor eksternal apa yang berpengaruh dalam dalam menentukan strategi sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan.

3. Diketuinya faktor-faktor internal apa yang berpengaruh dalam dalam menentukan strategi sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan.
4. Diketuinya Tujuan Jangka Panjang dalam menentukan strategi sebagai bagian dari pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi di RSUD Tarakan?
5. Diketuinya Bentuk perencanaan strategis yang tepat sebagai bagian dalam pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai bagian kerangka implementasi strategi di RSUD Tarakan.
6. Tersusunnya Format Implementasi RSUD Tarakan untuk 5 tahun mendatang.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Aplikatif

Dapat memberikan masukan kepada Direksi dan seluruh staf RSUD Tarakan mengenai strategi RSUD Tarakan dengan menggunakan kerangka *Balanced Scorecard* sehingga dapat menjadi pedoman dalam merencanakan, menyelenggarakan dan mengevaluasi kegiatan di RSUD Tarakan di masa mendatang yang tujuannya untuk dapat meningkatkan kredibilitas RSUD Tarakan dari perspektif pemerintah, masyarakat dan pelanggan.

1.5.2. Teoritis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkuat teori yang telah ada saat ini serta dapat memberikan dorongan kepada peneliti yang lain yang

berminat untuk melakukan penelitian mengenai tahapan pengembangan *Balanced Scorecard* sebagai kerangka implementasi strategi di organisasi pemerintah khususnya institusi rumah sakit

1.6. Ruang lingkup penelitian

Penelitian mengenai perencanaan strategis ini dilakukan di RSUD Tarakan Jakarta Pusat pada bulan Maret hingga April tahun 2008. Penelitian ini merupakan penelitian operasional (*operational research*). Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan *Consensus Decision Making Group* (CDMG) dengan unsur manajemen RSUD Tarakan, data sekunder diperoleh melalui data internal RSUD Tarakan, Dinkes/Depkes, BPS serta berbagai literatur studi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit menurut American Hospital Association, dalam Azwar (1996), adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menegakkan diagnosis dan melakukan pengobatan penyakit.

Rumah sakit adalah salah satu bagian terpenting dalam sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit berfungsi menjadi tempat rujukan dari tempat rujukan lainnya, jadi rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan juga melakukan upaya kesehatan dengan pendekatan *preventif, promotif, curatif dan rehabilitatif*. Oleh karena itu tugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan medik dan penunjang medik tidak dapat dibatasi hanya terutama untuk aspek kuratif dan rehabilitatif saja (Aditama, 2003).

Pada hakekatnya rumah sakit adalah salah satu jenis industri jasa, dalam hal ini industri jasa kesehatan. Oleh karena itu, rumah sakit harus patuh pada kaidah-kaidah bisnis dengan berbagai peran dan fungsi manajerialnya, akan tetapi harus diakui bahwa pada kenyataannya rumah sakit mempunyai beberapa ciri khas yang membedakannya dengan industri jasa lainnya, karenanya rumah sakit memerlukan pendekatan yang berbeda pula (Jacobalis, 2000).

Fungsi rumah sakit pada masa kini tentu sangat berbeda dengan rumah sakit pada masa dulu. Pada masa dahulu, rumah sakit hanya berfungsi sebagai tempat

menyembuhkan orang sakit, tetapi pada masa kini, fungsinya mengalami perubahan sebagai *health centre* (pusat kesehatan). Jadi selain mengobati orang sakit juga melakukan tindakan-tindakan pencegahan, melakukan kegiatan pendidikan dan pelatihan (Azwar, 1996).

Fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian yang semula hanya sederhana saja, saat ini sudah menjurus pada pendidikan spesialisik dan subspecialistik. Selain fungsi-fungsi tersebut rumah sakit tetap mempunyai fungsi sosial yaitu dengan mengalokasikan 10%-25% tempat tidur kelas III untuk pasien tidak mampu. (Soejitno, 2000)

Peran rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan tidak dapat dipungkiri lagi, seperti dikatakan Lumenta (1989), bahwa rumah sakit punya peranan penting dalam pembangunan di bidang kesehatan, karena merupakan tempat terkonsentrasinya segala jenis ahli kesehatan dan kedokteran modern.

Pada saat ini rumah sakit menjadi bagian integral dari seluruh sistem pelayanan kesehatan. Departemen kesehatan RI telah menggaris bawahi bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu (Aditama, 2003).

2.2. Badan Layanan Umum

Rumah sakit adalah ujung tombak pembangunan kesehatan masyarakat. Namun, tidak sedikit keluhan yang diarahkan pada kualitas pelayanan rumah sakit yang dinilai masih rendah, terutama rumah sakit daerah atau rumah sakit milik pemerintah. Penyebabnya klasik, yaitu masalah keterbatasan dana. Sehingga RSUD maupun rumah sakit milik pemerintah tidak bisa mengembangkan mutu layanannya,

baik karena peralatan medis yang terbatas maupun kemampuan sumber daya manusia (SDM) yang rendah. Menyadari hal tersebut, pemerintah kemudian mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU). Dengan PP ini, maka status rumah sakit kini berubah menjadi BLU (www.Republika.co.id).

RSD merupakan rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah daerah baik dari tingkat provinsi hingga kabupaten/kota. Termasuk juga dalam kategori RSD adalah rumah sakit khusus seperti rumah sakit jiwa atau kusta. Kondisi RSD saat ini, menurut Hanna, sekitar 80 persennya dikelola secara birokratis, sementara sisanya 20 persen sudah swadana. Ke-20 persen rumah sakit yang swadana itu diharapkan yang lebih dulu menjadi BLU. Pengelolaan secara birokratis, katanya, sangat membebani rumah sakit. Meski namanya merupakan rumah sakit yang dikelola dan mendapatkan anggaran dari pemda, dalam kenyataannya RSD tidak pernah menerima dana kas dari pemda. "Justru kita yang menyetor ke kas daerah," katanya dan menambahkan dana kas baru ada jika ada penambahan investasi di RSD. Dalam sistem pengelolaan birokratis tersebut, lanjutnya, seluruh pendapatan rumah sakit harus disetorkan ke kas daerah dalam waktu satu kali 24 jam. "Kondisi ini menyulitkan '*cash flow*' yang secara signifikan akan mengganggu rantai pelayanan terhadap pasien, dari mulai pembiayaan administrasi maupun pembiayaan obat-obatan dan bahan habis pakai," katanya. Oleh karena itu pihaknya menyambut keberadaan UU No 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara yang ditindaklanjuti dengan PP No 40/2005 tentang Badan Layanan Umum (BLU). Kedua ketentuan itu memungkinkan institusi layanan publik milik pemerintah didorong untuk mandiri dengan tujuan agar pelayanan menjadi lebih profesional dengan tidak mengutamakan mencari keuntungan. "Kita

hanya akan mengelola ini secara bisnis tapi tidak untuk mengejar keuntungan," katanya ketika menjelaskan rencana pelaksanaan International Medica Expo (Imex) yang akan digelar pada 7-9 September 2005 bersamaan dengan Lokakarya "Kesiapan RSD Menjadi BLU" di Jakarta (www.Depkes.go.id).

Menurut Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 29 Tahun 2006 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi DKI Jakarta pada bab II Azas dan Tujuan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, bagian kesatu pasal 2 menyebutkan bahwa SKPD/UKSKPD yang menerapkan PPKBLUD melakukan kegiatan berdasarkan azas : Peningkatan Pelayanan Masyarakat, Pemberian Fleksibilitas pengelolaan Keuangan, Meringankan Beban APBD, Meningkatkan kemandirian, Bukan kekayaan Daerah yang dipisahkan, Bagian dari perangkat Daerah, Penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan Praktek Bisnis yang sehat, Tidak mengutamakan keuntungan, Pendapatan dan Belanja dikonsolidasikan pada APBD, Transparansi dan Akuntabel.

Berdasarkan peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 72 tahun 2007 Tentang Pegawai Dan Non Pegawai Negeri Sipil Satuan Kerja Perangkat Daerah/Unit Kerja Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta menetapkan bahwa pada bab 1 ketentuan umum pasal 1 ayat 7 bahwa pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta sebagaimana diatur dalam Peraturan Gubernur Nomor 29 Tahun 2006 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

2.2.1. Pengertian Badan layanan Umum

Sesuai dengan sambutan Menteri Keuangan dalam acara sosialisasi Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, pengertian Badan Layanan Umum (BLU) adalah instansi pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melaksanakan kegiatannya didasarkan pada prinsip produktivitas, efisiensi, efektivitas.

Dalam implementasinya, lanjut Menkeu bahwasanya BLU ini menekankan pada pola pengelolaan keuangan negara, bukan pada kelembagaannya dan operasionalnya. Sekalipun demikian, karena pola keuangan yang diatur dalam BLU ini dirancang untuk kepentingan peningkatan kinerja, maka pengaturan PP BLU ini mau tidak mau berpengaruh kepada pengelolaan operasional dan pejabat yang perlu mengelola kegiatan serta keuangan. Karena itu, PP ini akan mengatur pula hal-hal yang bersifat operasional serta kelembagaan sepanjang berhubungan langsung dengan pola pengelolaan keuangannya.

2.2.2. Tujuan pembentukan Badan layanan Umum

Dalam sambutan tersebut juga disebutkan tujuan pembentukan BLU, yaitu :

1. Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

2. BLU diharapkan dapat sebagai pelopor instansi pemerintah yang menerapkan manajemen keuangan yang fleksibel berorientasi kinerja dan dilakukannya pola kontrak kinerja (*contractual performance agreement*) di lingkungan pemerintahan.
3. BLU bekerja secara ekonomis, efisien dan efektif tanpa terhambat birokrasi yang rumit, berfokus kepada output bukan proses (*enterprising the goverment*).

2.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Sesuai dengan Pasal 11 ayat (2) Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. Ini berarti bahwa dalam rangka Otonomi Daerah, Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 menyatakan bahwa kewenangan yang telah diserahkan kepada Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota merupakan pelayanan minimal yang sesuai standar dalam bidang-bidang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat 2 Undang-undang Nomor 22 Tahun

1999, yang dalam pelaksanaan harus disesuaikan. Pelayanan Minimal yang dilaksanakan ini harus disesuaikan dengan standar yang ditentukan oleh Propinsi berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh pemerintah. Bahwa Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Dalam Bidang Kesehatan Yang Wajib Dilaksanakan di Kabupaten/Kota ini telah dibuat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/XII/2000. Dengan demikian maka mempertimbangkan bahwa pokok-pokok yang tertera pada lampiran Keputusan Menteri tersebut, khususnya untuk Rumah Sakit, dipandang perlu untuk lebih memberikan panduan yang berupa pedoman penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit yang wajib dilaksanakan di Kabupaten/Kota, agar propinsi dapat menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk dilaksanakan oleh pemerintah Kabupaten/Kota yang berada di wilayahnya.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Kabupaten/Kota adalah standar pelayanan berdasarkan kewenangan yang telah diserahkan, yang harus dilaksanakan Rumah Sakit Kabupaten/Kota untuk meningkatkan mutu pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang sekaligus merupakan akuntabilitas daerah kepada pemerintah dalam penyelenggaraan pemerintah Kabupaten/Kota serta sebagai instrumen pembinaan dan pengawasan pemerintah kepada Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Kota.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/XII/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, maka pedoman ini merupakan acuan bagi setiap Provinsi untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang

wajib dilaksanakan Kabupaten/Kota masing-masing. Rumah Sakit Kabupaten/kota melaksanakan Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan oleh provinsi dengan memperhatikan situasi kondisi wilayah setempat.

2.3.1. Tujuan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Tujuan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

1. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pembiayaan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.
2. Terlaksananya pelayanan kesehatan rujukan dan pelayanan kesehatan dasar.
3. Terlaksananya pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang tidak mampu.
4. Terlaksananya pelayanan yang bermutu oleh rumah sakit diperuntukkan bagi masyarakat.
5. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah Propinsi/ Kabupaten/ Kota.
6. Standar pelayanan minimal merupakan salah satu upaya untuk mendorong pemerintah daerah memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit yang bertujuan agar kebutuhan dasar masyarakat dibidang kesehatan umumnya dan pelayanan kesehatan rujukan/rumah sakit tidak terabaikan, sedangkan pendanaannya diatur melalui dana alokasi umum atau dana dari sumber lainnya yang sah.

2.3.2. Manfaat Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Manfaat Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. Bagi Masyarakat
 - a. tersedia pelayanan yang terjangkau dan berkesinambungan.
 - b. Pelayanan bermutu dan sesuai standart
 - c. Meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat.
 - d. Melindungi hak asasi masyarakat dibidang kesehatan.
2. Bagi Rumah Sakit
 - a. akuntabilitas rumah sakit kepada pemerintah daerah.
 - b. Pemacu untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja rumah sakit.
 - c. Memudahkan rumah sakit untuk menentukan strategi.
 - d. Dapat dijadikan salah satu dasar untuk menghitung besarnya subsidi kepada rumah sakit oleh pemerintah kabupaten/kota untuk pelayanan masyarakat.
3. Bagi Pemerintah Kabupaten/Kota
 - a. Adanya akuntabilitas pelayanan kesehatan.
 - b. Merupakan rujukan dalam rangka melakukan pembinaan di wilayahnya.
 - c. Mengetahui hal-hal yang harus di fasilitas oleh Kabupaten/Kota
 - d. Mengetahui ruang kewenangan dalam bidang kesehatan daerah Kabupaten/Kota.

e. Merupakan acuan yang dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pembinaan.

4. Bagi Provinsi

Merupakan acuan untuk provinsi dalam menetapkan sebagai tolok ukur pelaksanaan kewenangan minimal yang menjadi kewajiban daerah Kabupaten Kota.

5. Bagi Pemerintah Pusat

Terjaminnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya yang tidak mampu.

2.3.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Daerah

Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.

Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator, yaitu :

1. *Input*, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
2. *Process*, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan yang misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
3. *Output*, yang dapat menjadi tolok ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.

4. *Outcome*, yang menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
5. *Benefit*, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien yang misal biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
6. *Impact*, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatnya kesejahteraan karyawan.

Sesuai dengan tuntutan daripada kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh rumah sakit propinsi/kabupaten/kota, maka harus memberikan pelayanan untuk keluarga miskin dengan biaya ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.

Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen di dalam rumah sakit yaitu meliputi:

1. Manajemen Sumber Daya Manusia.
2. Manajemen Keuangan.
3. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, kedalam dan keluar rumah sakit.
4. Sarana prasarana.
5. Mutu Pelayanan.

2.3.4. Indikator Kinerja

Indikator kinerja Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

No.	Pelayanan Kegiatan Minimal yang wajib dilakukan	Indikator/Cakupan	Standar/Fokus
1.	Penyelenggaraan pelayanan kesehatan	Jumlah rumah sakit, 1 TT untuk 1500 penduduk Kelas C jumlah pasien miskin 100% terlayani	Standar disusun oleh Propinsi sesuai kesepakatan dengan Kabupaten/Kota
2.	Manajemen Rumah Sakit		
	a. SDM	Jumlah dokter spesialis 4 dasar	
	b. Keuangan	1. Membuat rencana ketenaga kerjaan di rumah sakit meliputi: Medis, Non Medis Diklat, 5% dari jumlah anggaran rumah sakit. 2. Penerimaan RS untuk pembiayaan operasional RS Analisa keuangan, perencanaan, evaluasi	
	c. Sarana Prasarana/Alat untuk Mendukung Pelayanan	Sesuai dengan standar pelayanan alat medis, sesuai dengan spesialisasi yang dimiliki. Sanitasi	Kandungan limbah cair <ul style="list-style-type: none"> • PH 6-9 • BOD 30 Mg/l • COD 80 Mg/l • TSS 30 Mg/l

		lingkungan RS/limbah rumah sakit Dikalibrasi secara berkala	
	d. Perencanaan Administrasi	Rencana strategi, master plan, master program	
	e. Mutu	Rumah sakit terakreditasi untuk pelayanan dasar	
	f. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Rekam Medik, • Informasi Keuangan RS; • Data-data umum, dan informasi seluruh kegiatan dan pelayanan di RS • Data-data Pelayanan RS • Data-data Kepegawaian • Data-data alat 	
3.	Pelayanan Medik		
	a. Rawat Jalan	Pelayanan oleh tenaga medis, meliputi Promotif, Preventif, Kuratif, Rehabilitatif, untuk rujukan, kegawat- daruratan, kesehatan ibu anak, kurang gizi dan protein anak, pemberantasan penyakit menular.	

	b. Rawat Inap	Tersedianya pelayanan rawat inap bagi pasien miskin, rawat inap kelas III	
	c. Pelayanan Penunjang	Radiologi: toraz foto Laboratorium dan bank darah, Rehabilitasi medik: Fisioterapi Farmasi: Doen, formularium Gizi Rawat inap.	

2.4. Perencanaan

Perencanaan merupakan keseluruhan kegiatan manajerial yang berhubungan dengan persiapan-persiapan menghadapi masa depan. Kegiatan perencanaan meliputi peramalan (*forecasting*), menyusun tujuan, menentukan strategi dan mengembangkan kebijakan (David, 2001).

Perencanaan penting untuk menjembatani masa kini dan masa depan yang meningkatkan kemungkinan untuk mencapai hasil yang diinginkan (David, 2004), serta didalam UU Nomor 25 tahun 2004 dikatakan bahwa perencanaan merupakan suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia (Bappenas, 2004).

Perencanaan dibidang kesehatan, dapat didefinisikan sebagai proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 1999).

Perencanaan adalah proses pengambilan keputusan saat ini untuk mengatasi berbagai dampak yang diperkirakan muncul di masa mendatang, dengan demikian pihak manajemen rumah sakit harus mempersiapkan segala sesuatu yang mungkin terjadi baik yang sudah diramalkan maupun yang tidak diperkirakan sebelumnya (Adikoesoemo, 1997).

2.5. Strategi

Strategi adalah rumusan rencana yang komprehensif mengenai bagaimana suatu perusahaan akan berusaha mencapai misi dan tujuannya dengan memaksimalkan keunggulan kompetitif dan meminimalkan keterbatasan bersaing (Hunger & Wheelen, 2003).

Menurut Chandler seperti yang dikutip oleh Rangkuti (2004) mengemukakan bahwa :

”Strategi merupakan alat untuk mencapai tujuan perusahaan dalam kaitannya dengan tujuan jangka panjang, program tindak lanjut, serta prioritas alokasi sumber daya”.

2.6. Perencanaan Strategis dan Manajemen Strategis

2.6.1. Pengertian Perencanaan Strategis

Menurut Duncan dkk (1995) perencanaan strategis adalah sekumpulan proses yang digunakan organisasi untuk memahami situasi dan mengembangkan pedoman pengambilan keputusan (strategi) bagi organisasi.

2.6.2. Pengertian Manajemen Strategis

Manajemen Strategis adalah filosofi Menurut David (2001) manajemen strategis dapat didefinisikan sebagai seni dan ilmu dalam memformulasikan, mengimplementasikan dan mengevaluasi keputusan-keputusan lintas fungsi (*cross-functional*) yang memungkinkan bagi organisasi untuk mencapai tujuan-tujuannya.

Sedangkan menurut Duncan dkk (1995) manajemen strategis adalah filosofi dalam mengelola organisasi eksternal dan menghubungkan antara perencanaan dengan pengambilan keputusan operasional. Manajemen strategis mencoba mencapai kesesuaian produktif dan kreatif antara lingkungan eksternal organisasi dan keadaan internalnya.

2.6.3. Misi dan Visi Organisasi

Misi adalah pernyataan tujuan jangka panjang yang membedakan suatu bisnis dari bisnis serupa lainnya, David (2003). Kemudian menurut Pearce and Robinson (1997) mengemukakan bahwa misi suatu organisasi adalah tujuan yang unik dan khas yang membedakan suatu organisasi sejenis satu sama lainnya dan mampu mencerminkan nilai dan prioritas para pengambil keputusan strategiknya, sedangkan menurut Gasperz (2003) misi (*mission*) adalah suatu pernyataan bisnis dari suatu organisasi /perusahaan. Misi harus mendefinisikan sasaran bisnis dan tujuan-tujuan yang bersifat strategis termasuk manfaat yang diberikan kepada pelanggan dan pasar.

Wijono (1999) mengungkapkan bahwa istilah misi digunakan untuk mengacu kepada suatu pernyataan yang harus dikomunikasikan kearah luar

organisasi berupa pernyataan umum seperti motto atau slogan, akan tetapi dapat juga tampil sebagai nama yang mengandung image organisasi, yang dapat mengantarkan pelanggan dan stakeholdernya kepada rasa memiliki sehingga mencapai tingkat kepuasan yang tinggi. Manajemen juga harus mengkomunikasikan misi kearah dalam organisasi dalam bentuk pernyataan tertulis atau lisan untuk menata batas-batas dan acuan operasional yang dapat mempengaruhi etika, personal dan keputusan-keputusan strategik yang dibuat oleh karyawan untuk meningkatkan komitmen dan rasa memiliki. Misi akan memberitahu manajemen organisasi jalan kemana tujuan, sasaran dan bagaimana strategi untuk mewujudkan visi organisasi dimasa mendatang.

Pearce and Robinson (1997) mendefinisikan Visi adalah ide atau pandangan kedepan yang menyangkut apa yang diinginkan oleh organisasi tersebut, kemudian menurut Gasperz (2003), Visi adalah suatu pernyataan menyeluruh tentang gambaran ideal yang ingin dicapai oleh organisasi dimasa mendatang, sementara menurut Wijono (1999) Visi adalah suatu hal yang terlihat dalam mimpi ” suatu keinginan dimasa mendatang ”(*a memory of the future*).

Visi organisasi adalah nilai-nilai, aspirasi dan tujuan yang merupakan pernyataan mendasar, suatu permohonan kepada hati dan pikiran anggota, yang seharusnya dipakai dengan jelas untuk mengetahui dimana keberadaan organisasi saat ini dan peta jalan akan datang yang ditawarkan. Visi memberi informasi tentang bentuk dan gambaran suatu hal yang akan datang dan mengapa hal tersebut menjadi penting untuk organisasi dan sumber daya manusianya.

2.6.4. Tahap Manajemen Strategis

Tahap-tahap manajemen strategis adalah :

1. Formulasi strategi, meliputi proses mengembangkan visi dan misi, mengidentifikasi kesempatan dan ancaman eksternal, menentukan kekuatan dan kelemahan internal, menentukan tujuan jangka panjang, mengembangkan strategi-strategi alternatif dan memilih strategi yang sesuai. Dalam formulasi strategi ditentukan bisnis apa yang dimasuki dan mana yang ditinggalkan, bagaimana mengalokasikan sumber daya, apakah dengan ekspansi operasi atau diversifikasi, apakah masuk pasar internasional, apakah *merger* atau melakukan *joint venture* dan bagaimana menghindari pengambilalihan oleh lawan.
2. Implementasi strategi merupakan upaya-upaya yang antara lain berupa tujuan tahunan, pola kebijakan, memotivasi karyawan dan mengalokasikan sumber daya sehingga strategi dapat dijalankan. Di dalam implementasi strategi termasuk mengembangkan budaya penunjang strategi, membentuk struktur organisasi yang efektif, mengarahkan upaya marketing, menyiapkan anggaran, mengembangkan dan mendayagunakan sistem informasi dan menyesuaikan kompensasi bagi karyawan sesuai kinerja organisasi.
3. Evaluasi strategi adalah usaha untuk memperoleh informasi apakah strategi tertentu tidak berjalan dengan semestinya. Terdapat tiga kegiatan dasar dari evaluasi strategi yaitu menilai kembali faktor eksternal dan internal, mengukur kinerja dan melakukan tindakan korektif.

2.6.5. Formulasi Strategi

Menurut David (2004), cara menentukan strategi utama adalah dengan membagi formulasi menjadi tiga tahap, yaitu :

1. *Input Stage* (Tahap Input)

Tahap ini merupakan tahap pengumpulan data yang dilakukan untuk mengetahui posisi organisasi pada saat ini, dimana mekanisme yang dilakukan meliputi analisis internal dan eksternal.

a. Analisa Lingkungan Internal

Analisa lingkungan internal bertujuan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi, mengevaluasi kapasitas atau kemampuan untuk menanggapi isu-isu, masalah-masalah dan kesempatan-kesempatan.

Menurut Gaspersz (2004), penilaian internal dari organisasi publik dapat dilakukan melalui tahap-tahap berikut :

- 1) Ruang lingkup dan fungsi organisasi
 - a) Perspektif sejarah, kejadian-kejadian penting
 - b) Ekspektasi pelanggan, pandangan publik
 - c) Struktur dari program dan sub program
 - d) Pencapaian kinerja organisasi
 - e) Pengujian dari ukuran-ukuran kinerja yang ada sebagai alat ideal untuk mencapai kesuksesan.
- 2) Aspek Organisasi
 - a) Ukuran/komposisi dari tenaga kerja (banyak karyawan, komposisi profesional, teknikal, dsb)

- b) Struktur organisasi dan proses-proses (divisi/departemen, gaya manajemen dan kualitas, kebijakan manajemen kunci, karakteristik operasional, dll)
- c) Lokasi dari organisasi (kantor pusat, kantor cabang), kebutuhan perjalanan, lokasi dari populasi yang dilayani, dll.
- d) Sumber daya manusia (pelatihan, pengalaman, kompensasi, tingkat keluar-masuk, semangat, dll)
- e) Peralatan modal (*capital assets*) dan kebutuhan untuk peningkatan.
- f) Teknologi informasi, tingkat otomatisasi, telekomunikasi, kualitas dari rencana-rencana teknologi informasi organisasi, pengumpulan data, sistem penelusuran dan pemantauan.
- g) Kejadian-kejadian organisasional yang penting dan lingkup perubahan, dampak pada organisasi, tanggung jawab organisasi terhadap perubahan, dll.

3) Aspek fiskal

- a) Besar anggaran
- b) Perbandingan dari biaya-biaya operasional terhadap organisasi publik yang lain
- c) Hubungan dari anggaran terhadap struktur program/subprogram
- d) Tingkat dimana anggaran yang ada memenuhi kebutuhan dan ekspektasi yang sekarang.

4) Data dasar

- a) Ukuran dan kinerja internal
- b) Kecenderungan dan ramalan (*trend and forecasting*)

Dalam menganalisa lingkungan internal ini, digunakan alat formulasi strategi berupa matriks *Internal Factor Evaluation* (IFE) dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Buat daftar antara sepuluh hingga dua puluh factor internal penentu, baik berupa kekuatan maupun kelemahan yang mempengaruhi organisasi. Kemudian urutkan kekuatan terlebih dahulu di atas kelemahan.
2. Berikan bobot pada masing-masing antara 0,0 (tidak penting) sampai 1,0 (sangat penting). Bobot menyatakan derajat pentingnya suatu faktor secara relatif bagi kesuksesan organisasi. Bobot lebih tinggi diberikan bagi faktor yang mempunyai efek lebih besar terhadap kinerja organisasi. Penjumlahan bobot dari seluruh faktor-faktor kekuatan dan kelemahan itu harus sama dengan 1,0.
3. Berikan nilai (*rating*) antara 1 hingga 4 pada setiap faktor. Bila faktor dianggap kelemahan mayor =1, kelemahan minor =2, kekuatan minor = 3, kekuatan mayor = 4.
4. Kalikan bobot dengan nilai tiap faktor untuk mendapatkan skor.
5. Jumlahkan skor tiap faktor untuk mendapatkan skor total organisasi.

Skor total yang dapat diperoleh dengan matriks IFE berkisar antara 1,0 hingga 4,0 dengan skor rata-rata 2,5. Skor total di bawah 2,5 menandakan posisi organisasi lemah sedangkan skor total di atas 2,5 menandakan posisi organisasi kuat secara internal.

b. Analisa Lingkungan Eksternal

Penelitian eksternal mengidentifikasi kesempatan (*opportunities*) dan ancaman (*threats*) yang ada dalam lingkungan yang sekarang danantisipasi perubahan-perubahan lingkungan dimasa mendatang.

Menurut Gaspersz (2004), analisa lingkungan eksternal dilakukan melalui tahap-tahap berikut :

1) Demografi dan fokus pelanggan

- a) Karakteristik demografi (umur, pendidikan, geografi, kebutuhan khusus, dampak pada ekonomi, politik, sosial, budaya, dll)
- b) Kecenderungan dan dampak (pergeseran populasi, karakteristik demografi yang penting, dll)

2) Variabel ekonomi

- a) Tingkat pengangguran, tingkat suku bunga (*interest rate*), dll.
- b) Perluasan terhadap pelayanan publik dan populasi pelanggan sebagai akibat perubahan kondisi ekonomi, dll.
- c) Kondisi ekonomi yang diinginkan dimasa mendatang beserta dampak pada organisasi, pelanggan dan pelayanan publik.
- d) Ramalan penerimaan pajak dan pengeluaran.

- e) Tanggung jawab organisasi terhadap perubahan kondisi ekonomi.
- 3) Dampak dari peraturan pemerintah
- a) Peraturan-peraturan pemerintah, kejadian-kejadian penting, dll.
 - b) Aktifitas pemerintah yang sekarang (identifikasi struktur organisasi pemerintah yang relevan, hubungan antar organisasi dalam lingkup regional atau negara, dampak pada operasional, dll)
 - c) Dampak yang diantisipasi dari tindakan-tindakan pemerintah dimasa mendatang terhadap organisasi dan pelanggannya (peraturan-peraturan pemerintah, perubahan anggaran, dll)
- 4) Pengembangan teknologi
- a) Dampak teknologi terhadap kegiatan operasional dari organisasi publik (telekomunikasi, komputerisasi, dll)
 - b) Dampak dari perubahan teknologi lanjut yang diantisipasi akan berkembang dimasa mendatang terhadap organisasi publik.
- 5) Isu-isu kebijakan publik
- a) Isu-isu utama yang berkembang sekarang
 - b) Isu-isu yang berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan keluarga, anak-anak, dll.
- 6) Data dasar

- a) Ranking secara nasional, pembandingan eksternal, dan *benchmarks*.
- b) Indikator kinerja (actual tahun yang lalu, kecenderungan, perspektif historis, ramalan, dll)

Porter seperti yang dikutip David (2001), mengemukakan lima hal yang mempengaruhi persaingan, yaitu :

1. Rivalitas diantara perusahaan yang bersaing.
2. Potensi masuknya pesaing baru.
3. Potensi berkembangnya produk substitusi.
4. Kekuatan tawar pemasok
5. Kekuatan tawar konsumen.

Dalam menganalisa lingkungan eksternal ini, digunakan alat formulasi strategi berupa matriks *External Factor Evaluation* (EFE) dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Buat daftar antara sepuluh hingga dua puluh factor eksternal penentu, baik berupa peluang maupun ancaman yang mempengaruhi organisasi. Kemudian urutkan peluang terlebih dahulu di atas ancaman.
2. Berikan bobot pada masing-masing antara 0,0 (tidak penting) sampai 1,0 (sangat penting). Bobot menyatakan derajat pentingnya suatu faktor secara relatif bagi kesuksesan organisasi. Penjumlahan bobot dari seluruh faktor-faktor peluang dan ancaman itu harus sama dengan 1,0.

3. Berikan nilai (*rating*) pada setiap faktor berdasarkan seberapa efektif organisasi saat ini merespon peluang atau ancaman itu. Nilai 4 = respon superior, nilai 3 = respon diatas rata-rata, nilai 2 = respon rata-rata dan nilai 1 = respon kurang.
4. Kalikan bobot dengan nilai tiap faktor untuk mendapatkan skor.
5. Jumlahkan skor tiap faktor untuk mendapatkan skor total organisasi.

Nilai tertinggi yang mungkin dicapai matriks EFE adalah 4,0 dan terendah adalah 1,0. Nilai rata-ratanya adalah 2,5. Nilai 4,0 menunjukkan organisasi berespons dengan sangat efektif terhadap peluang atau ancaman. Nilai 1,0 menunjukkan respons organisasi tidak efektif dalam mengambil keuntungan dari peluang atau menghindari ancaman.

2. Matching Stage

Pada *matching stage* ini dapat dipilih satu atau beberapa dari lima alat formulasi strategi, antara lain matriks TOWS, matriks SPACE, matriks BCG, Matrik IE, dan matriks *Grand Strategy*. Alat-alat ini bergantung pada informasi yang diperoleh dari *input stage*. Mencocokkan faktor penentu kesuksesan (*critical succes*) eksternal dan internal merupakan kunci agar dapat tersusun secara efektif strategi-strategi alternatif yang layak diimplementasikan.

Pada tahap ini akan digunakan alat matriks TOWS dan matriks IE untuk menentukan strategi-strategi alternatif.

a. Matriks IE

Gambar 2.1
Total Skor IFE

		Kuat 3,0-4,0	Rata-rata 2,0-2,99	Lemah 1,0-1,99
Total Skor EFE	Tinggi 3,0-4,0	I	II	III
	Medium 2,0-2,99	IV	V	VI
	Rendah 1,0-1,99	VII	VIII	IX

Sumber : Freud R David, *Strategic Management: Concept and Cases*. New Jersey, (2001)

Matriks IE terdiri dari dua dimensi penentu, yaitu skor total dari IFE matriks pada sumbu X dan skor total EFE matriks pada sumbu Y.

IE matriks memiliki 3 (tiga) implikasi strategi yang berbeda, yaitu :

- 1) Sel I, II atau IV, strategi alternatif yang ditawarkan adalah *grow and build* (tumbuh dan bangun). Strategi-strategi intensif (penetrasi pasar, pengembangan pasar dan pengembangan produk) atau integrative (integrasi mundur, integrasi maju dan integrasi horizontal) sesuai untuk *grow and build*.
- 2) Sel III, V atau VI I, strategi alternatif yang ditawarkan adalah *hold and maintain* (tetap dan bertahan). Strategi alternatif yang dianjurkan untuk dipilih yaitu penetrasi pasar dan pengembangan produk.
- 3) Sel VI, VIII atau IX, strategi alternatif yang disarankan adalah *harvest and divestiture*.

b. Matriks TOWS

Matriks ini menggambarkan secara jelas bagaimana peluang dan ancaman eksternal yang dihadapi perusahaan dapat disesuaikan dengan kekuatan dan kelemahan yang dimilikinya. Matriks ini dapat menghasilkan 4 (empat) sel kemungkinan alternatif strategis.

Gambar 2.2
Matriks TOWS

	List Internal Strength 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	List Internal Weakness 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
List External Opportunity 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	Future Quadrant (4) 1 <i>Related Diversification</i> 2 <i>Vertical Integration</i> 3 <i>Market Development</i> 4 <i>Product Development</i> 5 <i>Market Penetration</i>	Internal Fix-it Quadrant (2) 1 <i>Retrenchment</i> 2 <i>Enhancement</i> 3 <i>Market Development</i> 4 <i>Product Development</i> 5 <i>Vertical Integration</i> 6 <i>Related Diversification</i>
List External Threats 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....	External Fix-it Quadrant (3) 1 <i>Related Diversification</i> 2 <i>Unrelated Diversification</i> 3 <i>Market Development</i> 4 <i>Product Development</i> 5 <i>Enhancement</i> 6 <i>Status Quo</i>	Survival Quadrant (I) 1 <i>Unrelated Diversification</i> 2 <i>Divestire</i> 3 <i>Liquidation</i> 4 <i>Harvesting</i> 5 <i>Retrechment</i>

Sumber : Duncan, :*Strategic Management Of Health care organization* , 1996

Pada Quadrant I (*Survival Quadrant*), organisasi mengalami kelemahan internal yang signifikan dan ancaman eksternal dalam posisi yang sulit. Karena itu harus diupayakan untuk meminimalkan kelemahan ataupun ancaman.

Pada Quadrant II (*Internal Fix-it Quadrant*), Manajemen harus meminimalkan kelemahan internal dan memaksimalkan peluang eksternal.

Pada Quadrant III (*External Fix-it Quadrant*), Organisasi kekuatan yang signifikan tetapi harus menghadapi ancaman lingkungan eksternal, oleh karena itu manajer harus terus berupaya memaksimalkan kekuatan organisasi dan meminimalkan ancaman eksternal.

Dan pada Quadrant IV (*Future Quadrant*), dimana situasi yang terbaik bagi organisasi. Organisasi harus memaksimalkan kekuatan yang ada dan mengambil keuntungan dari peluang eksternal.

1. Decision Stage

Tahapan yang terakhir adalah melakukan evaluasi pilihan strategi alternatif secara objektif berdasarkan *key success factors* internal-eksternal yang telah diidentifikasi sebelumnya dengan menggunakan *Quantitative Strategic Planning Matrix* (QSPM). Tujuan analisis QSPM ini adalah untuk menetapkan kemenarikan *relative* dan menentukan strategi alternatif yang paling baik untuk diimplementasikan oleh organisasi. Seperti alat analisis lainnya, QSPM juga membutuhkan *intuitive judgement* yang baik.

Gambar 2.3
Bentuk Dasar QSPM

Faktor Utama	Alternatif Strategi			
	Weight	Strategi I	Strategi II	Strategi III
Faktor Eksternal Ekonomi Politik/Hukum Sosial/Kebudayaan Demografi/Lingkungan Teknologi Persaingan				
Faktor Internal Manajemen Pemasaran Keuangan Produksi/Operasi Penelitian & Pengembangan Sistem Informasi				

Sumber : Freud R David, *Strategic Management: Concept and Cases*. New Jersey, (2001)

Faktor Internal : 1 = sangat rendah 2 = lemah
 3 = kuat 4 = sangat kuat

Faktor Eksternal : respon perusahaan
 1 = lemah 2 = rata-rata
 3 = di atas rata-rata 4 = superior

Langkah pengembangan :

Tahap 1 : Buat daftar peluang, ancaman, kekuatan, dan kelemahan organisasi yang diambil dari EFE dan IFE matrix di sebelah kiri QSPM yang masing-masing berkisar antara 10-20 internal *critical success factors* dan eksternal *critical success factors*.

Tahap 2 : Beri *weight* pada masing-masing *external dan internal key success factors*.

Tahap 3 : Teliti matriks-matriks pada stage 2 dan identifikasikan strategi alternatif yang pelaksanaannya harus dipertimbangkan organisasi. Catat strategi-strategi tersebut di bagian atas baris QSPM.

Tahap 4 : Tetapkan *Attractiveness Score* (AS), yaitu nilai yang menunjukkan kemenarikan relative untuk masing-masing strategi yang dipilih. *Attractiveness Score* ditetapkan dengan meneliti masing-masing *external* dan *internal key success factors*. Batasan nilai *Attractiveness Score* adalah 1 = tidak menarik, 2 = agak menarik, 3 = secara logis menarik, 4 = sangat menarik.

Tahap 5 : Hitunglah Total *Attractiveness Score* (TAS). *Total Attractiveness Score* didapat dari perkalian *weight* (tahap 2) dengan *Attractiveness Score* (tahap 4) pada masing-masing baris. Hasil ini menunjukkan *relative attractiveness* dari masing-masing alternatif strategi.

Tahap 6 : Hitung Sum Total *Attractiveness Score* kemudian jumlahkan semua Total *Attractiveness Score* pada masing-masing kolom QSPM. Nilai TAS dari alternatif strategi tertinggi adalah yang menunjukkan alternatif strategi mana yang menjadi pilihan utama, dan sebaliknya nilai TAS terkecil menunjukkan alternatif strategi yang menjadi pilihan terakhir.

2.7. Penyusunan Implementasi Perbaikan Mutu (*Plan Of Action*)

Implementasi perbaikan mutu (*plan of action*) berkaitan dengan tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang dihadapi saat implementasi program atau usaha untuk meningkatkan mutu secara terus menerus. Gasperz (2003) mengemukakan bahwa program perbaikan mutu membutuhkan identifikasi masalah secara tepat, temukan sumber/akar permasalahan dan ajukan solusi yang efektif dan efisien.

Penerapan prosedur pelaksanaan program peningkatan mutu dalam konsep *Balanced Scorecard* meliputi :

1. Tujuan
2. Ruang Lingkup
3. Definisi
4. Informasi Umum
5. Prosedur dan penanggung jawab
 - a. Pemilihan topik program peningkatan mutu
 - b. Perencanaan program
 - c. Analisis Penyebab masalah
 - d. Implementasi program
 - e. Pemantauan hasil implementasi
 - f. Pelaporan

2.8. Balanced Scorecard Sebagai Sistem Manajemen Strategis

2.7.1. Pengertian *Balanced Scorecard*

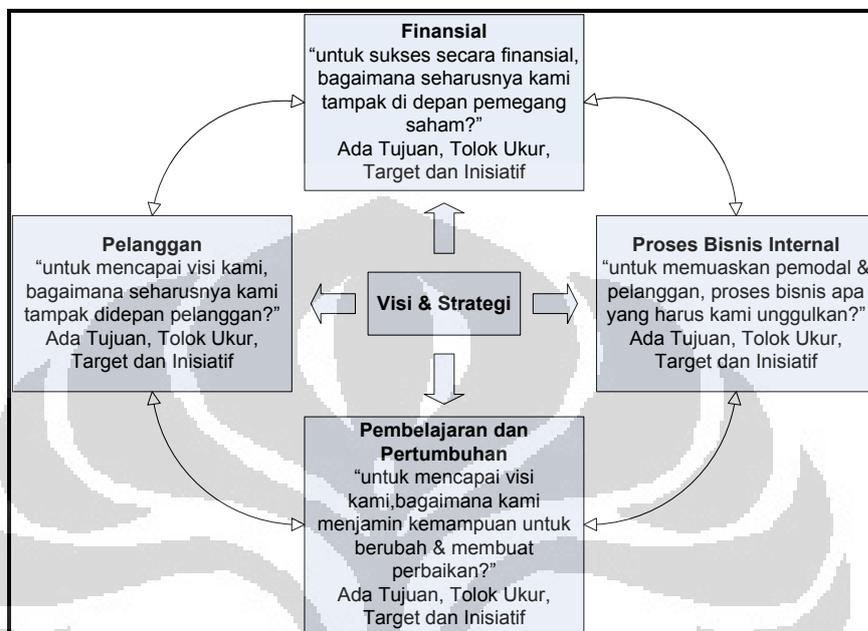
Balanced Scorecard terdiri atas dua kata yaitu, kartu skor (*scorecard*) dan berimbang (*balanced*). Kartu skor adalah kartu yang digunakan untuk mencatat skor hasil kinerja seseorang, juga dapat digunakan untuk merencanakan skor yang hendak diwujudkan di masa depan. Dengan kartu skor dapat dibandingkan antara kinerja yang direncanakan dengan hasil kinerja sesungguhnya. Hasil perbandingan ini dipakai sebagai evaluasi kinerja. Kata berimbang berarti diukur secara berimbang dari dua aspek, keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang, internal dan eksternal. (Mulyadi, 2001)

Menurut Kaplan dan Norton (2002) *Balanced Scorecard* adalah seperangkat ukuran financial kinerja masa lalu dengan ukuran pendorong kinerja masa datang dimana tujuan dan ukuran scorecard diturunkan dari visi dan strategi yang memandang kinerja organisasi dari empat perspektif yaitu, perspektif financial, pelanggan, proses bisnis internal serta proses pertumbuhan dan pembelajaran.

Menurut Husaini (1997) dalam Nasution (2002) *Balanced Scorecard* merupakan suatu system yang mencoba untuk menyeimbangkan antara alat ukur lama yang hanya berorientasi pada profitabilitas dengan dimensi-dimensi yang baru seperti aspek kualitas yang memiliki elemen-elemen penyeimbang. Dengan *scorecard* yang *dibalanced* diharapkan dapat mengintegrasikan energi, kemampuan dan pengetahuan organisasi yang spesifik agar dapat mencapai tujuan strategis jangka panjang.

Balanced Scorecard mendidik manajemen dan organisasi pada umumnya untuk memandang perusahaan dari empat perspektif yang menghubungkan pengendalian operasional jangka pendek ke dalam visi dan strategi bisnis jangka panjang. (Gambar 2.4).

Gambar 2.4
Balanced Scorecard menerjemahkan visi dan strategi perusahaan ke dalam empat perspektif yang saling terhubung



Sumber : Robert S. Kaplan, David P. Norton, "The Balanced Scorecard, Translating Strategy Into Action", 1996

Keempat perspektif *Balanced Scorecard* menurut Kaplan dan Norton (1996) adalah :

1. Perspektif Keuangan

Menurut Kaplan dan Norton (2000) tujuan finansial berperan sebagai fokus bagi tujuan-tujuan strategis dan ukuran-ukuran semua perspektif dalam *Balanced Scorecard*. Setiap ukuran yang dipilih seharusnya menjadi bagian dari suatu keterkaitan hubungan sebab akibat yang puncaknya pada peningkatan kinerja finansial. Strategi untuk meningkatkan nilai pemegang saham dapat dikembangkan melalui keterkaitan sebab-akibat yang ditunjukkan dalam gambar.

Pengukuran kinerja keuangan menunjukkan apakah perencanaan dan pelaksanaan strategi memberikan perbaikan yang mendasar bagi

keuntungan perusahaan. Pengukuran kinerja keuangan mempertimbangkan adanya tahapan dari siklus kehidupan bisnis, yaitu : (Kaplan & Norton, 1996)

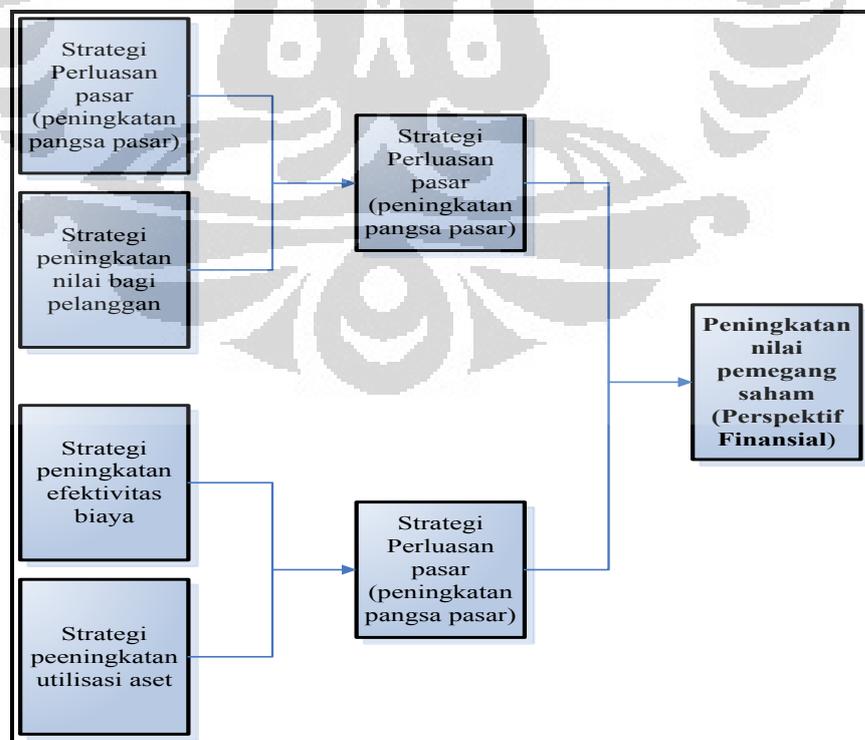
a. Tahapan pertumbuhan (*Growth*), tahapan awal siklus kehidupan perusahaan memiliki produk atau jasa yang secara signifikan memiliki potensi pertumbuhan terbaik. Di sini, manajemen terikat dengan komitmen untuk mengembangkan suatu produk atau jasa baru, membangun dan mengembangkan suatu produk/jasa dan fasilitas produksi, menambah kemampuan operasi, mengembangkan sistem, infrastruktur, dan jaringan distribusi yang akan mendukung hubungan global, serta membina dan mengembangkan hubungan dengan pelanggan. Dalam tahap pertumbuhan, perusahaan biasanya beroperasi dengan arus kas yang negative dengan tingkat pengembalian modal yang rendah. Dengan demikian, tolok ukur kinerja yang cocok dalam tahap ini adalah tingkat pertumbuhan pendapatan atau penjualan dalam segmen pasar yang telah ditargetkan.

b. Tahapan bertahan (*Sustain*), tahapan kedua di mana perusahaan masih melakukan investasi dan reinvestasi dengan mengisyaratkan tingkat pengembalian terbaik. Dalam tahap ini, perusahaan mencoba mempertahankan pangsa pasar yang ada bahkan mengembangkannya jika mungkin. Investasi yang dilakukan umumnya diarahkan untuk menghilangkan *bottleneck*, mengembangkan kapasitas, dan meningkatkan perbaikan

operasional secara konsisten. Sasaran keuangan pada tahap ini diarahkan pada besarnya tingkat pengembalian atas investasi yang dilakukan. Tolok ukur yang digunakan pada tahap ini adalah ROI, ROCE, dan EVA.

- c. Tahapan menuai (*Harvest*), tahapan ketiga di mana perusahaan benar-benar memanen hasil investasi di tahap-tahap sebelumnya. Tidak ada lagi investasi besar, baik ekspansi maupun pembangunan kemampuan baru, kecuali pengeluaran untuk pemeliharaan dan perbaikan fasilitas. Sasaran keuangan utama dalam tahap ini yang dijadikan tolok ukur adalah memaksimalkan arus kas masuk dan pengurangan modal kerja.

Gambar 2.5
Contoh keterkaitan hubungan sebab akibat dalam Perspektif Finansial



Sumber : Vincent Gasperz, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma Untuk Organisasi Bisnis Dan Pemerintah*, PT Gramedia Pustaka Utama, 2003

2. Perspektif Pelanggan

Menurut Ichsan,dkk (2007), Filosofi manajemen terkini telah menunjukkan peningkatan pengakuan atas pentingnya *customer focus* dan *customer satisfaction*. Perspektif ini merupakan *leading indicator*. Jadi, jika pelanggan tidak puas mereka akan mencari produsen lain yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Kinerja yang buruk dari perspektif ini akan menurunkan jumlah pelanggan di masa depan meskipun saat ini kinerja keuangan terlihat baik. Menurut Kaplan & Norton (1996), perspektif pelanggan memiliki dua kelompok pengukuran, yaitu :

a. *Customer Core Measurement* (Pengukuran Pelanggan Utama)

Customer Core Measurement memiliki beberapa komponen pengukuran, yaitu :

- 1) *Market Share* (Pangsa Pasar), pengukuran ini mencerminkan bagian yang dikuasai perusahaan atas keseluruhan pasar yang ada, yang meliputi antara lain : jumlah pelanggan, jumlah penjualan, dan volume unit penjualan.
- 2) *Customer Retention* (Retensi Pelanggan), mengukur tingkat di mana perusahaan dapat mempertahankan hubungan dengan konsumen.
- 3) *Customer Acquisition* (Akuisisi Pelanggan), mengukur tingkat di mana suatu unit bisnis mampu menarik pelanggan baru atau memenangkan bisnis baru.

4) *Customer Satisfaction* (Kepuasan Pelanggan), menaksir tingkat kepuasan pelanggan terkait dengan criteria kinerja spesifik dalam *value proposition*.

5) *Customer Profitability* (Kemampulabaan Pelanggan), mengukur laba bersih dari seorang pelanggan atau segmen setelah dikurangi biaya yang khusus diperlukan untuk mendukung pelanggan tersebut.

b. *Customer Value Proposition* (Proposisi Nilai Pelanggan)

Customer Value Proposition merupakan pemicu kinerja yang terdapat pada *core value proposition* yang didasarkan pada atribut sebagai berikut :

1) *Product/service Attributes* (Atribut Produk/Jasa)

Meliputi fungsi dari produk atau jasa, harga, dan kualitas. Pelanggan memiliki preferensi yang berbeda-beda atas produk yang ditawarkan. Ada yang mengutamakan fungsi dari produk, kualitas, atau harga yang murah. Harus mengidentifikasi apa yang diinginkan pelanggan atas produk yang ditawarkan. Selanjutnya, pengukuran kinerja ditetapkan berdasarkan keinginan pelanggan tersebut.

2) *Customer Relationship* (Hubungan Pelanggan)

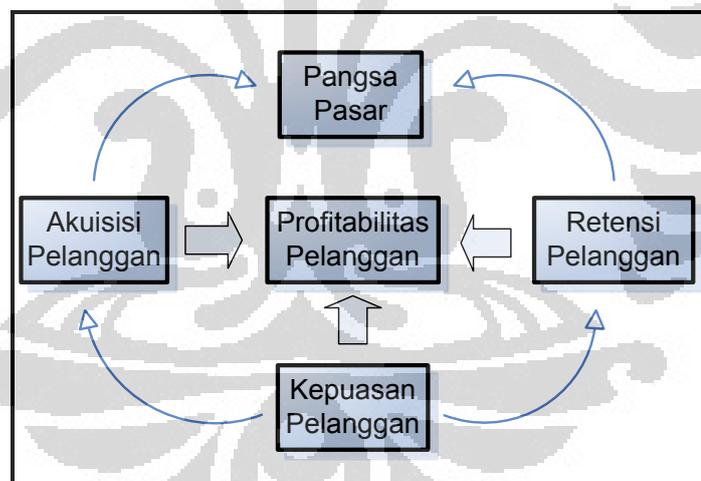
Menyangkut perasaan pelanggan terhadap proses pembelian produk yang ditawarkan perusahaan. Perasaan konsumen ini sangat dipengaruhi oleh responsivitas dan komitmen perusahaan terhadap pelanggan berkaitan dengan masalah waktu penyampaian.

Waktu merupakan komponen yang penting dalam persaingan perusahaan. Konsumen biasanya menganggap penyelesaian order yang cepat dan tepat waktu sebagai factor yang penting bagi kepuasan mereka.

3) *Image and Reputation* (Citra dan Reputasi)

Menggambarkan factor-faktor *intangibile* yang menarik seorang konsumen untuk berhubungan dengan perusahaan. Membangun *image* dan reputasi dapat dilakukan melalui iklan dan menjaga kualitas seperti yang dijanjikan.

Gambar 2.6
Perspektif Pelanggan : Tolok Ukur Utama



Sumber : Ichsan, dkk, *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard Menuju Organisasi yang Berfokus Pada Strategi*, 2007

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Analisis proses bisnis internal perusahaan dilakukan dengan menggunakan analisis *value-chain*. Di sini, manajemen mengidentifikasi proses internal bisnis yang kritis yang harus diunggulkan perusahaan. *Scorecard* dalam perspektif ini memungkinkan manajer untuk mengetahui seberapa baik bisnis mereka berjalan dan apakah produk dan

atau jasa mereka sesuai dengan hati-hati oleh mereka yang paling mengetahui misi perusahaan yang mungkin tidak dapat dilakukan oleh konsultan luar.

Perbedaan perspektif bisnis internal antara pendekatan tradisional dan pendekatan *Balanced Scorecard* menurut Secakusuma (1997) yang dikutip oleh Ichsan,dkk (2007) adalah :

- a. Pendekatan tradisional berusaha untuk mengawasi dan memperbaiki proses bisnis yang sudah ada sekarang. Sebaliknya, *Balanced Scorecard* melakukan pendekatan atau berusaha untuk mengenali semua proses yang diperlukan untuk menunjang keberhasilan strategi perusahaan, meskipun proses-proses tersebut belum dilaksanakan.
- b. Dalam pendekatan tradisional, sistem pengukuran kinerja hanya dipusatkan pada bagaimana cara menyampaikan barang atau jasa. Sedang dalam pendekatan *Balanced Scorecard*, proses inovasi dimasukkan dalam perspektif proses bisnis internal.

Berikut ini tiga komponen model rantai nilai proses bisnis internal menurut Kaplan dan Norton (1996) :

- a. Proses Inovasi

Mengidentifikasi kebutuhan pelanggan masa kini dan masa datang serta mengembangkan solusi terbaru untuk kebutuhan pelanggan. Misalnya dengan meluncurkan produk baru, menambah *features* baru pada produk yang sudah ada, pengembangan cara pendistribusian produk ke pasar. Proses inovasi ini dapat dilakukan melalui riset

pasar untuk mengidentifikasi ukuran pasar dan kebutuhan pelanggan secara spesifik.

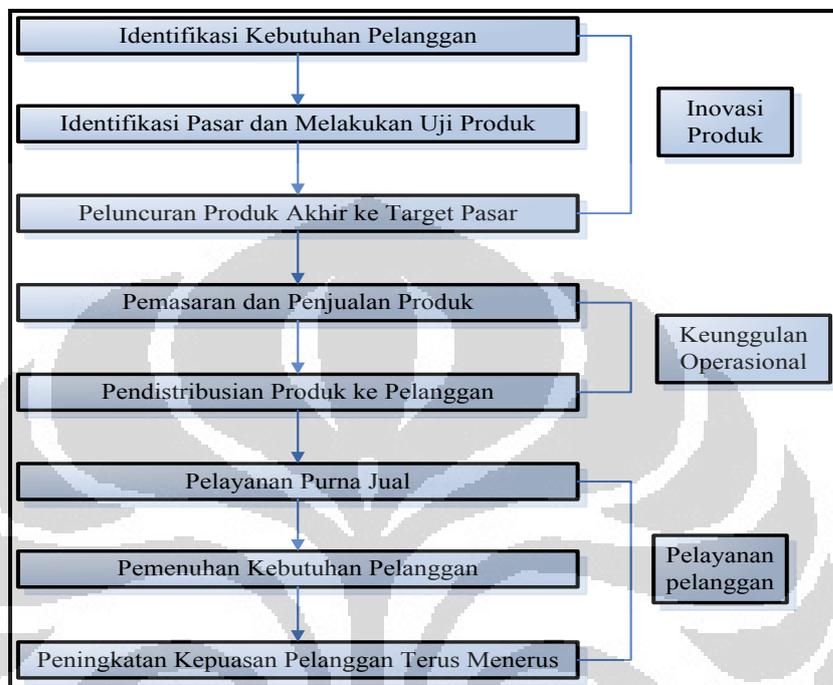
b. Proses Operasional

Mengidentifikasi sumber-sumber pemborosan dalam proses operasional serta mengembangkan solusi masalah yang terdapat pada proses operasional untuk meningkatkan efisiensi produksi, meningkatkan kualitas produk dan proses, efisiensi waktu sehingga meningkatkan penyerahan produk berkualitas tepat waktu. Proses operasional dapat ditingkatkan melalui pengendalian kualitas pada setiap sub proses kritis dalam proses tersebut dengan menggunakan alur proses diagram.

c. Proses Pelayanan

Mengidentifikasi proses yang berkaitan dengan pelayanan kepada pelanggan, seperti : pelayanan purna jual, menyelesaikan masalah yang timbul pada pelanggan secara cepat, melakukan tindak lanjut secara proaktif dan tepat waktu.

Gambar 2.7
Model Rantai Nilai dari Perspektif Proses Bisnis Internal dalam *Balanced Scorecard*



Sumber : Vincent Gasperz, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma Untuk Organisasi Bisnis Dan Pemerintah*, PT Gramedia Pustaka Utama, 2003

4. Perspektif Proses Pertumbuhan dan pembelajaran

Perspektif proses pertumbuhan dan pembelajaran mengembangkan tujuan dan ukuran-ukuran yang mengendalikan pertumbuhan dan pembelajaran organisasi.

Tujuan yang ditetapkan dalam perspektif finansial, pelanggan dan proses bisnis internal adalah mengidentifikasi apa yang harus dikuasai organisasi untuk menghasilkan kinerja yang baik. Tujuan di dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah menyediakan infrastruktur yang memungkinkan tujuan ketiga perspektif tersebut tercapai. Terdapat tiga kategori yang sangat penting dalam perspektif

pertumbuhan dan pembelajaran menurut Kaplan dan Norton (1996), yaitu:

a. Kapabilitas karyawan (*Employee Capabilities*)

Salah satu perubahan yang dramatis dalam pemikiran manajemen selama lima tahun terakhir ini adalah peran para pegawai di organisasi. Faktanya, tidak ada yang lebih baik bagi transformasi revolusioner dari pemikiran era industrial ke era informasi daripada filosofi manajemen baru, yaitu bagaimana para pegawai menyumbangkan segenap kemampuannya untuk organisasi. Untuk itu, perencanaan dan upaya implementasi *reskilling* pegawai yang menjamin kecerdasan dan kreativitasnya dapat dimobilisasi untuk mencapai tujuan organisasi.

b. Kapabilitas sistem informasi (*Information Systems Capabilities*)

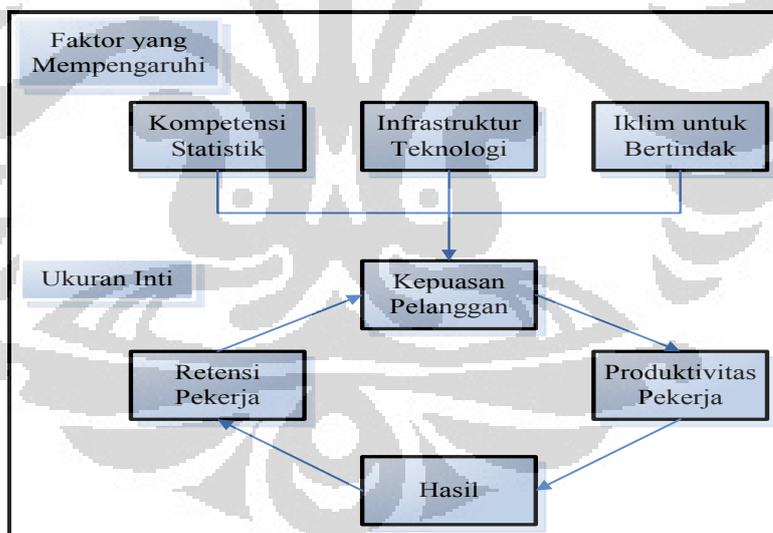
Bagaimanapun juga, meski motivasi dan keahlian pegawai telah mendukung pencapaian tujuan-tujuan perusahaan, masih diperlukan informasi-informasi yang terbaik. Dengan kemampuan sistem informasi yang memadai, kebutuhan seluruh tingkatan manajemen dan pegawai atas informasi yang akurat dan tepat waktu dapat dipenuhi dengan sebaik-baiknya.

c. Motivasi, pemberdayaan dan keselarasan (*Motivation, Empowerment, and Alignment*)

Perspektif ini penting untuk menjamin adanya proses yang berkesinambungan terhadap upaya pemberian motivasi dan inisiatif yang sebesar-besarnya bagi pegawai. Paradigma manajemen

menjelaskan bahwa proses pembelajaran sangat penting bagi pegawai untuk melakukan *trial and error* sehingga turbulensi lingkungan sama-sama dicoba dan dikenali tidak saja oleh jenjang manajemen strategis tetapi juga oleh segenap pegawai di dalam organisasi sesuai dengan kompetensinya masing-masing. Upaya tersebut tentunya perlu dukungan motivasi yang besar dan pemberdayaan pegawai berupa delegasi wewenang yang memadai untuk mengambil keputusan. Semuanya itu tetap dilakukan bersama-sama dengan upaya penyesuaian yang terus menerus sejalan dengan tujuan organisasi.

Gambar 2.8
Kerangka Kerja Ukuran Pertumbuhan dan Pembelajaran



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

Dalam sistem manajemen tradisional pada umumnya berfokus pada anggaran (*budget*) sehingga pelaksanaan strategi perusahaan sangat tergantung pada anggaran yang tersedia. Sedangkan *Balanced Scorecard* berfokus pada perbaikan proses-proses manajemen strategis, sehingga strategi perusahaan

dapat diterjemahkan secara sistematis menjadi tindakan-tindakan yang terarah (Gasperz, 2003).

2.7.2. Fungsi *Balanced Scorecard*

Sebagai suatu sistem manajemen strategis fungsi *Balanced Scorecard* adalah sebagai berikut : (Kaplan dan Norton, 2000)

1. Mengklarifikasi dan menghasilkan konsensus mengenai strategi
2. Mengkomunikasikan strategi ke seluruh organisasi
3. Menyelaraskan berbagai tujuan bagian dan pribadi dengan strategi organisasi
4. Mengaitkan berbagai tujuan strategis dengansasaran jangka panjang dan anggaran tahunan
5. Mengidentifikasi dan menyelaraskan berbagai inisiatif strategis
6. Melaksanakan peninjauan ulang strategi secara periodik dan sistematis
7. Mendapatkan umpan balik yang dibutuhkan untuk mempelajari dan memperbaiki strategi

2.7.3. Keunggulan *Balanced Scorecard*

Didalam *Balanced Scorecard* dengan empat perspektifnya telah menjelaskan bahwa perusahaan yang sukses tidak hanya mengejar keuntungan finansial semata tetapi juga berusaha meningkatkan kepuasan pelanggan, pengembangan sumber daya manusia dan proses yang berkualitas. Dengan demikian *Balanced Scorecard* ini relevan untuk diterapkan dalam rumah sakit (Trisnantoro, 2004).

Balanced Scorecard menurut Mulyadi (2002), perlu diimplementasikan oleh perusahaan karena :

1. Lingkungan bisnis yang sangat kompetitif dan turbulen, sehingga menuntut kemampuan perusahaan untuk :
 - a. Membangun keunggulan kompetitif melalui *distinctive capability*
 - b. Membangun dan secara berkelanjutan memutakhirkan peta perjalanan untuk mewujudkan masa depan perusahaan
 - c. Menempuh langkah-langkah strategis dalam membangun masa depan perusahaan
 - d. Mengerahkan dan memusatkan kapabilitas dan komitmen seluruh personil dalam membangun masa depan perusahaan
2. Sistem manajemen yang tidak pas dengan tuntutan lingkungan bisnis yang mempunyai karakteristik :
 - a. Sistem manajemennya hanya mengandalkan anggaran tahunan sebagai alat perencanaan masa depan perusahaan
 - b. Tidak terdapat kekoherenan antara rencana jangka panjang dengan rencana jangka pendek dan implementasinya
 - c. Sistem manajemennya tidak mengikutsertakan secara optimal seluruh personil untuk membangun masa depan perusahaan

2.7.4. Langkah-langkah dalam membangun *Balanced Scorecard*

Dalam membangun *Balanced Scorecard* di suatu organisasi, menurut Paul R Niven (2002) langkah-langkahnya sebagai berikut :

1. Menetapkan visi, misi, dan strategi organisasi.
 - a. Visi

Suatu pernyataan menyeluruh tentang gambaran ideal yang ingin dicapai oleh organisasi di masa yang akan datang yang diciptakan

melalui konsensus, menggambarkan sesuatu yang mungkin, memberikan arah dan fokus, tidak memiliki batas waktu (Gasperz, 2003).

b. Misi

Menurut Husain Umar (2003) misi adalah penjabaran secara tertulis mengenai visi agar menjadi mudah dimengerti oleh seluruh staf perusahaan. Sedangkan David (2001) berpendapat bahwa misi adalah pernyataan mengenai alasan suatu organisasi berdiri, menjawab pertanyaan apakah bisnis organisasi itu. Pernyataan misi mengungkapkan apa yang ingin organisasi kerjakan dan siapa yang ingin dilayani. Misi sangat penting untuk menentukan tujuan dan merumuskan strategi.

c. Strategi

Strategi menurut Niven (2002) adalah perencanaan manajemen tingkat atas untuk organisasi di masa depan. Sedangkan menurut Hunger dan Wheelen (2003) strategi adalah rumusan perencanaan komprehensif tentang bagaimana organisasi akan mencapai misi dan tujuannya. Strategi akan memaksimalkan keunggulan kompetitif dan meminimalkan keterbatasan bersaing. Organisasi yang membangun *Balanced Scorecard* harus sudah mempunyai visi, misi, dan strategi organisasi.

2. Menyusun Tujuan dan Peta Strategi

a. Tujuan

Tujuan adalah hasil akhir aktivitas perencanaan. Tujuan merumuskan apa yang akan diselesaikan dan kapan akan diselesaikan dan sebaiknya diukur jika memungkinkan (Hunger dan Wheelen, 2003).

b. Peta Strategi

Peta strategi adalah diagram yang mendeskripsikan atau menggambarkan strategi melalui keterkaitan sebab akibat diantara tujuan-tujuan dalam keempat perspektif *Balanced Scorecard* secara eksplisit. Dengan peta strategi maka strategi dapat dijelaskan dengan cara yang sama dan konsisten kepada seluruh anggota organisasi sehingga tujuan-tujuan dan ukuran-ukuran dapat dikelola dengan baik (Kaplan dan Norton, 2004).

3. Pengukuran

Pengukuran adalah suatu cara memantau dan menelusuri kemajuan tujuan-tujuan strategis. Pengukuran dapat berupa indikator yang menuju hasil akhir (*lead indicator*) atau hasil akhir (*lag indicator*) (Gasperz, 2003). Maka dalam pelaksanaannya organisasi perlu menyusun tujuan dan pengukuran berdasarkan empat perspektif dalam *Balanced Scorecard*.

4. Menetapkan Strategi Terpilih

Penetapan strategi terpilih ini merupakan pengambilan keputusan untuk perencanaan strategis bagi suatu organisasi.

5. Menyusun *Plan Of Action* (POA)

Penyusunan *Plan Of Action* ini berkaitan dengan tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menjalankan strategi terpilih dalam perencanaan strategis suatu organisasi.

2.7.5. *Balanced Scorecard* pada organisasi pemerintah

Menurut Gaspersz (2003) pada organisasi swasta (bisnis), tujuan finansial telah menjadi fokus bagi tujuan dan ukuran semua perspektif dalam *balanced scorecard*. Namun berbeda pada organisasi pemerintah, tujuan finansial tidak menjadi tujuan utama. Yang menjadi fokus utama dalam organisasi pemerintah adalah pencapaian tujuan yang berfokus pada pelanggan.

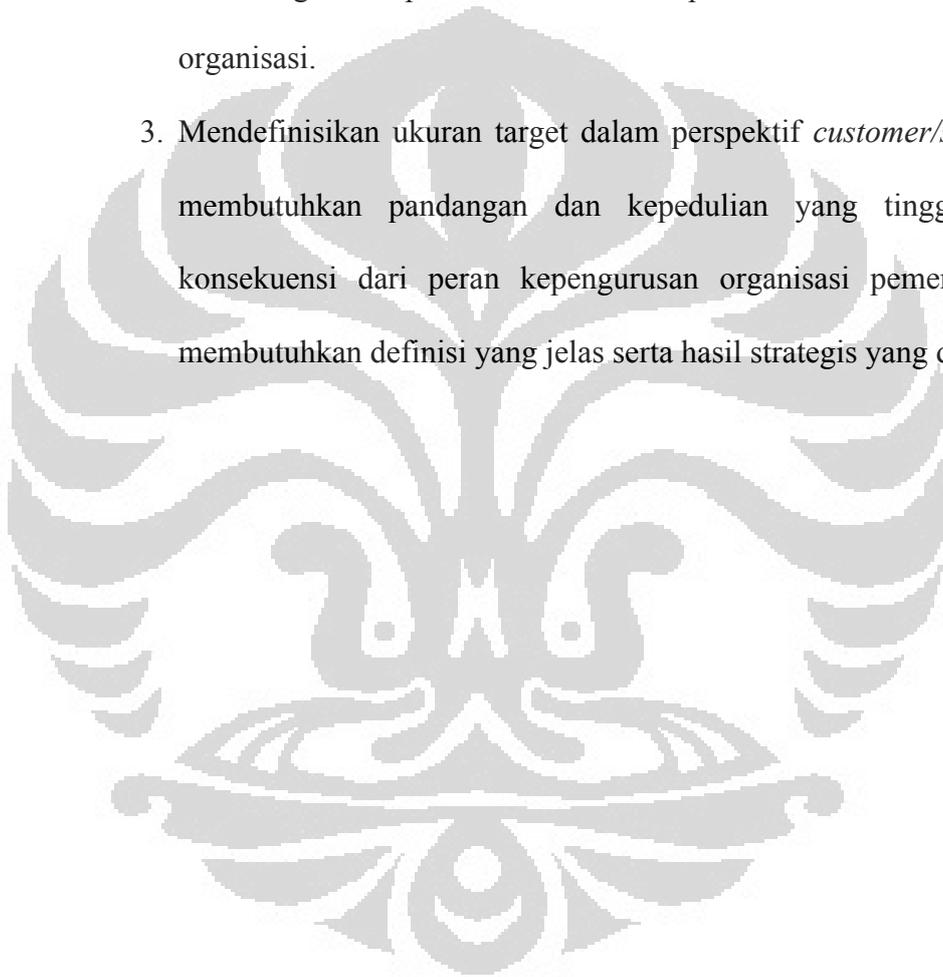
Aparat pemerintah merupakan orang yang dipercaya dan diberi mandat oleh negara dan rakyat untuk mengelola pemerintahannya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Untuk mengetahui efektifitasnya harus diukur berdasarkan sejauh mana kemampuan pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Menurut Kaplan dan Norton (2000), perspektif pelanggan seharusnya menjadi pengendali ukuran *scorecard* organisasi pemerintah. Keberhasilan organisasi pemerintah dan nirlaba diukur melalui efektivitas dan efisiensi dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

Penerapan *Balanced Scorecard* dalam organisasi pemerintah menurut Gaspersz (2003) memerlukan beberapa penyesuaian karena :

1. Fokus utama sektor publik adalah masyarakat dan kelompok-kelompok tertentu (*interest group*), sedangkan fokus utama sektor bisnis adalah pelanggan dan pemegang saham.

2. Tujuan utama organisasi publik adalah bukan maksimalisasi hasil-hasil finansial, tetapi keseimbangan pertanggungjawaban finansial (anggaran) melalui pelayanan kepada pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholder*) sesuai dengan visi dan misi organisasi. Untuk organisasi pemerintah misi merupakan landasan utama kegiatan organisasi.
3. Mendefinisikan ukuran target dalam perspektif *customer/stakeholder* membutuhkan pandangan dan kepedulian yang tinggi, sebagai konsekuensi dari peran kepengurusan organisasi pemerintah, dan membutuhkan definisi yang jelas serta hasil strategis yang diinginkan.



Tabel 2.1
Perbedaan perspektif *Balanced Scorecard* organisasi swasta dan organisasi pemerintah

Perspektif	Organisasi Swasta	Organisasi Pemerintah
Finansial	Bagaimana kita melihat dan memberikan nilai kepada pemegang saham	Bagaimana kita melihat dan memberikan nilai kepada masyarakat dan atau pembayar pajak
Pelanggan	Bagaimana pelanggan melihat dan mengevaluasi kinerja kami	Bagaimana orang yang menggunakan jasa/pelayanan publik memandang dan mengevaluasi kinerja kami
Proses bisnis internal	Apa yang harus diunggulkan dari proses dan produk kami	Apa program pembangunan yang dilaksanakan telah memberikan hasil sesuai dengan yang diinginkan
Pertumbuhan dan pembelajaran	Dapatkah kita melanjutkan untuk meningkatkan dan menciptakan nilai kepada pelanggan, pemegang saham, karyawan, manajemen, organisasi	Dapatkah kita melanjutkan untuk meningkatkan dan menciptakan nilai untuk masyarakat/pembayar pajak, aparatur, dan pejabat pemerintah, organisasi pemerintah dan pihak lain yang berkepentingan (<i>stakeholder</i>)

Sumber : Vincent Gasperz, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma Untuk Organisasi Bisnis Dan Pemerintah*, PT Gramedia Pustaka Utama, 2003

Balanced Scorecard organisasi pemerintah juga terdiri dari empat perspektif, yaitu :

1. Perspektif Pelanggan

Manajer pemerintahan harus mengetahui apakah pelayanan publik yang mereka berikan telah memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai warga negara dan pembayar pajak. Mereka harus menentukan jawaban atas pertanyaan : Apakah organisasi pemerintah telah memberikan

pelayanan publik yang sesuai dengan kebutuhan dan *ekspektasi* masyarakat?

2. Perspektif Finansial

Manajer pemerintahan harus berfokus pada pemenuhan pelayanan publik dalam cara-cara yang efisien. Mereka harus menjawab pertanyaan: Apakah pelayanan publik diberikan pada tingkat biaya yang kompetitif dan efisien?

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Manajer pemerintahan harus berfokus pada operasi-operasi kritis yang memungkinkan mereka mampu memenuhi kebutuhan masyarakat. Mereka harus menjawab : Dapatkah organisasi pemerintah meningkatkan pelayanan publik melalui perubahan cara (metode) pelayanan?

4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Kemampuan suatu organisasi pemerintah meningkatkan dan memenuhi kebutuhan masyarakat berkaitan secara langsung dengan kemampuan keryawan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat itu. Manajer pemerintahan harus menjawab : Apakah organisasi pemerintah mempertahankan teknologi dan pelatihan karyawan untuk peningkatan terus menerus?

Bedasarkan penjelasan diatas, maka model *Balanced Scorecard* yang ingin diterapkan didasarkan pada *Performance* organisasi pemerintah dalam mencapai misinya sehingga peta hubungan sebab akibat yang akan dikembangkan agak berbeda dimana perspektif keuangan dan pelanggan menjadi sejajar dan digunakan untuk memberi kontribusi ke pencapaian misi

dan perspektif proses bisnis internal mendukung kinerja keuangan dan pelanggan.

2.7.6. *Balanced Scorecard* dan sistem pengukuran kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan karya tidak terbatas kepada personel yang memegang jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada jajaran personel di dalam organisasi secara keseluruhan (Ilyas, 2001).

Menurut Sianipar (2000), kinerja adalah hasil akhir atau kemampuan kerja seseorang atau sekelompok atas suatu pekerjaan pada waktu tertentu. Bentuk kinerja itu dapat berupa hasil akhir atau produk barang dan jasa, bentuk perilaku, kecakapan kompetensi, sarana, terampilan spesifik yang berkontribusi terhadap pencapaian keseluruhan tujuan organisasi.

Pengukuran kinerja merupakan tindakan pengukuran yang dilakukan terhadap berbagai aktivitas dalam rantai nilai yang ada pada organisasi. Hasil pengukuran tersebut kemudian digunakan sebagai umpan balik yang akan memberikan informasi tentang prestasi pelaksanaan suatu rencana dan titik di mana organisasi memerlukan penyesuaian-penyesuaian atas aktivitas perencanaan dan pengendalian (Ichsan, dkk, 2007).

Menurut Ichsan dkk (2007), dengan munculnya berbagai paradigma baru dimana bisnis harus digerakkan oleh *customer focused*, maka suatu sistem pengukuran kinerja yang efektif paling tidak harus memiliki syarat-syarat sebagai berikut :

1. Didasarkan pada masing-masing aktivitas dan karakteristik organisasi itu sendiri sesuai dengan perspektif pelanggan.
2. Evaluasi atas berbagai aktivitas, menggunakan ukuran-ukuran kinerja yang *customer validated*.
3. Sesuai dengan seluruh aspek kinerja aktivitas yang mempengaruhi pelanggan, sehingga menghasilkan penilaian yang komprehensif.
4. Memberikan umpan balik untuk membantu seluruh anggota organisasi mengenali masalah-masalah yang ada kemungkinan perbaikan.

Menurut Lynch dan Cross (1993) yang dikutip Ichsan dkk (2007), manfaat dari pengukuran kinerja yang baik adalah :

1. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberi kepuasan kepada pelanggan.
2. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal.
3. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut (*reduction of waste*).
4. Membuat suatu tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi.
5. Membangun consensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi "*reward*" atas perilaku yang diharapkan tersebut.

Agar penilaian kinerja dapat objektif maka diperlukan indikator kinerja yang digunakan untuk penilaian kinerja secara personel dalam suatu organisasi. Penilaian tersebut dilakukan dengan cara membandingkan hasil yang dicapai dengan standar yang ditetapkan sebelumnya. Kemudian dilakukan pemilihan ukuran kinerja atau *Key Performance Indicator* (KPI), yaitu ukuran keberhasilan pelaksanaan tugas untuk fungsi kelompok atau individu.

KPI merupakan serangkaian proses yang fokus pada pembahasan sistem pengukuran yang efektivitasnya terjamin sepanjang waktu agar mampu melakukan pengukuran kinerja yang akan digunakan sebagai pembanding sepanjang waktu. Pengukuran kinerja merupakan suatu cara untuk mengukur arah dan kecepatan perubahan dari kondisi saat ini ke masa yang akan datang.

Karakteristik yang dipakai dalam mengevaluasi ukuran kinerja dengan menggunakan *Balanced Scorecard* dalam suatu organisasi adalah :

1. Biaya yang dikeluarkan untuk pengukuran program tidak lebih besar dari manfaat yang diterima.
2. Pengukuran harus dimulai pada permulaan program *Balanced Scorecard*.
3. Pengukuran harus terkait langsung dengan tujuan strategis yang dirumuskan.
4. Pengukuran harus sederhana serta memunculkan data yang mudah digunakan, dipahami dan mudah melaporkannya.

5. Pengukuran harus dapat diulang terus menerus sepanjang waktu sehingga dapat diperbandingkan antara pengukuran pada satu titik waktu dan pada titik waktu yang lain.
6. Pengukuran harus dilakukan pada sistem secara keseluruhan yang menjadi ruang lingkup *Balanced Scorecard*.
7. Pengukuran harus dapat digunakan untuk menetapkan target, mengarahkan kepada peningkatan kinerja yang akan datang.
8. ukuran-ukuran kinerja dalam program *Balanced Scorecard* yang diukur telah dipahami secara jelas oleh semua individu yang terlibat.
9. Pengukuran melibatkan semua individu yang berada dalam proses yang terlibat dalam *Balanced Scorecard*.
10. Pengukuran harus diterima dan dipercaya secara valid oleh mereka yang menggunakan berarti hasil pengukuran harus akurat dan dapat diandalkan.
11. Pengukuran harus berfokus pada tindakan korektif dan peningkatan, bukan sekedar pada pemantauan atau pengendalian.

2.7.7. *Balanced Scorecard* sebagai Sistem Pengendalian Strategis

Pengendalian (*control*) merupakan salah satu fungsi manajemen yang menempati posisi kritis dalam menentukan keberhasilan suatu organisasi. Menurut Anthony dan Vijay (2000), “*management control is the process by which managers influence other members of the organization to implement the organization’s strategies.*”

Lebih lanjut, Kenneth A Merchant (1997) membedakan *management control* dengan *strategic control* dalam bentuk pertanyaan, sebagai berikut :

Strategic control involves managers addressing the question : Is our strategy valid? Or, more appropriately in changing environments, they ask : Is Our strategy still valid, and if not, how should it be changed?

Management control involves addressing the general question : Are our employees likely to behave appropriately? This question can be decomposed into several parts. First, do our employees understand what we expect of them? Second, will they work consistently hard and try to do what is expected of them? Third, are they capable of doing a good job? Finally, what can be done too solve the management control problem?

Dari dua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa pengendalian manajemen adalah suatu proses di mana manajemen menggerakkan seluruh individu dalam organisasi untuk memastikan bahwa mereka memahami dan telah bertindak sesuai dengan strategi perusahaan dan penjabaran strategi tersebut. Pengendalian strategi di sini memberikan payung bagi pengendalian manajemen agar aktivitas operasional terhubung dengan strategi bisnis. Sintesis keduanya memunculkan istilah yang mulai populer sebagai sistem pengendalian manajemen strategis.

Bentuk sistem pengendalian manajemen yang baik amat tergantung dari karakteristik suatu organisasi. Karakteristik pengendalian yang baik (*good control*) adalah suatu sistem pengendalian yang berorientasi ke depan, *objective driven*, dan tidak selalu ekonomis. Suatu sistem pengendalian juga harus mencakup sistem operasional yang menyeluruh *goal congruence*,

bermuara ke perspektif keuangan, memiliki pola dan jadwal yang jelas, dan terintegrasi. (Anthony & Young yang dikutip oleh Ichsan, dkk, 2007)

Kenneth A. Merchant membagi objek pengendalian dalam tiga jenis, yaitu:

1. *Action Control*

Bentuk pengendalian untuk menjamin bahwa setiap pegawai melakukan (tidak melakukan) aktivitas tertentu yang dianggap bermanfaat (tidak bermanfaat) bagi organisasi.

2. *Result Control*

Pengendalian yang lebih menekankan pada hasil akhir, dengan mengesampingkan, melalui tindakan apa sesuatu itu diperoleh.

3. *Personel/Culture Control*

Bentuk pengendalian yang mengandalkan pada kendali perilaku pegawai atau pengendalian sesama pegawai sesuai nilai-nilai, norma, atau budaya yang telah ada yang ingin diciptakan dalam organisasi.

Ketiga jenis pengendalian tersebut digunakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi dengan tingkat keketatan sesuai kondisi dan kebutuhan.

Menurut Anthony & Vijay (2000), Untuk mendukung aktivitas tersebut, manajer memerlukan berbagai informasi. Jenis-jenis informasi yang diperlukan manajemen tersebut untuk mengurangi ketidakpastian organisasi pada masa-masa mendatang adalah :

1. *Informal information*

2. *Task control information*

3. *Budget report*

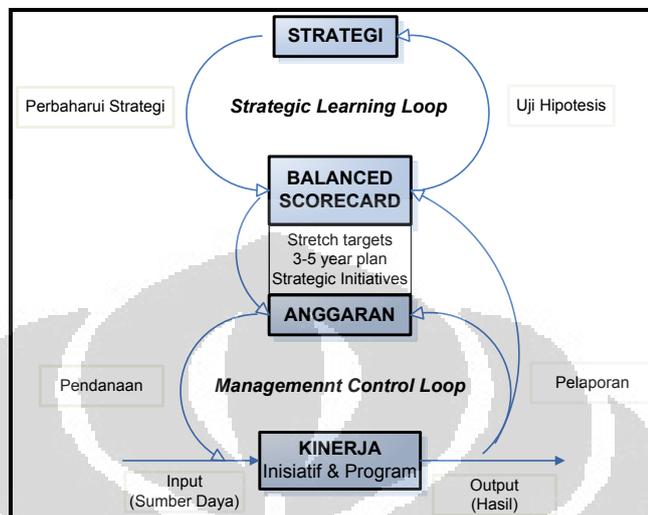
4. *Budget signal*

5. *Nonfinancial information*

Kombinasi dari berbagai jenis informasi tersebut itulah yang kemudian digunakan untuk mendesain sistem pengukuran kinerja (*performance measurement system*). Menurut Merchant, meskipun dalam paradigma *management control system* yang baru, pengukuran kinerja bukan lagi dianggap sebagai fokus utama suatu sistem pengendalian, namun merupakan bagian integral dan terpenting dari *result control*.

Suatu strategi memerlukan perencanaan, pembuatan keputusan, pemantauan atas kemajuannya dan pengendalian. Oleh karena itu, pengendalian manajemen juga meski mencakup faktor-faktor eksternal dan dikembangkan untuk mencakup informasi strategis yang akan menunjukkan apakah posisi perusahaan masih bisa berkompetisi di masa yang akan datang. Sangat mungkin, suatu strategi yang juga telah merefleksikan antisipasi terhadap ancaman dan peluang bisnis di masa datang, segera usang karena perubahan faktor internal, dan khususnya faktor eksternal yang begitu cepat. Ini bisa dideteksi lebih dini bila proses pemantauan dapat dilakukan dengan sistem pengendalian yang modern di mana *feed back system* dilakukan dengan mekanisme *double loop*. Manajemen tidak saja dituntut untuk mengamati berbagai varian operasional tetapi mereka diharuskan pula mengevaluasi apakah strategi yang sedang dijalankan relevan dengan situasi mutakhir perjalanan bisnis.

Gambar 2.9
Strategi Sebagai Proses yang Berkesinambungan



Sumber : David P. Norton, 1996

2.7.8. Teknik analisa lingkungan

Teknik analisa lingkungan tidak hanya terbatas pada proses analisa, tetapi mulai dari pendeteksian, monitoring dan perkiraan serta pelaksanaan. Untuk mendeteksi lingkungan dapat dilakukan dengan melihat trend, pendapat ahli, analisa orang-orang yang berkepentingan, analisa faktor sukses kritis, menulis skenario dan analisa kompetitif

Berikut ini teknik analisa lingkungan yang menggunakan pendapat ahli :

1. Teknik Delphi

Merupakan teknik pengumpulan data dan pendapat dari tim yang terlibat aktif dalam analisa, kemudian merangkum pendapat yang ada dan mengembalikan lagi kepada peserta untuk minta pendapat lain dalam meminimalisir bias dan saling mempengaruhi. Hal tersebut dilakukan beberapa kali dan hasil pendapat tadi dikumpulkan dan diformulasikan.

2. *Consensus Decision Making Group*

CDMG merupakan sekumpulan orang-orang yang anggotanya memiliki kesempatan untuk mempengaruhi, menerima, dan mendukung keputusan dan biasanya mempunyai tingkatan yang sama. CDMG merupakan alat untuk mengambil keputusan serta mengevaluasi alternative yang telah dihasilkan. Prosedur penggunaan alat ini terdiri dari beberapa langkah yang dapat dilakukan berulang-ulang hingga didapatkan konsensus bersama. Langkah-langkah tersebut adalah :

- a. Lakukan diskusi penuh untuk membicarakan masalah yang akan diputuskan.
- b. Identifikasi hal mana yang disetujui dan tidak disetujui, agar dapat dicantumkan di papan dan dapat dilihat oleh semua anggota CDMG.
- c. Lakukan penyesuaian dari perbedaan pendapat agar tidak ada satupun anggota CDMG yang merasa terletak diluar group.

BAB 3

GAMBARAN UMUM RSUD TARAKAN

3.1. Sejarah Perkembangan

Dalam perkembangannya RSUD Tarakan mengalami banyak perubahan sejak awal berdirinya hingga saat ini. Berikut ini perubahan yang dialami RSUD Tarakan yang awal berfungsi sebagai Balai pengobatan sejak tahun 1953 sampai dengan tahun 2006.

1. Tahun 1953 : sebagai balai pengobatan dengan bangunan 2 lantai (Blok A) berlokasi di Jl. Kyai Caringin No. 7 Jakarta Pusat.
2. Tahun 1968 : menjadi puskesmas kecamatan Gambir dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat.
3. Tahun 1985 : didirikan bangunan fisik di bagian belakang menjadi 4 lantai (Blok B).
4. Tahun 1987 : menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan yang merupakan salah satu rumah sakit pemerintah DKI.
5. Tahun 1989 : ditetapkan menjadi rumah sakit tipe C dengan kapasitas 30 tempat tidur berdasarkan SK. Menkes No. 15 Tahun 1989 dan SK. Gubernur DKI Jakarta No.44
6. Tahun 1997 : RSUD Tarakan menjadi RS. Unit Swadana (April 1997) dengan PERDA No. 10/1997 dan rumah sakit kelas B berdasarkan SK. Menkes No. 1224/Menkes/SK/1997 (Desember 1997).
7. Tahun 1998 : Bulan Maret disahkan organisasi dan tata kerja RSUD Tarakan kelas Non pendidikan melalui PERDA No. 4 Tahun 1998. Pada bulan

Oktober disahkan operasionalisasi organisasi dan tata kerja kelas B Non Pendidikan.

8. Tahun 2001 : dibangun gedung baru yang terdiri dari 3 lantai terletak disamping kanan (Blok C).
9. Tahun 2003 : dibangunnya gedung baru berlantai 6 yang terletak di Jl. Siantar, yang bersebelahan dengan Jl. Kyai Caringin, dan mulai beroperasi bulan Juni 2004.
10. Tahun 2004 : dipertengahan tahun 2004 gedung RSUD Tarakan yang didirikan pada tahun 1953 di renovasi total menjadi gedung DP I berlantai 8 yang pembangunannya selesai akhir Desember tahun 2005 dan beroperasi bulan Maret tahun 2006.
11. Tahun 2005 : renovasi total gedung DP I berlantai 8 yang dimulai pertengahan tahun 2004 dan selesai akhir tahun 2005 yang terdiri dari Blok A, B dan C
12. Tahun 2006 : RSUD Tarakan mempunyai 2 buah gedung yaitu : gedung DP II dan gedung DP I.
 - a. Gedung DP I berlantai 8 dibangun pada pertengahan tahun 2004 terdiri dari 2 blok yaitu blok A dan blok B, selesai akhir tahun 2005 dan ber operasinal mulai awal Maret.
 - b. Gedung DP II berlantai 6 dibangun tahun 2003.
 - c. Blok C yang menempel pada gedung DP I
 - d. Jembatan penghubung antara gedung DP I dan DP II

3.2. Falsafah, Visi, Misi dan Budaya Kerja RSUD Tarakan

3.2.1. Falsafah Tridarma RSUD Tarakan

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna atas Ridho Tuhan Yang Maha Esa.
2. Mengembangkan profesi guna meningkatkan pelayanan.
3. Mewujudkan kesejahteraan bersama.

3.2.2. Visi

Rumah Sakit kebanggaan masyarakat DKI Jakarta dan bertaraf Internasional.

3.2.3. Misi

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan seluruh lapisan masyarakat.
2. Mewujudkan SDM professional dan sejahtera.

3.2.4. Value

1. Bekerja dengan tulus dan ikhlas.
2. Komitmen dan kebersamaan meningkatkan kinerja pelayanan.
3. Selalu belajar dan inovatif.
4. Disiplin dan berjiwa besar.
5. Transparan dan akuntabilitas dalam bekerja.

3.2.5. Kebijakan Mutu

RSUD Tarakan memberikan pelayanan prima secara konsisten sehingga tercapai kepuasan pelanggan.

3.2.6. Motto

Kesembuhan Anda Kebahagiaan Kami

3.2.7. Budaya Kerja

PEDULI

Percaya kemampuan diri

Dukungan antar manusia

Limpahan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa

3.3. Data Fisik RSUD Tarakan

3.3.1. Luas Tanah

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 1. Luas tanah gedung DP I dan Blok C | : 7.023 m ² |
| 2. Luas tanah gedung DP II | : 3.440 m ² |
| 3. Luas tanah RSUD Tarakan seluruhnya | : 10.463 m ² |

3.3.2. Luas Bangunan

Pada bulan Maret 2006 pelayanan terhadap pasien dan kegiatan manajemen RSUD Tarakan dilaksanakan pada gedung baru yaitu gedung DP I yang dibangun pada tahun 2004 yang berlantai 8, dan gedung DP II yang berlantai 6 untuk pelayanan pemeriksaan medical cek up, IBS, dan anestesi serta perawatan pasien kelas I dan II. Berikut ini rincian luas bangunan RSUD Tarakan dari tahun 1953 sampai dengan tahun 2006 :

Tabel 3.1
Luas tanah dan bangunan RSUD Tarakan tahun 1953 – 2006

NO	URAIAN	Tahun di Bangun	LUAS		JUMLAH	
			Bangunan	Tanah	T.Tidur	Lantai
1.	Balai Pengobatan	1953				
2.	Puskesmas	1968	2.570 m ²	6.662 m ²		2
3.	Rumah Sakit Type C	1987	4.740 m ²	6.662 m ²	30	4
4.	Rumah Sakit Type B Non Pendidikan	1998	6.275 m ²	7.023 m ²	153	4
5.	Gedung DP I terdiri dari :			7.023 m ²		
	a. Blok A	2004	15.113,72 m ²			2
	b. Blok B	2004			141	8
	c. Blok C	2001	1.535,36 m ²			3
6.	Gedung DP II terdiri dari :			3.440 m ²		
	a. Blok D	2003	9.865 m ²			6
	b. Blok E	2003	565 m ²			
	Gedung 2006 (DP I & DP II)		27.079,08 m ²	10.463 m ²		

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Berikut ini rincian ruangan di RSUD Tarakan pada tahun 2006 :

1. Gedung DP I yang berlantai 8 :

a. Lantai Basement

- 1) Sub. Bagian Rumah Tangga
- 2) Gudang Farmasi
- 3) Sub. Bagian Rekam Medis
- 4) Instalasi Gizi
- 5) Instalasi Sanitasi
- 6) Gudang Rumah Tangga
- 7) P2BJU

b. Lantai 1 (satu)

- 1) Poli Bedah
- 2) Poli Jantung
- 3) Poli Penyakit Dalam
- 4) Poli Saraf
- 5) Poli Kebidanan
- 6) Poli Paru
- 7) Pihak ke 3 dan gakin
- 8) Ruang Informasi
- 9) Ruang Pendaftaran pasien rawat jalan
- 10) Kasir rawat jalan dan rawat inap
- 11) Depo farmasi RSUD Tarakan
- 12) Ruang operator
- 13) Ruang pendaftaran pemeriksaan radiology
- 14) Instalasi jenazah

c. Lantai 2 (dua)

- 1) Instalasi farmasi & depo farmasi
- 2) Ka. Sub. Bagian pemasaran & informasi
- 3) Poli mata
- 4) Poli kulit & kelamin
- 5) Poli THT
- 6) Poli gigi & mulut
- 7) Poli anak
- 8) Kasir penunjang

d. Lantai 3 (tiga)

- 1) Ruang perawatan bersalin kelas III (seruni)
- 2) Ruang perawatan perinatologi

e. Lantai 4 (empat)

Di peruntukan untuk ruang administrasi dan manajemen yaitu :

- 1) Ruang Direktur
- 2) Ruang Sekretaris Direktur
- 3) Ruang Bagian Keuangan
- 4) Ruang Wadir umum dan keuangan
- 5) Ruang Sub. Bag. Anggaran
- 6) Ruang Wadir pelayanan
- 7) Ruang sekretaris Wadir pelayanan
- 8) Ruang bidang pelayanan
- 9) Ruang bidang perawatan
- 10) Ruang bagian umum
- 11) Ruang bagian perencanaan
- 12) Ruang seksi perawatan I
- 13) Ruang seksi perawatan II
- 14) Ruang seksi medis I
- 15) Ruang seksi medis II
- 16) Ruang Sub. Bag. Tata usaha
- 17) Ruang Sub. Bag. Program
- 18) Ruang Tata Usaha
- 19) Ruang Sub. Bag. Program

20) Ruang Sub. Bag.kepegawaian

21) Ruang instalasi diklat

22) Ruang SPI

23) Ruang rapat (pertemuan)

f. Lantai 5 (lima)

Ruang perawatan bedah kelas 3 (soka)

g. Lantai 6 (enam)

Ruang perawatan anak kelas 3 (melati)

h. Lantai 7 (tujuh)

Ruang perawatan paru kelas 3 (mawar)

i. Lantai 8 (delapan)

Ruang perawatan penyakit dalam kelas 3 (dahlia)

2. Gedung DP II berlantai 6 dengan rincian :

a. Lantai dasar

Instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit (IPSR)

b. Lantai 1 (satu)

c. Lantai 2 (dua)

1) Instalasi bedah sentral

2) Instalasi anestesi

3) Ruang perawatan HCU

4) Ruang patologi anatomi

5) Instalasi CSSD

d. Lantai 3 (tiga)

- 1) Ruang pelayanan medical cek up
- 2) Instalasi rehab medik (fisioterapi)
- 3) Kasir medical cek up

e. Lantai 5 (lima)

- 1) Ruang perawatan VIP
- 2) Ruang perawatan kelas I

f. Lantai 6 (enam)

Ruang perawatan kelas II

3. Blok C terdiri dari 3 lantai dengan rincian :

Lantai 1 :

- a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- b. Ruang pemeriksaan USG
- c. Instalasi Radiologi

4. Jembatan penghubung antara DP I dan DP II

Instalasi laboratorium (P. klinik)

3.3.3. Sarana Lainnya

1. Sarana Air Bersih (PAM) : 1 unit (500m³)
2. Sarana Listrik (PLN) : 2.075 KWH
3. Pengolahan Limbah : 2 unit
4. Pembakaran Sampah : 1 unit
5. Lift pasien : 7 unit
6. Kendaraan Operasional
Ambulance : 7 unit

7. Sarana Komunikasi

Telephone : 30 line

Airphone : 250 line

Fax : 3 line

8. Komputer : 62 unit

3.4. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Perkembangan perumahan sakitan menuntut RSUD Tarakan untuk dapat meningkatkan kemampuan manajemen dalam operasional rumah sakit. Hal tersebut tidak dapat dilepaskan dari peran SDM yang handal, yang mampu berkontribusi maksimal kepada kemajuan rumah sakit.

Kontribusi yang besar bukan semata-mata karena jumlah karyawan yang banyak, melainkan karena rumah sakit memiliki SDM yang berkualitas dalam bekerja serta mampu mengembangkan pelayanan maupun menciptakan kepuasan pasien.

Data pada akhir tahun 2006 menunjukkan bahwa karyawan RSUD Tarakan berjumlah 516 orang yang terdiri dari :

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| 1. Tenaga Medis | : 10,66% |
| 2. Tenaga Perawatan | : 40,70% |
| 3. Tenaga Paramedis dan non perawatan | : 9,11% |
| 4. Tenaga Non Medis | : 39,53% |

Sesuai rencana pengembangan jumlah karyawan terhadap tuntutan hasil kinerja yang ada, termasuk mengganti yang keluar karena mutasi tugas, mengundurkan diri, pensiun maupun pensiun dini, rumah sakit Tarakan secara selektif dan cermat melakukan kader dari dalam dan merekrut SDM siap pakai.

Berikut rincian ketenagaan di RSUD Tarakan :

1. Berdasarkan Status Kepegawaian

Tabel 3.2
Status Kepegawaian RSUD Tarakan

No	Status Kepegawaian	2005	Persentase	2006	Persentase
1.	Pegawai Negeri Sipil	233	51,55%	226	43,80%
2.	PTT	29	6,42%	29	5,62%
3.	Honorar	190	42,04%	261	50,58%
	Jumlah	425		561	

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Pada tahun 2006 terlihat adanya penurunan jumlah Pegawai Negeri Sipil sebanyak 7 orang dibandingkan tahun 2005 ini disebabkan :

- a. Pegawai Negeri Sipil yang pensiun = 5 orang
- b. Adanya pegawai yang pindah ke instansi lain = 2 orang

Pada tahun 2006 sebanyak 71 orang diterima sebagai tenaga honorar RSUD Tarakan baik untuk ditempatkan sebagai tenaga non medis, paramedic dan perawat.

2. Berdasarkan Jenis Ketenagaan

Tabel 3.3
Jenis Ketenagaan

No	Uraian Ketenagaan	Jenis Tenaga			Jumlah
		PNS	PTT	Honorar	
1.	Tenaga Medis	54		1	55
2.	Tenaga Perawatan	103	24	83	210
3.	Tenaga paramedic Non Perawatan	22	5	20	47
4.	Tenaga Non Medis	47		157	204
	Jumlah	226	29	261	516

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Pada tahun 2006 jumlah tenaga secara keseluruhan meningkat 41,16% atau berjumlah 64 orang dibanding dengan tahun 2005. Jenis tenaga yang bertambah adalah :

- a. Tenaga perawatan : 49 orang
- b. Tenaga Non Medis : 30 orang

Penambahan tenaga perawatan adalah untuk meningkatkan pelayanan di bidang keperawatan karena selain untuk mengganti perawat yang pensiun, pindah dan berhenti juga untuk ditempatkan ke ruang perawatan karena adanya kenaikan jumlah tempat tidur di ruang rawat inap khususnya dari 141 tempat tidur pada tahun 2006 menjadi 219 tempat tidur pada tahun 2007, sedangkan penambahan di tenaga non medis adalah disebabkan oleh karena bertambahnya ruang dan luas pelayanan dari 1 gedung dengan 6 lantai menjadi 2 gedung dengan 10 lantai.

Tabel 3.4
Rincian Jumlah Tenaga RSUD Tarakan Tahun 2006

No	Uraian ketenagaan	Jenis Tenaga			Jumlah
		PNS	Non PNS		
			PTT	Honorar	
A	Tenaga Medis				
1.	Dokter Umum	10			10
2.	Dokter Spesialis	32			32
3.	Dokter Gigi	4			4
4.	Dokter Spesialis Bedah Mulut	1			1
5.	Dokter Gigi Spe.Orthodenti	2			2
6.	T. Kesehatan S2 (dr.Umum/Gigi) (MARS)	4			4
7.	Apoteker	1		1	2
	Sub Total	54		1	55
B	Tenaga paramedic (Perawat)				
1.	S1 Keperawatan	2		12	14
2.	Akademi perawat	57	10	65	132
3.	SPK/SPR/Perawat lainnya	27	14	3	44
4.	Perawat Bidan	7			7
5.	Bidan	4		1	5
6.	Pengatur Rawat Gigi			1	1

7.	Ak-Nes	6		1	7
	Sub Total	103	24	83	210
C	Tenaga Paramedis Non Perawat				
1.	S1 Kesehatan Masyarakat	1		2	3
2.	SAA/SMF	2		9	11
3.	Analisis lab (DIII Analis kesehatan)	1	2	4	7
4.	SMAK	4	1		5
5.	Radiografer (DIII RO)	5	1	1	7
6.	D3 Sanitarian	1		1	2
7.	D3 Gizi (penata gizi)	1		1	2
8.	D1 Gizi (pengatur gizi)	1			1
9.	Tehnisi Gigi			1	1
10	D3 T.Elektromedis (ATEM)	1	1		2
11	DIII Fisioterapi	3			3
12	Refraksionis			1	1
13	Akademi Rekam Medis	2			2
	Sub Total	22	5	20	47
D	Tenaga Non Medis				
1.	S2 Kesehatan lainnya (M.kes)	3			3
2.	Magister Manajemen	3			3
3.	Sarjana Administrasi	3		3	6
4.	Sarjana Ekonomi/Akuntansi	7		6	13
5.	Sarjana Komputer			1	1
6.	Sarjana Hukum			2	2
7.	Sarjana Teknik			1	1
8.	Sarjana Sastra			1	1
9.	Sarjana Biologi	1			1
10	D4 Statistik	1			1
11	D4 Perhotelan			1	1
12	D3 Hukum			1	1
13	D3 Ekonomi/Perbankan	1		5	6
14	D3 komputer			1	1
15	D3 Bahasa Inggris	1			1
16	D3 Perumahan			1	1
17	D1 Hukum			1	1
18	SMA	8		81	89
19	SMA+Prakarya	11			11
20	SMEA	2		14	16
21	STM	4		18	22
22	SMKK			4	4
23	SMP			8	8
24	SD	2		8	10
	Sub Total	47		157	204
	TOTAL	226	29	261	516

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

3.5. Fasilitas dan Pelayanan

Fasilitas dan pelayanan yang dimiliki RSUD Tarakan adalah sebagai berikut :

1. Instalasi Gawat Darurat yang dibuka selama 24 jam

Pada tahun 2006 IGD menempati lantai 1 blok C yang menempel pada gedung DP I RSUD Tarakan dengan tempat tidur berjumlah 6 tempat tidur.

Berikut ini perbandingan jumlah kunjungan IGD tahun 2005 dan 2006

Tabel 3.5
Jumlah Kunjungan IGD Tahun 2005 dan 2006

No.	Jenis Pelayanan	Tahun			
		2005	%	2006	%
1.	Bedah	4.796	26,16%	4.316	21,61%
2.	Non Bedah	8.700	47,46%	10.779	53,96%
3.	Kebidanan	890	4,86%	946	4,74%
4.	Anak	3.945	21,52%	3.935	19,70%
	Total	18.331	100%	19.976	100%

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Pada table diatas terlihat bahwa jumlah kunjungan IGD tahun 2006 naik sekitar 1.645 orang atau 8,97% dibandingkan jumlah kunjungan tahun 2005.

2. Instalasi Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pertama dan pintu gerbang masuknya pasien dan mempunyai kontribusi besar terhadap kinerja rumah sakit. Perawatan rawat jalan merupakan peralihan dari penderita yang datang ke rumah sakit bila akan di rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari 17 poliklinik, yaitu :

- a. Klinik Penyakit Dalam
- b. Klinik Mata
- c. Klinik Anak
- d. Klinik Saraf

- e. Klinik Kebidanan/Kandungan
- f. Klinik THT
- g. Klinik Paru
- h. Klinik Kulit dan Kelamin
- i. Klinik Jantung
- j. Klinik Bedah Umum
- k. Klinik Bedah Urologi
- l. Klinik Bedah Ortopedi
- m. Klinik Gigi
- n. Klinik Rehabilitasi Medis
- o. Klinik General Chek Up
- p. Klinik Konsultasi Gizi
- q. Klinik Bedah Saraf

Pelayanan rawat jalan di RSUD Tarakan dilakukan pada pagi dan sore hari. Selain pasien umum, RSUD Tarakan juga menerima pasien ASKES, pasien dengan Kartu Sehat dan pasien BRS. Berikut ini table jumlah kunjungan poliklinik pagi dan sore RSUD Tarakan Tahun 2005 – 2006.

Tabel 3.6
Jumlah Kunjungan Poliklinik Pagi dan Sore RSUD Tarakan Tahun 2005 – 2006

No	Uraian	Tahun			
		2005		2006	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1.	Rawat Jalan Pagi	131.928	98,19%	135.823	98,25%
2.	Rawat Jalan Sore	2.431	1,81%	2.424	1,75%
	Jumlah	134.359	100%	138.247	100%

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Dari table di atas terlihat bahwa pada tahun 2006 jumlah kunjungan rawat jalan pagi mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2005 dan jumlah kunjungan rawat jalan sore mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2005. berdasarkan laporan hasil pelayanan rawat jalan RSUD Tarakan, berikut ini sepuluh besar penyakit di rawat jalan RSUD Tarakan tahun 2006

Tabel 3.7
Sepuluh Besar Penyakit Rawat Jalan RSUD Tarakan tahun 2006

No.	Kode DTD	Nama Penyakit	Jumlah
1.	007 (A.15.0)	Tuberkulosis (TB) Paru BTA (+) dengan/tanpa biakan kuman	10.977
2.	199(L 10-L99)	Penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya	8.930
3.	142.9 (H 60-61.3,9)	Penyakit telinga dan prosesus mastoid	6.409
4.	167 (J.00-J.01)	Infeksi saluran pernafasan bagian atas akut lainnya	3.763
5.	180 (K 02)	Karies gigi	3.402
6.	145 (I 10)	Hipertensi essensial (primer)	3.359
7.	104.1 (E 11)	NIDDM	2.819
8.	131 (H 10-H 13)	Konjungtivitis dan gangguan lain konjungtiva	2.719
9.	137 (H 52)	Gangguan refraksi dan akomodasi	2.689
10.	133 (H25-H28)	Katarak dan gangguan lain lensa	2.508

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

3. Instalasi Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang berkunjung ke RSUD Tarakan yang memerlukan perawatan lebih lanjut untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan penunjang medik lainnya. Mulai awal Maret tahun 2006 ruang perawatan RSUD Tarakan berada di 2 (dua) gedung yaitu di gedung DP I di lantai 1, 2, 3, 5, 6, 7 dan 8 serta DP II menempati ruangan di lantai 3, 5, 6 dan 7.

Berikut ini tabel ruang perawatan rawat inap yang dimiliki RSUD Tarakan.

Tabel 3.8
Ruang Rawat Inap

No	Ruang Rawat	Tempat Tidur	Persentase
1.	VIP	2	1.42%
	Kelas 1	14	9.93%
2.	Anggrek 1	14	
	Kelas 2	18	12.77%
3.	Anggrek 2	18	
	Kelas 3	104	73.76%
4.	Melati (Perawatan Anak)	36	
5.	Seruni (Perawatan Bersalin)	14	
6.	Dahlia (Perawatan Dewasa PD)	22	
7.	Soka (Perawatan Dewasa Bedah)	20	
8.	Mawar	12	
9.	HCU	3	2.13%
	Sub Total	141	100.00%
	Perawatan Bayi	15	9.62%
10.	Perinatologi	15	
	TOTAL	156	

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Dari table di atas terlihat bahwa jumlah tempat tidur di ruang rawat kelas III pada tahun 2006 mengalami penambahan jumlah tempat tidur menjadi 104 tempat tidur atau 73,76% dari seluruh total tempat tidur yang ada. Dibandingkan dengan tahun 2005 penambahan tempat tidur pada tahun 2006 ada di ruang perawatan dewasa yaitu sebanyak 12 tempat tidur dan ruang perawatan anak berkurang 8 tempat tidur. Dengan adanya penambahan tempat tidur di kelas III ini maka jumlah pasien yang dirawat di kelas III pada tahun 2006 mengalami peningkatan sebesar 12% dibandingkan tahun 2005, BOR secara keseluruhan meningkat menjadi 83,75% dibandingkan pada tahun 2005 yang mencapai 82,65%.

Tabel 3.9
Jumlah Pasien Masuk Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan
Tahun 2005-2006

No.	Kelas Perawatan	2005		2006	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1.	VIP	96	1,02%	86	0,87%
2.	Kelas I	780	8,32%	651	6,61%
3.	Kelas II	1.213	12,93%	1.092	11,10%
4.	Kelas III	7.077	75,45%	7.932	80,59%
5.	HCU	214	2,28%	81	0,82%
	Sub Total	9.380	100%	9.842	100%
6.	Perinatologi	796		900	8,38%
	TOTAL	10.176		10.742	

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Pada tahun 2006 terjadi peningkatan jumlah pasien yang masuk di rawat inap sebesar 4,93% dibandingkan dengan tahun 2005.

Tabel 3.10
Indikator Rawat Inap RSUD Tarakan Tahun 2006 Per Kelas Perawatan

No.	Indikator Pelayanan RS	Kelas Perawatan				
		VIP	HCU	I	II	III
1.	Rata-Rata BOR	65,75	40,82	55,21	80,59	87,28
2.	Rata-Rata LOS	5,11	2,66	4,20	4,49	4,10
3.	Rata-Rata BTO	46,00	61,33	47,93	65,44	78,75
4.	Rata-Rata TOI	2,72	3,52	3,41	1,08	0,59
5.	Rata-Rata NDR	2,17	17,39	1,04	3,82	1,94
6.	Rata-Rata GDR	3,26	28,80	3,87	7,05	3,70
7.	Hari Perawatan	480	447	2.821	5.295	33.132
8.	Lama dirawat	470	490	2.815	5.284	33.619
9.	Jumlah Pasien Masuk	86	81	651	1.092	7.932

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Dari tabel di atas dapat di lihat bahwa kinerja rawat inap yang tertinggi ada pada perawatan kelas III yang dapat dilihat pada BOR sebesar 87,28% serta untuk keseluruhan sebesar 81,95% kemudian yang terendah ada pada ruang HCU yaitu sebesar 40,82%.

Berdasarkan laporan hasil pelayanan rawat inap, berikut sepuluh besar penyakit yang ada di instalasi rawat inap RSUD Tarakan.

Tabel 3.11
Sepuluh Besar Penyakit di Instalasi Rawat Inap RSUD Tarakan Tahun 2006

No.	Kode DTD	Nama Penyakit	Jumlah
1.	A.91 (032.1)	Demam berdarah dengue	2.183
2.	A.09 (005)	Diare dan gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu	1.418
3.	A.90 (032.0)	Demam dengue dan demam virus tular nyamuk lain	583
4.	A.16 (007.1)	Tuberkulosis paru lainnya	319
5.	J.18 (169)	Pneumonia	254
6.	J.06 (167)	Infeksi saluran napas bagian atas akut lainnya	236
7.	R.56	Kejang YTT	212
8.	E.14 (104.1)	Diabetes Mellitus	148
9.	A.01 (002)	Demam tifoid dan paratifoid	146
10.	B.05 (035)	Campak	141

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

4. Pelayanan penunjang

Pelayanan penunjang yang ada di RSUD Tarakan adalah sebagai berikut :

a. Instalasi Laboratorium

Mempunyai kemampuan pemeriksaan hematology, kimia klinik, imunologi, klinik anatomi serta pemeriksaan lain. Dalam hal ini Instalasi Laboratorium RSUD Tarakan terbagi atas 2 pemeriksaan, yaitu Patologi Klinik dan Patologi Anatomi.

Fungsi pelayanan dari laboratorium patologi klinik adalah digunakan untuk diagnosa, pengobatan dan pencegahan penyakit. Sedangkan patologi anatomi di RSUD Tarakan mulai beroperasi pada tahun 2002 dengan 2 kategori pemeriksaan yaitu Histopatologi dan Sitologi.

b. Instalasi Radiologi

Mempunyai kemampuan pemeriksaan radiodiagnostik tanpa kontras/kontras, pemeriksaan USG, pemeriksaan CT Scan untuk melayani permintaan rongent dari poliklinik rawat jalan pagi dan rawat inap. Berikut ini perbandingan jumlah kunjungan instalasi radiology tahun 2005-2006.

Tabel 3.12
Jumlah Kunjungan Instalasi Radiologi Tahun 2005-2006

No.	Jumlah Pasien	2005		2006	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1.	Rongent	13.124	84,54%	13.677	79,60%
2.	CT Scan	141	0,91%	180	1,05%
3.	USG	2.259	14,55%	3.324	19,35%
	Jumlah	15.524		17.181	

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

c. Instalasi Gizi

Instansi gizi RSUD Tarakan melayani pemberian makan pasien dan karyawan RSUD Tarakan, dan mengatur gizi pada pasien rawat inap yang harus diatur pola makannya atau diet.

d. Instalasi Farmasi

Fungsi utama instalasi farmasi adalah menyediakan obat dan alkes habis pakai untuk pasien baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap.

Dengan berdirinya depot farmasi pada bulan April 2005, maka instalasi ini mempunyai kemampuan pelayanan pembelian obat kepada seluruh pasien yang berobat, dan dirawat di rumah sakit ini dan terbagi dalam 2 tempat yaitu pada lantai 1 dan lantai 2 gedung DP 1.

Instalasi farmasi selain melayani pembelian obat secara tunai juga melayani pembelian yang pembayarannya melalui pihak ke 3.

e. Instalasi Kamar Jenazah

Instalasi sebagai tempat menyimpan sementara pasien yang meninggal dari ruang perawatan sebelum dibawa pulang oleh keluarga pasien tersebut dan menyediakan kendaraan ambulance apabila ada yang membutuhkan untuk membawa jenazah tersebut.

f. Instalasi Sterilisasi Sentral (CSSD)

Mempunyai kemampuan untuk mensterilisasikan alat-alat yang akan digunakan di dalam ruang operasi, menyediakan alat kesehatan pakai habis steril yang digunakan oleh ruang perawatan, IGD, dan poliklinik-poliklinik yang ada di RSUD Tarakan.

5. Instalasi Bedah Sentral

- a. Mempunyai kapasitas 5 tempat tidur.
- b. Mempunyai kemampuan untuk Bedah Umum, Urologi, Kebidanan, Orthopedic, THT, Mata, Gigi dan Mulut, Kulit Kelamin, dan Bedah Saraf serta Bedah Rawat Jalan (ODC).

6. Instalasi Sanitasi

Instalasi sanitasi adalah instalasi yang memelihara kebersihan dan kesehatan seluruh ruangan yang ada di RSUD Tarakan. Instalasi sanitasi juga meneliti kadar kebersihan dan kesehatan air serta limbah yang dikeluarkan oleh RSUD Tarakan.

7. Instalasi Pendidikan dan Latihan

Instalasi ini mempunyai kemampuan menyelenggarakan :

- a. Pelatihan untuk karyawan (in house training dan out side training).
- b. Pendidikan formal dan informal untuk karyawan.

c. Sebagai tempat untuk praktek kerja/pelatihan serta penelitian untuk mahasiswa yang akan menyelesaikan pendidikan D3, S1 dan S2.

8. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRS)

Instalasi IPSRS adalah instalasi yang bertugas melakukan pemeliharaan, perbaikan seluruh sarana dan prasarana yang ada di dalam suatu rumah sakit.

9. Pelayanan Administrasi dan Keuangan

Instalasi ini menyelenggarakan semua bentuk administrasi keuangan intern dan ekstern rumah sakit.

10. Konsultasi Gizi

Di RSUD Tarakan terdapat klinik yang khusus memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan aturan pola makan atau diet tertentu untuk pasien rawat jalan dan rawat inap.

11. Instalasi Pihak III

Instalasi pihak III RSUD Tarakan berfungsi untuk melayani pasien yang menggunakan jasa pihak lain untuk membayar semua biaya atau sebagian biaya dari pasien baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap.

Adapun pihak ke III tersebut adalah :

1. Pasien PNS yang menggunakan ASKES.
2. Pasien yang menggunakan Jamsostek/ASTEK.
3. Pasien yang menggunakan kartu JPS/SKTM dari pemerintah untuk keluarga miskin (GAKIN).

Pada tahun 2006 jumlah pengunjung yang menggunakan kartu ASKES terbagi dalam 3 jenis, yaitu :

1. ASKES social, yang menggunakan kartu ini sebagian besar adalah Pegawai Negeri Sipil.
2. ASKES sukarela, yang menggunakan kartu ini adalah orang yang mendaftar sebagai peserta ASKES secara perorangan (pribadi).
3. ASKES Kin, yang menggunakan kartu ini adalah orang yang di nyatakan kurang mampu (miskin).

Untuk pasien yang menggunakan kartu miskin ada 2 kartu, yaitu :

1. Kartu Sehat (KS).
2. Kartu SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu).

BAB 4

KERANGKA PIKIR

4.1. Kerangka Pikir

Sesuai dengan tinjauan pustaka yang telah diuraikan, kerangka konsep dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard* yang mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Kaplan dan Norton (1996). Sebelumnya terlebih dahulu dilakukan analisis SWOT lingkungan internal dan eksternal dengan menggunakan matriks IFE dan EFE. Variabel-variabel yang didapat dalam analisis lingkungan tersebut kemudian di kelompokkan ke dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*, keempat perspektif itu antara lain :

1. Perspektif Keuangan

Menurut Kaplan dan Norton (2000) tujuan finansial berperan sebagai fokus bagi tujuan-tujuan strategis dan ukuran-ukuran semua perspektif dalam *Balanced Scorecard*.

Pengukuran kinerja keuangan menunjukkan apakah perencanaan dan pelaksanaan strategi memberikan perbaikan yang mendasar bagi keuntungan perusahaan. Pengukuran kinerja keuangan mempertimbangkan adanya tahapan dari siklus kehidupan bisnis, yaitu : (Kaplan & Norton, 1996)

- a. Tahapan pertumbuhan (*Growth*)
- b. Tahapan bertahan (*Sustain*)
- c. Tahapan menuai (*Harvest*)

2. Perspektif Pelanggan

Menurut Ichsan,dkk (2007), Filosofii manajemen terkini telah menunjukkan peningkatan pengakuan atas pentingnya *customer focus* dan *customer satisfaction*. Pespektif ini merupakan *leading indicator*. Jadi, jika pelanggan tidak puas mereka akan mencari produsen lain yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Kinerja yang buruk dari perspektif ini akan menurunkan jumlah pelanggan di masa depan meskipun saat ini kinerja keuangan terlihat baik. Menurut Kaplan & Norton (1996), perspektif pelanggan memiliki dua kelompok pengukuran, yaitu :

a. *Customer Core Measurement* (Pengukuran Pelanggan Utama)

Customer Core Measurement memiliki beberapa komponen pengukuran, yaitu :

- 1) *Market Share* (Pangsa Pasar)
- 2) *Customer Retention* (Retensi Pelanggan)
- 3) *Customer Acquisition* (Akuisisi Pelanggan)
- 4) *Customer Satisfaction* (Kepuasan Pelanggan)
- 5) *Customer Profitability* (Kemampulabaan Pelanggan)

b. *Customer Value Proposition* (Proposisi Nilai Pelanggan)

Customer Value Proposition merupakan pemicu kinerja yang terdapat pada *core value proposition* yang didasarkan pada atribut sebagai berikut :

- 1) *Product/service Attributes* (Atribut Produk/Jasa)
- 2) *Customer Relationship* (Hubungan Pelanggan)
- 3) *Image and Reputation* (Citra dan Reputasi)

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Analisis proses bisnis internal perusahaan dilakukan dengan menggunakan analisis *value-chain*. Di sini, manajemen mengidentifikasi proses internal bisnis yang kritis yang harus diunggulkan perusahaan. *Scorecard* dalam perspektif ini memungkinkan manajer untuk mengetahui seberapa baik bisnis mereka berjalan dan apakah produk dan atau jasa mereka sesuai dengan hati-hati oleh mereka yang paling mengetahui misi perusahaan yang mungkin tidak dapat dilakukan oleh konsultan luar.

Berikut ini tiga komponen model rantai nilai proses bisnis internal menurut Kaplan dan Norton (1996) :

- a. Proses Inovasi
- b. Proses Operasional
- c. Proses Pelayanan

4. Perspektif Proses Pertumbuhan dan pembelajaran

Perspektif proses pertumbuhan dan pembelajaran mengembangkan tujuan dan ukuran-ukuran yang mengendalikan pertumbuhan dan pembelajaran organisasi.

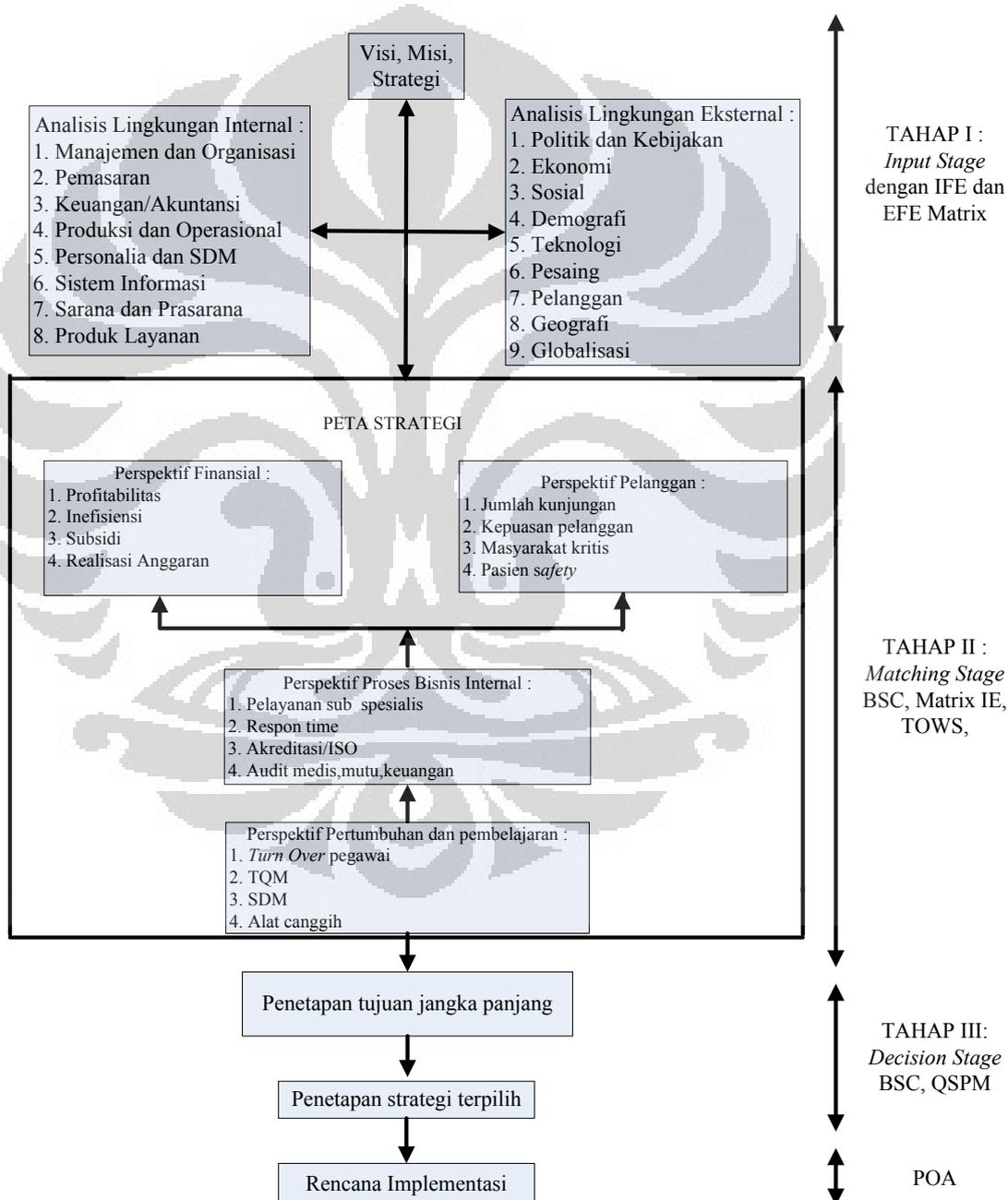
Tujuan di dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah menyediakan infrastruktur yang memungkinkan tujuan ketiga perspektif tersebut tercapai. Terdapat tiga kategori yang sangat penting dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran menurut Kaplan dan Norton (1996), yaitu:

- a. Kapabilitas karyawan (*Employee Capabilities*)
- b. Kapabilitas sistem informasi (*Information Systems Capabilities*)

- c. Motivasi, pemberdayaan dan keselarasan (*Motivation, Empowerment, and Alignment*)

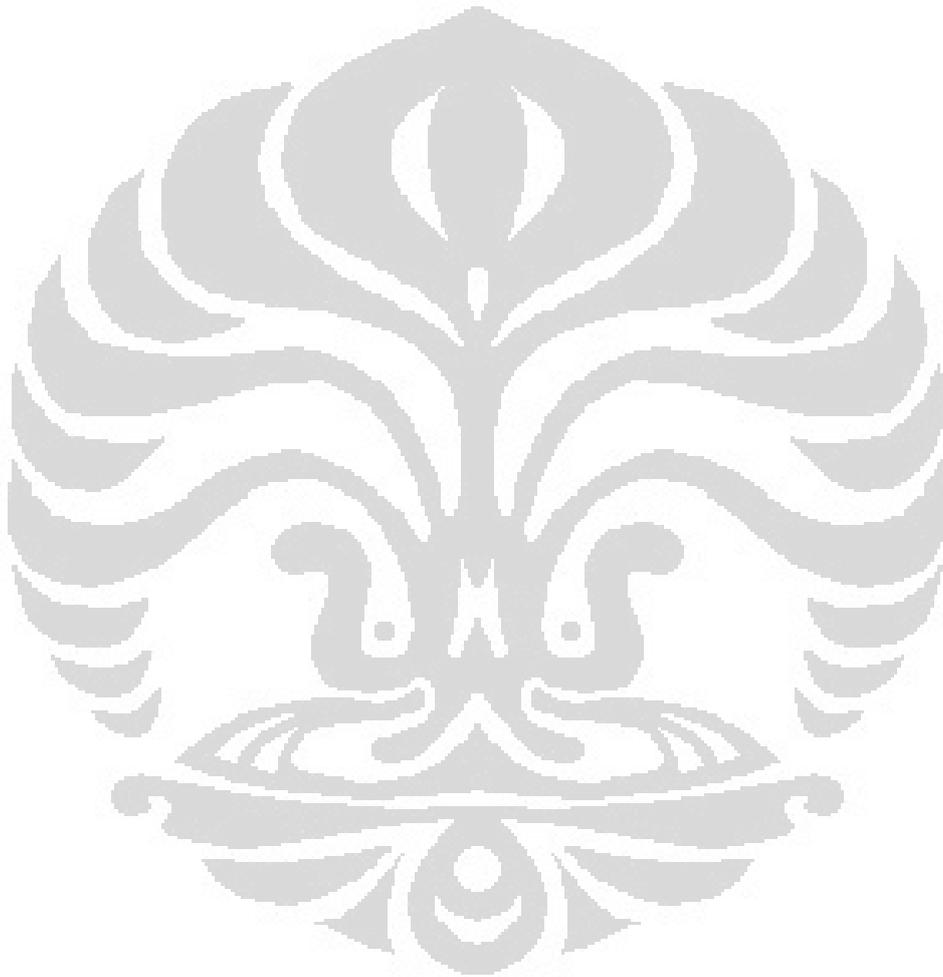
Dengan demikian alur pikir penelitian , sebagaimana tergambar adalah:

Gambar 4.1
Kerangka Pikir



4.2. Definisi Operasional

Untuk memudahkan pemahaman dan menghindarkan perbedaan persepsi dalam memahami penelitian ini, maka digunakan definisi operasional sebagai berikut:



Tabel 4.2
Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Perspektif Keuangan	Gambaran mengenai target keuangan yang seharusnya dicapai RSUD Tarakan dalam mewujudkan visinya.	Mengumpulkan informasi dari proses CDMG, data target dan pencapaian pendapatan	Pedoman wawancara /laporan sub bag keuangan	<ul style="list-style-type: none"> • Tersusunnya tujuan, ukuran perspektif keuangan • Data pencapaian pendapatan • Data pengeluaran
2.	Perspektif Pelanggan	Gambaran mengenai segmen pasar yang dituju beserta tuntutan tentang kebutuhan yang harus dilayani oleh RSUD Tarakan.	Mengumpulkan informasi dari proses CDMG, data tentang pemetaan pelanggan rumah sakit dan tingkat complain	Pedoman wawancara/laporan sub bag rekam medik.	<ul style="list-style-type: none"> • Tersusunnya tujuan, ukuran perspektif pelanggan • Data kunjungan pasien lama dan baru • Data jumlah complain
3.	Perspektif Proses Bisnis Internal	Gambaran mengenai proses yang harus dibangun dan dikuasai dengan baik untuk melayani dan memuaskan pelanggannya.	Mengumpulkan informasi dari proses CDMG, data tentang kinerja rumah sakit	Pedoman wawancara	<ul style="list-style-type: none"> • Tersusunnya tujuan, ukuran perspektif proses bisnis internal • Data waktu tunggu • Data kinerja

					rumah sakit
4.	Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran	Gambaran yang memastikan dan memelihara kemampuannya untuk terus berubah dan meningkatkan kemampuan SDM demi kebutuhan pelanggan dan tuntutan publik.	Mengumpulkan informasi dari proses CDMG, data kebutuhan SDM dan peningkatan kualitas SDM	Pedoman wawancara	<ul style="list-style-type: none"> • Tersusunnya tujuan, ukuran perspektif proses pertumbuhan dan pembelajaran • Data jumlah diklat yang diikuti • Data jumlah tenaga yang mengikuti diklat • Data <i>turn over</i> pegawai
5.	Visi	Suatu pernyataan menyeluruh tentang gambaran ideal yang ingin dicapai oleh organisasi di masa yang akan datang	Mengumpulkan informasi tentang visi RSUD Tarakan	Telaah Dokumen	Adanya visi RSUD Tarakan
6.	Misi	Rumusan tentang apa yang harus kita kerjakan atau yang harus dituntaskan	Mengumpulkan informasi tentang misi RSUD Tarakan	Telaah Dokumen	Adanya misi RSUD Tarakan
7.	Strategi	Pernyataan tentang ruang lingkup tindakan yang akan dilakukan RSUD Tarakan	Mengumpulkan informasi tentang strategi RSUD Tarakan	Telaah Dokumen	Adanya Strategi RSUD Tarakan
8.	Analisis Lingkungan Eksternal	Mengungkapkan faktor-faktor diluar kendali organisasi yang mempengaruhi organisasi	Mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor eksternal	Pedoman Wawancara, BPS, Dinkes, laporan tahunan RSUD	Faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi

		berupa peluang dan ancaman.	yang dapat mempengaruhi RSUD Tarakan baik data primer maupun sekunder	Tarakan	RSUD Tarakan
	Politik & Kebijakan	Pengaruh politik dalam bentuk kebijakan dan peraturan pemerintah terhadap RSUD Tarakan.	Inventarisasi kebijakan dan peraturan Pemerintah tentang pelayanan kesehatan	Peraturan pemerintah mengenai pelayanan kesehatan.	Peraturan Menkes RI, UU otonomi daerah.
	Ekonomi	Gambaran mengenai keadaan perekonomian.	Pertumbuhan Ekonomi, PDB per kapita, perindustrian	Data dari BPS	Kemajuan ekonomi tingkat per capita penduduk dan pertumbuhan sektor industri
	Sosial	Gambaran kesejahteraan penduduk pada 3 tahun terakhir	Jumlah lapangan kerja, lowongan kerja dalam 3 tahun terakhir, tingkat kesejahteraan	Suku Dinas Tenaga Kerja.	Banyaknya lowongan kerja, dan pengeluaran penduduk per bulan
	Demografi	Gambaran jumlah penduduk, jenis kelamin, kepadatan dan mobilitas penduduk	Jumlah penduduk dan jenis kelamin dalam 3 tahun terakhir, kepadatan dan perpindahan penduduk	Data dari BPS	Jumlah penduduk, jenis kelamin, kepadatan dan perpindahan penduduk
	Teknologi	Pengaruh kemajuan teknologi baik peralatan maupun teknik penanganan yang dapat mempengaruhi pengembangan	Data teknologi perumahsakit	Data hasil observasi	Data pemanfaatan teknologi pada RSUD Tarakan

		RSUD Tarakan.			
	Pesaing	Institusi-institusi pelayanan kesehatan lainnya yang ada di Jakpus	Pengumpulan data pesaing	Data dari Suku dinas kesehatan Jakpus	Data-data rumah sakit pesaing
	Pelanggan	Pasien/ <i>customer</i> yang datang berobat ke RSUD Tarakan	Pengumpulan data dari laporan rumah sakit dan angka kunjungan pasien.	Data rujukan dari rekam medis dan angka kunjungan dari RS lain.	Data pasien rujukan dan kunjungan pasien
9.	Analisis Lingkungan Internal	Mengungkapkan faktor-faktor yang terdapat dalam kendali organisasi berupa kekuatan dan kelemahan.	Mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor internal yang dapat mempengaruhi RSUD Tarakan baik data primer maupun sekunder	Pedoman Wawancara, data internal RSUD Tarakan	Faktor-faktor internal yang mempengaruhi RSUD Tarakan
	Manajemen organisasi	Proses kerja, prosedur kerja dan struktur organisasi RSUD Tarakan	Data tentang struktur organisasi RSUD Tarakan	Peraturan tentang struktur organisasi RSUD Tarakan	Struktur organisasi RSUD Tarakan
	Pemasaran	Upaya untuk melakukan promosi produk yang dimiliki RSUD Tarakan baik secara eksternal dan internal	<i>Deep Interview</i>	Pedoman wawancara	Adanya Informasi tentang sistem pemasaran
	Keuangan	Gambaran tentang keadaan keuangan RSUD Tarakan	Data tentang anggaran belanja dan pendapatan RSUD Tarakan selama tahun 2005 dan 2006	Laporan bagian keuangan RSUD Tarakan	Informasi mengenai anggaran belanja dan pendapatan RSUD Tarakan selama periode tahun 2005 & 2006

	Produksi/operasional	Gambaran mengenai kegiatan pelayanan dan indikatornya di RSUD Tarakan	Data mengenai kegiatan operasional RSUD Tarakan	Laporan Tahunan RSUD Tarakan dan wawancara mendalam	Informasi mengenai kegiatan operasional RSUD Tarakan
	Personalia/SDM	Gambaran mengenai situasi dan keadaan SDM di RSUD Tarakan	Data mengenai jumlah SDM RSUD Tarakan berdasarkan tingkat pendidikan	Laporan bagian kepegawaian RSUD Tarakan	Informasi tentang keadaan SDM RSUD Tarakan berdasarkan tingkat pendidikan
	Sistem informasi	Gambaran tentang SIM di RSUD Tarakan	Data tentang keadaan SIM di RSUD Tarakan	Bagian <i>Medical Record</i>	Informasi tentang SIM
	Sarana dan Prasarana	Gambaran mengenai keadaan fisik bangunan, tanah, fasilitas yang dimiliki oleh RSUD Tarakan	Data tentang luas bangunan, tanah, listrik, air bersih, peralatan di RSUD Tarakan	Laporan Tahunan RSUD Tarakan	Informasi tentang keadaan bangunan, tanah, listrik, dan peralatan yang dimiliki oleh RSUD Tarakan
10.	Peta Strategi	Gambaran dari langkah-langkah strategi RSUD Tarakan yang dituangkan dalam masing-masing perspektif <i>Balanced Scorecard</i>	CDMG	Hasil CDMG	Didapat gambaran peta Strategi
11.	<i>Key Performance Indicator</i> (KPI)	Penetapan faktor-faktor kunci keberhasilan yang diinginkan oleh RSUD Tarakan pada masa yang akan datang.	CDMG	Hasil CDMG dan Pedoman Wawancara	KPI RSUD Tarakan
12	Format implementasi	Lembaran yang dijadikan pedoman implementasi.	CDMG	Pedoman wawancara	Adanya format implementasi

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional (*operational research*) dengan menggunakan teknik CDMG (*Concensus Decision Making Group*) yang disertai dengan penilaian intuisi terbaik (*good intuitive judgement*). Pengumpulan informasi dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam (*Indepth Interview*), Dimana keuntungan dalam menggunakan CDMG bahwa pihak manajemen mengetahui dan terlibat langsung bersama-sama pada saat yang bersamaan dalam proses pengambilan keputusan. Keuntungan lainnya adalah untuk menghilangkan bias dari peneliti itu sendiri. Dan tentu juga penerapan CDMG juga ada kerugiannya, dimana tingkat jabatan yang berbeda pula sehingga pengetahuan dan penalarannya juga berbeda.

5.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan, Jl. Kyai Caringin No.7 Jakarta Pusat. Penelitian ini dilakukan dari bulan Maret hingga April tahun 2008.

5.3. Informan Penelitian

Untuk mendapatkan data dan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini, dilakukan wawancara mendalam dengan beberapa informan dengan kriteria memiliki

wewenang dan menduduki jabatan struktural atau staf di RSUD Tarakan. Informan-informan tersebut adalah :

1. Direktur RSUD Tarakan
2. Wakil Direktur Pelayanan
3. Kepala Bagian Perencanaan dan Program
4. Kepala Bagian Keuangan
5. Kabid Pelayanan

5.4. Teknik Pengumpulan Data

5.4.1. Data Primer

Data primer berupa informasi atau masukan yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam (*Indepth Interview*) dan *Consensus Decision Making Group* (CDMG) yang terdiri dari tim renstra RSUD Tarakan.

5.4.2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari dokumen, laporan tahunan dan data-data internal rumah sakit yang sudah ada, data-data dari Dinkes DKI Jakarta, Depkes, BPS DKI Jakarta, Bapeda DKI Jakarta serta literatur-literatur studi lainnya.

Secara rinci pengumpulan data dan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini serta metode pengumpulannya dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Metode Pengumpulan Data dan Sumber

NO	VARIABEL	METODE	SUMBER DATA
1	Politik & Kebijakan	Data Sekunder	Struktur organisasi, peraturan-peraturan, keputusan dan SK Gubernur DKI Jakarta
2	Ekonomi	Data Sekunder	BPS DKI Jakarta
3	Sosial	Data Sekunder	BPS DKI Jakarta
4	Demografi	Data Sekunder	BPS DKI Jakarta, Suku dinas Kependudukan dan transmigrasi Jakarta Pusat
5	Teknologi	Data Sekunder	Bagian Direktorat sarana & prasarana peralatan medis Depkes, media massa.
6	Pesaing	Wawancara Mendalam dan Data Sekunder	Direktur RS dan data dari Dinkes DKI Jakarta.
7	Pelanggan	Data Sekunder	Bagian perencanaan dan marketing RSUD Tarakan.
8	Geografi	Data Sekunder	BPS DKI Jakarta, Badan Perencanaan Jakarta Pusat,
10	Manajemen & Organisasi	<i>Internal Assesment & Data Sekunder</i>	Manajer dan staf RSUD Tarakan.
11	Pemasaran	Wawancara Mendalam & Data Sekunder	Wadir Pelayanan medik & kasubag Pemasaran RSUD Tarakan.
12	Keuangan/Akutansi	Wawancara Mendalam & Data Sekunder	Kabag Keuangan RSUD Tarakan.
13	Personalialia /SDM	<i>Internal Assesment & Data Sekunder</i>	Manajer SDM RSUD Tarakan.
14	Sistem Informasi	Wawancara mendalam	Kabag.Perencanaan & program RSUD Tarakan.
15	Sarana & Prasarana	Data Sekunder	Bagian IPSRS.

5.4.3. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan untuk pengumpulan data dan informasi untuk memperoleh data primer adalah pedoman wawancara mendalam dan CDMG yang dirancang sesuai dengan tujuan dan variabel penelitian. Pedoman wawancara terdiri dari data umum yang meliputi Identitas

Informan, Identitas peneliti dan diwujudkan dalam bentuk daftar pertanyaan .

5.4.4. Validitas dan Reliabilitas Data

Untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel dalam penelitian kualitatif dilakukan :

a). Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber dilakukan dengan mengumpulkan data dari beberapa sumber, yaitu data primer dan data sekunder, dan melakukan *cross check*.

b). Triangulasi Metode

Pada penelitian ini dilakukan dengan beberapa metode dalam proses pengambilan data, yaitu metode wawancara mendalam (*Indepth Interview*) serta proses CDMG.

5.5. Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan beberapa langkah sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data primer dan data skunder serta mengelompokkannya dan menjadikan bahan dalam *Consensus Decisison Making Group* (CDMG) dengan empat perspektif kerangka *Balanced Scorecard*.
2. Dari Hasil CDMG dengan kerangka *Balanced Scorecard* ditentukan peluang dan ancaman dari lingkungan eksternal serta kekuatan dan kelemahan dari lingkungan internal RSUD Tarakan.
3. Menentukan faktor sukses kritis (*critical success factors*) dari lingkungan internal yang berjumlah 10 faktor yang sudah termasuk kekuatan dan kelemahan RSUD Tarakan.

4. Menentukan faktor sukses kritis (*critical success factors*) dari lingkungan eksternal yang berjumlah 10 faktor yang sudah termasuk peluang dan ancaman RSUD Tarakan.
5. Hasil disampaikan kepada masing-masing anggota CDMG, yang tujuannya adalah agar anggota CDMG dapat mempelajarinya serta memberikan masukan dalam menghasilkan Renstra dengan kerangka *Balanced Scorecard* di RSUD Tarakan.

5.6. PENGOLAHAN DATA

Data-data sekunder yang telah dikumpulkan, kemudian dikelompokkan ke dalam masing-masing variabel untuk mendapatkan data-data yang sejenis. Kemudian dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *INPUT STAGE*

- a. Analisis faktor eksternal (*External factor evaluation*) dengan EFE matrix.
- b. Analisis faktor internal (*Internal factor evaluation*) dengan IFE matrix.
- c. Menentukan bobot (*Weight*) dari faktor sukses kritis dengan skala jumlah seluruh bobot tidak boleh lebih dari 1.
- d. Memberikan urutan (*Rating*) antara 1 sampai 4 bagi masing-masing faktor yang memiliki arti :

1 = Kelemahan Utama (*major weaknesses*)

2 = Kelemahan Kecil (*minor weaknesses*)

3 = Kekuatan Kecil (*minor strengths*)

4 = Kekuatan Utama (*major strengths*)

Rating mengacu pada kondisi perusahaan, sedangkan bobot mengacu pada industri dimana perusahaan tersebut berada.

e. Mengalikan bobot dan rating dari masing-masing faktor sukses kritis untuk memberikan penilaian akhir (*score*).

2. MATCHING STAGE (TAHAP PENCOCOKAN)

Setelah melalui faktor sukses kritis untuk masing-masing aspeknya, maka melalui matriks SWOT dan matriks IE akan dapat ditemukan posisi kolom/kotak matriks rumah sakit. Pada posisi kolom tersebut akan ditentukan strategi alternatif yang sesuai dengan RSUD Tarakan.

3. DECISION STAGE (TAHAP PENGAMBILAN KEPUTUSAN)

Setelah melalui tahap pengumpulan data dan pencocokan, data-data yang dapat menghasilkan beberapa alternatif strategi, serta ditentukan alternatif strategi terpilih, maka kemudian dirumuskan dengan rerangka *Balanced Scorecard*, yaitu dengan menggunakan empat perspektif. Adapun ke-empat perspektif tersebut adalah:

- a. Perspektif Keuangan.
- b. Perspektif Pelanggan.
- c. Perspektif Proses Bisnis Internal.
- d. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. PROSES PENELITIAN

Penelitian mengenai perencanaan strategis RSUD Tarakan dimulai dengan mengumpulkan data – data sekunder dari berbagai literatur, yaitu dari BPS DKI Jakarta, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Depkes RI. Selain itu juga dikumpulkan data dari internal RSUD Tarakan yaitu dari laporan tahunan rumah sakit.

Setelah tahap pengumpulan data sekunder dilakukan maka selanjutnya dilakukan wawancara mendalam dengan Direktur RSUD Tarakan, Wakil Direktur Bidang Pelayanan, Ka.Bag. Keuangan, Kabag. Perencanaan dan Program, serta Ka.Bid Pelayanan. Penulis tidak melakukan wawancara ke banyak orang dikarenakan waktu penelitian yang singkat ditambah juga dengan berbagai kesibukan dari para informan yang lainnya. Seyogyanya penulis ingin melakukan wawancara dengan semua para kabag dan kapid, namun dikarenakan kesibukan dari para informan maka penulis hanya melakukan wawancara mendalam kepada lima informan seperti yang telah disebutkan diatas.

Setelah wawancara mendalam dilakukan maka selanjutnya melakukan CDMG (*Consensus Decision Making Group*). Pada proses CDMG dibagi menjadi 4 kelompok kerja (POKJA), yaitu Pokja Rawat Jalan, Pokja Rawat Inap, Pokja Penunjang, Pokja Manajemen. Dari hasil pokja – pokja tersebut maka dilakukan rekapannya. CDMG dilakukan sebanyak 3 kali yang

diselenggarakan dalam waktu 2 minggu. Data – data sekunder dan data –data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam, yang dikemukakan pada saat berlangsungnya CDMG yang pertama. Setelah hal tersebut dikemukakan oleh para anggota CDMG, maka selanjutnya dilakukan pengisian template yang sudah dibagikan untuk mengetahui pendapat dari masing – masing anggota CDMG mengenai peluang, ancaman, kekuatan , kelemahan RSUD Tarakan. Setelah diketahui pendapat dari semua peserta CDMG maka dilakukan analisis lingkungan eksternal dan internal dengan EFE dan IFE matriks. Hasilnya diperoleh skor posisi RSUD Tarakan secara eksternal dan internal.

Pada pertemuan CDMG yang kedua maka dilakukan tujuan jangka panjang RSUD Tarakan untuk lima tahun mendatang yang dituangkan kedalam rencana program kegiatan RSUD Tarakan 2008-2012. setelah dilakukan tujuan jangka panjang, maka selanjutnya dilakukan formulasi strategi dengan memakai analisis SWOT. Setelah analisis SWOT terisi dan disepakati secara konsensus maka dilanjutkan dengan analisis matriks IE, yang merujuk pada total skor EFE dan IFE matriks. Dengan membandingkan strategi – strategi yang diperoleh dari hasil analisis SWOT dengan strategi dari hasil matriks IE, maka dilakukan pemilihan strategi terpilih yang sesuai dengan kedua matriks tersebut diatas secara konsensus oleh anggota CDMG. Selanjutnya disepakati tujuan strategisnya.

Pada pertemuan CDMG yang ketiga , setelah tujuan strategis disepakati pada pelaksanaan CDMG sebelumnya, maka dilakukan kesepakatan tentang tujuan – tujuan strategis tersebut yang akan dimasukkan dalam perspektif

Balanced Scorecard. Setelah hal tersebut disepakati maka dilakukan penetapan KPI (*Key Performance Indicators*) serta penanggung jawab KPI nya. Setelah KPI ditetapkan maka dilakukan pembobotan dari keempat perspektif dalam BSC, serta dilakukan monitoring nya. Selanjutnya dengan bantuan penulis sebagai fasilitator maka dilakukan penyusunan matriks *Balanced Scorecard* yang terdiri dari empat persepektif, dimana dari masing – masing perspektif mempunyai tujuan – tujuan yang disertai ukuran, target dan inisiatif. Berdasarkan matriks BSC yang telah disusun serta berkat bantuan templates peta strategi, maka selanjutnya dapat dibuat peta strategi RSUD Tarakan tahun 2008 – 2012.

6.2. KETERBATASAN PENELITIAN

Pada pelaksanaan penelitian ini banyak keterbatasan – keterbatasan yang timbul. Terutama dalam hal singkatnya waktu penelitian dan kurang lengkapnya data yang berhasil diperoleh peneliti. Untuk data layanan rumah sakit pesaing, penulis hanya berhasil memperoleh data beberapa rumah sakit tahun 2006. Data yang diperoleh hanya sebagian dari rumah sakit pesaing yang ada di Jakarta Pusat, sehingga sangat sulit dalam menentukan pangsa pasar masing – masing rumah sakit. Penulis sudah mencoba melakukan permintaan data ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta, tetapi pihak Dinkes tidak memberi izin untuk penulis mendapatkan data tersebut.

Karena keterbatasan waktu penelitian dan juga karena keterbatasan kemampuan peneliti pula maka tidak seluruh aspek pelayanan yang ada di RSUD Tarakan Jakarta Pusat dapat digali secara mendalam. Namun dengan

gambaran dari layanan rawat inap, rawat jalan, UGD, serta layanan penunjang yang bersifat administratif diharapkan informasinya telah mewakili gambaran keadaan RSUD Tarakan saat ini secara umum. Dengan keterbatasan waktu penelitian maka penelitian ini tidak sampai pada kegiatan Monitoring dan Evaluasi.

6.3. INPUT STAGE (TAHAP PENGUMPULAN DATA)

6.3.1. ANALISIS LINGKUNGAN EKSTERNAL

a. Politik Dan Kebijakan.

Dalam Undang-Undang Otonomi Daerah No : 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah pada pasal 22 butir f dinyatakan bahwa : Dalam menyelenggarakan otonomi, daerah berkewajiban untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Demikian juga dengan Undang- Undang No 33 Tahun 2004 pasal 7 tentang perimbangan keuangan antara pusat dan daerah dikemukakan bahwa, “ Dalam upaya meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD), daerah dilarang menetapkan peraturan daerah tentang pendaptan yang menyebabkan ekonomi biaya tinggi.” Dengan Undang-Undang ini pemerintah tidak menghambat proses peningkatan pelayanan kesehatan.

Pemerintah sebagai Regulator untuk sektor pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit memiliki peran dalam menetapkan standar pelayanan dan melaksanakan pengawasan rumah sakit didalam melaksanakan kegiatan pelayanannya secara efektif dan efisien.

Pemerintah DKI Jakarta telah mengeluarkan surat keputusan tentang kedudukan dan struktur organisasi RSUD Tarakan berdasarkan PERDA NO 4

TAHUN 1998, dan juga Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta No.2088 Tahun 2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh.

Penerapan BLUD bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, serta penerapan praktik bisnis yang sehat.

Dengan penerapan manajemen BLUD, maka sebuah RS mempunyai keleluasaan dan kelonggaran yang lebih untuk mendayagunakan uang pendapatan. Namun, pendapatan tersebut harus dikelola sebaik-baiknya untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi semua pasien. Juga untuk meningkatkan kualitas SDM, mengendalikan tarif pelayanan, mengelola sarana, dan bukannya untuk menumpuk keuntungan.

Dengan BLUD, maka pimpinan RS memiliki hak untuk mengatur penggajian karyawannya. Ini berbeda dengan aturan sebelumnya, yaitu semua karyawan mendapat gaji sama tanpa membedakan prestasi atau hasil kerjanya. Dengan BLUD pimpinan RS bisa memberikan honor, insentif, atau bonus di luar ketentuan gaji.

b. Ekonomi.

Variabel ekonomi sangat berpengaruh dalam pengembangan pelayanan rumah sakit. Dengan adanya peningkatan ekonomi /pendapatan per-kapita dan daya beli /*Ability to Pay* (ATP) maka akan meningkatkan demand terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini akan menjadi peluang bagi rumah sakit dalam melakukan pengembangan pelayanannya.

Perekonomian DKI Jakarta pada triwulan IV Tahun 2007 bila dibandingkan dengan Triwulan III Tahun 2007 menunjukkan laju pertumbuhan positif. Kenaikan ini terjadi hampir seluruh sektor kecuali sektor pertanian.

Kenaikan laju pertumbuhan tertinggi pada triwulan IV tahun 2007 dicapai oleh sektor pengangkutan dan komunikasi sebesar 4,04 %, kemudian sektor bangunan yang tumbuh sebesar 3,32 %, sektor listrik, gas, dan air bersih sebesar 2,74%, sektor keuangan, persewaaan dan jasa perusahaan sebesar 1,36 %, sektor jasa sebesar 1,32 %, sektor perdagangan, hotel dan restoran sebesar 1,23 %, sektor industri pengolahan sebesar 1,08 %, sektor pertambangan dan penggalian sebesar 0,23 %. Sementara itu sektor pertanian turun sebesar -3,79 % selama triwulan IV tahun 2007.

Tabel 6.1

Laju pertumbuhan ekonomi DKI Jakarta Menurut lapangan Usaha (%)

No	Lapangan Usaha	Triwulan III 2007 Thd triwulan II 2007	Triwulan IV 2007 Thd triwulan III 2007	Triwulan IV 2007 Thd triwulan IV 2007
1	Pertanian	- 0,53	- 3,79	4,07
2	Pertambangan & Penggalian	0,31	0,23	0,17
3	Industri Pengolahan	3,75	1,08	4,97
4	Listrik,gas & air bersih	5,74	2,74	8,19
5	Bangunan	2,97	3,32	7,98

6	Perdagangan,hotel & Restoran	3,26	1,23	7,43
7	Pengangkutan & Komunikasi	5,34	4,04	14,36
8	Keuangan,persewaan dan jasa perusahaan	1,90	1,36	5,11
9	Jasa-jasa	2,62	1,32	6,73
	PDRB	3,03	1,72	6,89
	PDRB Non Migas	3,04	1,73	6,91

Sumber : BPS Prop DKI Jakarta

PDRB atas dasar harga berlaku pada tahun 2006 mencapai Rp. 501.58 Triliun. Dan pada tahun 2007 meningkat menjadi Rp. 565.04 triliun. Perbandingan antar sektor ekonomi pada kondisi harga berlaku tahun 2007 menunjukkan sebesar 28,72 % untuk sektor keuangan, persewaan dan jasa perusahaan. 20,40 % dari sektor perdagangan, hotel dan restoran. Dan 16,00 % dari sektor industri pengolahan.

PDRB (*Produk Domestic Regional Bruto*) bila dibagi dengan jumlah penduduk pertengahan tahun akan menggambarkan nilai PDRB per kapita atau tingkat kemakmuran penduduk suatu wilayah. PDRB Per Kapita propinsi DKI Jakarta dari tahun 2002-2007 secara rinci dapat dilihat pada tabel 6.2.

Pertumbuhan PDRB Per kapita DKI Jakarta tahun 2007 atas dasar harga berlaku naik sebesar 11,91 %, yaitu dari 57,29 juta rupiah pada tahun 2006 menjadi 64,11 juta rupiah pada tahun 2007.

Tabel 6.2
PDRB Per Kapita dan perubahan PDRB Per Kapita
Tahun 2002-2007

Tahun	PDRB Per Kapita (Rp)		Perubahan PDRB Per kapita (%)	
	Berlaku	Konstan	Berlaku	Konstan
2002	35.302.766	29.461.122	12,85	4,06
2003	39.028.670	30.774.575	10,55	4,46
2004	43.487.399	35.251.227	11,42	4,80

2005	50.146.067	33.940.678	15,31	5,24
2006	57.286.659	35.715.169	14,24	5,23
2007	64.107.184	37.745.723	11,91	5,69

Sumber : BPS Propinsi DKI Jakarta

Kondisi sektor riil yang mulai pulih kembali semenjak terjadinya krisis ditunjukkan dengan menurunnya angka inflasi di DKI Jakarta tahun 2006 dibandingkan tahun sebelumnya. Indikator untuk mengukur inflasi adalah berdasarkan perubahan harga indeks konsumen, dimana perkembangan laju inflasi tahun 2006 sebesar 6,03 %. Angka jauh lebih rendah dengan inflasi tahun sebelumnya yang tumbuh sebesar 16,06 %.

Bahan makanan merupakan kelompok yang mengalami inflasi sangat dominan pada tahun 2006 dibanding dengan kelompok yang lainnya yaitu sebesar 15,35 %, sandang 7,60 %, Kesehatan 5,65 % dan pendidikan, rekreasi dan olahraga mencapai 5,01 %.

Tabel 6.3
Laju Inflasi DKI Jakarta, Maret 2008, Tahun 2008 dan tahun ke tahun menurut kelompok pengeluaran

No	Kelompok Pengeluaran	IHK Maret 2007	IHK Desember 2007	IHK Februari 2008	IHK Maret 2008	Laju Inflasi Maret 2008 (*)	Laju Inflasi tahun 2008 (**)	Laju Inflasi tahun ke tahun (***)
1	Umum	145,44	151,27	155,30	156,58	0,82	3,51	7,66
2	Bahan Makanan	146,32	155,74	161,46	163,65	1,36	5,08	11,84
3	Makanan jadi, Minuman, rokok dan tembakau	139,41	145,34	152,31	153,14	0,54	5,37	9,85
4	Perumahan, air listrik, gas dan bahan bakar	149,19	152,69	156,55	158,26	1,09	3,65	6,08
5	Sandang	131,05	141,17	146,54	148,18	1,12	4,97	13,07
6	Kesehatan	124,94	127,85	130,90	132,08	0,90	3,31	5,71
7	Pendidikan, rekreasi &	132,73	144,72	144,56	144,56	0,00	- 0,11	8,91

	Olahraga							
8	Transport, komunikasi dan jasa keuangan	160,96	162,68	163,14	163,24	0,06	0,34	1,42

Ket:

* : persentase perubahan IHK maret 2008 terhadap bulan Februari 2008

** : persentase perubahan IHK maret 2008 terhadap bulan Desember 2007

***: persentase perubahan IHK maret 2008 terhadap bulan Maret 2007

Indeks Kelompok kesehatan pada bulan maret 2008 adalah sebesar 132,08 dan bulan sebelumnya sebesar 130,90. Dengan demikian kelompok kesehatan mengalami inflasi sebesar 0,90 %. Dari empat sub kelompok yang termasuk dalam sektor kesehatan, tiga sub kelompok mengalami kenaikan indeks, yaitu : sub kelompok jasa kesehatan sebesar 2,44 %, sub kelompok obat-obatan sebesar 0,19 %, dan sub kelompok perawatan jasmani dan kosmetika sebesar 0,31 %. Sedangkan satu sub kelompok lainnya, yaitu sub kelompok jasa perawatan jasmani tidak mengalami perubahan indeks.

Kelompok pengeluaran memberikan sumbangan inflasi sebesar 0,03 %. Komoditi pada kelompok ini memberikan sumbangan inflasi antara lain tarif rumah sakit sebesar 0,0260 % dan parfum sebesar 0,0010 %.

c. Sosial.

Untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk, maka salah satu indikator yang dapat digunakan adalah dilihat dari pengeluaran dan pendapatan perkapita penduduk.

Tabel 6.4
Pengeluaran Rata-rata per-kapita Sebulan Menurut Golongan Pengeluaran dan kelompok Barang tahun 2006

No	Golongan Pengeluaran	Makanan	Non Makanan	Jumlah
1	< 100.000	-	-	-
2	100.000-149.999	63.544	70.644	134.208
3	150.000-199.999	90.986	88.352	179.337

4	200.000-299.999	125.836	132.962	258.798
5	300.000-499.999	182.363	217.018	399.381
6	> 500.000	324.771	657.829	982.599

Sumber : Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2006

Jumlah pencari kerja di jakarta Pusat tahun 2006 berdasarkan laporan Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi DKI Jakarta tercatat sebanyak 7.258 orang.

Tabel 6.5
Pencari Kerja Yang terdaftar dan Kesempata kerja
Tahun 2002-2006

No	Tahun	Jumlah Pencari Kerja	Kesempatan Kerja
1	2002	27.556	903
2	2003	81.014	5.699
3	2004	4.703	854
4	2005	6.197	884
5	2006	7.258	833
	TOTAL	126.728	9173

Sumber : Dinas Tenaga Kerja Dan Transmigrasi DKI Jakarta

d. Demografi.

Keadaan demografi Jakarta Pusat dapat dilihat pada tabel 6.6 .Data tersebut menunjukkan luas wilayah, jumlah Penduduk, jenis kelamin, kepadatan penduduk.

Tabel 6.6
Jumlah Penduduk jakarta Pusat berdasarkan jenis kelamin
Tahun 2007

No	Kecamatan	Laki-laki	Perempuan	Jlh. Penduduk	Luas (km ²)	Kepadatan (jiwa/km ²)
1	Gambir	42.037	41.405	83.442	7,59	10.993,68
2	Sawah Besar	50.801	51.974	102.775	6,15	16.711,38
3	Kemayoran	93.519	93.858	187.377	7,26	25.809,50
4	Senen	50.390	42.713	93.103	4,24	21.958,25
5	Cempaka Putih	31.741	33.229	64.970	4,69	13.852,33
6	Menteng	40.266	38.415	78.681	6,55	12.012,37
7	Tanah Abang	51.256	51.853	103.109	9,30	11.086,99
8	Johar Baru	50.234	51.156	101.390	2,37	42.780,59
	TOTAL	461.543	430.235	891.778	48,15	16.923,09

Sumber: Laporan Dinas Kependudukan dan catatan sipil DKI (Juli 2007).

Berdasarkan tabel diatas jumlah penduduk terbanyak terdapat dikecamatan Kemayoran (187.377) jiwa, dan yang paling rendah adalah kecamatan Cempaka Putih (64.970). Dan jika dilihat dari jenis kelamin, laki laki 461.543 jiwa, sedangkan perempuan 430.235 jiwa.

Laju pertumbuhan penduduk Jakarta Pusat mengalami penurunan, hal ini disebabkan dengan keberhasilan pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB) dan juga adanya pergeseran penduduk ke daerah-daerah lainnya seperti, Depok, Bekasi, Bogor dll. Hal tersebut disebabkan karena Jakarta Pusat sudah sangat padat dengan perkantoran dan bangunan-bangunan lainnya, sehingga masyarakat yang dulunya tinggal di Jakarta Pusat memilih untuk pindah ke tempat yang masih ada lahan untuk membangun tempat tinggal mereka.

Tabel 6.7
Jumlah Laju pertumbuhan penduduk Jakarta Pusat Hasil Sensus dan Susenas Tahun 1990, 2000, dan 2006

No	Sensus penduduk		Susenas	Laju Pertumbuhan Penduduk	
	1990	2000		1990-2000	2000-2006
1	1.086.568	893.198	891.778	- 2,01	- 0,03

Sumber : BPS DKI Jakarta

Berdasarkan tingkat pendidikan penduduk DKI Jakarta tahun 2004 (Tabel), dapat dilihat rata-rata tingkat pendidikan penduduk DKI Jakarta dari tahun 2001-2006 semakin meningkat. Penduduk yang tidak menamatkan sekolah berfluktuasi dari tahun ke tahun, sedangkan penduduk yang menamatkan SLTA dan Diploma/ Akademi/ Universitas semakin menunjukkan hasil yang menggembirakan.

Tabel 6.8
Persentase Penduduk DKI Jakarta Usia 10 tahun ke atas menurut
Pendidikan yang ditamatkan Tahun 2001-2006

No	Pendidikan	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	Tidak sekolah/belum tamat SD	14,74	12,03	10,20	10,44	12,84	11,91
2	Sekolah Dasar	25,09	22,54	21,36	20,66	22,46	20,95
3	SLTP	21,61	20,44	22,80	21,92	20,48	19,58
4	SLTA	29,52	33,26	37,21	36,80	34,34	35,23
5	Akademi/ Universitas	9,04	11,73	8,43	10,18	9,88	12,33
	TOTAL	100	100	100	100	100	100

Sumber : BPS DKI Jakarta 2007

e. Teknologi

Teknologi adalah pemanfaatan ilmu pengetahuan yang dilakukan secara terorganisir dan digunakan untuk tujuan praktis. Sedangkan teknologi kesehatan adalah teknik, obat, alat dan prosedur yang digunakan oleh profesi kedokteran dalam memberikan pelayanan medik pada seseorang dan sistem dimana layanan medis tersebut diberikan (Djojogugito, 2004).

Pesatnya kemajuan teknologi informasi memacu tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik secara terus menerus. Dalam dunia kesehatan khususnya di bidang perumahsakit, upaya perbaikan mutu pelayanan kesehatan baik di bidang SDM, fasilitas dan peralatan kedokteran, teknologi informasi dan sebagainya.

Perkembangan teknologi ini merupakan peluang bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang lebih akurat dalam diagnosis, lebih tepat dalam memberikan tindakan medis bagi pasien dan memudahkan dalam pemantauan kondisi pasien setelah tindakan medis. Namun, disatu sisi, perkembangan teknologi ini dapat menjadi tantangan bagi rumah sakit jika tidak membuka diri untuk perkembangan dan beradaptasi terhadapnya.

Teknologi medis berbeda dengan alat kesehatan dan alat kedokteran. Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan disebutkan bahwa : Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, inplan yang tidak mengandung obat untuk mencegah, mendiagnosis dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan atau untuk membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh. Sedangkan alat kedokteran (*medical equipment*) adalah digunakan dalam cakupan lebih terbatas pada tindakan medis oleh dokter. Alat kedokteran adalah bagian dari teknologi kedokteran.

f. Pesaing.

Pemerintah Republik Indonesia telah banyak melakukan deregulasi dalam ekonomi dan perdagangan, sehingga membuat kegiatan dalam perekonomian dan perdagangan semakin bebas dan bergeser ke sektor swasta. Privatisasi dan sektor swasta terus dipacu. Pemerintah memberikan kemudahan bagi investor asing untuk menanamkan investasinya dan perdagangan di hampir semua faktor (termasuk sektor jasa pelayanan kesehatan). Dan begitu juga dengan tenaga kerjanya juga sudah ada dari negara-negara lain.

Persaingan institusi pelayanan kesehatan begitu nyata. Persaingan antar rumah sakit bukan hanya dari rumah sakit yang ada di dalam negeri/ DKI Jakarta, akan tetapi juga rumah-rumah sakit yang berasal dari luar negeri, dimana mereka sedang gencar-gencarnya melakukan pemasaran produk-produknya di Indonesia, seperti dari Singapura, Malaysia, Australia, Japan, dll. Mereka membuka perwakilan di kota-kota besar di Indonesia terutama di Jakarta untuk memberikan kemudahan bagi pasien Indonesia yang berobat ke

negara-negara tersebut. Mereka terus –menerus meningkatkan mutu pelayanannya.

Pesaing lain selain rumah sakit dalam dan luar negeri, yang tidak bisa diremehkan adalah dengan hadirnya sarana-sarana dan upaya –upaya kesehatan baru, misalnya : *Trauma Centre, Fitness centre*, Balai pengobatan, praktek dokter umum, praktek dokter spesialis, dll. Dan ditambah lagi dengan sarana kesehatan tradisional, misalnya : Akupunktur, refleksi, shinse, dll.

Ketersediaan rumah sakit baik pemerintah maupun swasta di Jakarta Pusat dapat memberikan peluang bagi masyarakat untuk memilih rumah sakit mana yang akan dikunjungi. Bagi RSUD Tarakan, kompetisi dengan RS lainnya khususnya swasta yang ada terlalu ketat. Hal ini disebabkan pelanggan terbesar dari RSUD Tarakan adalah pengguna Askeskin dan fasilitas yang disediakan oleh RSUD Tarakan hampir sama dengan rumah sakit lainnya yang ada di Jakarta Pusat.

Banyaknya Rumah sakit di DKI Jakarta pada tahun 2006 berjumlah 122 buah, dengan rincian rumah sakit umum 73 rumah sakit , dan rumah sakit khusus 49 rumah sakit. Dari jumlah rumah sakit tersebut sebanyak 94 rumah sakit di kelola oleh pihak swasta, sedangkan rumah sakit pemerintah termasuk rumah sakit TNI/POLRI sebanyak 28 rumah sakit. Dengan jumlah tempat tidur yang tersedia secara keseluruhan sebanyak 16.569 tempat tidur.

Tabel 6.9
Daftar Rumah Sakit menurut Kepemilikan Di Jakarta Pusat
Tahun 2006

No	Kepemilikan	Jumlah	Total
1	Pemerintah	3	1.151
2	TNI/POLRI	3	1.005
3	Swasta	24	2.785
	TOTAL	30	4.941

Sumber : Dinas Kesehatan DKI Jakarta

Rumah sakit yang ada di sekitar RSUD Tarakan adalah RS Sumber Waras, RSAB dan RSJ Harapan Kita, RS Kanker Dharmais, RS Budi Jaya, dan RS Pelni Petamburan serta masih banyak lagi pusat kesehatan lainnya. Keadaan ini menunjukkan bahwa RSUD Tarakan berada di wilayah persaingan yang tinggi.

g. Pelanggan.

Pelanggan yang menggunakan sarana pelayanan RSUD Tarakan adalah masyarakat umum dan kebanyakan dari pasien tersebut adalah pemegang kartu Askeskin.

Instalasi pihak ketiga RSUD Tarakan berfungsi untuk melayani pasien yang menggunakan jasa pihak lain untuk membayar semua biaya atau sebagian biaya dari pasien, baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap. Adapaun pihak ketiga tersebut adalah:

1. Pasien PNS Yang menggunakan Askes
2. Pasien yang menggunakan Jamsostek/Astek
3. Pasien yang menggunakan kartu JPS/SKTM dari pemerintah untuk keluarga miskin (GAKIN).

Tabel 6.10
Jumlah pasien RSUD Tarakan yang menggunakan kartu JPS/SKTM
Tahun 2005 – 2006

No	SKTM				Kartu Sehat			
	R.Inap		R.Jalan		R.Inap		R.Jalan	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
1	1.051	1.098	1.860	1.295	326	507	6.734	8.468

Sumber : laporan Tahunan RSUD Tarakan tahun 2006

Jumlah pasien yang berkunjung ke RSUD Tarakan dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan.

Tabel 6.11
Jumlah Pasien Masuk Berdasarkan Kelas Perawatan Di RSUD Tarakan
Tahun 2002-2006.

No	Uraian	Tahun					Jumlah
		2002	2003	2004	2005	2006	
1	VIP	56	197	122	96	86	557
2	HCU	136	117	120	214	81	668
3	Anggrek I	120	500	531	780	651	2.582
4	Anggrek II	350	1.421	1.332	1.213	1.092	5.048
5	Bougenvile KIA	1.134	1.065	857	1.168	1.223	5.447
6	Bougenvile anak	1.700	1.873	2.024	2.783	2.990	11.370
7	Mawar	632	401	227	-	347	1.607
8	Cempaka Bedah	1.055	1.075	803	1.657	1.412	6.002
9	Cempaka Peny.Dalam	2.172	482	1.095	1.469	1.960	7.178
10	Perinatologi	-	649	604	796	900	2.949
	TOTAL	7.355	7.780	7.715	10.176	10.742	43.768

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan Tahun 2005-2006

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa jumlah pasien masuk yang dirawat di RSUD Tarakan terus mengalami kenaikan jumlah nya dari tahun ke tahun.

Tabel 6.12
Realisasi Kinerja Unit Rawat Inap RSUD Tarakan
Tahun 2004-2007

No	Keterangan	2004	2005	2006	2007
1	Jumlah Tempat Tidur	124	137	156	213
2	<i>Bed Occupation Rate</i> (BOR)	67,31%	82,65%	83,75%	77,36 %
3	<i>Average Length of stay</i> (ALOS)	3,87	4,01	4,14	4,27
4	<i>Bed Turn Over</i> (BTO)	63,41	74,87	74,68	56,57
5	<i>Turn Over Interval</i> (TOI)	2,17	0,92	0,87	1,38
6	<i>Net Death Rate</i> (NDR)	2,70	2,10	2,42	2,04
7	<i>Gross Death Rate</i> (GDR)	6,69	4,67	4,62	4,29

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan tahun 2004-2007

Tabel 6.13
Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan dan IGD Tahun 2002 – 2006

No	Tahun	Jumlah Kunjungan		Jumlah
		Rwt. Jalan	IGD	
1	2002	133.748	13.283	147.031
2	2003	122.218	11.901	134.119
3	2004	119.416	14.078	133.494
4	2005	113.607	18.331	131.938
5	2006	115.847	19.976	135.823
	JUMLAH	604.836	77.569	682.405

Sumber : Laporan RSUD Tarakan tahun 2002 - 2006

Berdasarkan tabel diatas bahwa jumlah kunjungan IGD pada tiap tahun mengalami peningkatan kecuali pada tahun 2003 yang mengalami penurunan (11.901). sedangkan pada tahun berikutnya terus mengalami peningkatan jumlahnya. Dan begitu juga dengan kunjungan rawat jalan juga mengalami peningkatan.

Tabel 6.14
Jumlah Kunjungan pasien Rawat Jalan RSUD Tarakan
Tahun 2005- 2006

No	Nama Poli	Tahun		% Penurunan/ Kenaikan
		2005	2006	
1	Peny. Dalam	17,985	18,173	1,03 %
2	THT	15,686	15,724	0,24 %
3	Kulit & Kelamin	14,250	14,012	-1,70 %
4	Anak	13,865	12,373	-12,06 %
5	Paru	9,440	10,088	6,42 %
6	Mata	9,272	10,398	10,83 %
7	Bedah Umum	8,424	8,783	4,09 %
8	Kebidanan	6,686	7,522	11,11 %
9	Jantung	5,737	5,741	0,07 %
10	Gigi	4,065	4,117	1,26 %
11	Syaraf	3,368	3,579	5,90 %
12	Check-UP	1,955	2,081	6,05 %
13	Rekam Medik	1,381	1,794	23,02 %
14	Bedah Urologi	844	828	-1,93 %
15	KB	395	329	-20,06 %
16	Bedah Orthopedi	254	301	15,61 %
17	Bedah Syaraf		4	100,00 %
	SUB TOTAL	113,607	115,847	1,93 %
	HARI BUKA KLINIK	300	303	
	RATA-RATA PER HARI POLI	379	382	
18	IGD	18,331	19,976	8,28 %
	HARI BUKA KLINIK	365	365	
	RATA-RATA PER HARI POLI	50	55	
	TOTAL	131,938	135,823	2,87 %

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah kunjungan rawat jalan untuk poliklinik pada tahun 2006 mengalami peningkatan sebesar 1,93 % dibandingkan tahun 2005. Hal ini disebabkan sudah beroperasinya gedung baru (DP I). Peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun merupakan peluang bagi RSUD Tarakan dimasa mendatang.

h. Geografi.

Letak RSUD Tarakan sangat strategis yaitu di pusat kota Jakarta. Tempat aktifitas bisnis yang cukup tinggi dan merupakan pusat perkantoran. Dengan demikian mudah dicapai dari segala arah, karena banyak transportasi yang menuju kedaerah ini. RSUD Tarakan berada pada Jl. Kyai Caringin No.7 Jakarta Pusat, dikecamatan Gambir, kelurahan Cideng.

Batasan administratif RSUD Tarakan Jakarta Pusat adalah:

1. Utara : Jl. Kyai Caringin dan Roxy.
2. Timur : Kali Cideng.
3. Selatan : Kali Musi dan Tomang.
4. Barat : Jl. Musi dan Tomang.

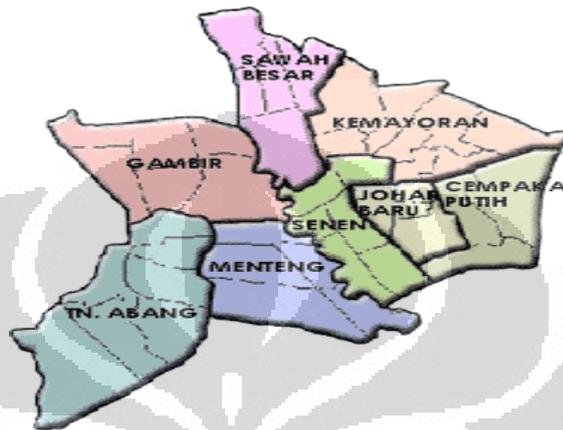
Letak geografis Kotamadya Jakarta Pusat antara : $106^{\circ} 22' 42''$ - $106^{\circ} 58' 18''$ Bujur Timur dan $5^{\circ} 19' 12''$ - $6^{\circ} 23' 54''$ Lintang Selatan 4 M diatas Permukaan Laut. Iklimnya relatif panas, rata-rata sepanjang tahun $27^{\circ} C$, dengan kelengasan tinggi 800 - 900 dan tinggi rata-rata dari permukaan air 4 M. Adapun keadaan permukaan tanahnya relatif landai.

Secara administratif wilayah Jakarta Pusat dibagi menjadi 8 Kecamatan dan 44 Kelurahan (terbagi lagi menjadi 396 RW dan 4.738 RT), dengan total luas wilayahnya mencapai, 48,08 Km².

Tabel 6.15
Jumlah Kecamatan dan Luas Wilayah Jakarta Pusat

No	Kecamatan	Luas KM ²	Kelurahan	RT	RW
1	Gambir	7,6	6	46	523
2	Sawah Besar	6,22	5	49	612
3	Kemayoran	7,13	8	77	1,031
4	Senen	4,23	6	46	508
5	Cempaka Putih	4,69	3	30	368
6	Menteng	6,53	5	38	425
7	Tanah Abang	9,3	7	70	711
8	Johar Baru	2,38	4	40	560

GAMBAR 6.1
PETA WILAYAH JAKARTA PUSAT



Penggunaan lahan/tanah di Jakarta Pusat cukup kompleks dan sering menimbulkan dampak negatif terhadap keindahan dan daya dukung lingkungan. Sebagian besar lahan digunakan untuk perumahan dan perkantoran. Luas lahan yang ada di Jakarta Pusat adalah 4.790 ha, dengan peruntukan untuk perumahan, perkantoran, taman, industri, dan lainnya.

Tabel 6.16
Luas lahan menurut Peruntukannya

No	Peruntukan Lahan	Luas lahan(Ha)
1	Perumahan	2.755,69
2	Perkantoran/Penggudangan	1.123,73
3	Industri	165,74
4	Taman	248,60
5	Lainnya	496,24
	TOTAL	4.790

Sumber : BPS DKI Tahun 2007

i. Globalisasi.

Dampak yang terjadi akibat dari globalisasi yang membolehkan liberalisasi perdagangan dan tarif secara global (GATT-General Agreement on Trade and Tariff, 1993) adalah terjadinya *capital inflow*, transfer informasi, ilmu dan teknologi, penambahan lowongan kerja serta memberikan kesempatan yang luas bagi konsumen untuk memilih produk bermutu. Dalam GATT yang terpenting adalah kesepakatan perihal hak cipta (TRIPS) dan perihal jasa (*General Agreement on Trade in Service* atau GATS). Jasa kesehatan termasuk GATS di dalam sektor *Health Related Social Services*, subsektor *Medical and Dental Services, Hospital Services and Private Hospital Services*.

Menurut GATS, pasokan jasa-jasa kesehatan dapat melalui modus, antara lain:

1. Pasokan lintas perbatasan, misalnya melalui *telemedicine*, pemasaran melalui internet, iklan agar pasien dirujuk ke RS di luar negeri, dan lain-lain.
2. Konsumsi luar negeri dan dalam negeri bebas mencari pelayanan ke luar negeri, misalnya orang-orang kaya Indonesia yang pergi ke luar negeri (Singapura, China, Australia) untuk berobat, cek kesehatan, cangkok ginjal, dan lain-lain.
3. Kehadiran komersial, pemasok asing bebas menanam modal, mendirikan, mengoperasikan, dan membangun cabang badan usaha di bidang perumahnyasitan, misalnya RS Glenn-Eagle di Jakarta.

4. Kehadiran perorangan, membolehkan para manajer, dokter, dokter spesialis, dan tenaga kesehatan asing lainnya masuk dan bekerja di Indonesia atau sebaliknya.

Negara Indonesia secara resmi belum menentukan jadwal pembebasan perdagangan sektor/subsektor jasa kesehatan secara global. Namun untuk tingkat AFTA (*ASEAN Free Trade Area*) telah dirasakan adanya nuansa liberalisasi, dengan masuknya investor industri RS, tenaga ahli, dan iklan/promosi kesehatan dari negara Singapura, Malaysia, dan Thailand secara luwes, akhir-akhir ini ke Indonesia.

Bahkan, Singapura bertekad menjadi pusat layanan global di bidang penyedia jasa layanan kesehatan dimana sejak tahun 2003 pemerintah Singapura menyatakan negaranya sebagai pusat pengobatan secara internasional. Hal ini ditunjang oleh semakin berkembangnya teknologi kesehatan yang memiliki infrastruktur modern, lingkungan yang bersih serta tenaga ahli profesional. Ini tentu dapat menjadi tantangan bagi rumah sakit-rumah sakit di Indonesia khususnya RSUD Tarakan karena akan semakin banyak masyarakat Indonesia menggunakan pelayanan kesehatan di rumah sakit di luar negeri seperti Singapura.

6.1.2. ANALISIS LINGKUNGAN INTERNAL

a. Visi dan Misi

Berdasarkan data internal Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan yang berhasil diperoleh, diketahui bahwa visi yang lama yaitu ” Rumah Sakit Kebanggaan Masyarakat DKI Jakarta Dan Bertaraf Internasional ” sedangkan

misinya yaitu : "Memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan seluruh lapisan masyarakat, serta Mewujudkan SDM profesional dan sejahtera". Sudah tidak cocok lagi untuk RSUD Tarakan saat ini, karena visi tersebut RSUD Tarakan belum siap kearah internasionalisasi.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan Kabid Pelayanan, menurut nya visi:

" Bahwa visi yang lama itu sudah tidak relevan dengan keadaan RSUD Tarakan saat ini, dan penyusunan visi itu belum melibatkan seluruh lapisan di RSUD Tarakan sendiri, dan bagian komite medik pun menanyakan apakah visi sudah relevan?dan sosialisasinya juga belum ada. Visi yang lama ini belum optimal dalam mencapai tujuan dengan kondisi yang ingin dicapai oleh RSUD Tarakan. Oleh karena itu kita harus merubah atau membuat visi yang baru."

Sedangkan Misi menurut (kabid.Pelayanan) adalah :

" Misi nya juga belum tercapai dan belum bisa memuaskan seluruh lapisan masyarakat dan pihak pemerintah, aktifitas RSUD Tarakan daam pelaksanaan misinya adalah meningkatkan kompetensi SDM nya, tetapi sangat terbatas. SDM yang mengikuti pendidikan nya belum merata dan yang mengikutinya hanya orang –orang tertentu saja. Dan karyawan yang memahami misinya sekitar 30 %, itu disebabkan karena sosialisasi yang kurang serta karyawan yang tidak mau peduli."

Dan langkah-langkah Strateginya adalah:

" SDM nya harus kompeten, sarana dan prasarana juga harus dipenuhi, serta melakukan bench marking, yang selama ini dilakukan bench marking nya hanya domestic,katanya mau mencapai inetrnasiolisasi kenapa domestic yang jadi pilihannya, maka dari itu tidak sesuai dengan visi yang lama, maka oleh itu visi itu tidak ketemu benang merah nya. Dan oleh sebab itu kita harus menyusun visi yang baru. Strategi yang ada sekarang masih belum bisa menjawab tantangan rumah sakit di masa mendatang. Dan untuk menuju kepada pelayanan prima belum akan tercapai dengan keadaan kita sekarang. Dan untuk itu usulannya adalah RSUD Tarakan harus mempersiapkan diri agar bisa menjawab tantangan di masa mendatang."

Maka akhirnya melalui Consensus Decision Making Group (CDMG) dengan seluruh tim inti Renstra RSUD Tarakan yang bertempat di Hotel Treva pada desember 2007, yang di fasilitasi oleh Dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc

(Dosen FKM UI), maka ditetapkan Visi baru untuk RSUD Tarakan tahun 2008-2012, Yang dilakukan setelah analisis situasi, sebagai berikut :

VISI

” RUMAH SAKIT SAHABAT ANDA MENUJU SEHAT”

MISI

1. Melayani masyarakat dengan prinsip pelayanan prima.
2. Meningkatkan jenis sarana dan prasarana layanan sesuai tuntutan pelayanan.
3. Mewujudkan SDM profesional dan sejahtera.
4. Mendorong kemandirian dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat.

Tujuan

1. Menjadikan RSUD Tarakan sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan prima.
2. Meminimalkan risiko Infeksi Nosokomial.
3. Menciptakan rumah sakit yang bersih, indah, aman dan nyaman.

MOTTO

” KESEMBUHAN ANDA KEBAHAGIAAN KAMI ”

b. Manajemen Dan Organisasi

Manajemen organisasi dan struktur organisasi RSUD Tarakan sudah ada dan dibentuk berdasarkan PERDA NO. 4 TAHUN 1998 (struktur terlampir). Kegiatan pelayanan kesehatan rumah sakit sudah dilengkapi dengan *standart operating procedure* (SOP). Sedangkan untuk kelulusan akreditasi RSUD

Tarakan sudah lulus delapan (8) Pelayanan dan itu dilaksanakan pada bulan Mei Tahun 1999. Dan mulai tahun 2007 RSUD Tarakan sudah menuju kepada peningkatan kualitas pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, yaitu dengan melakukan ISO.

c. Pemasaran

Pemasaran yang dilakukan oleh RSUD Tarakan masih belum optimal. Seringkali, RS pemerintah menganggap pemasaran adalah hal yang kurang penting bagi manajemen RS. Alasan atas hal tersebut adalah masyarakat pasti akan tetap menggunakan fasilitas RS pemerintah terutama masyarakat miskin yang pengguna kartu askeskin. Padahal asumsi ini sudah tidak tepat lagi. RS pemerintah juga harus mengembangkan strategi pemasaran guna membangun brand image yang baik dari kualitas pelayanan RS pemerintah sehingga mampu memperluas pangsa pasar yang pada akhirnya dapat meningkatkan pendapatan dan keuntungan RS.

Pada struktur organisasi RSUD Tarakan sudah ada unit yang membidangi langsung pemasaran dan berada di bawah bagian perencanaan. Dan kegiatan pemasaran di RSUD Tarakan belum berjalan dengan optimal, dikarenakan personil yang menduduki bagian tersebut sering di ganti/mutasi.

Berdasarkan hasil Wawancara dengan Wakil Direktur pelayanan RSUD Tarakan . Bahwa menurut nya ada dua kegiatan pemasaran yang dilakukan oleh RSUD Tarakan saat ini yaitu:

Marketing Internal yang telah dilakukan antara lain:

- 1. Hanya baru sekedar mencetak brosur. dan kemudian dibagikan ke pada pasien yang berkunjung,*

2. Memasang spanduk di rumah sakit sebagai bentuk promosi yang dilakukan kepada pasien dan itupun sudah tidak berjalan secara optimal.

Marketing Eksternal yang telah dilakukan antara lain:

1. Pembinaan ke Puskesmas-puskesmas yang ada di Jakarta Pusat, yang tujuannya untuk melakukan promosi rujukan pasien ke RSUD Tarakan.
2. Melakukan Seminar Kesehatan tentang PHBS, DBD, Penyakit Degeneratif, dll, yang dilakukan di luar rumah sakit dan di RSUD Tarakan sendiri, dengan mengundang pihak-pihak luar untuk diikut sertakan dalam acara tersebut.

Tabel 6.17
Jumlah Pasien Unit rawat jalan Berdasarkan Jenis Pasar Tahun 2006

No	Jenis Pasar	2006	
		Jumlah	Prosentase
1	Askes	8.442	6,22 %
2	Umum (Bayar)	116.533	85,80 %
3	Gakin: Kartu Sehat SKTM	9.403	6,92 %
		8.468	
	SKTM	1.295	
4	BRS	1.445	1,06 %
	JUMLAH	135.823	100 %

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

d. Keuangan/Akutansi

RSUD Tarakan memiliki dua sumber penerimaan. Yaitu dari masyarakat yang berbentuk penerimaan dari proses pelayanan (penerimaan swadana) dan dari pemerintah yang mengalokasikan bantuan untuk RSUD Tarakan yaitu APBD/subsidi lainnya. Pada tahun 2005 target penerimaan swadana berdasarkan RASK/DASK adalah Rp. 20.581.792.000,- sedangkan penerimaan swadana tahun 2005 jumlahnya Rp. 16.017.957.603,- yang artinya jumlah penerimaan pada tahun 2005 hanya tercapai sekitar 80 % dari target yang direncanakan.

Sedangkan untuk tahun 2006 target penerimaan swadana berdasarkan RASK/DASK adalah Rp. 21.581.800.000,- sedangkan penerimaan swadana pada tahun 2006 jumlahnya adalah Rp. 21,354.623.909,-

Tabel 6.18
Perbandingan Jumlah Penerimaan Swadana RSUD Tarakan
Tahun 2002 – 2006

NO	TAHUN ANGGARAN	TARGET PENERIMAAN RETRIBUSI RS	REALISASI PENERIMAAN SWADANA
1	2002	10.000.000.000	10.089.488.885
2	2003	15.000.000.000	9.077.144.679
3	2004	15.000.000.000	15.954.245.211
4	2005	20.581.792.900	16.017.957.603
5	2006	21.581.000.000	21.354.623.909

Sumber : Laporan RSUD Tarakan

Selama melakukan penelitian di RSUD Tarakan penulis sangat sulit untuk mendapatkan laporan/data keuangan rumah sakit secara terperinci, maka dari itu data tentang keuangannya hanya mengenai jumlah pemasukan dan pengeluaran pertahun yang didapat dari hasil laporan tahunan rumah sakit bukan dari bagian keuangan sendiri.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kabag. Keuangan RSUD Tarakan, mengenai sistem keuangan yang dipakai oleh RSUD Tarakan adalah: sistem *Cash Basic* akan tetapi ada juga *Accrual Basic*.

Berikut hasil wawancara nya:

“ sistem keuangan nya masih menggunakan Cash Basic, tetapi sudah menuju ke Acrural Basic, dan maksudnya sudah ke accrual basic masih sebatas data kolekting yaitu untuk persediaan, hutang, piutang. Tetapi kalau untuk pelaporan keuangan nya sudah Accrual basic. Kalau accrual basic kas dengan barang harus sama, tetapi di RSUD Tarakan belum jalan, karena sistem komputernya belum jalan. Dan yang dilakukan untuk sistem accrual basic hanya dicocokkan pada akhir tahun dan dilakukan rekonsiliasi. Dan secara umumnya masih menggunakan cash basic, Karena sistem pelaporan ke PEMDA juga masih menggunakan cash basic.”

Masih menurut Kabag. Keuangan

“ Bahwa efisiensi keuangan nya di tiap-tiap unit belum menunjukkan ke hasil efisiensi dan itu menuju kepada akuntansi biaya. Pengelompokan biaya masih per mata anggaran. Dan dibagi kepenanggung jawab ke bagian masing-masing. Dan bagian keuangan hanya menghitung unit cost nya saja. Dan mengenai tarif yang ada saat ini dengan Rp. 5000.- hal tersebut masih dibawah unit cost. Dan tarifnya masih ditentukan Pemda. Mengenai pendapatan tiap tahun menunjukkan kenaikan, umumnya dari segi logistik obat-obatan. Dan mengenai analisis rasio keuangan nya sudah ada. Dan sistem Billing nya belum berjalan dan terintegrasi dengan optimal jadi harus dilakukan secara manual lagi pada akhir bulan dan direkap”.

Kekuatan di bagian keuangan adalah adanya aturan yang harus benar, dan kelemahan nya birokrasi, dan sistem anggaran, misalnya dari eksternal dan internal, kalau dari eksternal misalnya dari Dinkes kalau mau melakukan pembelian obat dan ATK begitu panjang birokrasinya, dan begitu juga dengan internalnya hampir sama.

Laporan keuangan rumah sakit dengan menggunakan *Cash basic* atau laporan arus kas.

Tabel 6.19
Laporan Arus Kas untuk Tahun berakhir 31 Desember 2006 dan 2005

No	Kegiatan Keuangan	2006	2005
	Arus Kas Dari Aktivitas Operasi		
1	Arus Kas Masuk	51.848.093.879	80.951.993.541
2	Arus Kas Keluar	41.387.189.757	27.766.632.909
	Arus Kas Dari Aktivitas Investasi Aset Non Keuangan		
1	Arus Kas Keluar	11.007.429.174	52.055.900.470
	Arus Kas dari aktivitas Non keuangan		
1	Arus kas masuk	6.158.372.794	1.618.588.374
2	Arus Kas Keluar	6.158.372.794	1.618.588.374
	KENAIKAN (PENURUNAN)KAS	546.525.052	1.129.460.162
	KAS AWAL PERIODE	1.488.001.727	358.541.565
	KAS AKHIR PERIODE	941.476.675	1.488.001.727

Sumber : Laporan Keuangan RSUD Tarakan

Kalau kita melihat dari tabel 6.19 bahwa Kas Akhir periode tahun 2006 lebih rendah dari tahun 2005, hal tersebut disebabkan karena mulai tahun 2006 RSUD Tarakan sudah menjadi rumah sakit yang menerapkan pola keuangan tetap dengan sistem BLUD, dan subsidi anggarannya pun sudah di kurangi sekitar 55% dari tahun 2005 . Untuk tahun 2005 RSUD Tarakan mendapat subsidi sebesar Rp. 65.013.760.645,- dan untuk tahun 2006 sebesar Rp. 31.039.996.022.-

Pada tabel berikut ini, hampir semua jenis pelayanan mengalami peningkatan pendapatan, di RSUD Tarakan dari tahun 2005 dan 2006, yaitu :

Tabel 6.20
Perbandingan Jumlah Pengunjung Dan Penerimaan RSUD Tarakan
Tahun 2005-2006.

NO	URAIAN	JUMLAH			
		PASIEN		PENERIMAAN	
		2005	2006	2005	2006
I	R.JALAN	134.369	138.243	2.315.677.870	1.991.438.800
1	P.DALAM	17.985	18.173	117.612.250	109.243.500
2	THT	15.686	15.724	277.960.000	295.640.500
3	KULIT & KELAMIN	14.250	14.012	192.155.000	204.932.500
4	ANAK	13.865	12.373	118.090.000	110.814.000
5	PARU	9.440	10.088	57.215.000	65.792.500
6	MATA	9.272	10.398	109.185.000	128.413.000
7	BEDAH UMUM	8.424	8.783	125.618.500	143.500.500
8	BEDAH UROLOGI	844	828	10.357.500	8.735.000
9	B.ORTHOPEDI	254	301	6.285.000	8.847.500
10	KEBIDANAN & KB	7.081	7.851	78.650.000	79.012.500
11	JANTUNG	5.737	5.741	26.507.500	34.580.000
12	GIGI	4.065	4.117	219.484.400	250.412.000
13	SYARAF	3.368	3.579	28.030.000	29.965.000
14	CHECK-UP	1.955	2.081	313.466.000	217.586.000
15	R.MEDIK	1.381	1.794	30.671.000	38.909.100
16	IGD	18.331	19.976	467.586.470	132.527.600
17	R.JLN.SORE	2.432	2.424	136.804.250	132.527.600

II	PENUNJANG	60.413	61.631	3.432.797.044	3.816.959.638
1	LABORATORIUM	40.577	39.931	1.458.682.232	1.647.561.834
2	RADIOLOGI	13.124	13.677	543.959.250	633.276.790
3	USG	2.155	3.204	153.823.928	211.479.353
4	ECHO	104	123	2.950.400	3.631.000
5	EEG	70	64	13.100.000	11,115.000
6	EKG	2.035	1,905	70.564.430	82.147.103
7	ENDOSCOPY		71	14.495.000	11.415.000
8	P.ANATOMI	689	829	35.454.500	44.525.800
9	B.RAWAT JALAN	1.156	658	441.981.000	509.106.500
10	B.UMUM (OK)	466	1.109	685.732.054	649.636.023
11	THREADMIL	37	60	4.325.000	5.270.000
12	JENAZAH	709	739	7,729.250	7.795.235
III	RAWAT INAP	10.176	10.742	2.428.012.999	2.428.274.347
1	VIP	96	86	97.505.000	115.455.493
2	HCU	214	81	144.147.132	101.061.101
3	ANGGREK KLS I	780	651	471.999.300	493.383.309
4	ANGGREK KLS II	1.213	1.092	684.250.178	650.091.340
5	B.ANAK	2.783	2.990	401.516.345	352.976.063
6	B. KEBIDANAN	1.168	1.223	221.845.740	234.094.715
7	C.PENY. DALAM	1.469	1.960	159.207.202	163.826,419
8	C. BEDAH	1.657	1.412	116.061.807	117.983.196
9	B.PERINATOLOG I	796	900	131.480.295	140.142.707
10	MAWAR	-	347	-	59.305.004

Sumber : Laporan tahunan RSUD Tarakan

e. Personalia/SDM

Sumber daya manusia atau tenaga kerja adalah unsur terpenting dalam sebuah institusi Rumah Sakit karena akan sangat mempengaruhi mutu pelayanan dan pengelolaan Rumah Sakit. Untuk itu pengadaan dan peningkatan kualitas sumber daya manusia yang sesuai dengan ketentuan/standar rumah sakit sangat diperlukan.

Pada akhir tahun 2006 jumlah SDM di RSUD Tarakan 516 orang, yang terdiri dari:

1. Tenaga Medis : 10,66%
2. Tenaga Perawatan : 40,70%

3. Tenaga Paramedis dan non perawatan : 9,11%
4. Tenaga Non Medis : 39,53%

Sesuai rencana pengembangan jumlah karyawan terhadap tuntutan hasil kinerja yang ada, termasuk mengganti yang keluar karena mutasi tugas, mengundurkan diri, pensiun maupun pensiun dini, RSUD Tarakan secara selektif dan cermat melakukan pemetaan SDM, pengembangan SDM, menyusun *Replacement Charts*, menyiapkan kader dari dalam dan merekrut SDM yang siap pakai.

Berikut ini data SDM berdasarkan status ketenagaan dan klasifikasinya yang terdiri dari PNS, PTT, dan Honorer.

Tabel 6.21
Jumlah Tenaga Kerja dan Klasifikasinya Tahun 2006.

No	Klasifikasi ketenagaan	Jenis Tenaga			Jumlah
		PNS	PTT	HONOR	
1	Tenaga Medis	54	-	1	55
2	Tenaga Perawat	103	24	83	210
3	Tenaga Paramedis Non perawat	22	5	20	47
4	Tenaga Non Medis	47	0	157	204
	JUMLAH	226	29	261	516

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan.

Pada taun 2006 jumlah SDM secara keseluruhan meningkat sebesar 41,16 % atau berjumlah 64 orang dibandingkan tahun 2005 yang berjumlah 452 tenaga. Jenis tenaga yang bertambah adalah:

- a. Tenaga Perawat : 49 orang.
- b. Tenaga Non Medis : 30 orang.

Penambahan tenaga perawat yang tujuannya untuk meningkatkan pelayanan dibidang keperawatan karena selain untuk mengganti perawat yang sudah pensiun, pindah atau berhenti bekerja juga untuk ditempatkan diruang

perawatan karena adanya penambahan jumlah tempat tidur di ruang rawat inap, khususnya dari 141 tempat tidur pada tahun 2006 menjadi 219 tempat tidur pada tahun 2007. Sedangkan penambahan di tenaga non medis adalah disebabkan oleh karenanya bertambah ruang dan luas pelayanan dari 1 gedung dengan 6 lantai menjadi 2 gedung dengan 10 lantai.

Tabel 6.22
Rincian Jumlah Tenaga RSUD Tarakan Tahun 2006

No	Uraian ketenagaan	Jenis Tenaga			Jumlah
		PNS	Non PNS		
			PTT	Honoror	
A	Tenaga Medis				
1.	Dokter Umum	10			10
2.	Dokter Spesialis	32			32
3.	Dokter Gigi	4			4
4.	Dokter Spesialis Bedah Mulut	1			1
5.	Dokter Gigi Spe.Orthodenti	2			2
6.	T. Kesehatan S2 (dr.Umum/Gigi) (MARS)	4			4
7.	Apoteker	1		1	2
	Sub Total	54		1	55
B	Tenaga paramedik (Perawat)				
1.	S1 Keperawatan	2		12	14
2.	Akademi perawat	57	10	65	132
3.	SPK/SPR/Perawat lainnya	27	14	3	44
4.	Perawat Bidan	7			7
5.	Bidan	4		1	5
6.	Pengatur Rawat Gigi			1	1
7.	Ak-Nes	6		1	7
	Sub Total	103	24	83	210
C	Tenaga Paramedis Non Perawat				
1.	S1 Kesehatan Masyarakat	1		2	3
2.	SAA/SMF	2		9	11
3.	Analisis lab (DIII Analis kesehatan)	1	2	4	7
4.	SMAK	4	1		5
5.	Radiografer (DIII RO)	5	1	1	7
6.	D3 Sanitarian	1		1	2
7.	D3 Gizi (penata gizi)	1		1	2
8.	D1 Gizi (pengatur gizi)	1			1
9.	Tehnisi Gigi			1	1
10.	D3 T.Elektromedis (ATEM)	1	1		2
11.	DIII Fisioterapi	3			3

12	Refraksionis			1	1
13	Akademi Rekam Medis	2			2
	Sub Total	22	5	20	47
D	Tenaga Non Medis				
1.	S2 Kesehatan lainnya (M.kes)	3			3
2.	Magister Manajemen	3			3
3.	Sarjana Administrasi	3		3	6
4.	Sarjana Ekonomi/Akuntansi	7		6	13
5.	Sarjana Komputer			1	1
6.	Sarjana Hukum			2	2
7.	Sarjana Teknik			1	1
8.	Sarjana Sastra			1	1
9.	Sarjana Biologi	1			1
10	D4 Statistik	1			1
11	D4 Perhotelan			1	1
12	D3 Hukum			1	1
13	D3 Ekonomi/Perbankan	1		5	6
14	D3 komputer			1	1
15	D3 Bahasa Inggris	1			1
16	D3 Perumahsakitan			1	1
17	D1 Hukum			1	1
18	SMA	8		81	89
19	SMA+Prakarya	11			11
20	SMEA	2		14	16
21	STM	4		18	22
22	SMKK			4	4
23	SMP			8	8
24	SD	2		8	10
	Sub Total	47		157	204
	TOTAL	226	29	261	516

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Tarakan

f. Sistem Informasi

Sistem Informasi Rumah Sakit di RSUD Tarakan masih menggunakan sistem manual, belum terkomputerisasi dan terintegrasi dengan baik. Namun tiap-tiap bagian dalam melakukan pencatatannya sendiri ada yang melakukannya secara manual dan ada juga yang memakai komputer. Namun hal ini sangat menghambat terhadap pelayanan yang diberikan kepada

masyarakat, karena menyulitkan dalam menyusun data-data dan informasi yang diperlukan untuk membantu pihak manajemen dalam mengambil keputusannya.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan kepala Bagian Perencanaan dan Program RSUD Tarakan tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), maka didapatkan informasinya seperti kutipan berikut:

”Sebenarnya Infrastrukturnya sudah ada semenjak tahun 2004, dan sudah dilakukan uji coba pada tahun 2005 tetapi tidak optimal, dan pada Tahun 2005 dengan adanya pembangunan gedung RSUD Tarakan maka jaringannya putus. Akan tetapi dengan selesainya pembangunan gedung RSUD Tarakan tersebut pada tahun 2006, maka jaringannya dipasang lagi, akan tetapi belum bisa digunakan karena software nya belum ada. Walaupun semua infrastrukturnya sudah ada, misalnya: computer, server, kabel LAN. Dan begitu juga dengan SDM nya yang masih terbatas dalam penguasaan IT nya”.

Dan masih menurut Kabag.Perencanaan dan program tentang SIM:

“SIMRS sebenarnya sangat membantu manajemen dalam mengambil keputusan apa lagi kalau dilakukan secara bertahap. Dan kalau bisa SIMRS itu bisa digunakan sebagai alat bantu dalam perencanaan/Decision Support System (DSS), dan kalau bisa harus Exspert System. Oleh karena itu sebenarnya pihak manajemen RSUD Tarakan harus menyamakan persepsi terlebih dahulu untuk menyatukan visi tentang SIMRS.

g. Sarana dan prasarana

Bangunan RSUD Tarakan yang dibangun pada tahun 1953 direnovasi total menjadi gedung DP I, berlantai 8 yang pembangunannya selesai akhir Desember tahun 2005 dan beroperasi pada Maret tahun 2006. dan dibangun dengan dana APBD DKI Jakarta.

RSUD Tarakan mempunyai Gedung DP I yang berlantai 8 dan diperuntukkan untuk Ruang Poli rawat Jalan, Depo farmasi, Instalasi Jenazah, Ruang perawatan bersalin kelas 3, Ruang Administrasi dan Manajemen,

Ruang perawatan Bedah kelas 3, Ruang perawatan Anak Kelas 3, ruang perawatan paru kelas 3, dan ruang penyakit dalam kelas 3.

Sedangkan Gedung DP II yang berlantai 6 diperuntukkan untuk IPRS, Ruang perawatan HCU, Instalasi CSSD, ruang patologi anatomi, instalasi anestesi, dan instalasi bedah sentral, ruang pelayanan MCU, fisioterapi, ruang perawatan VIP, ruang perawatan kelas 1 dan 2.

Dan untuk Blok C adanya Instalasi gawat darurat (IGD), Ruang pemeriksaan USG, Instalasi radiologi, jembatan penghubung antara gedung DP I dan DP II, instalasi laboratorium patologi klinik. Sedangkan sarana lainnya yang dimiliki oleh RSUD Taraka antara lain : Sarana air bersih, sarana listrik, pengolahan limbah, pembakaran sampah, lift pasien, kendaraan ambulance, sarana komunikasi, dan komputer.

h. Produk layanan

Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di RSUD Tarakan adalah :

1. Pelayanan Rawat Jalan , Meliputi :
 - a. Poli Bedah
 - b. Poli jantung
 - c. Poli Penyakit Dalam
 - d. Poli Saraf
 - e. Poli Kebidanan
 - f. Poli Paru
 - g. Poli Mata
 - h. Poli Kulit dan Kelamin
 - i. Poli THT

j. Poli Gigi dan Mulut

k. Poli Anak

2. Pelayanan Rawat Inap, meliputi :

a. Ruang perawatan Bersalin Kelas III (Seruni)

b. Ruang Perawatan Perinatologi kelas III

c. Ruang Perawatan Bedah kelas III (Soka)

d. Ruang Perawatan Anak kelas III (Melati)

e. Ruang perawatan Paru kelas III (Mawar)

f. Ruang Perawatan Penyakit Dalam kelas III (Dahlia)

g. Ruang Perawatan HCU

h. Ruang Perawatan VIP

i. Ruang perawatan Kelas I dan II

3. Pelayanan Unit Gawat Darurat

4. Pelayanan Instansi penunjang medik, yang terdiri dari :

a. Radiodiagnostik

b. Laboratorium

c. Farmasi

d. Ultra Sono Grafi

e. CT-Scan

f. Patologi Klinik

g. Patologi Anatomi

5. Pelayanan konsultasi

a. Konsultasi Gizi

6. Pelayanan Penunjang Non Medis, terdiri dari :

- a. Pelayanan Ambulance
- b. Pelayanan kamar Jenazah
- c. Pelayanan rekam Medik
- d. Pelayanan Laundry
- e. Pelayanan IPRS
- f. Pelayanan CSSD (sterilisasi).

6.1.3. Matriks Evaluasi faktor Eksternal (EFE Matrix)

Untuk menentukan variabel penting dalam lingkungan eksternal dilakukan dengan menggunakan *Eksternal Factor Evaluation Matrix* (EFE Matrix) dengan pemberian bobot dan peringkat nilai dengan CDMG dengan hasil yang diperoleh sebagai berikut:

Tabel 6.23
Nilai Peluang dan Ancaman terhadap Organisasi Menggunakan *External Factor Evaluation Matrix* (EFE matrix)

No	Faktor PELUANG Kritis	Bobot-1	Bobot-2	Skala (1-4)	(Bobot-2)x (Skala)
1	Subsidi Anggaran	4	0.06	4	0.23
2	Pendapatan meningkat di tiap-tiap unit	4	0.06	4	0.23
3	Meningkatnya jumlah kunjungan	4	0.06	4	0.23
4	Kepuasan pelanggan meningkat	3	0.04	4	0.17
5	Lokasi strategis di tengah kota	4	0.06	4	0.23
6	Alat canggih sudah lengkap	3	0.04	3	0.13
7	Adanya akreditasi/ISO (sedang berjalan)	3	0.04	3	0.13
8	Audit medis, keuangan, mutu	3	0.04	3	0.13
9	TQM	3	0.04	4	0.17
10	Kebijakan Pemda/DPR	3	0.04	4	0.17
		34	Skor Faktor PELUANG:		1.84

No	Faktor TANTANGAN Kritis	Bobot-1	Bobot-2	Skala (1-4)	(Bobot-2)x (Skala)
1	Kebijakan tarif masih ditentukan pemda	3	0.04	1	0.04
2	Brand image menengah kebawah	3	0.04	1	0.04
3	Kompetisi semakin tajam	4	0.06	1	0.06
4	Biaya operasional meningkat	4	0.06	1	0.06
5	Tarif dibawah unit cost	4	0.06	2	0.12
6	Bad Debt	3	0.04	1	0.04
7	Penerimaan dari pihak ketiga belum optimal	3	0.04	2	0.09
8	Tuntutan akan pasien safety meningkat	4	0.06	2	0.12
9	Masyarakat semakin kritis	4	0.06	1	0.06
10	LSM/Wartawan	3	0.04	2	0.09
		35	Skor Faktor TANTANGAN 1.00		0.71
			Total Skor EFE:		2.55

Ket:

Peluang:

Skala 4 = Merupakan Peluang berskala baik/besar

Skala 3 = Merupakan Peluang berskala sedang

Skala 2 = Merupakan Peluang berskala kecil

Skala 1 = Merupakan Peluang berskala sangat kecil/tidak ada

Tantangan :

Skala 4 = Merupakan Tantangan berskala sangat kecil/tidak ada

Skala 3 = Merupakan Tantangan berskala kecil

Skala 2 = Merupakan Tantangan berskala sedang

Skala 1 = Merupakan Tantangan berskala besar

6.1.4. Matriks Evaluasi Faktor Internal (IFE Matrix)

Untuk menentukan variabel penting dalam lingkungan internal sama dengan Lingkungan Eksternal yaitu dengan melakukan analisa dengan menggunakan *Internal Factor Evaluation Matrix* (IFE Matrix) dengan pemberian bobot dan peringkat nilai dengan CDMG dengan hasil yang diperoleh sebagai berikut:

Tabel 6.24
Nilai Kekuatan dan Kelemahan terhadap Organisasi Menggunakan *Internal Factor*
***Evaluation Matrix* (IFE matrix)**

No	Faktor KEKUATAN Kritis	Bobot-1	Bobot-2	Skala (1-4)	(Bobot-2)x (Skala)
1	Realisasi anggaran meningkat	4	0.06	4	0.23
2	71 % SDM yang ada berpendidikan diatas D3	4	0.06	4	0.23
3	Turn over SDM <5%	3	0.04	3	0.13
4	Pedoman kerja manajerial	3	0.04	3	0.13
5	Evaluasi kinerja manajemen	3	0.04	3	0.13
6	Respon time pelayanan baik	3	0.04	3	0.13
7	Diklat dan peningkatan karir untuk SDM	4	0.06	4	0.23
8	SDM mayoritas usia produktif/job analisis	4	0.06	4	0.23
9	Pengembangan sistem remunerasi	3	0.04	3	0.13
10	Peningkatan pelayanan sub spesialis	4	0.06	4	0.23
		35	Skor Faktor Kekuatan:		1.81

No	Kelemahan	Bobot-1	Bobot-2	Skala (1-4)	(Bobot-2)x (Skala)
1	Pemasaran belum dijalankan secara optimal	3	0.04	2	0.09
2	Pembinaan dan evaluasi karyawan belum berjalan	3	0.04	1	0.04
3	Inefisiensi Anggaran pada setiap unit	4	0.06	1	0.06
4	Sistem Akuntansi belum berjalan baik	3	0.04	1	0.04
5	Reward and punishment belum berjalan	3	0.04	2	0.09
6	Customer Oriented kurang berjalan	3	0.04	2	0.09
7	Monev belum dilaksanakan secara berkala	3	0.04	1	0.04
8	Utilisasi alat belum mendukung	4	0.06	1	0.06
9	SIMRS belum terintegrasi.	4	0.06	1	0.06
10	Distribusi SDM belum berjalan sesuai sistem	4	0.06	1	0.06

34

Skor Faktor Kelemahan:	0.62
1.00	
Total Skor IFE:	2.43

Ket:

Kekuatan:

Skala 4 = Merupakan Kekuatan berskala baik/besar

Skala 3 = Merupakan Kekuatan berskala sedang

Skala 2 = Merupakan Kekuatan berskala kecil

Skala 1 = Merupakan Kekuatan berskala sangat kecil/tidak ada

Kelemahan:

Skala 4 = Merupakan Kelemahan berskala sangat kecil/tidak ada

Skala 3 = Merupakan Kelemahan berskala kecil

Skala 2 = Merupakan Kelemahan berskala sedang

Skala 1 = Merupakan Kelemahan berskala besar

6.2. Tahap II Pencocokan (*Matching Stage*)

Dalam penentuan posisi organisasi berdasarkan analisa kekuatan dan kelemahan yang dipunyai dan besarnya peluang dan ancaman dari lingkungan eksternal organisasi, maka dilakukan analisa dengan menggunakan Matriks TOWS/ Matriks SWOT dan Matriks IE, dengan hasil analisa sebagai berikut:

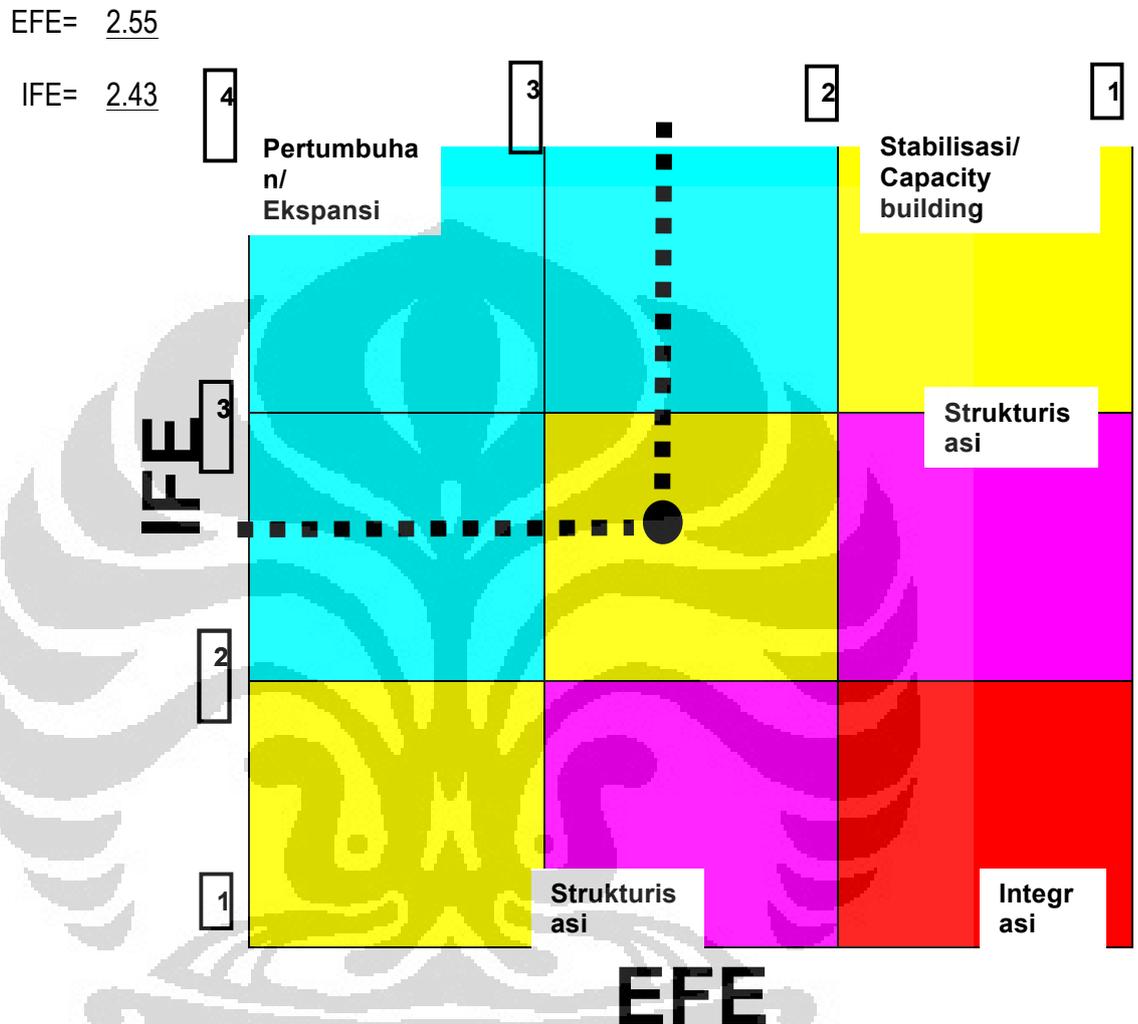
Gambar 6.2

Matriks SWOT RSUD Tarakan

	<p>Kekuatan (S)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realisasi Meningkatkan 2. 71 % SDM berpendidikan D3 3. Turn Over SDM < 5 % 4. Pedoman Kerja manajerial 5. Evaluasi kinerja Manajerial 6. Respon time pelayanan 7. Diklat & peningkatan karir SDM 8.SDM mayoritas usia produktif 9.PengembangansistemRemunerasi 10.Peningkatan pelayanan sub spesialis 	<p>Kelemahan (W)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemasaran belum optimal 2. Pembinaan dan evaluasi karyawan belum berjalan 3. Inefisiensi anggaran pada setiap unit 4. Sistem Akutansi belum berjalan dengan optimal 5. Reward and Punishment belum berjalan 6. Customer Oriented kurang berjalan 7. Monev belum dilaksanakan secara berkala 8. Utilisasi alat belum mendukung 9. SIRS belum terintegrasi dengan baik 10. Distribusi SDM belum berjalan sesuai sistem
<p>Peluang (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Subsidi Anggaran 2. Pendapatan meningkat di tiap-tiap unit 3. Meningkatnya jumlah kunjungan 4. Kepuasan Pelanggan 5. Lokasi Strategis ditengah 6. Alat canggih sudah lengkap 7. ISO/Akreditasi sedang berjalan 8. Adanya Audit mutu /medis / keuangan 9. TQM 10. Kebijakan Pemda/ DPR 	<p>Strategi SO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.S1,S2,S3,S4,S5,S6,S7,S8, O1,O2,O3,O4,O8,O9,O10 Peningkatkan Pendapatan RS 2.S2,S3,S7,S8,S9,O3,O4,O7,O8 Pengembangan Kompetensi SDM 3. S1,S2,S4,S5,S6,S7,S8,O1,O2,O3, O4,O5,O7,O8,O9,O10 Pengembangan Produk Layanan Unggulan 	<p>Strategi WO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W3,W4,O1,O2,O6,O10 Optimalisasi Anggaran dan efisiensi. 2. W1,W5,W6,W7,W10, O3,O4,O5,O7 Pengadaan Sarana dan fasilitas Pelayanan 3. W2,W8,W9,W10,O3,O4O8,O9 Mengembangkan SDM RS & sistem Manajemen SDM 4. W3,W9,O5,07,09,010 Mengembangkan SIRS yang sesuai dengan kebutuhan RS

Ancaman (T)	Strategi ST	Strategi WT
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Tarif masih ditentukan Pemda 2. Brand Image menengah ke bawah 3. Kompetisi semakin tajam 4. Biaya Operasional meningkat 5. Tarif dibawah unit Cost 6. Bed Debt 7. Penerimaan dari pihak ketiga belum optimal 8. Tuntutan akan pasien safety meningkat 9. Masyarakat Semakin kritis 10. LSM / Wartawan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. S1,S2,S4,S5,S6,S8,S9,S10 T1,T3,T4,T5,T6,T7 Optimalisasi dan peningkatan kerjasama dengan pihak ketiga/pemasaran diintensifkan 2. S2,S3,S4,S5,S6,S7,S8,S9, S10,T2,T3,T8,T9,T10 Penerapan Risk Management 	<ol style="list-style-type: none"> 1.W1,W3,W6,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T10 Mengembangkan Strategi Pemasaran Rumah Sakit 2.W2,W3,W4,W5,W6,W7,W8,W9,W10, T1,T2,T3,T7,T8,T9,T10 Pengembangan Organisasi dan manajemen Rumah Sakit 3. W3,W4,W5,T1,T4,T5,T6,T7 Advokasi kepada Share Holders dan Sektor Terkait

Gambar 6.3
Matriks IE



Sesuai dengan hasil evaluasi matriks IFE dan EFE, maka diperoleh total IFE adalah sebesar (2,43), sedangkan EFE sebesar (2,55). Berdasarkan nilai tersebut diketahui bahwa posisi dari RSUD Tarakan berada pada kotak tengah atau berada pada sel V, yang artinya strategi yang baik adalah *Hold and Maintain* (Pegang dan Pertahankan). Strategi yang umumnya dipakai adalah strategi *market Penetration dan Product Development*.

Berdasarkan hasil Matriks IE, maka diperoleh alternatif strategi / strategi terpilih untuk RSUD Tarakan lima tahun mendatang yang sesuai dengan kondisi dan situasi serta posisi organisasi saat ini, yaitu *Product Development* atau Pengembangan Produk Layanan RSUD Tarakan. Strategi terpilih yaitu pengembangan produk dilakukan berjenjang / bertahap. Strategi alternatif / strategi terpilih ini dicocokkan dengan strategi alternatif dari hasil analisa matriks SWOT dengan memperhatikan pengertian dari masing-masing kedua strategi tersebut. Berdasarkan strategi alternatif yang dihasilkan dengan menggunakan matriks SWOT berjumlah 12 (dua belas) strategi. Akan tetapi diantara strategi tersebut ada yang tujuannya sama maka digabungkan diantara strategi yang sama, yaitu strategi ST 1 dengan strategi WT 1, maka yang diambil strategi WT 1, serta strategi WO 3 dengan strategi SO 2, dan yang diambil adalah strategi SO 2.

Setelah dilakukan tahap pencocokan / *Matching stage* strategi alternatif / strategi terpilih dari hasil kedua matriks, yaitu Matriks IE dan Matriks SWOT untuk menghasilkan strategi yang cocok bagi RSUD Tarakan untuk lima tahun mendatang, maka hasil pencocokan dari kedua strategi tersebut adalah pengembangan produk layanan unggulan RSUD Tarakan. Maka langkah selanjutnya adalah melakukan penjabaran strategi terpilih dari hasil analisa matriks SWOT menjadi tujuan strategi RSUD Tarakan untuk lima tahun mendatang.

Dari hasil analisa matriks SWOT yang sudah dilakukan maka di pilih 9 (sembilan) strategi alternatif / strategi terpilih untuk menentukan tujuan strateginya. Tujuan strategi untuk RSUD tarakan berjumlah 16 (enam belas) tujuan strategi. Tujuan strategi yang dihasilkan diperoleh dengan melihat strategi alternatif.

Penjabaran strategi terpilih menjadi tujuan strategi dapat dilihat pada tabel 6.25, adalah sebagai berikut :

Tabel 6.25
Penjabaran Strategi Terpilih kedalam Tujuan Strategis RSUD Tarakan

NO	STRATEGI TERPILIH	TUJUAN STRATEGI
1	Meningkatkan Pendapatan RS.	1. Meningkatkan Pendapatan di Unit-unit Produksi 2. Meningkatkan pendapatan di unit-unit penunjang
2	Pengembangan Kompetensi SDM	Memberikan kesempatan Untuk melanjutkan pendidikan dan pelatihan-pelatihan
3	Pengembangan produk Layanan Unggulan	1. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap 2. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang
4	Pengadaan fasilitas sarana dan pelayanan	1. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan sarana pelayanan rawat inap. 2. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan penunjang medik 3. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum dan administrasi
5	Peningkatan SIMRS sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit	1. Mengembangkan dan meningkatkan penggunaan SIMRS pada seluruh lini Rumah Sakit 2. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi administrasi Rumah Sakit
6	Mengembangkan Strategi Pemasaran Rumah Sakit	1. Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga 2. Meningkatkan pendapatan RS
7	Pengembangan Organisasi dan Manajemen RS	1. Memformulasikan visi, misi, dan tujuan RS 2. Mengembangkan sistem keselamatan petugas dan pasien
8	Advokasi kepada <i>share holders</i> dan sektor terkait	Meningkatkan komitmen <i>share holders</i> dan sektor lainnya terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit
9	Penerapan <i>Risk Management</i>	Meminimalkan risiko dan menjaga keselamatan bagi petugas dan pasien. Dan melakukan pengawasan berkala

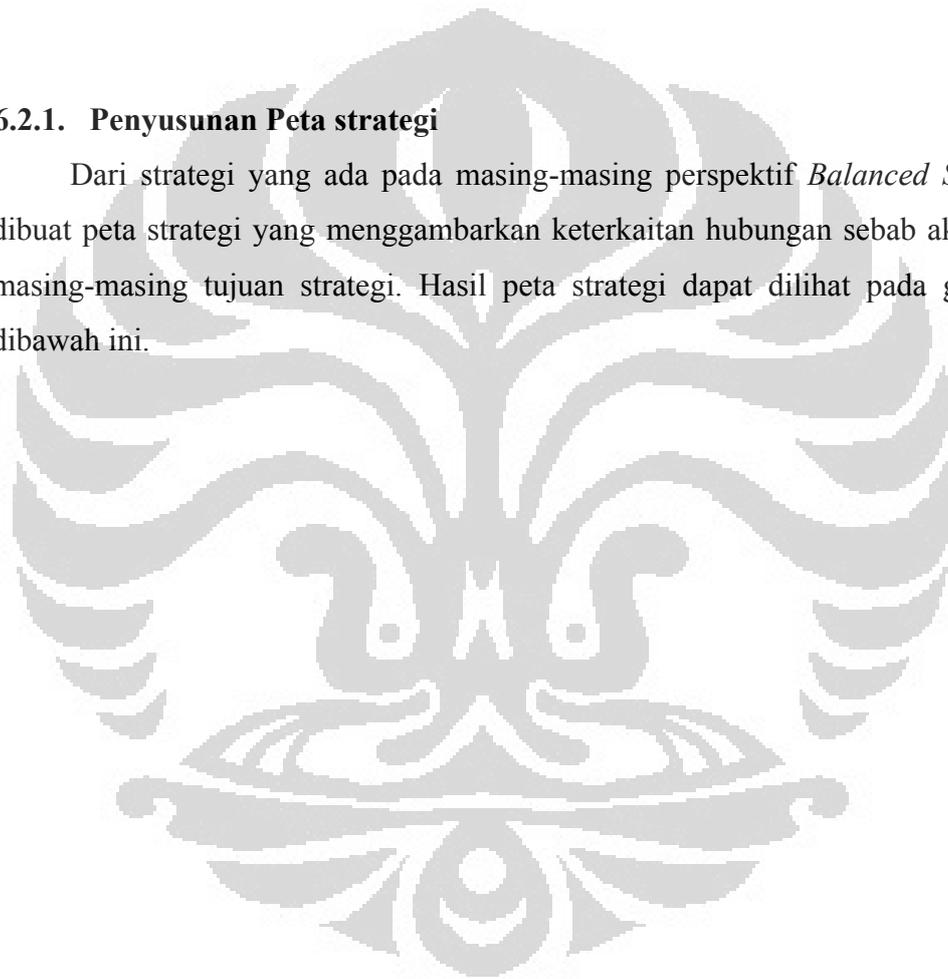
Tabel 6.26
Pencocokan Tujuan Strategi Dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

No	Tujuan strategi	Finansial	Customer	Proses Bisnis Int	Pembelajaran & Pertumbuhan
1	Meningkatkan Pendapatan di unit-unit produksi	V			
2	Meningkatkan Pendapatan di unit-unit penunjang	V			
3	Memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan & pelatihan				V
4	Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan & rawat inap			V	
5	Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang			V	
6	Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan rawat inap			V	
7	Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan penunjang medik			V	
8	Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum & administrasi			V	
9	Mengembangkan & meningkatkan penggunaan SIMRS pada seluruh lini RS				V
10	Meningkatkan efektifitas dan efisiensi administrasi Rumah Sakit				V
11	Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga			V	
12	Meningkatkan pendapatan RS	V			
13	Memformulasikan Visi, Misi, dan tujuan RS				V
14	Mengembangkan sistem keselamatan bagi petugas dan pasien		V		

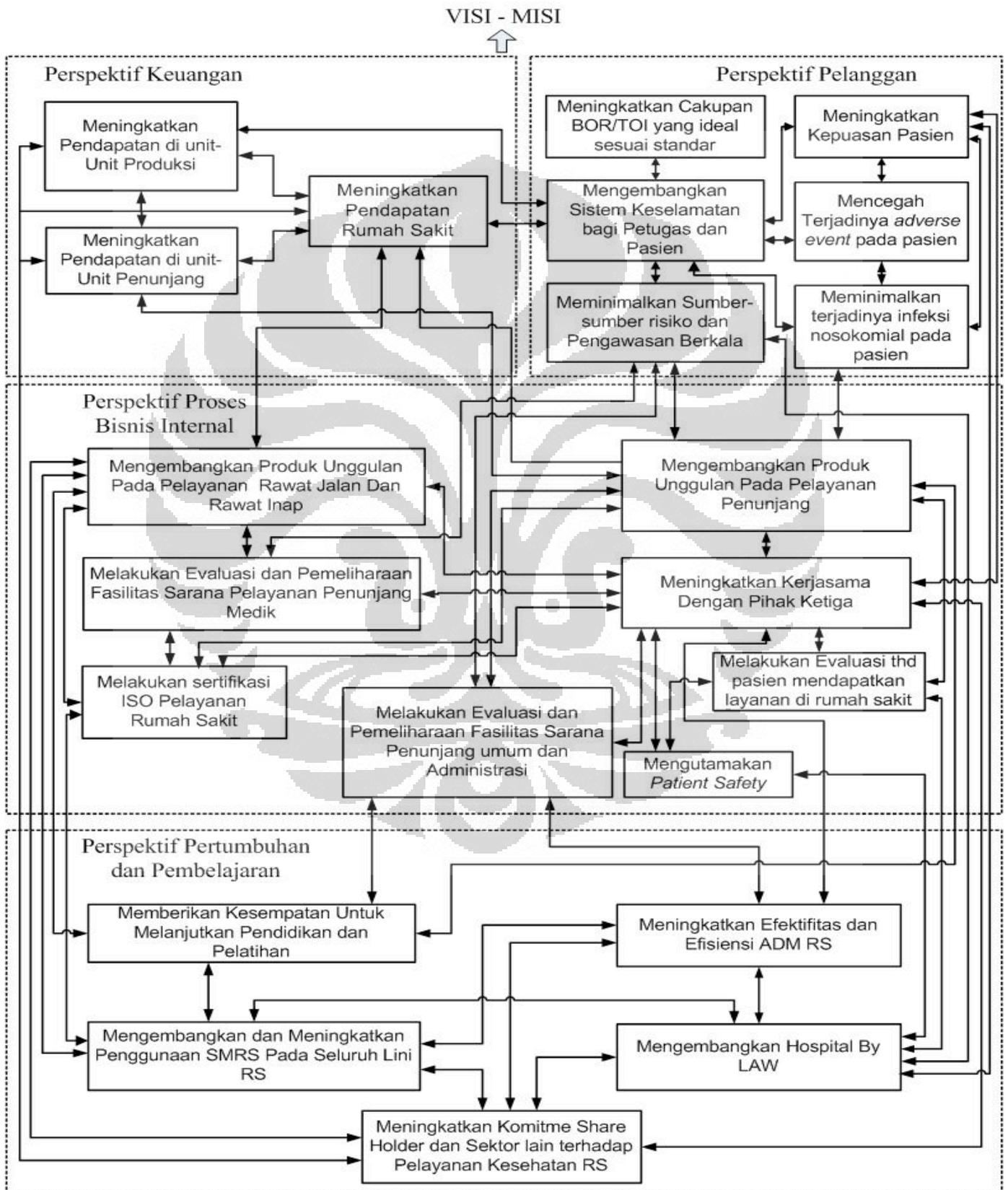
15	Meningkatkan komitmen share holders dan sektor lainnya terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit				V
16	Meminimalkan sumber-sumber risiko dan pengawasan berkala		V		

6.2.1. Penyusunan Peta strategi

Dari strategi yang ada pada masing-masing perspektif *Balanced Scorecard* , dibuat peta strategi yang menggambarkan keterkaitan hubungan sebab akibat antara masing-masing tujuan strategi. Hasil peta strategi dapat dilihat pada gambar 6.4 dibawah ini.



Gambar 6.4
Peta Strategi RSUD Tarakan



6.3. Tahap III, Tahap pengambilan Keputusan (Decision Stage)

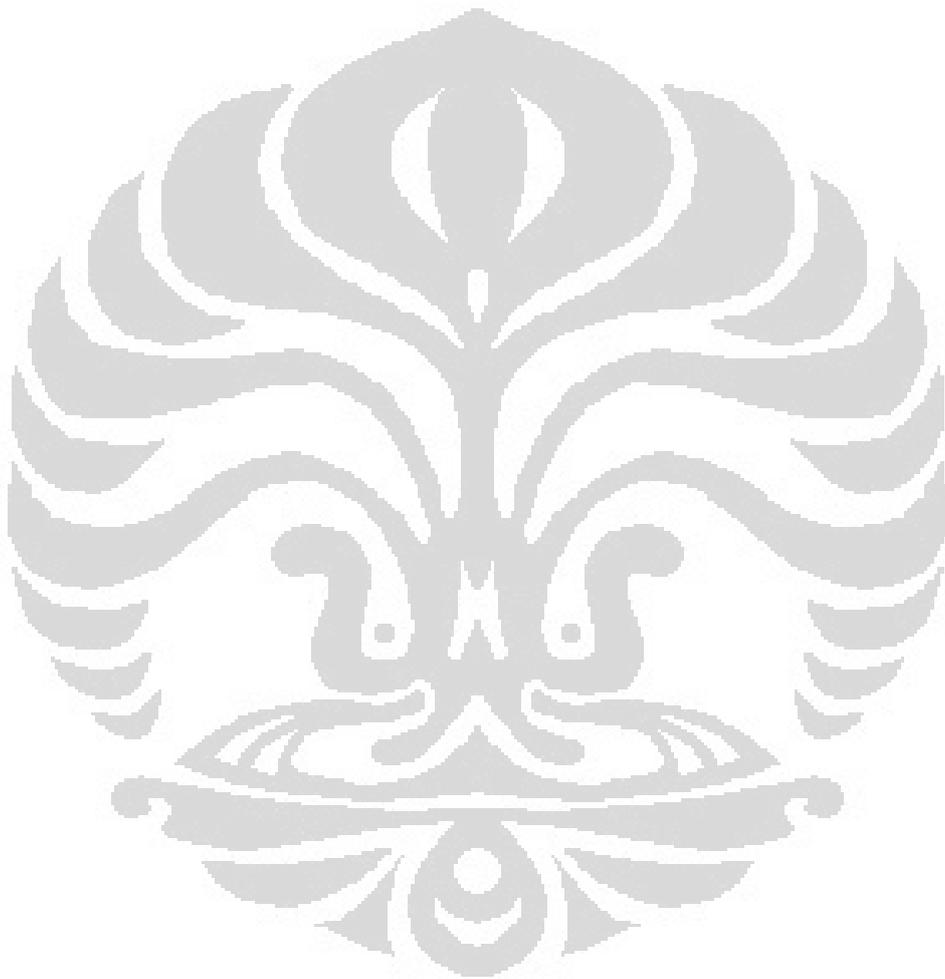
6.3.1. Penetapan ukuran kinerja (*Key Performance Indicator*)

Setiap tujuan strategi ditetapkan ukuran kinerja kunci yang sesuai (*Key Performance indicator*) yang digunakan sebagai indikator efektifitas implementasi dari masing-masing tujuan strategi. Berdasarkan hasil CDMG dengan tim penyusun Renstra RSUD Tarakan maka disepakati *key performance Indicator* seperti terdapat dalam tabel 6.28. *Key performance Indicator* (KPI) RSUD Tarakan . Selanjutnya setiap KPI ditetapkan penanggung jawab KPI, yaitu pejabat yang dari waktu – ke waktu bertanggung jawab atas status pencapaian KPI tersebut. Penunjukan penanggung jawab KPI perlu dilakukan agar selanjutnya mereka bisa melakukan pendetailan KPI masing-masing.

Selanjutnya setiap pengukuran tujuan strategisebut harus didefinisikan secara rinci, meliputi pengertian, sumber-sumber pengukuran dan bagaimana pengukuran tersebut diturunkan untuk dijadikan acuan bagi pemilik KPI dalam operasional dengan mengisi Form definisi KPI dengan rincian sebagai berikut:

1. Nama (*Name*)
2. Pengertian (*description*)
3. Sifat arah data (*Polarity*)
4. Periode pengukuran (*Storage period*)
5. Penetapan nilai yang digunakan pada akhir periode (*Period Consolidation Function*)
6. Penanggung jawab (*Owner*)
7. Metode pengukuran dan rumus yang digunakan (*Data Capture Method & Formula*)

8. Laporan yang digunakan sebagai sumber data (*Score Data*)
9. Penyedia Data (*Created By*)



Tabel 6.27
Key Performance Indicator (KPI) RSUD Tarakan

Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead/Lag Indikator	Pemilik KPI
Keuangan	1. Meningkatkan Pendapatan di unit-unit produksi	• Tingkat Utilisasi pelayanan rawat jalan	• Lead	Ka. Inst rawat Jalan
		• Pendapatan pelayanan rawat jalan	• Lag	Ka. Inst rawat Jalan
		• Tingkat utilisasi pelayanan rawat inap	• Lead	Ka. Inst rawat Inap
		• Pendapatan pelayanan rawat inap	• Lag	Ka. Inst rawat Inap
		• Tingkat Pendapatan Total	• Lag	Kabag Keuangan
		• Tingkat Utilisasi Pelayanan CT-Scan	• Lead	Ka. Inst rawat Jalan
		• Tingkat pendapatan Ct-Scan	• Lag	Ka. Inst rawat Jalan

Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead / Lag Indikator	Pemilik KPI
	2. Meningkatkan pendapatan di unit Penunjang	• Pendapatan pelayanan penunjang	• Lag	Ka. Inst Penunjang
		• Tingkat utilisasi pelayanan penunjang	• Lead	Ka. Inst Penunjang
	3. Meningkatkan pendapatan Rumah sakit	• Jumlah klaim yang diperoleh RS berasal dari perusahaan yang ada MOU dengan RS	• Lag	Ka. Marketing
		• Jumlah Pelanggan RS	• Lag	Ka. SDM
Pelanggan	1. Mengembangkan sistem keselamatan bagi petugas dan pasien	• Kepuasan Pasien	• Lag	Ka. Marketing
		• Kelengkapan SOP	• Lead	Semua Ka. Inst
		• Sertifikasi, Akreditasi pelayanan RS	• Lead	Ka. MR
		• Sertifikasi ISO pelayanan RS	• Lead	Ka. MR

Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead / Lag Indikator	Pemilik KPI	
	2. Meminimalkan sumber sumber risiko dan pengawasan berkala	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya unit yang khusus yang menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Lead 	Ka. Yan Medik	
		<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat Infeksi nosokomial pada pasien dan keluarga pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Lead 	Ka. Yan Medik	
		<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Lead 	Ka. Yan Medik	
Proses Internal	Bisnis	1. mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya unit trauma center 	<ul style="list-style-type: none"> • Lead 	Ka. Inst Rawat jalan
		<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan Jumlah Kelas Perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Lead 	Ka. Inst Rawat Inap	

Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead / Lag Indikator	Pemilik KPI
		<ul style="list-style-type: none"> Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Inst Rawat jalan
		<ul style="list-style-type: none"> Ketepatan waktu dalam distribusi makanan bagi pasien rawat inap 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Inst Rawat inap
	2. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang	<ul style="list-style-type: none"> Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana prasarana RS 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Penunjang
	3. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan rawat inap	<ul style="list-style-type: none"> Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Inst Rawat jalan
		<ul style="list-style-type: none"> Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Inst Rawat Inap
		<ul style="list-style-type: none"> Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Inst Rawat Inap
		<ul style="list-style-type: none"> Penambahan Jumlah Tempat Tidur 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Penunjang
		<ul style="list-style-type: none"> Pemeliharaan rutin dan berkala 	<ul style="list-style-type: none"> Lead 	Ka. Inst IPRS

Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead / Lag Indikator	Pemilik KPI
		<ul style="list-style-type: none"> Kelengkapan pelayanan Fisioterapi 	• Lead	Ka. Penunjang
		<ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan obat-obatan 	• Lead	Ka. Inst farmasi
	4. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang medik	<ul style="list-style-type: none"> Kelengkapan dan sarana pelayanan penunjang 	• Lead	Ka. Penunjang
		<ul style="list-style-type: none"> Pemeliharaan rutin & berkala 	• Lead	Ka. Inst IPRS
		<ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai 	• Lead	Ka. Penunjang
		<ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan bahan penunjang medis 	• Lead	Ka. Penunjang
		<ul style="list-style-type: none"> Kalibrasi alat 	• Lead	Ka. Inst IPRS
	5. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum & ADM	<ul style="list-style-type: none"> Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan ADM 	• Lead	Ka. Penunjang
		<ul style="list-style-type: none"> Persentase jumlah item obat generik dibandingkan dengan seluruh item obat 	• Lead	Ka. Inst farmasi
	6. Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga	<ul style="list-style-type: none"> Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya 	• Lag	Ka. Marketing
		<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi produk layanan RS 	• Lag	Ka. Marketing

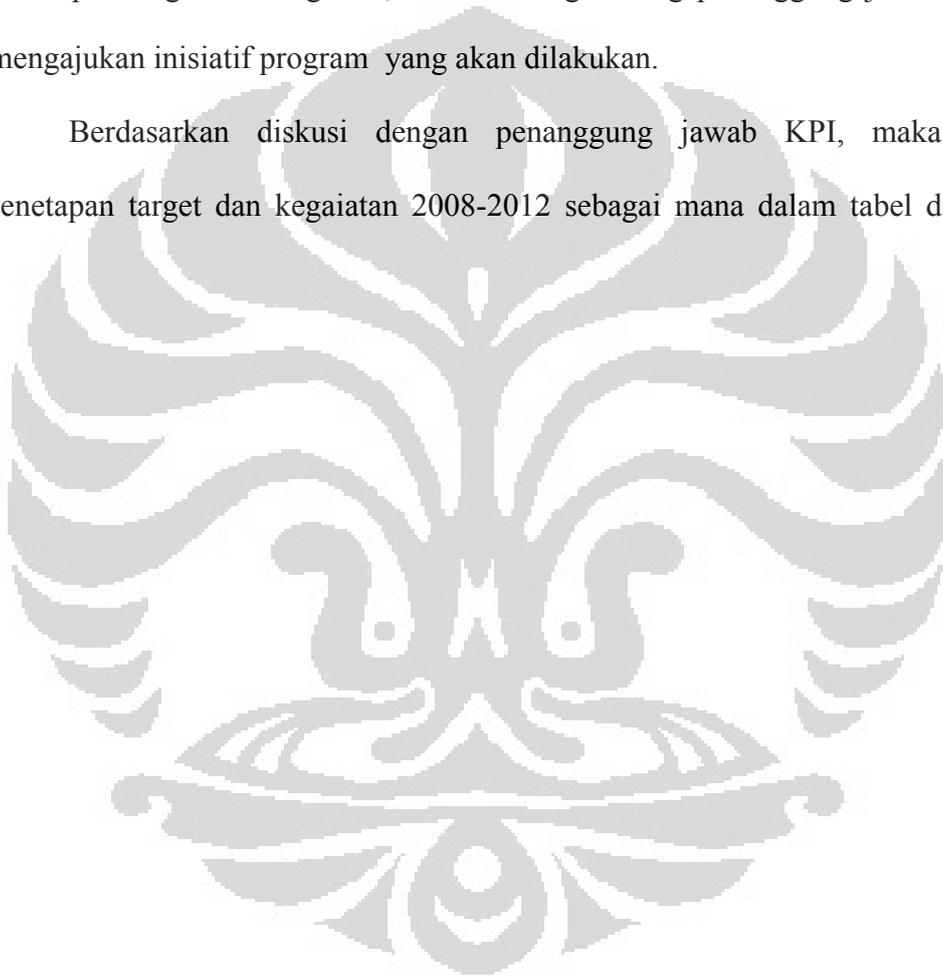
Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead / Lag Indikator	Pemilik KPI
Pertumbuhan & Pembelajaran	1. Memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan pelatihan	• Kesesuaian jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan	• Lead	Ka. SDM
		• Kesesuaian Kompetensi SDM RS dengan standar	• Lead	Ka. SDM
		• Renstra SDM	• Lead	Ka. SDM
		• Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja	• Lead	Ka. SDM
		• Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM	• Lead	Ka. SDM
		• Tersusunnya sistem <i>reward and punishment</i>	• Lead	Ka. SDM
		• Kepuasan pelanggan internal	• Lag	Ka. SDM
	2. Mengembangkan dan meningkatkan Penggunaan SIMRS pada seluruh lini RS	• Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS	• Lead	Kabag. Perencanaan & Program
		• Kesiambungan SIMRS	• Lead	Kabag. Perencanaan & Program
		• Kecepatan & ketepatan informasi RS	• Lead	Kabag. Perencanaan & Program
		• Pemanfaatan SIMRS pada pelaporan keuangan RS	• Lead	Kabag. Keuangan

Perspektif	Tujuan Strategi	KPI	Lead / Lag Indikator	Pemilik KPI
	3. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi ADM RS	• Kelengkapan data rekam medik pasien	• Lag	Ka. MR
		• Komputerisasi data pasien	• Lag	Ka. MR
	4. Memformulasikan visi, misi, dan tujuan RS	• Share Vision dan nilai-nilai RS	• Lead	Direktur
	5. Meningkatkan komitmen share holders dan sektor lain terhadap pelayanan kesehatan RS	• Jumlah PSO harus sesuai dengan unit cost	• Lag	Ka. Bag Keuangan

6.3.2. Penetapan target kinerja dan kegiatan (QSPM)

Untuk setiap KPI yang telah disusun , selanjutnya ditetapkan target kinerja yang harus dicapai untuk lima tahun mendatang oleh RSUD Tarakan, yakni sampai akhir periode renstra digunakan yaitu dari tahun 2008-2012. dan didalam menyusun penetapan target dan kegiatan, maka masing-masing penanggung jawab KPI harus mengajukan inisiatif program yang akan dilakukan.

Berdasarkan diskusi dengan penanggung jawab KPI, maka diperoleh penetapan target dan kegiatan 2008-2012 sebagai mana dalam tabel dibawah ini.



Tabel 6.28
Program kegiatan RSUD Tarakan tahun 2008-2012

No	Sasaran(KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
1	Tingkat utilisasi pelayanan rawat jalan	Peningkatan persentase pasien pengguna pelayanan rawat jalan	Persentase peningkatan jumlah pasien pengguna rawat jalan setiap tahunnya	11.674 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya		
				1680 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	1. Pelayanan UGD	1. Ka. Inst UGD
				375 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	2. Pelayanan Poli gigi & mulut	2. Ka. Inst Rajal
				650 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	3. Pelayanan poli kebidanan	3. Ka. Inst Rajal
				750 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	4. Pelayanan Poli Bedah Umum	4. Ka. Inst Rajal

No	Sasaran(KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
				1.530 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	5. Pelayanan poli peny. Dalam	5. Ka. Inst Rajal
				1.050 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	6. Pelayanan poli Anak	6. Ka. Inst Rajal
				1.350 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	7. Pelayanan Poli THT	7. Ka. Inst Rajal
				485 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	8. Pelayanan Poli Jantung	8. Ka. Inst Rajal
				1.200 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	9. Pelayanan Poli Kulit & Kelamin	9. Ka. Inst Rajal
				880 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	10. Pelayanan Poli Paru	10. Ka. Inst Rajal

No	Sasaran(KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
				900 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	11. Pelayanan Poli Mata	11. Ka. Inst Rajal
				315 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	12. Pelayanan Poli Saraf	12. Ka. Inst Rajal
				75 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	13. Pelayanan Poli Bedah Urologi	13. Ka. Inst Rajal
				45 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	14. Pelayanan Poli Bedah Orthopedi	14. Ka. Inst Rajal
				4 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	15. Pelayanan Poli Bedah Saraf	15. Ka. Inst Rajal
				185 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	16. Pelayanan Check – Up	16. Ka. Inst Rajal

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target Setiap Tahun					Program/Kegiatan	Penanggung Jawab Kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
				165 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	17. Pelayanan R.Medik	17. Ka. Inst Rajal
				35 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	18. Pelayanan KB	18. Ka. Inst Rajal
2	Tingkat Pendapatan dari Pelayanan Rawat Jalan	Persentase Pendapatan dari pelayanan rawat jalan	Persentase peningkatan pendapatan berasal dari pelayanan rawat jalan setiap tahunnya		Meningkat 10 % dari tahun 2008	Meningkat 15 % dari tahun 2008	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 25 % dari tahun 2008	Pemasaran pelayanan rawat jalan	Ka. Inst Rajal
3	Tingkat utilisasi pelayanan rawat inap	BOR Meningkat : LOS ideal	Persentase pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu tertentu ; lama rawat pasien	BOR 50 %,LOS 6-9 hari	BOR 50 %,LOS 6-9 hari	BOR 60-70 %,LOS 5-6 hari	BOR > 70 %,LOS 4-6 hari	BOR 70-80 %, LOS 4-6 hari	Pelayanan rawat inap kelas III	Ka. Inst Ranap
				BOR 50 %,LOS 5-7 hari	BOR 60 %,LOS 5-7 hari	BOR 60-75 %, LOS 5-7 hari	BOR 75 %, LOS 4-6 hari	BOR 80 %,LOS 4-6 hari	Pelayanan Rawat inap kelas II	Ka. Inst Ranap
								Pelayanan Ruang VK	Ka. Inst Ranap	
								Pelayanan Ruang Isolasi	Ka. Inst Ranap	
4	Pendapatan dari pelayanan rawat inap	Persentase pendapatan dari pelayanan rawat inap	Persentase peningkatan pendapatan berasal dari pelayanan rawat inap setiap tahunnya		Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 25 % dari tahun 2009	Meningkat 30 % dari tahun 2010	Meningkat 35 % dari tahun 2011	Pemasaran Pelayanan rawat inap	Ka. Inst Ranap

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target Setiap Tahun					Program/Kegiatan	Penanggung Jawab Kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
5	Peningkatan jumlah kelas perawatan	Tingkat kelas perawatan	Jumlah penambahan kelas perawatan setiap tahunnya	Kelas III dan kelas II 30 TT		Penambahan kapasitas kelas I 20 TT dan VIP 10 TT			Pembukaan pelayanan perawatan kelas I dan VIP	Ka. Inst Ranap
6	Penambahan Jumlah TT	Jumlah TT yang ditambah pada masing-masing kelas	Jumlah Penambahan TT semua kelas pada setiap tahunnya	229 TT	240 TT	300 TT	300 TT	300 TT	Penambahan Jumlah Tempat Tidur Semua Kelas	Ka. Penunjang
7	Tingkat Utilisasi Pelayanan Penunjang	Peningkatan Persentase pasien pengguna pelayanan penunjang	Persentase peningkatan pasien yang menggunakan pelayanan penunjang setiap tahunnya	1250 pemeriksaan per bulan	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 30 % dari tahun 2009	Meningkat 40 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011	Pelayanan Pemeriksaan laboratorium	Ka. Penunjang
				2500 resep per bulan	Meningkat 25 % dari tahun 2008	Meningkat 40 % dari tahun 2009	Meningkat 50 % dari tahun 2010	Meningkat 50 % dari tahun 2011	Pelayanan Farmasi	Ka.Inst. Farmasi
				250 pemeriksaan / Bulan	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 30 % dari tahun 2009	Meningkat 40 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011	Pelayanan Pemeriksaan Radiologi	Ka. Penunjang
8	Pendapatan Pelayanan Penunjang	Peningkatan Persentase pendapatan dari pelayanan	Persentase peningkatan pendapatan dari pelayanan penunjang setiap tahunnya		Meningkat 25 % dari tahun 2008	Meningkat 40 % dari tahun 2009	Meningkat 50 % dari tahun 2010	Meningkat 60 % dari tahun 2011	Pemasaran dan Promosi pelayanan Penunjang	Ka. Penunjang

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target Setiap Tahun					Program/Kegiatan	Penanggung Jawab Kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
9	Terlaksananya SIMRS di semua Unit Pelayanan RS	Aplikasi SIM RS	Penggunaan SIMRS pada seluruh unit pelayanan di RS	Instalasi SIMRS untuk seluruh unit pelayanan di RS	implemen tasi SIMRS	implemen tasi SIMRS	implemen tasi SIMRS	implemen tasi SIMRS	Pengadaan Dan instalasi perangkat SIMRS	Ka.Perencanaan dan Program
									Pelatihan SIMRS bagi tenaga RS	Ka.Perencanaan dan Program
10	Kesinambungan SIMRS	Berfungsinya SIMRS dengan baik di semua pelayanan RS	SIMRS yang telah terpasang dapat berfungsi baik dalam menunjang pelayanan RS	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	Pemeliharaan SIMRS	Ka.Perencanaan dan Program
11	Kecepatan dan ketepatan informasi RS	Tingkat ketersediaan dan keakuratan informasi RS dan pengembangan e-commerce	Tingkat ketersediaan informasi RS (Kinerja Pelayanan, Pendapatan) yang dibutuhkan stakeholders dan masyarakat	Informasi kinerja RS ter-update setiap bulan	Informasi kinerja RS ter-update setiap bulan	Informasi kinerja RS ter-update setiap bulan	Informasi kinerja RS ter-update setiap bulan	Informasi kinerja RS ter-update setiap bulan	Pengolahan dan analisa data RS secara rutin	Ka.Perencanaan dan Program
									Pengembangan Web site RS	Ka.Perencanaan dan Program
									Pelayanan SMS center RS	Ka.Perencanaan dan Program
12	Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit Rawat jalan	Waktu tunggu sesingkat mungkin	Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh pelayanan selama jam pelayanan rawat jalan	Rata-rata waktu tunggu 60 menit	Rata-rata waktu tunggu 45 menit	Rata-rata waktu tunggu 30 menit	Rata-rata waktu tunggu 30 menit	Rata-rata waktu tunggu 20 menit	Penyempurnaan SOP Administrasi	Ka. Inst. Rawat jalan

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target Setiap Tahun					Program/Kegiatan	Penanggung Jawan Kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
13	Pemanfaatan SIMRS dalam pelaporan keuangan RS	Tingkat kecepatan dan ketepatan dan keakuratan laporan keuangan	Tingkat kecepatan dan ketepatan dan keakuratan laporan keuangan yang diperlukan stakeholder	Aplikasi SIMRS dalam Laporan Keuangan	Ka. Keuangan					
14	Kelengkapan SOP	Tersedianya Semua SOP	Tersedianya SOP untuk pelayanan RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Pembuatan/ Revisi SOP	Semua Ka. Instalasi
15	Kalibrasi Alat	Semua alat terkalibrasi	Kegiatan Kalibrasi yang dilakukan secara rutin	100 % alat terkalibrasi	Melakukan kalibrasi alat secara rutin	Ka. Instalasi IPSRS				
16	Setifikat, akreditasi pelayanan RS	Didapatkannya sertifikat Akreditasi RS	Didapatkan Sertifikat Akreditasi untuk semua pelayanan RS		Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	Pelaksanaan Akreditasi semua pelayanan RS	Ka. Medical record
17	Sertikat ISO pelayanan RS	Didapatkannya sertifikat ISO	Didapatkannya sertifikat ISO untuk pelayanan RS		ISO				Pelaksanaan ISO RS	Ka. Medical record
18	Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai	Kebutuhan alat /bahan medis habis pakai harus terpenuhi dengan baik	Persentase pemenuhan alat/bahan medis habis pakai untuk pelayanan RS dapat dipenuhi dengan baik	100 % terpenuhi	Pengadaan dan pengelolaan alat/bahan medis pakai	Ka. Instalasi Penunjang				
19	Ketersediaan bahan penunjang Medis	Kebutuhan bahan penunjang medis terpenuhi dengan baik	Persentase pemenuhan bahan penunjang medis untuk pelayanan RS dapat dipenuhi dengan baik	100 % terpenuhi	Pengadaan dan pengelolaan bahan penunjang medis	Ka. Instalasi Penunjang				

No	Sasaran (KPI)	Indikator keberhasilan	Definisi Operasional	Target Setiap Tahun					Program/Kegiatan	Penanggung jawab Kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
20	Ketersediaan Obat-obatan	Kebutuhan obat-obatan harus terpenuhi dengan lengkap	Persentase pemenuhan permintaan obat-obatan dalam resep (yang sesuai dengan formularium RS) dapat dipenuhi dengan lengkap/cukup	100 % terpenuhi	Pengadaan dan pengelolaan obat-obatan	Ka. Instalasi farmasi				
21	Persentase jumlah item obat generik dibanding dengan semua Item obat	Persentase jumlah item obat generik	Persentase jumlah item obat generik dibanding dengan semua Item obat	> 50 %	> 50 %	> 50 %	> 50 %	> 50 %	Review dan penyusunan Formularium obat RS	Ka. Instalasi farmasi
22	Ketepatan waktu dalam pendistribusian obat-obatan bagi pasien Rawat Inap	Ketepatan jadwal pemberian Obat	Ketepatan waktu dalam pendistribusian/pemberian obat-obatan bagi pasien sesuai jadwal yang telah ditentukan	100 % pasien rawat inap menerima obat sesuai jadwal	100 % pasien rawat inap menerima obat sesuai jadwal	100 % pasien rawat inap menerima obat sesuai jadwal	100 % pasien rawat inap menerima obat sesuai jadwal	100 % pasien rawat inap menerima obat sesuai jadwal	Review dan penyusunan peraturan penggunaan obat	Ka. Instalasi farmasi
23	Kecepatan pelayanan farmasi /apotek RS kepada pasien	Kecepatan waktu tunggu	Waktu tunggu pasien saat menembus obat di apotek RS	45 menit / resep pasien	30 menit / resep pasien	25 menit / resep pasien	25 menit / resep pasien	25 menit / resep pasien	Penggunaan SIMRS pada pelayanan farmasi	Ka. Instalasi farmasi
24	Ketepatan waktu dalam distribusi makanan bagi pasien Rawat Inap	Ketepatan waktu	Ketepatan waktu dalam pendistribusian / pemberian makanan bagi pasien (makan pagi, siang, malam)	100 % tepat waktu	Manajemen Penyediaan bahan, pengolahan, penyimpanan dan pendistribusian makanan	Ka. Inst. Gizi				

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target Setiap tahun					Program/Kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
25	Kelengkapan Data Rekam Medik pasien	Data Rekam Medik Terisi semuanya dan secara lengkap	Persentase data Rekam Medik pasien yang harus diisi oleh petugas	100 % data Rekam Medik pasien terisi	Sosialisasi SOP bagian Rekam Medik mengenai pengisian data Rekam Medik pasien oleh petugas kepada Dokter, perawat, dan petugas terkait	Ka. Medical Record				
26	Komputerisasi data pasien	Data Pasien harus terkomputerisasi semuanya	Persentase data medis/non medis pasien terdata dalam sistem komputerisasi	30 % data pasien terkomputerisasi	50 % data pasien terkomputerisasi	75 % data pasien terkomputerisasi	80 % data pasien terkomputerisasi	90 % data pasien terkomputerisasi	Pengembangan SIMRS Pada unit Rekam Medik	ka. Medical Record
27	Sosialisasi produk Layanan RS	Terpasangnya papan nama, spanduk, iklan, di media massa/elektronik ttg produk layanan RS	Jumlah papan nama, spanduk yang terpasang ;frekwensi iklan di media massa/elektronik yang berbasis informasi semua produk pelayanan RS	Sosialisasi produk pelayanan RS	Sosialisasi produk pelayanan RS	Sosialisasi produk pelayanan RS	Sosialisasi produk pelayanan RS	Sosialisasi produk pelayanan RS	Pemasangan spanduk, jadwal dokter dan kegiatan RS yang mudah dilihat oleh pengunjung RS	Ka. Marketing
28	Jumlah pelanggan RS	Peningkatan jumlah pelanggan RS dari berbagai kalangan setiap tahun	Peningkatan jumlah pelanggan RS dari berbagai kalangan yang berkunjung ke RS setiap tahunnya	Service Excellent	Pelatihan Service Excellent bagi petugas RS	Ka. SDM/Diklat				
									Pengembangan dan Internalisasi pelayanan prima/ Service Excellent di setiap pelayanan RS	Ka. Yan Medik
									Peningkatan kebersihan , keindahan dan kenyamanan RS	Semua Ka. Instalasi

No	Sasaran (KPI)	Indikator keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/Kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
									Peningkatan Keamanan RS	Ka. Keamanan
29	Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan RS dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya	Peningkatan jumlah IKS dengan perusahaan	Jumlah perusahaan yang menjalin ikatan kerjasama /MOU untuk pelayanan kesehatan bagi karyawannya di RSUD Tarakan	> 3 Perusahaan	>5 Perusahaan	> 7 Perusahaan	> 10 Perusahaan	> 10 Perusahaan	Pengembangan kerjasama dengan perusahaan	Ka. Marketing
30	Jumlah Klaim yang diperoleh RS bersal dari perusahaan yang memiliki MOU dengan RS	Peningkatan pesentase klaim RS terhadap perusahaan	Persentase peningkatan besar klaim dari perusahaan yang memiliki MOU dengan RS setiap tahun	50 klaim /Bulan	Meningkat 50 % dari tahun 2008	Meningkat 60 % dari tahun 2009	Meningkat 80 % dari tahun 2010	Meningkat 100 % dari tahun 2011	Pengembangan kerjasama dengan perusahaan	Ka. Marketing
31	Tingkat pendapatan Total	Peningkatan pendapatan total	Persentase peningkatan jumlah pendapatan total RS dibandingkan tahun sebelumnya		Meningkat 15 % dari tahun 2008	Meningkat 20 % dari tahun 2009	Meningkat 25 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011	Pemasaran pelayanan RS	Ka. Marketing
									Peningkatan Pelayanan dan fasilitas parkir RS	Ka. Penunjang
									Pengembangan Koperasi dan Kantin RS	Ka. Penunjang
32	Tersedianya Trauma center	Adanya trauma center	Tersedianya trauma center untuk pelayanan traumatologi		Tersedianya trauma center	Utilisasi trauma center meningkat 50 % dibanding tahun sebelumnya	Utilisasi trauma center meningkat 100 % dibanding tahun sebelumnya	Utilisasi trauma center meningkat 100 % dibanding tahun sebelumnya	Pengembangan ruang khusus ruang trauma center	Ka. Inst rawat Jalan
									Pengadaan peralatan medis pelayan traumatologi	Ka. Inst Rawat jalan

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/Kegiatan	Penanggung jawab kegiatan		
				2008	2009	2010	2011	2012				
33	Kesesuaian Jumlah SDM RS dengan Standar RS tipe B non kependidikan	Jumlah SDM RS harus sesuai Standar	Persentase jumlah Staf medis, non medis, dan penunjang RS dibandingkan dengan standar yang seharusnya berlaku	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Advokasi ke Pemda dalam upaya penambahan jumlah SDM sesuai dengan klasifikasi	Ka. SDM		
				jumlah SDM sesuai dengan standar	jumlah SDM sesuai dengan standar	jumlah SDM sesuai dengan standar	jumlah SDM sesuai dengan standar	jumlah SDM sesuai dengan standar			Pengangkatan tenaga kontrak RS	Direktur
											Pengangkatan tenaga Honorer RS	Direktur
34	Kesesuaian Kompetensi SDM RS dengan Standar	Kompetensi SDM RS harus sesuai dengan standar	Persentase Staf medis, non medis, dan penunjang RS sesuai dengan daftar kompetensi yang telah ditetapkan RS	Adanya data mengenai kompetensi SDM RS	Adanya Peta SDM dan kompetensinya	50 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	70 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	100 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	Pengembangan peta dan data kompetensi SDM RS	Ka. SDM dan Diklat		
											Pelatihan bagi tenaga Medis	Ka. SDM dan Diklat
											Pelatihan bagi tenaga para medis	Ka. SDM dan Diklat
											Pelatihan bagi tenaga Sanitasi	Ka. SDM dan Diklat
											Pelatihan Bagi tenaga Radiologi	Ka. SDM dan Diklat
											Pelatihan bagi tenaga administrasi	Ka. SDM dan Diklat
											Pelatihan bagi tenaga Nutritionist/Gizi	Ka. SDM dan Diklat
											Pelatihan bagi tenaga Laboratorium	Ka. SDM dan Diklat

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
									Beasiswa Pendidikan	Ka. SDM dan Diklat
									Bench Marking/ study banding	Ka. SDM dan Diklat
35	Rencana Strategis SDM Rs	Adanya rencana strategis SDM RS	Ketersediaan rencana strategis SDM RS		Adanya Renstra SDM RS	Penyusunan Rencana Strategis SDM RS	Ka. SDM dan Diklat			
36	Tersusunnya sistem penilaian kerja berbasis kinerja	Terealisasi penilaian kinerja berbasis kinerja	Terealisasinya sistem penilaian kinerja berbasis kinerja bagi semua petugas RS		Implementasi sistem penilaian kerja berbasis kinerja	Pengembangan sistem penilaian kerja berbasis kinerja	Ka. SDM dan Diklat			
37	Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM	Pelatihan dan pengembangan SDM	Ketersediaan sistem pelatihan dan pengembangan SDM		Adanya sistem pelatihan dan pengembangan SDM	Pengembangan sistem pelatihan dan pengembangan SDM	Ka. SDM dan Diklat			
38	Tersusunnya sistem reward and punishment	Sistem Reward and punishment	Ketersediaan sistem reward and punishment (termasuk pembagian Insentif kerja) yang berbasis kinerja		Adanya sistem Reward and Punishment berbasis kinerja	Pengembangan sistem Reward and Punishment	Ka. SDM dan Diklat			
									Survey kepuasan Kerja Customer Internal	Ka. SDM/Diklat

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
	Share Vision dan nilai-nilai RS	Terciptanya Share Vision dan Nilai-nilai RS	Terciptanya Share Vision dan nilai-nilai RS bagi petugas dan pelanggan	terciptanya Share Vision RS	terciptanya Share Vision RS	terciptanya Share Vision RS	terciptanya Share Vision RS	terciptanya Share Vision RS	Kegiatan Capacity Building/Outbound	Ka.SDM / Diklat
									Sosialisasi visi dan misi dalam rapat/pertemuan rutin	Ka.SDM / Diklat
									Pemasangan papan visi dan misi sehingga dapat dibaca oleh semua pengunjung RS	Ka. Marketing
39	Adanya unit khusus yang menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf RS	Adanya unit SMK3	Keberadaan unit SMK3 dalam struktur organisasi	Adanya tim khusus SMK3	Adanya tim khusus SMK3				Evaluasi struktur organisasi	Direktur
40	Tingkat Infeksi Nosokomial pada pasien dan keluarga pasien	penurunan tingkat infeksi Nosokomial	Persentase tingkat infeksi nosokomial yang terjadi di RS berdasarkan pengukuran / survey yang dilakukan oleh tim khusus RS		< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	Pengembangan SMK3 RS	Ka. Yan Med
									Sterilisasi peralatan dan ruang perawatan	Ka. Penunjang
									Pengukuran tingkat infeksi Nosokomial	Ka. Yan Med

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
45	Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS	Penurunan jumlah kasus kecelakaan kerja	Jumlah kasus kecelakaan pada staf RS terkait dengan pelaksanaan pekerjaannya	0	0	0	0	0	Pengembangan SMK3 RS	Ka. Penunjang
46	Jumlah PSO harus sesuai unit cost	Penetapan PSO yang sesuai	Penetapan PSO harus sesuai dengan unit cost						Melakukan Advokasi mengenai PSO yang sesuai dengan unit cost	Ka.Bag Keuangan
47	Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana dan prasarana RS	Pemanfaatan gedung baru yang belum terisi untuk tempat perawatan dan pelayanan penunjang	Optimalisasi gedung baru sebagai tempat perawatan dan pelayanan penunjang	Mulai digunakan ...% dari gedung baru					Pemanfaatan gedung baru yang masih belum digunakan sebagai tempat pelayanan kesehatan di RSUD	Ka. Penunjang
48	Kelengkapan peralatan Dan sarana rawat Jalan	Peralatan dan sarana sesuai dengan standar	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan yang sesuai dengan standar						Pengadaan peralatan dan sarana unit rawat Jalan	Ka. Penunjang
49	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap	Peralatan dan sarana sesuai dengan standar	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap yang sesuai dengan standar						Pengadaan peralatan dan sarana unit rawat Inap	Ka. Penunjang
50	Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan Intensif	Peralatan dan sarana sesuai dengan standar	Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif yang sesuai dengan standar						Pengadaan peralatan dan sarana unit ICU/ICCU/NICU	Ka. Inst Rawat inap
51	Kelengkapan peralatan dan sarana Pelayanan Penunjang	Peralatan dan sarana sesuai dengan standar	Kelengkapan peralatan dan sarana Pelayanan Penunjang yang sesuai dengan standar						Pengadaan bahan, peralatan dan sarana unit Penunjang	Ka. Penunjang

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
52	Kelengkapan peralatan dan sarana Pelayanan Administrasi	Peralatan dan sarana sesuai dengan standar	Kelengkapan peralatan dan sarana Pelayanan Administrasi yang sesuai dengan standar						Pengadaan Peralatan Administrasi RS	Ka. Penunjang
53	Pemeliharaan rutin dan berkala	Dilakukannya pemeliharaan rutin dan berkala	Kegiatan pemeliharaan berkala terhadap peralatan Medis, bon Medis, data sarana parasarana gedung dan penunjang	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	Pemeliharaan Rutin peralatan Medis dan Non Medis	Ka. Inst, IPRS
									Pemeliharaan Berkala peralatan medis dan non medis	Ka. Inst, IPRS
									Pemeliharaan rutin sarana dan prasarana gedung dan penunjang	Ka. Inst, IPRS
									Pemeliharaan Berkala sarana prasarana gedung dan penunjang	Ka. Inst, IPRS
54	Tingkat utilisasi pelayanan CT Scan	peningkatan pelayanan Ct-Scan	Persentase peningkatan penggunaan pelayanan Ct-Scan dibanding tahun sebelumnya	Tersedia	terlaksana	meningkat 100 %	meningkat 100 %	meningkat 100 %	Pengembangan ruang khusus Ct-Scan	Ka. Inst Penunjang
				ruang Ct-Scan	anyanya pelayanan CT-Scan	dari tahun sebelumnya	dari tahun sebelumnya	dari tahun sebelumnya	Pengadaan peralatan medis CT-Scan yang canggih	Ka. Inst Penunjang
55	Tingkat pendapatan berasal dari pelayanan Ct-Scan	Jumlah pendapatan dari pelayanan Ct-Scan	Persentase jumlah pendapatan berasal dari pelayanan Ct-Scan dibandingkan jumlah pendapatan seluruh pelayanan poli radiologi		20 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	Pemasaran pelayanan RS	Ka. Marketing

No	Sasaran (KPI)	Indikator Keberhasilan	Definisi Operasional	Target setiap tahun					Program/kegiatan	Penanggung jawab kegiatan
				2008	2009	2010	2011	2012		
56	Kelengkapan Peralatan Fisioterapi	Adanya peralatan fisioterapi	Ketersediaan peralatan fisioterapi	Tersedia peralatan fisioterapi yang cukup	100 % peralatan fisioterapi terpenuhi sesuai kebutuhan	Pengadaan Peralatan Fisioterapi	Ka. Inst Penunjang			
57	Pembukaan pelayanan Executive	Adanya poli executive	Ketersediaan pelayanan poli untuk rawat jalan jenis executive		Meningkatnya jumlah pendapatan dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 50 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 50 % dari tahun sebelumnya	Pembukaan pelayanan rawat jalan executive	Ka. Inst. Rawat jalan
58	Kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan RS berdasarkan survey kepuasan pasien yang dilakukan RS	75 %	80 %	80 %	80 %	85 %	Survey kepuasan pasien	Marketing

6.4. Tahap IV: Format Implementasi

Setelah target dan program seluruh KPI ditentukan dengan lengkap, dan penanggung jawab KPI nya sudah ditunjuk untuk masing-masing program, maka untuk tahap selanjutnya akan dilanjutkan dengan mempersiapkan implementasi program dengan metode *Balanced Scorecard*.

6.4.1. Format Panduan Implementasi

Format panduan implementasi berupa uraian pekerjaan yang selain berisi tugas pokok dan fungsi, dilengkapi dengan uraian tugas dan KPI untuk setiap individu. Daftar ini dibuat berdasarkan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing individu, yang dilengkapi dengan hasil penyusunan *Balanced Scorecard* . Hasil dari panduan penyusunan panduan implementasi dapat dilihat pada Tabel dibawah ini:

Tabel 6.29
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kabag. Keuangan		
Tugas: Melaksanakan koordinasi pelayanan administrasi keuangan, mengendalikan penyusunan anggaran dan belanja yang seimbang dan efisien, penyerapan anggaran dan penerimaan pendapatan serta pertanggungjawaban keuangan di RSUD Tarakan		
Fungsi		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi dan pembinaan terhadap pelaksanaan kegiatan keuangan. 2. Melaksanakan koordinasi perencanaan pembuatan anggaran dengan unit terkait antara lain sub. Bagian program. 3. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian seluruh fungsi manajemen keuangan rumah sakit. 4. Melaksanakan fungsi vertikal keuangan rumah sakit. 5. Melaksanakan pengendalian wewenang untuk pembebasan biaya rawat inap dan rawat jalan untuk karyawan dan pasien tidak mampu. 6. Melaksanakan perencanaan pengembangan SDM staf keuangan melalui diklat-diklat mengenai keuangan mulai dari tingkat dasar sampai dengan tingkat lanjutan. 7. Melaksanakan penngendalian berita acara pemeriksaan kas bulanan, triwulan dan tahunan. 8. Melaksanakan pengendalian anggaran belanja dan pendapatan rumah sakit. 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pemasaran Pelayanan Rumah Sakit	Tingkat Pendapatan Total RS
2	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
3	Aplikasi SIMRS dalam laporan keuangan Rumah Sakit	Pemanfaatan SIMRS pada pelaporan keuangan RS
4	Melakukan Advokasi mengenai PSO yang sesuai dengan unit cost	Jumlah PSO harus sesuai dengan unit cost

Tabel 6.30
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Instalasi Rawat Jalan		
Tugas:		
Fungsi:		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan UGD • Pelayanan Poli gigi & mulut • Pelayanan poli kebidanan • Pelayanan poli bedah umum • Pelayanan poli Anak • Pelayanan poli penyakit dalam • Pelayanan poli THT • Pelayanan poli Jantung • Pelayanan poli Kulit & Kelamin • Pelayanan poli Paru • Pelayanan poli Mata • Pelayanan poli Saraf • Pelayanan poli Bedah Urologi • Pelayanan poli Bedah Orthopedi • Pelayanan poli Bedah Saraf • Pelayanan Check – Up • Pelayanan R . Medik • Pelayanan KB 	Tingkat Utilisasi pelayanan rawat jalan
2	Pemasaran pelayanan rawat jalan	Pendapatan pelayanan rawat jalan
3	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan ruang khusus Ct-Scan • Pengadaan peralatan medis CT-Scan yang canggih 	Tingkat Utilisasi Pelayanan CT-Scan
4	Pemasaran pelayanan RS	Tingkat pendapatan Ct-Scan
5	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
6	Pengembangan ruang khusus ruang trauma center	Tersedianya unit trauma center
7	Penyempurnaan SOP Administrasi RS	Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit rawat jalan
8	Pembukaan pelayanan rawat jalan executive	Pembukaan pelayanan poli rawat jalan executive
9	Pengadaan peralatan dan sarana rawat jalan	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan

Tabel 6.31
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Instalasi Rawat Inap		
Tugas		
Fungsi		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik pada pasien yang baru masuk 2. Melakukan visite pasien yang tidak di visite oleh dokter spesialis 3. Pembuatan laporan 4. Konseling Penderita 5. Membuat rencana kebutuhan 6. Koordinasi dengan kepala bidang, kepala ruangan 7. Menjalankan perintah lisan dari atasan langsung 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan rawat inap kelas III • Pelayanan Rawat inap kelas II • Pelayanan ruang VK • Pelayanan ruang isolasi 	Tingkat utilisasi pelayanan rawat inap
2	Pemasaran pelayanan rawat inap	Pendapatan pelayanan rawat inap
3	Pembukaan pelayanan perawatan kelas I dan VIP	Peningkatan Jumlah Kelas Perawatan
4	Manajemen penyediaan bahan, pengolahan, penyimpanan, dan pendistribusian makanan	Ketepatan waktu dalam pendistribusian makanan bagi pasien rawat inap
5	Pengadaan peralatan dan sarana pelayanan rawat inap	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap
6	Pengadaan peralatan dan sarana ICCU/ICU	Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif
7	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP

Tabel 6.32
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Instalasi Penunjang		
Tugas		
Fungsi		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pemasaran dan promosi pelayanan penunjang	Pendapatan pelayanan penunjang
2	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan pemeriksaan laboratorium • Pemeriksaan radiologi 	Tingkat utilisasi pelayanan penunjang
3	Pemanfaatan gedung baru yang masih belum digunakan sebagai tempat pelayanan kesehatan di RSUD	Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana prasaranan RS
4	Penambahan Jumlah Tempat Tidur Semua Kelas	Penambahan Jumlah Tempat Tidur
5	Pengadaan Peralatan Fisioterapi	Kelengkapan pelayanan fisioterapi
6	Pengadaan bahan , peralatan dan sarana penunjang	Kelengkapan dan sarana pelayanan penunjang
7	Pengadaan dan pengelolaan alat/bahan medis pakai	Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai
8	Pengadaan dan pengelolaan bahan penunjang medis	Ketersediaan bahan penunjang medis
9	Pengadaan peralatan Administrasi RS	Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan ADM
10	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP

Tabel 6.33
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Instalasi Marketing		
Tugas : Melaksanakan kegiatan pemasaran sosial & sistem informasi tentang RSUD Tarakan yang bersifat obyektif, promotif, informatif.		
Fungsi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi, pembinaan dan mengevaluasi terhadap kegiatan sub bagian pemasaran sosial dan informasi. 2. Melaksanakan pemasaran sosial yang efektif, efisien, dan terarah, yang dapat bermanfaat untuk perencanaan strategis rumah sakit. 3. Memberi informasi kepada masyarakat secara jelas dan akurat. 4. Menyampaikan hasil interaksi antar personil rumah sakit dalam bentuk informasi, yang bersifat komunikatif, edukatif, dll. 5. Melaksanakan koordinasi kerja dengan unit – unit terkait yang disesuaikan dengan kebutuhan kegiatan. 6. Menyampaikan informasi tentang kebijakan – kebijakan yang dikeluarkan oleh pimpinan rumah sakit. 7. Melaksanakan koordinasi dalam hal hukum, perpustakaan, pemasaran sosial, publikasi, komunikasi, dan pelayanan informasi. 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	Pengembangan kerjasama dengan perusahaan	Jumlah klaim yang diperoleh RS berasal dari perusahaan yang ada MOU dengan RS
3	Pengembangan kerjasama dengan perusahaan	Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya
4	Pemasangan spanduk, jadwal dokter dan kegiatan RS yang mudah dilihat oleh pengunjung RS	Sosialisasi produk layanan RS

Tabel 6.34
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala SDM/Personalia		
Tugas : Melaksanakan pengurusan administrasi kepegawaian di RSUD Tarakan		
Fungsi :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi dan pembinaan terhadap tugas staf sub bagian kepegawaian. 2. Menyusun rencana tahunan kegiatan dan kebutuhan kepegawaian / informasi pegawai. 3. Melaksanakan administrasi kepegawaian (pengadaan kebutuhan pegawai/formasi pegawai, SK kepegawaian, informasi kenaikan pangkat, penyiapan surat pengurusan kepegawaian, DUK, DP3, laporan kenaikan gaji berkala kepegawaian, pensiun pegawai), LP3. 4. Melaksanakan pembinaan kepegawaian (absensi, teguran/peringatan, dan pengembalian karyawan). 5. Melaksanakan pengembangan kepegawaian (pengusulan dan pengurusan / pengajuan kenaikan pangkat, pendidikan dan latihan, mutasi pegawai), prajabatan, ujian dinas 6. Mengusulkan kesejahteraan pegawaiseperti penghargaan rutin dari pemda, cuti, uang kesra, taspen dan pensiun. 7. Merencanakan dan mengusulkan pendidikan dan pelatihan pegawai prajabatan. 8. Menyelenggarakan protokol upacara berikut absensi apel bendera bagi seluruh karyawan. 9. Menyelenggraakan administrasi kredit poin dokter – dokter dan tenaga paramedis. 10. Menyiapkan komputerisasi kepegawaian. 11. Menyelenggarakan arsip kepegawaian. 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	Pelatihan Service Excellent bagi petugas RS	Jumlah Pelanggan RS
3	<ul style="list-style-type: none"> • Advokasi ke Pemda dalam upaya penambahan jumlah SDM sesuai kualifikasi • Pengangkatan tenaga kontrak RS • Pengangkatan tenaga honorer RS 	Kesesuaian jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan
4	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan peta kompetensi SDM RS • Pelatihan bagi tenaga medis • Pelatihan bagi tenaga para medis • Pelatihan bagi tenaga farmasi • Pelatihan bagi tenaga Sanitasi 	Kesesuaian Kompetensi SDM RS dengan standar

	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan bagi tenaga Radilogi • Pelatihan bagi tenaga administrasi • Pelatihan bagi tenaga gizi • Pelatihan bagi tenaga Laboratorium • Pemberian beasiswa pendidikan • Studi banding 	
5	Penyusunan Rencana Strategis SDM RS	Renstra SDM
6	Pengembangan sistem penilaian berbasis kinerja	Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja
7	Pengembangan sistem pelatihan dan pengembangan SDM	Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM
8	Pengembangan sistem <i>reward and punishment</i>	Tersusunnya sistem <i>reward and punishment</i>
9	Survey kepuasan kerja	Kepuasan pelanggan internal



Tabel 6.35
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Bagian Perencanaan & Program		
Tugas	:Melaksanakan koordinasi terhadap kegiatan penyusunan program/perencanaan, rekam medis, serta pemasaran sosial & pemberian informasi di RSUD Tarakan.	
Fungsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanankan koordinasi dan pembinaan terhadap pelaksanaan kegiatan. 2. Membuat perencanaan belanja tahunan berdasarkan data-data dari unit-unit belanja rumah sakit. 3. Membuat perencanaan pendapatan tahunan berdasarkan data-data dari unit-unit pendapatan rumah sakit. 4. Merancang/memperbaharui bentuk-bentuk laporan , formulir, informasi di rumah sakit (intern/extern) yang dikoordinir oleh sub bag Rekam Medik, Sub bag Program dan Sub Bag Pemasaran sosial dan informasi. 	
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	Pengadaan Dan instalasi perangkat SIMRS	Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS
3	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan SIMRS bagi tenaga RS • Pemeliharaan SIMRS 	Kesinambungan SIMRS
4	<ul style="list-style-type: none"> • Pengolahan dan analisa data RS secara rutin • Pengembangan Website RS • Pelayanan SMS center RS 	Kecepatan & ketepatan informasi RS

Tabel 6.36
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Medical Record		
Tugas : Melaksanakan pelaksanaan rekam medik RSUD Tarakan yang meliputi : registrasi, perakitan, coding, statistik, filling dan laporan.		
Fungsi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi terhadap kegiatan sub bagian rekam medik. 2. Mencari jalan keluar dari setiap permasalahan yang timbul akibat proses rekam medik. 3. Menganalisis data yang masuk sebagai masukan untuk bidang pelayanan. 4. Melaporkan data temuan un tuk pengembangan RSUD Tarakan khususnya bidang pelayanan. 5. Melaporkan kegiatan pelayanan tiap SMF kepada bagian keuangan. 6. Melaksanakan koordinasi dengan sub bagian perencanaan dan sub bagian pemasaran dan informasi. 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	Pelaksanaan akreditasi semua pelayanan RS	Sertifikasi,Akreditasi pelayanan RS
3	Pelaksanaan ISO RS	Sertifikasi ISO pelayanan RS
4	Sosialisasi SOP bagian Rekam Medik mengenai pengisian data Rekam Medik pasien oleh petugas kepada Dokter, perawat, dan petugas terkait	Kelengkapan data rekam medik pasien
5	Pengembangan SIMRS Pada unit Rekam Medik	Komputerisasi data pasien

Tabel 6.37
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Pelayanan Medik		
Tugas : Melaksanakan koordinasi pelaksanaan pelayanan medik dan penunjang di RSUD Tarakan dalam.		
Fungsi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan koordinasi dan pembinaan terhadap kegiatan : <ol style="list-style-type: none"> a). Seksi Pelayanan Medis I. b). Seksi Pelayanan Medis II. 2. Melaksanakan koordinasi pelayanan medik dan pelayanan penunjang medik. 3. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian pelayanan medik dan penunjang medik. 4. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien. 5. Melaksanakan penyusunan kebutuhan tenaga dan fasilitas pelayanan medik. 6. Meaksanakan penyusunan kebutuhan obat- obatan dan alat kedokteran dalam rangka menunjang peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit. 7. Melaksanakan pengawasan penggunaan fasilitas kegiatan pelayanan medik dan penunjang medik. 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan SMK3 RS • Pengukuran tingkat Infeksi Nosokomial 	Tingkat Infeksi nosokomial pada pasien dan keluarga pasien
3	Pengembangan SMK3 RS	Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS

Tabel 6.38
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Inst Farmasi		
Tugas		
Fungsi:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan semua data di instalasi untuk disajikan kepada direktur baik secara langsung maupun ke Wakil direktur pelayanan medis 2. Menyusun program kerja Instalasi farmasi sebagai bahan penyusunan program kerja rumah sakit 3. Mengawasi dan bertanggung jawab terhadap tata tertib disiplin, kebersihan, keamanan, dan kelancaran tugas dilingkungan instalasi farmasi 4. Merencanakan kebutuhan bahan baku, bahan kimia, Alkes, reagensia, dan radio farmasi untuk kebutuhan terselenggaranya seluruh unsur pelayanan rumah sakit 5. Mengatur, mengawasi pelaksanaan penerimaan, penyimpanan, dan pendistribusian perbekalan farmasi, serta kegiatan di instalasi farmasi sesuai dengan program kerja 6. Membuat dan menyusun pelaporan hasil kegiatan kerja instalasi farmasi 7. Melakukan evaluasi terhadap kegiatan program kerja instalasi farmasi 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	Penggunaan SIMRS pada pelayanan Farmasi	Kecepatan pelayanan apotek/farmasi
3	Pengadaan dan pengelolaan obat-obatan	Ketersediaan obat-obatan
4	Review dan penyusunan formularium obat RS	Persentase jumlah item obat generik dibandingkan dengan seluruh item obat
5	Review dan penyusunan peraturan penggunaan obat	Ketepatan waktu dalam distribusi obat-obatan bagi pasien rawat inap

Tabel 6.39
Uraian Kerja Sebagai Panduan Implementasi *Balanced Scorecard*

Nama Jabatan: Kepala Inst IPSRS		
Tugas		
Fungsi:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Merencanakan dan melaksanakan perawatan alat medis 2. Merencanakan dan melaksanakan perawatan gedung RSUD Tarakan 3. Merencanakan dan melaksanakan perawatan AC 4. Merencanakan dan melaksanakan perawatan alat inventaris 5. Merencanakan dan melaksanakan perawatan perbaikan instalasi air bersih 6. Merencanakan dan melaksanakan perawatan perbaikan genset 7. Merencanakan dan melaksanakan perbaikan lift 		
Uraian Tugas		
No	Kegiatan	KPI
1	Pembuatan / Revisi SOP	Kelengkapan SOP
2	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeliharaan rutin peralatan medis dan medis • Pemeliharaan berkala peralatan medis dan non medis • Pemeliharaan rutin sarana prasarana gedung dan penunjang • Pemeliharaan berkala sarana prasarana gedung dan penunjang 	Pemeliharaan rutin dan berkala
3	Melakukan kalibrasi alat secara rutin	Kalibrasi alat

6.4.2. Implementasi Program

Implementasi program bertujuan untuk mencapai target daripada KPI yang telah disusun secara bertahap mulai 2008-2012. maka dengan demikian penanggung jawab kegiatan/pemilik KPI harus menyusun Rencana Implementasi dan Mengimplementasikan sesuai tahapan-tahapan pelaksanaannya. Menurut Gasperz (2003) organisasi yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan (Perspektif Pelanggan) dalam kerangka *Balanced Scorecard* dapat menggunakan prosedur pelaksanaan program peningkatan mutu secara terus menerus (*Quality Improvement*).

6.4.3. Format Monitoring Implementasi

Dalam memonitor implementasi *Balanced Scorecard* selain dimonitor pencapaian target masing – masing KPI, perlu juga dilihat pencapaian target organisasi secara menyeluruh dengan menggunakan *Balanced Scorecard*. Untuk itu diperlukan pembobotan pada masing – masing KPI. Berdasarkan penjumlahan dari seluruh pencapaian setiap KPI dikalikan bobot masing – masing KPI akan diperoleh pencapaian kinerja RSUD Tarakan secara keseluruhan.

Pembobotan masing – masing KPI dilakukan secara consensus oleh dengan tim Renstra RSUD Tarakan. Pertimbangan untuk melakukan bobot selain didasarkan pada kondisi internal, menyangkut kekuatan dan kelemahan organisasi, juga didasarkan pada kondisi eksternal, yaitu dengan memanfaatkan peluang yang ada serta mengurangi ancamannya. Hasil pembobotannya KPI selain digunakan untuk melihat kinerja, juga dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan pengalokasian sumber daya, baik anggaran maupun SDM yang ditugaskan untuk menangani masing – masing program. Bobot ini perlu dilakukan peninjauan setiap tahun mengingat kondisi internal dan eksternal kemungkinan berubah dan perlu diikuti dengan perubahan sumber daya manusianya serta sumber daya lainnya.

Menurut Kaplan dan Norton (1996) untuk melakukan penilaian pencapaian target organisasi yang menerapkan *Balanced Scorecard* adalah dengan melakukan pengukuran pencapaian target masing – masing perspektif. Oleh Karena itu diperlukan bobot untuk masing – masing perspektif tersebut.

Menurut Kaplan dan Norton serta Gasperz (2002) bahwa pemberian nilai tersebut harus berimbang untuk ke empat perspektif tersebut, misalnya untuk perspektif Keuangan 40 %, untuk perspektif pelanggan 20 %, untuk perspektif proses bisnis internal 20 %, dan perspektif Pertumbuhan dan pembelajaran 20 %.

Berdasarkan hasil CDMG yang dilakukan dengan tim inti Renstra RSUD Tarakan maka atas kesepakatan diberi bobot yang berimbang antara keempat perspektif yang ada, yaitu untuk perspektif Finansial 20 % ,dan perspektif pelanggan diberi bobot 20 %, sedangkan untuk perspektif proses bisnis internal 30 %, serta perspektif pertumbuhan dan pembelajaran diberi bobot 30 %.

Untuk masing – masing Tujuan Strategi diperoleh dari bobot perspektifnya dengan membaginya berdasarkan tingkat kepentingan masing – masing tujuan strategi. Demikian juga halnya dengan bobot masing – masing KPI nya. Hasil pembobotannya merupakan hasil kesepakatan bersama dalam CDMG, dapat dilihat dalam tabel dibawah ini.

Tabel 6.40
Pembobotan KPI dalam perspektif *Balanced Scorecard*

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)
Keuangan	20	Meningkatkan Pendapatan di unit-unit produksi	10	Tingkat Utilisasi pelayanan rawat jalan	2
				Pendapatan pelayanan rawat jalan	2
				Tingkat utilisasi pelayanan rawat inap	1
				Pendapatan pelayanan rawat inap	1
				Tingkat Pendapatan Total	2
				Tingkat Utilisasi Pelayanan CT-Scan	1
				Tingkat pendapatan Ct-Scan	1
		Meningkatkan pendapatan di Unit penunjang	5	Pendapatan pelayanan penunjang	3
		Tingkat utilisasi pelayanan penunjang	2		

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)
		Meningkatkan pendapatan Rumah sakit	5	Jumlah klaim yang diperoleh RS berasal dari perusahaan yang ada MOU dengan RS	3
				Jumlah Pelanggan RS	2
Pelanggan	20	Mengembangkan sistem keselamatan bagi petugas dan pasien	10	Kepuasan Pasien	4
				Kelengkapan SOP	2
				Sertifikasi, Akreditasi pelayanan RS	2
				Sertifikasi ISO pelayanan RS	2
		Meminimalkan sumber risiko dan pengawasan berkala	10	Adanya unit yang khusus yang menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf RS	3
				Tingkat Infeksi nosokomial pada pasien dan keluarga pasien	5
Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS	2				
Proses Internal	Bisnis	30	10	Tersedianya unit trauma center	2
		Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan & rawat inap			

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)
				Peningkatan Jumlah Kelas Perawatan	2
				Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit rawat jalan	2
				Ketepatan waktu dalam distribusi makanan bagi pasien rawat inap	1
				Kecepatan pelayanan apotek/farmasi	2
				Pembukaan pelayanan executive	1
		Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang	3	Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana prasarana RS	3
		Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan rawat inap	8	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan	2
				Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap	1
				Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif	1
				Penambahan Jumlah Tempat Tidur	1
				Pemeliharaan rutin dan berkala	1

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)
				Kelengkapan pelayanan fisioterapi	1
				Ketersediaan obat-obatan	1
		Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang medik	5	Kelengkapan dan sarana pelayanan penunjang	1
				Pemeliharaan rutin & berkala	1
				Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai	1
				Ketersediaan bahan penunjang medis	1
				Kalibrasi alat	1
		Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum & ADM	2	Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan ADM	1
				Persentase jumlah item obat generik dibandingkan dengan seluruh item obat	1
		Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga	2	Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya	1
				Sosialisasi produk layanan RS	1
Pertumbuhan & Pembelajaran	30	Memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan pelatihan	10	Kesesuaian jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan	2

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)
				Kesesuaian Kompetensi SDM RS dengan standar	2
				Renstra SDM	1
				Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja	1
				Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM	1
				Tersusunnya sistem <i>reward and punishment</i>	1
				Kepuasan pelanggan internal	2
		Mengembangkan dan meningkatkan Penggunaan SIMRS pada seluruh lini RS	7	Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS	2
				Kesinambungan SIMRS	2
				Kecepatan & ketepatan informasi RS	2
				Pemanfaatan SIMRS pada pelaporan keuangan RS	1
		Meningkatkan efektifitas dan efisiensi ADM RS	5	Kelengkapan data rekam medik pasien	3
				Komputerisasi data pasien	2
		Memformulasikan Visi, Misi, dan Tujuan RS	3	Share Vision dan nilai-nilai RS	3
		Meningkatkan komitmen share holders dan sektor lain terhadap pelayanan kesehatan RS	5	Jumlah PSO haru sesuai dengat unit cost	5

**Tabel 6.41
Monitoring Kinerja**

NO	KPI	Target setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
1	Tingkat utilisasi pelayanan rawat Jalan	11.764 org / bulan	Naik 20 % dari tahun 2008	Kenaikan 25 % dari tahun 2009	Kenaikan 30 % dari tahun 2010	Kenaikan 30 % dari tahun 2011			1		Ka. Inst. Rajal
2	Pendapatan pelayanan rawat jalan		Meningkat 10 % dari tahun 2008	Meningkat 15 % dari tahun 2009	Meningkat 20 % dari tahun 2010	Meningkat 25 % dari tahun 2011			1		Ka.Inst. Ranap
3	Tingkat utilisasi pelayanan rawat inap	BOR 50 %, LOS 6 – 9 hari	BOR 50-60 %, LOS 6 – 9 hari	BOR 60-70 %, LOS 5 – 6 hari	BOR >70 %, LOS 4 – 6 hari	BOR 70-80 %, LOS 4 – 6 hari			1		Ka.Inst. Ranap
4	Pendapatan pelayanan rawat inap		Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 25 % dari tahun 2009	Meningkat 30 % dari tahun 2010	Meningkat 35 % dari tahun 2011			1		Ka.Inst. Ranap
5	Tingkat Pendapatan Total		Meningkat 15 % dari tahun 2008	Meningkat 20 % dari tahun 2009	Meningkat 25 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011			1		Kabag. Keuangan
6	Tingkat Utilisasi Pelayanan CT-Scan	Tersedianya ruang Ct-Scan	terlaksananya pelayanan CT-Scan	meningkat 100 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 100 % dari tahun sebelumnya	meningkat 100 % dari tahun sebelumnya			1		Ka. Inst Penunjang

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
7	Tingkat pendapatan Ct-Scan		20 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan			1		Ka. Inst Penunjang
8	Pendapatan pelayanan penunjang		Meningkat 25 % dari tahun 2008	Meningkat 40 % dari tahun 2009	Meningkat 50 % dari tahun 2010	Meningkat 60 % dari tahun 2011			3		Ka. Inst Penunjang
9	Tingkat utilisasi pelayanan penunjang	1250 pemeriksaan / bulan	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 30 % dari tahun 2009	Meningkat 40 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011			2		Ka. Inst. Penunjang
		2500 resep / bulan	Meningkat 25 % dari tahun 2008	Meningkat 40 % dari tahun 2009	Meningkat 50 % dari tahun 2011	Meningkat 50 % dari tahun 2012					Ka. Inst Farmasi
		2500 pemeriksaan / bulan	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 30 % dari tahun 2009	Meningkat 40 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011					Ka. Inst. Penunjang
10	Jumlah klaim yang diperoleh RS berasal dari perusahaan yang ada MOU dengan RS	50 klaim /Bulan	Meningkat 50 % dari tahun 2008	Meningkat 60 % dari tahun 2009	Meningkat 80 % dari tahun 2010	Meningkat 100 % dari tahun 2011			3		Ka. marketing
11	Jumlah Pelanggan RS	Service Excellent	Service Excellent	Service Excellent	Service Excellent	Service Excellent			2		Ka. SDM

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
12	Kepuasan Pasien	75 %	80 %	80 %	80 %	85 %		4		Ka. Marketing	
13	Kelengkapan SOP	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		2		Semua Ka. Inst	
14	Sertifikasi, Akreditasi pelayanan RS		Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi		2		Ka. MR	
15	Sertifikasi ISO pelayanan RS		ISO					2		Ka. MR	
16	Adanya unit yang khusus yang menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf RS	Adanya tim khusus SMK3	Unit SMK3 dalam struktur RS					3		Direktur	
17	Tingkat Infeksi nosokomial pada pasien dan keluarga pasien		< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei	< 5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvei		5		Ka. Yan Med	
18	Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS	0	0	0	0	0		2		Ka. Penunjang	

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
19	Tersedianya unit trauma center		Tersedianya trauma center	Utilisasi trauma center meningkat 50 % dibanding tahun sebelumnya	Utilisasi trauma center meningkat 100 % dibanding tahun sebelumnya	Utilisasi trauma center meningkat 100 % dibanding tahun sebelumnya			2		Ka. Inst Rajal
20	Peningkatan Jumlah Kelas Perawatan	Kelas III dan kelas II 60 TT		Dibuka kelas I dan VIP					2		Ka. Inst Ranap
21	Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit rawat jalan	Rata – rata waktu tunggu 60 menit	Rata – rata waktu tunggu 45 menit	Rata – rata waktu tunggu 30 menit	Rata – rata waktu tunggu 30 menit	Rata – rata waktu tunggu 20 menit			1		Ka. Inst Rajal
22	Ketepatan waktu dalam pendistribusian makanan bagi pasien rawat inap	100 % tepat waktu	100 % tepat waktu	100 % tepat waktu	100 % tepat waktu	100 % tepat waktu			1		Ka. Inst Ranap
23	Kecepatan pelayanan apotek/farmasi	45 menit/ resep / pasien	30 menit/ resep / pasien	25 menit/ resep / pasien	25 menit/ resep / pasien	25 menit/ resep / pasien			2		Ka. Inst Farmasi

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
24	Pembukaan pelayanan executive		Meningkatnya jumlah pendapatan dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 50 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 50 % dari tahun sebelumnya			1		Ka. Inst Rajal
25	Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana prasaranan RS	Mulai digunakan ...% dari gedung baru							2		Ka. Penunjang
26	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan								2		Ka. Inst Rajal
27	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap								1		Ka. Inst Ranap
28	Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif								1		Ka. Inst Ranap
29	Penambahan Jumlah Tempat Tidur				Penambahan jumlah TT				1		Ka. Penunjang
30	Pemeliharaan rutin dan berkala	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana	100 % Terlaksana			1		Ka. Inst IPSRS

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
31	Kelengkapan pelayanan fisioterapi	Tersedia peralatan fisioterapi canggih	100 % peralatan fisioterapi terpenuhi sesuai kebutuhan		1		Ka. Penunjang				
32	Ketersediaan obat-obatan	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi		1		Ka. Inst farmasi	
33	Kelengkapan dan sarana pelayanan penunjang							1		Ka. Penunjang	
34	Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi		1		Ka. Penunjang	
35	Ketersediaan bahan penunjang medis	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi		1		Ka. Penunjang	
36	Kalibrasi alat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		1		Ka. Penunjang	
37	Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan ADM							1		Ka. Penunjang	
38	Persentase jumlah item obat generik dibandingkan dengan seluruh item obat	> 50 %	> 50 %	> 50 %	> 50 %	> 50 %		1		Ka. Inst Farmasi	

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
39	Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya	> 3 perusahaan	> 5 perusahaan	> 7 perusahaan	> 10 perusahaan	> 10 perusahaan			1		Ka marketing
40	Sosialisasi produk layanan RS	Sosialisasi produk layanan RS	Sosialisasi produk layanan RS	Sosialisasi produk layanan RS	Sosialisasi produk layanan RS	Sosialisasi produk layanan RS			1		Ka marketing
41	Kesesuaian jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar			2		Ka. SDM & Diklat
42	Kesesuaian Kompetensi SDM RS dengan standar	Adanya data mengenai kompetensi SDM RS	Adanya Peta SDM dan sesuai kompetensinya	50 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	70 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	100 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar			2		Ka. SDM & Diklat
43	Renstra SDM		Adanya Renstra SDM	Adanya Renstra SDM	Adanya Renstra SDM	Adanya Renstra SDM			1		Ka. SDM & Diklat

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
44	Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja		Implementasi sistem penilaian kerja berbasis kinerja		1		Ka. SDM & Diklat				
45	Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM		Adanya sistem pelatihan dan pengembangan SDM		1		Ka. SDM & Diklat				
46	Tersusunnya sistem <i>reward and punishment</i>		Adanya sistem reward dan punishment berbasis kinerja		1		Ka. SDM & Diklat				
47	Kepuasan pelanggan internal							2		Ka. SDM & Diklat	
48	Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS	Instalasi SIMRS untuk seluruh unit pelayanan di RS	implementasi SIMRS	implementasi SIMRS	implementasi SIMRS	implementasi SIMRS		2		Ka. Perencanaan & Program	

NO	KPI	Target Setiap tahun					Aktual	Pencapaian (%)	Bobot (%)	Identifikasi masalah	Penanggung jawab KPI
		2008	2009	2010	2011	2012					
49	Kesinambungan SIMRS	SIMRS berjalan baik		1		Ka. Perencanaan & Program					
50	Kecepatan & ketepatan informasi RS	Informasi kinerja RS ter-update setiap bulan		1		Ka. Perencanaan & Program					
51	Pemanfaatan SIMRS pada pelaporan keuangan RS	Aplikasi SIMRS dalam pelaporn keuangan		1		Kabag. Keuangan					
52	Kelengkapan data rekam medik pasien	100 % data rekam medik pasien terisi		3		Ka. MR					
53	Komputerisasi data pasien	100 % data pasien terkomputerisasi		2		Ka. MR					
54	Share Vision dan nilai-nilai RS	Terciptanya share vision RS	Terciptanya share vision RS	Terciptanya share vision RS	Terciptanya share vision RS	Terciptanya share vision RS		2		Direktur	

Tabel 6.42
Balanced Scorecard RSUD Tarakan

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
Keuangan	20	Meningkatkan Pendapatan di unit-unit produksi	10	Tingkat Utilisasi pelayanan rawat jalan	1	11.674 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Ka.inst Rajal		Ka. Inst Rajal
						1680 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. UGD	Pelayanan UGD	Ka. Inst Rajal
						375 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan poli gigi & mulut	Ka. Inst Rajal
						650 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan poli kebidanan dan kandungan	Ka. Inst Rajal
						750 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan poli bedah umum	Ka. Inst Rajal
						1.530 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan poli peny. Dalam	Ka. Inst Rajal
						1.050 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan poli Anak	Ka. Inst Rajal

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
						1.350 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli THT	Ka. Inst Rajal
						485 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Jantung	Ka. Inst Rajal
						1.200 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Kulit & Kelamin	Ka. Inst Rajal
						880 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Paru	Ka. Inst Rajal
						900 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Mata	Ka. Inst Rajal
						315 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Saraf	Ka. Inst Rajal
						75 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Bedah Urologi	Ka. Inst Rajal
						45 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Bedah Orthopedi	Ka. Inst Rajal

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
						4 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Poli Bedah saraf	Ka. Inst Rajal
						185 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan Check – Up	Ka. Inst Rajal
						165 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan R.Medik	Ka. Inst Rajal
						35 orang / bulan	Meningkat 20 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 30 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 35 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Rajal	Pelayanan KB	Ka. Inst Rajal
				Pendapatan pelayanan rawat jalan	1		Meningkat 10 % dari tahun 2008	Meningkat 15 % dari tahun 2009	Meningkat 20 % dari tahun 2010	Meningkat 25 % dari tahun 2011	Ka.inst Rajal	Pemasaran pelayanan Rajal	Ka.inst Rajal
				Tingkat utilisasi pelayanan rawat inap	1	BOR 50 %, LOS 6 – 9 hari	BOR 50-60 %, LOS 6 – 9 hari	BOR 60-70 %, LOS 5 – 6 hari	BOR >70 %, LOS 4 – 6 hari	BOR 70-80 %, LOS 4 – 6 hari	Ka.inst Ranap	Pelayanan rawat inap kelas III	Ka.inst Ranap
						BOR 50 %, LOS 5 - 7 hari	BOR 60 %, LOS 5 - 7 hari	BOR 60 – 75 %, LOS 5 - 7 hari	BOR 75 %, LOS 4 - 6 hari	BOR 80 %, LOS 4 - 6 hari		Pelayanan rawat inap kelas II	
												Pelayanan ruang VK	
												Pelayanan ruang isolasi	

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program		
						2008	2009	2010	2011	2012					
				Pendapatan pelayanan rawat inap	1		Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 25 % dari tahun 2009	Meningkat 30 % dari tahun 2010	Meningkat 35 % dari tahun 2011	Ka.Inst Ranap	Pemasaran pelayanan ranap	Ka.Inst Ranap		
				Tingkat Pendapatan Total	1		Meningkat 15 % dari tahun 2008	Meningkat 20 % dari tahun 2009	Meningkat 25 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011	Kabag. Keuangan	Pemasaran pelayanan RS	Kabag. Keuangan		
				Tingkat Utilisasi Pelayanan CT-Scan	1	Tersedianya ruang Ct-Scan	terlaksananya pelayanan CT-Scan	meningkat 100 % dari tahun sebelumnya	meningkat 100 % dari tahun sebelumnya	meningkat 100 % dari tahun sebelumnya	Ka. Inst Penunjang	Pengembangan ruang khusus Ct-Scan	Ka. Inst Penunjang		
													Pengadaan peralatan medis CT-Scan yang canggih		
				Tingkat pendapatan Ct-Scan	1		20 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	50 % dari total keseluruhan	Ka. Inst Penunjang	Pemasaran pelayanan RS	Ka. Inst Penunjang		
				Meningkatkan pendapatan di Unit penunjang	5	Pendapatan pelayanan penunjang	3		Meningkat 25 % dari tahun 2008	Meningkat 40 % dari tahun 2009	Meningkat 50 % dari tahun 2010	Meningkat 60 % dari tahun 2011	Ka. Inst Penunjang	Pemasaran dan promosi pelayanan penunjang	Ka. Inst Penunjang
						Tingkat utilisasi pelayanan penunjang	2	1250 pemeriksaan / bulan	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 30 % dari tahun 2009	Meningkat 40 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011	Ka. Inst Penunjang	Pelayanan pemeriksaan Laboratorium	Ka. Inst Penunjang

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
						2500 resep / bulan	Meningkat 25 % dari tahun 2008	Meningkat 40 % dari tahun 2009	Meningkat 50 % dari tahun 2011	Meningkat 50 % dari tahun 2012	Ka.inst farmasi	Pelayanan farmasi	Ka.inst farmasi
						2500 pemeriksaan / bulan	Meningkat 20 % dari tahun 2008	Meningkat 30 % dari tahun 2009	Meningkat 40 % dari tahun 2010	Meningkat 30 % dari tahun 2011	Ka.inst penunjang	Pel.pemeriksaan radiologi	Ka.inst penunjang
		Meningkatkan pendapatan Rumah sakit	5	Jumlah klaim yang diperoleh RS berasal dari perusahaan yang ada MOU dengan RS	3	50 klaim /Bulan	Meningkat 50 % dari tahun 2008	Meningkat 60 % dari tahun 2009	Meningkat 70 % dari tahun 2010	Meningkat 100 % dari tahun 2011	Ka.marketing	Pengembangan kerjasama dengan perusahaan	Ka.marketing
				Jumlah Pelanggan RS	2	Service Excellent	Service Excellent	Service Excellent	Service Excellent	Service Excellent	Ka. SDM	Pelatihan service excellent bagi petugas Rs	ka. SDM
												Pengembangan dan internalisasi pelayanan prima disetiap pel RS	ka. SDM
												Peningkatan kebersihan ,keindahan dan kenyamanan RS	Semua ka inst
												Peningkatan keamanan RS	Ka.keamanan

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
Pelanggan	20	Mengembangkan sistem keselamatan bagi petugas dan pasien	10	Kepuasan Pasien	4	75 %	80 %	80 %	80 %	85 %	Ka.marketing	Survey kepuasan pasien	Ka.marketing
				Kelengkapan SOP	2	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Semua ka.inst	Pembuatan /revisi SOP	Semua ka.inst
				Sertifikasi,Akreditasi pelayanan RS	2		Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	Terakreditasi	Ka.MR	Pelaksanaan akreditasi semua pelayanan RS	Ka.MR
				Sertifikasi ISO pelayanan RS	2		ISO				Ka.MR	Pelaksanaan ISO RS	Ka.MR
	Meminimalkan sumber risiko dan pengawasan berkala	10	Adanya unit yang khusus yang menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf RS	3	Adanya tim khusus SMK3	Unit SMK3 dalam struktur RS				Direktur	Evaluasi struktur organisasi	Direktur	

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program		
						2008	2009	2010	2011	2012					
				Tingkat Infeksi nosokomial pada pasien dan keluarga pasien	5		<5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvey	<5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvey	<5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvey	<5 % kasus IN dari seluruh pasien yang disurvey		Ka.yan med	Pengembangan SMK3 RS	Ka. Yanmed	
													Ka.penu njang	Strilisasi peralatan dan ruang perawatan	Ka.penunjang
														Ka.yan med	Pengukuran tingkat infeksi Nosokomial
				Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS	2	0	0	0	0	0		Ka.penu njang	Pengembangan SMK3 RS	Ka.penunjang	
Proses Bisnis Internal	35	Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan & rawat inap	10	Tersedianya unit trauma center	2	Tersedianya trauma center	Utilisasi trauma center meningkat 50 % dibanding tahun sebelumnya	Utilisasi trauma center meningkat 100 % dibanding tahun sebelumnya	Utilisasi trauma center meningkat 100 % dibanding tahun sebelumnya			Ka.inst rajal	Pengembangan ruang khusus ruang trauma center	Ka.inst rajal	
														Pengadaan peralatan medis pelayanan traumatologi	

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program	
						2008	2009	2010	2011	2012				
				Peningkatan Jumlah Kelas Perawatan	2	Kelas III dan kelas II 30 TT		Dibuka kelas I dan VIP 10 TT				Ka.inst ranap	Pembukaan pelayanan perawatan kelas I dan VIP	Ka.inst ranap
				Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit rawat jalan	1	Rata – rata waktu tunggu 60 menit	Rata – rata waktu tunggu 50 menit	Rata – rata waktu tunggu 45 menit	Rata – rata waktu tunggu 30 menit	Rata – rata waktu tunggu 30 menit		Ka.inst rajal	Penyempurnaan SOP adm RS	Ka.inst rajal
				Ketepatan waktu dalam pendistribusian makanan bagi pasien rawat inap	1	100 % tepat waktu		Ka.inst ranap	Manajemen penyediaan bahan, pengolahan, penyimpanan dan pendistribusian makanan	Ka.inst ranap				
				Kecepatan pelayanan apotek/farmasi	2	45 menit/ resep / pasien	45 menit/ resep / pasien	35 menit/ resep / pasien	30 menit/ resep / pasien	30 menit/ resep / pasien		Ka.inst farmasi	Penggunaan SIMRS pada pelayanan farmasi	Ka.inst farmasi

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
				Pembukaan pelayanan executive	1		Meningkatnya jumlah pendapatan dari tahun sebelumnya	Meningkat 25 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 50 % dari tahun sebelumnya	Meningkat 50 % dari tahun sebelumnya	Ka.inst rajal	Pembukaan pelayanan rawat jalan executive	Ka.inst rajal
		Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang	3	Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana prasarana RS	2	Mulai digunakan ...% dari gedung baru					Ka.penu njang	Pemanfaatan gedung baru yang masih belum digunakan sebagai tempat pelayanan kesehatan RS	Ka.penunjang
		Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan rawat inap	8	Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap	2						Ka inst Ranap	Pengadaan peralatan dan sarana pelayanan rawat inap	Ka inst Ranap
				Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan	1						Ka.inst rajal	Pengadaan peralatan dan sarana pelayanan rawat jalan	Ka.inst rajal

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
				Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif	1						Ka inst Ranap	Pengadaan peralatan dan sarana ICU/ICCU	Ka inst Ranap
				Penambahan Jumlah Tempat Tidur	1	229 TT	240 TT	300 TT	300 TT	300 TT	Ka.inst penunjang	Penambahan jumlah TT semua kelas	Ka.inst penunjang
				Pemeliharaan rutin dan berkala	1	100 % terlaksana	100 % terlaksana	100 % terlaksana	100 % terlaksana	100 % terlaksana	Ka.inst IPSRS	Pemeliharaan rutin peralatan medis dan non medis	Ka.inst IPSRS
												Pemeliharaan berkala peralatan medis dan non medis	

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
												Pemeliharaan rutin sarana dan prasarana gedung dan penunjang	
												Pemeliharaan berkala sarana prasarana gedung dan penunjang	
				Kelengkapan pelayanan fisioterapi	1	Tersedia peralatan fisioterapi canggih	100 % peralatan fisioterapi terpenuhi sesuai kebutuhan	Ka.inst. penunjang	Pengadaan Peralatan Fisioterapi	Ka.inst. penunjang			
				Ketersediaan obat-obatan	1	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	100% Terpenuhi	Ka.inst farmasi	Pengadaan dan pengelolaan obat-obatan	Ka.inst farmasi

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
		Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang medik	5	Kelengkapan dan sarana pelayanan penunjang	1						Ka.inst. penunjang	Pengadaan bahan, peralatan dan sarana pelayanan penunjang	Ka.inst. penunjang
				Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai	1	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	Ka.penu njang	Pengadaan dan pengelolaan alat/bahan medis habis pakai	Ka.penunjang
				Ketersediaan bahan penunjang medis	1	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	Ka.penu njang	Pengadaan dan pengelolaan bahan penunjang medis	Ka.penunjang
				Kalibrasi alat	1	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ka.penu njang	Melakukan kalibrasi alat secara rutin	Ka.penunjang
		Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum & ADM	2	Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan ADM	1						Ka.penu njang	Pengadaan peralatan ADM RS	Ka.penunjang

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
				Persentase jumlah item obat generik dibandingkan dengan seluruh item obat	1	> 50 %	> 50 %	> 50 %	> 50 %	> 50 %	Ka.inst farmasi	Review dan penyusunan formularium obat RS	Ka.inst farmasi
		Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga	2	Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya	1	> 3 perusahaan	> 5 perusahaan	> 7 perusahaan	> 10 perusahaan	> 10 perusahaan	Ka.marketing	Pengembangan kerjasama dengan perusahaan	Ka.marketing
				Sosialisasi produk layanan RS	1	Sosialisasi produk pelayanan RS	Ka.marketing	Pemasangan spanduk, jadwal dokter dan kegiatan RS yang mudah dilihat oleh pengunjung RS	Ka.marketing				

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
Pertumbuhan & Pembelajaran	30	Memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan pelatihan	10	Kesesuaian jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan	2	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	100 % jumlah SDM sesuai dengan standar	Ka SDM/Diklat	Advokasi ke Pemda dalam upaya penambahan jumlah SDM sesuai kualifikasi	Ka SDM/Diklat
											Ka SDM/Diklat	Pengangkatan tenaga kontrak RS	Ka SDM/Diklat
											Ka SDM/Diklat	Pengangkatan tenaga honorer RS	Ka SDM/Diklat
				Kesesuaian Kompetensi SDM RS dengan standar	2	Adanya data mengenai kompetensi SDM RS	Adanya Peta SDM dan sesuai kompetensinya	50 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	70 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	100 % staf RS memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar	Ka SDM/Diklat	Pengembangan peta kompetensi SDM RS	Ka SDM/Diklat
												Pelatihan bagi tenaga medis	
												Pelatihan bagi tenaga paramedis	

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
												Pelatihan bagi tenaga farmasi	
												Pelatihan bagi tenaga sanitasi	
												Pelatihan bagi tenaga radiologi	
												Pelatihan bagi tenaga ADM	
												Pelatihan bagi tenaga gizi	
												Pelatihan bagi tenaga laboratorium	
												Beasiswa pendidikan	
												Studi banding	

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
				Renstra SDM	1		Adanya renstra SDM	Adanya renstra SDM	Adanya renstra SDM	Adanya renstra SDM	Ka.SDM / Diklat	Penyusunan renstra SDM	Ka.SDM/ Diklat
				Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja	1		Implementasi sistem penilaian kinerja berbasis kinerja	Ka.SDM / Diklat	Pengembangan sistem penilaian kerja berbasis kinerja	Ka.SDM/ Diklat			
				Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM	1		Adanya sistem pelatihan dan pengembangan SDM	Ka.SDM / Diklat	Pengembangan sistem pelatihan dan pengembangan SDM	Ka.SDM/ Diklat			
				Tersusunnya sistem <i>reward and punishment</i>	1		Adanya sistem reward dan punishment berbasis kinerja	Ka.SDM / Diklat	Pengembangan sistem reward dan punishment	Ka.SDM/ Diklat			
				Kepuasan pelanggan internal	2						Ka.SDM / Diklat	Survey kepuasan pelanggan	Ka.SDM/ Diklat

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
		Mengembangkan dan meningkatkan Penggunaan SIMRS pada seluruh lini RS	5	Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS	2	Instalasi SIMRS untuk seluruh unit pelayanan di RS	implementasi SIMRS	implementasi SIMRS	implementasi SIMRS	implementasi SIMRS	Ka perencanaan dan program	Pengadaan instalasi perangkat SIMRS	Ka perencanaan dan program
				Kesinambungan SIMRS	1	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	SIMRS berjalan baik	Ka perencanaan dan program	Pemeliharaan SIMRS	Ka perencanaan dan program
				Kecepatan & ketepatan informasi RS	1	Informasi kerja RS ter up date setiap bulan	Informasi kerja RS ter up date setiap bulan	Informasi kerja RS ter up date setiap bulan	Informasi kerja RS ter up date setiap bulan	Informasi kerja RS ter up date setiap bulan	Ka perencanaan dan program	Pengolahan dan analisa data RS secara rutin	Ka perencanaan dan program
				Pemanfaatan SIMRS pada pelaporan keuangan RS	1	Aplikasi SIMRS dalam pelaporan keuangan	Aplikasi SIMRS dalam pelaporan keuangan	Aplikasi SIMRS dalam pelaporan keuangan	Aplikasi SIMRS dalam pelaporan keuangan	Aplikasi SIMRS dalam pelaporan keuangan	Ka bag Keuangan	Aplikasi SIMRS dalam pelaporan keuangan	Ka bag Keuangan
		Meningkatkan efektifitas dan efisiensi ADM RS	5	Kelengkapan data rekam medik pasien	3	100 %data rekam medik pasien terisi	100 %data rekam medik pasien terisi	100 %data rekam medik pasien terisi	100 %data rekam medik pasien terisi	100 %data rekam medik pasien terisi	Ka.MR	Sosialisasi SOP melalui pertemuan rutin dengan para petugas RS	Ka.MR

Perspektif	Bobot (%)	Tujuan Strategis	Bobot (%)	KPI	Bobot (%)	Target setiap tahun					KPI owner	Program	PJ Program
						2008	2009	2010	2011	2012			
				Komputerisasi data pasien	2	100 %data pasien tekomputerisasi	Ka.MR	Pengembangan SIMRS pada unit rekam medik	Ka.MR				
				Share Vision dan nilai-nilai RS	2	Terciptanya share vision RS	Direktur	Kegiatan capacity building	Direktur				
				Memformulasikan visi, misi dan tujuan RS								Sosialisasi visi, misi dalam rapat/pertemuan rutin	
												Pemasangan papan visi,misi sehingga terbaca oleh semua pengunjung RS	

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian tentang Rencana Strategi RSUD Tarakan ada beberapa hambatan atau keterbatasan baik dari penulis sendiri, dari informan sebagai subyek penelitian maupun dari proses pengumpulan dan pengolahan data. Keterbatasan tersebut adalah :

1. Subyek penelitian Sebagai Informan

Oleh karena kesibukan para informan yang semuanya merupakan pejabat di RSUD Tarakan, maka pertemuan dilakukan untuk consensus hanya berlangsung selama tiga kali. Dan selanjutnya penulis pada pelaksanaannya melakukan wawancara mendalam ke masing-masing informan dan juga melakukan klarifikasi ulang. Penulis juga tidak melakukan wawancara dengan informan yang diluar RSUD Tarakan.

2. Pengumpulan data Sekunder

Pengumpulan data sekunder yang penulis lakukan adalah dengan melakukan telaah dokumen laporan tahunan RSUD Tarakan selama tiga tahun kebelakang (2004-2006), dan data tahun 2007 belum direkap semuanya. Jadi hanya sebahagian saja data 2007 yang berhasil diperoleh. Disamping juga dengan mengumpulkan data dari eksternal RSUD tarakan seperti, BPS DKI Jakarta, Profil Dinkes DKI Jakarta, Data SUSENAS, dll.

3. Keterbatasan waktu penelitian

Keterbatasan waktu penelitian hanya dapat menjawab tujuan penelitian tanpa dapat mengkaji lebih mendalam hal-hal yang terkait dengan implementasi hasil penelitian.

7.2. Pemilihan pendekatan pembahasan dengan *Balanced Scorecard*

Sesuai dengan uraian pada bab tinjauan pustaka dan hasil penelitian yang dikaitkan dengan proses yang dilalui oleh penulis dengan menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard* dalam penyusunan Rencana Strategi RSUD Tarakan, maka dapat disimpulkan bahwa secara konsep pendekatan *Balanced Scorecard* sangat memfasilitasi proses penyusunan rencana Strategis RSUD Tarakan dengan sangat maksimal. Artinya keunggulan dan fungsi *Balanced Scorecard* dapat diaplikasikan dalam proses penelitian ini.

7.2.1. Fungsi *Balanced Scorecard*

Menurut Kaplan dan Norton (2000) *Balanced Scorecard* berfungsi untuk :

1. Mengklarifikasikan dan menghasilkan consensus mengenai strategi.
2. Mengkomunikasikan strategi keseluruh organisasi.
3. Menyelaraskan berbagai tujuan bagian dan personil dengan strategi organisasi.
4. Mengaitkan berbagai tujuan strategis dengan sasaran jangka panjang dan anggaran tahunan.
5. Mengidentifikasi dan menyelaraskan berbagai inisiatif strategis.
6. Melaksanakan peninjauan ulang strategi secara periodic dan sistematis.

7. Mendapat umpan balik yang dibutuhkan untuk mempelajari dan memperbaiki strategi.

Analisis Lingkungan Eksternal

Peluang

1. Ekonomi (Subsidi Anggaran , Pendapatan Meningkat di unit-unit Produksi).

Menurut Pearce dan Robinson (1997) faktor ekonomi merupakan faktor yang termasuk dalam faktor lingkungan jauh (*Remote Environment*) yang dapat mempengaruhi perkembangan dari pada sebuah industri. Dalam melakukan penyusunan rencana strategi sebuah perusahaan haruslah mempertimbangkan kecenderungan ekonomi untuk segmen-segmen yang dapat mempengaruhi industrinya baik ditingkat nasional dan internasional. Hal ini ini terkait misalnya ketersediaan kredit, tingkat penghasilan yang dibelanjakan, kecenderungan belanja masyarakat, suku bunga primer, laju inflasi serta kecenderungan pertumbuhan PDRB.

Berdasarkan data-data yang diperoleh melalui wawancara mendalam, studi literatur, dan data dari BPS DKI Jakarta, maka peluang-peluang yang dapat diketahui antara lain meningkatnya laju pertumbuhan ekonomi di DKI Jakarta, meningkatnya jumlah PDRB dan PDRB per kapita propinsi DKI Jakarta, begitu juga dengan kondisi sektor riil yang mulai pulih kembali semenjak terjadinya krisis ditunjukkan dengan menurunnya angka inflasi di DKI Jakarta tahun 2006 (6,03 %) dibandingkan tahun sebelumnya (16,06 %).

Indeks Kelompok kesehatan pada bulan maret 2008 adalah sebesar 132,08 dan bulan sebelumnya sebesar 130,90. Dengan demikian kelompok

kesehatan mengalami inflasi sebesar 0,90 %. Dari empat sub kelompok yang termasuk dalam sektor kesehatan, tiga sub kelompok mengalami kenaikan indeks, yaitu : sub kelompok jasa kesehatan sebesar 2,44 %, sub kelompok obat-obatan sebesar 0,19 %, dan sub kelompok perawatan jasmani dan kosmetika sebesar 0,31 %. Sedangkan satu sub kelompok lainnya, yaitu sub kelompok jasa perawatan jasmani tidak mengalami perubahan indeks.

Kalau dilihat dari tingkat laju pertumbuhan ekonomi, pertumbuhan PDRB, maka hal tersebut memperlihatkan bahwa keadaan perekonomian di DKI Jakarta semakin meningkat begitu juga dengan wilayah Jakarta Pusat dimana lokasinya RSUD Tarakan berada. Seharusnya sejalan dengan semakin meningkatnya kemakmuran masyarakat maka RSUD Tarakan juga dapat semakin berkembang karena meningkatnya daya beli masyarakat. Walaupun kita ketahui program utama dari Pemda DKI Jakarta adalah masyarakat kurang mampu. Akan tetapi pelayanan yang akan diberikan oleh RSUD Tarakan kepada masyarakat yang mampu juga harus disediakan karena hal tersebut merupakan sebuah peluang yang harus diraih oleh RSUD Tarakan. Dan kalau hal tersebut tidak dimulai dari sekarang, maka kemungkinan RSUD Tarakan akan kehilangan peluang tersebut untuk bisa menjadi pilihan dari pada masyarakat yang mampu.

Dengan adanya kecenderungan peningkatan pertumbuhan ekonomi, maka memungkinkan peningkatan pendapatan per kapita masyarakat. Sehingga dengan meningkatkan pendapatan maka angka kemiskinan diharapkan juga akan menurun serta masyarakat semakin memiliki kemampuan daya beli terhadap pelayanan rumah sakit. Dan dengan meningkatnya pendapatan

perkapita penduduk, maka juga berdampak kepada meningkatnya pendapatan di unit-unit produksi RSUD Tarakan.

2. Politik dan Kebijakan (Adanya kebijakan dari Pemda)

Dengan adanya struktur organisasi dan susunan tata kerja RSUD Tarakan yang telah di keluarkan oleh Pemda DKI Jakarta yaitu Peraturan Daerah No 4 tahun 1998. maka RSUD Tarakan akan semakin baik dan mantap dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan TUPOKSI yang sudah ada. Dan Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta No.2088 Tahun 2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh.

Dengan adanya sistem BLUD, maka rumah sakit dapat memperoleh keuntungan yang cukup longgar, kesejahteraan SDM semakin meningkat, serta adanya UU Praktik Kedokteran dan UU Perumahsakitan, maka para dokter akan bekerja lebih baik. Sehingga diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap dokter akan semakin meningkat. Dan akhirnya masyarakat akan mantap untuk berobat di negeri sendiri serta tidak perlu lagi ke Singapura atau Malaysia.

Menurut Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Prof Ascobat Gani, dengan adanya aturan BLUD ini, maka manajemen rumah sakit memiliki keleluasaan dalam mengelola keuangannya. Tidak hanya itu, masalah penggajian karyawan juga bisa diatur secara lebih proporsional.

Sebelum adanya aturan tentang BLUD, manajemen pengelolaan keuangan di sebuah rumah sakit sangat ketat. Akibatnya, rumah sakit tidak bisa mengembangkan diri dalam hal keuangan. Yang lebih parah, mutu layanan kepada pasien atau konsumen juga semakin menurun, yang jelas manajemen rumah sakit sekarang lebih luas dalam mengelola keuangannya. Dulu ketat sekali sehingga tidak boleh pinjam uang namun tidak boleh berhenti melayani. Akibatnya mutunya jadi turun, katanya pada Lokakarya Nasional Kesiapan Rumah Sakit Daerah (RSUD) Menjadi BLUD, yang diselenggarakan Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (ARSADA), di Jakarta.

Masih menurut Ascobat, aturan yang ada di PP 23 tahun 2005 memangkas aturan-aturan yang ada sebelumnya. Justru yang itu membatasi gerak langkah RS. Dulu kan PGPS alias Pinter Goblok Pembayaran Sama. Nah, dengan BLUD sekarang diatur bahwa di luar gaji boleh diberikan honor, insetif, bahkan bonus. Misalnya ketika kinerja keuangan bagus sekali sehingga ada sisa hasil usaha.

3. Pelanggan (Meningkatkan Jumlah kunjungan, Kepuasan pelanggan Meningkat).

Pelanggan yang menggunakan sarana pelayanan RSUD Tarakan adalah masyarakat umum dan kebanyakan dari pasien tersebut adalah pemegang kartu ASKESKIN. Menurut Pearce dan Robinson (1997) bahwa variabel pelanggan di golongan ke dalam Lingkungan Operasional, yang artinya pelanggan memegang peranan penting dalam sebuah industri yang menawarkan produk dan jasa seperti rumah sakit.

Jumlah pasien yang berkunjung ke RSUD Tarakan dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan. Untuk pelayanan rawat jalan mengalami peningkatan dan dapat dilihat pada Bab VI (Tabel 6.14) dan begitu juga dengan pelayanan rawat inapnya juga mengalami peningkatan jumlahnya. Hal ini terjadi karena RSUD Tarakan sangat mudah dijangkau oleh siapa saja yang ingin menuju ke rumah sakit tersebut.

Meningkatnya nya jumlah pasien didiringi juga dengan kepuasan dari pada pelanggannya juga meningkat, hal ini sesuai dengan hasil survey kepuasan pasien yang pernah dilakukan oleh RSUD Tarakan yaitu oleh bagian perencanaan dan program, dimana hasilnya 85 % masyarakat yang berkunjung ke RSUD Tarakan merasa puas dengan hasil pelayanan yang diberikan oleh RSUD Tarakan, begitu juga dengan keramahan petugasnya. Dan hal ini sungguh fantastis, karena melebihi patokan yang ditetapkan oleh manajemen RSUD Tarakan yaitu (75 %).

4. Geografi (Letak RSUD sangat Strategis)

Menurut W. Jack Duncan “ *Most community hospitals use geography as part of their strategy, they serve a specific geographic market and are the only hospitals in area*”. Kemajuan suatu rumah dalam menjalankan strateginya sangat dipengaruhi oleh letak geografinya, maka banyak rumah sakit didirikan di tempat-tempat yang strategis. Pendirian rumah sakit di tempat yang strategis dimaksudkan untuk memudahkan masyarakat pengguna pelayanan kesehatan untuk dapat mengakses ke rumah sakit.

Faktor geografi dalam lingkungan operasional organisasi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi hubungan antara pelanggan

dengan produksi/jasa yang diberikan oleh suatu institusi (Pearce dan Robinson, 1997). Sedangkan menurut Duncan (1996) seperti yang dikutip oleh Noerbasyah (2002) bahwa letak geografis suatu rumah sakit sangat berpengaruh terhadap perkembangan maupun kemajuan rumah sakit tersebut. Bila rumah sakit terletak pada geografis yang strategis maka akan sangat menguntungkan dan merupakan faktor peluang bagi rumah sakit untuk menghadapi ancaman yang ada.

Letak RSUD Tarakan sebenarnya terletak pada lokasi yang strategis, yakni di perempatan jalan besar yang dikenal dengan jalan Kyai Caringin No 7 Jakarta Pusat. Dimana letak RSUD Tarakan sangat mudah untuk masyarakat mengakses ke lokasi tersebut, hal tersebut dikarenakan banyak kendaraan – kendaraan umum yang berukuran besar maupun yang berukuran kecil yang melalui di depan rumah sakit sehingga memudahkan siapapun yang ingin menuju ke RSUD Tarakan.

5. Teknologi (alat canggih Sudah Lengkap)

Salah satu cara untuk memenangkan persaingan dalam dunia perumahan sakitan adalah selain fasilitas fisik yang memadai juga dengan menyediakan peralatan yang lengkap. Dengan adanya peralatan yang lengkap maka mempengaruhi kelancaran dalam memberikan pelayanan, sehingga hal ini merupakan suatu peluang bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan yang bermutu kepada pasien (Wasisto, 1994).

Menurut Direktorat Sarana dan Peralatan Medik Depkes RI, teknologi/alat elektromedik dapat diklasifikasikan menjadi tiga yaitu : Teknologi Sederhana, Teknologi Sederhana, dan teknologi Tinggi/Canggih.

Berdasarkan daftar inventaris alat yang didapat dari RSUD Tarakan, sebagian besar teknologi yang dimiliki oleh RSUD Tarakan diklasifikasikan ke dalam teknologi tinggi/canggih. Misalnya : RSUD Tarakan sudah adanya USG 3 dimensi, sudah adanya CT-Scan, sudah adanya mamografi, dll. Disamping itu RSUD Tarakan merupakan rumah sakit yang memperhatikan kemajuan teknologi yang ada sehingga selalu berusaha untuk memperbaharui teknologi yang ada untuk menunjang kualitas pelayanannya. Hal ini merupakan peluang bagi RSUD Tarakan untuk bersaing dengan sakit lainnya.

Tjiptono dan Anastasia (2001), salah satu keunggulan kualitas sebuah perusahaan adalah kemampuannya dalam mempertahankan dan menerapkan teknologi maju. Hal ini sebaiknya terus dipertahankan dengan memperhatikan kualitas dari peralatan tersebut dengan melakukan perawatan baik secara rutin dan berkala serta secara terus menerus mengikuti perkembangan teknologi dibidang kesehatan.

Ancaman

1. Politik dan Kebijakan (Tarif masih ditentukan oleh Pemda)

Dengan masih ditetapkannya tarif oleh Pemda ini merupakan ancaman bagi RSUD Tarakan didalam menjalankan kegiatan operasionalnya sehari-hari, apalagi tarif tersebut juga masih berada di bawah unit *cost* yang ada. Sehingga akan menyulitkan RSUD Tarakan dalam menutupi biaya operasionalnya yang meningkat. Ini adalah kebijakan yang sangat menyulitkan bagi RSUD Tarakan, apalagi kalau kebijakan tarifnya tetap Rp. 5000.-, maka pada tahun mendatang RSUD Tarakan akan kewalahan dalam mengantisipasi meningkatnya biaya

operasional tersebut. Walaupun kita ketahui RSUD Tarakan sudah ditetapkan sebagai Badan layanan Umum yang mengatur Keuangannya sendiri, tetapi hal ini akan menyulitkan RSUD Tarakan kalau tidak diberi kebebasan dalam melakukan penambahan pendapatan/*income*, untuk dapat menutupi biaya operasional yang semakin meningkat. Walaupun kita ketahu bahwa fokus utama dari Pemda DKI Jakarta adalah masyarakat kurang mampu, akan tetapi masyarakat mampu juga boleh dilayani di RSUD Tarakan sepanjang tidak mengabaikan pelayanan kepada masyarakat yang kurang mampu. Dan itu bisa diatur dalam koridor kebijakan yang jelas oleh Pemda DKI Jakarta untuk RSUD Tarakan.

2. Pesaing (Kompetisi Semakin Tajam)

Variabel pesaing menurut Husein Umar (2001) digolongkan ke dalam lingkungan industri, yaitu adanya pendatang baru dan kekuatan dari pada pesaing yang akan menjadi ancaman bagi sebuah organisasi yang telah ada. Sedangkan menurut Pearce dan Robinson (1997) pesaing juga di kelompokkan ke dalam lingkungan industri yaitu persaingan sesama industri serta ancaman masuknya pendatang baru, dan ini akan sangat menyulitkan bagi sebuah organisasi yang sudah ada apabila tidak mengantisipasinya dengan cermat dan teliti serta harus melakukan suatu perubahan ke arah yang lebih bagus.

RSUD Tarakan merupakan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yang berada di Jakarta Pusat, dimana daerah itu merupakan daerah yang sangat kondusif untuk berkembangnya suatu organisasi rumah sakit, hingga saat ini

jumlah rumah sakit yang ada baik itu milik pemerintah maupun swasta berjumlah sebanyak 30 rumah sakit.

Persaingan antar rumah sakit bukan hanya dari rumah sakit yang ada di dalam negeri/ DKI Jakarta, akan tetapi juga rumah-rumah sakit yang berasal dari luar negeri, dimana mereka sedang gencar-gencarnya melakukan pemasaran produk-produknya di Indonesia, seperti dari Singapura, Malaysia, Australia, Japan, dll. Mereka membuka perwakilan di kota-kota besar di Indonesia terutama di Jakarta untuk memberikan kemudahan bagi pasien Indonesia yang berobat ke negara-negara tersebut. Mereka terus – menerus meningkatkan mutu pelayanannya. Dan begitu juga dengan dibangunnya rumah sakit yang bertaraf Internasional yang sudah ada di DKI Jakarta saat ini. Dan hal ini merupakan ancaman /tantangan yang harus segera di respon oleh RSUD Tarakan yaitu dengan terus melakukan peningkatan mutu pelayanannya (TQM). Kalau hal ini tidak direspon/ditanggulangi dengan cepat maka kemungkinan besar RSUD Tarakan akan terus ditinggal oleh pelanggannya dan juga tidak mustahil juga RSUD Tarakan akan menjadi rumah sakit yang tanpa ada pelanggan yang berkunjung.

Pesaing dari RSUD Tarakan yang lain adalah tidak juga dari rumah sakit-rumah sakit yang ada di dalam dan luar negeri, akan tetapi berasal dengan semakin maraknya sarana kesehatan lainnya seperti, adanya klinik bersalin, adanya unit *Trauma Center*, *fitness Center*, balai pengobatan, praktek dokter umum & spesialis. Dan begitu juga dengan sarana kesehatan tradisional.

3. Globalisasi

Menurut Hill dan Jones (1987) variabel globalisasi di klasifikasikan kedalam lingkungan yang Makro, artinya variabel globalisasi untuk saat sekarang ini merupakan ancaman bagi sebuah organisasi, apabila variabel tersebut tidak bisa di tanggulangi, maka akan berdampak semakin tertinggalnya sebuah organisasi. Cara yang bijak dalam mengantisipasinya adalah dengan terus melakukan pembenahan ke dalam organisasi, baik SDM nya, sarana dan prasarana, serta melakukan peningkatan mutu layanannya.

Globalisasi dan kebijakan bebas ASEAN yang menyebabkan kebijakan bebas fiskal merupakan ancaman untuk RSUD Tarakan. Dengan kebijakan bebas fiskal ini banyak pasien – pasien yang ekonominya mampu memilih berobat ke luar negeri, misalnya Malaysia, Singapore, Australia, bahkan ke China sekalipun. Apalagi dengan adanya dampak yang terjadi akibat dari globalisasi yang membolehkan liberalisasi perdagangan dan tarif secara global (*GATT-General Agreement on Trade and Tariff*, 1993) adalah terjadinya *capital inflow*, transfer informasi, ilmu dan teknologi, penambahan lowongan kerja serta memberikan kesempatan yang luas bagi konsumen untuk memilih produk bermutu. Dalam GATT yang terpenting adalah kesepakatan perihal hak cipta (TRIPS) dan perihal jasa (*General Agreement on Trade in Service* atau GATS). Jasa kesehatan termasuk GATS di dalam sektor *Health Related Social Services*, subsektor *Medical and Dental Services, Hospital Services and Private Hospital Services*.

Globalisasi memang sangat terasa, walaupun Indonesia belum melakukan penentuan jadwal perdagangan bebas, namun banyak Negara-

negara ASEAN yang sudah merasakan dari pada nuansa era perdagangan bebas ini, yaitu dengan begitu banyak masuknya para investor - investor asing dalam bidang perumahan sakitan, SDM yang handal/ahli, serta dengan semakin banyaknya promosi-promosi yang dilakukan oleh Negara Asean untuk mempromosikan produk yang mereka punyai. Dan hal ini ditambah lagi dengan AFTA (*Asean Free Trade Area*).

4. Demografi & Sosial (Brand Image Menengah Kebawah, Masyarakat Semakin Kritis).

Variabel demografi menurut Hill & Jones (1987) di golongan ke dalam Lingkungan Makro. Dan berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan pada bab sebelumnya (VI), terlihat bahwa laju pertumbuhan penduduk Jakarta Pusat mengalami penurunan. Hal ini disebabkan karena wilayah Jakarta Pusat yang sudah sangat padat dengan perkantoran, hotel, dll. Oleh karena itu masyarakat yang dulunya tinggal di Jakarta Pusat lebih memilih untuk tinggal ke daerah perifer, seperti Bogor, Depok ,Bekasi, Tangerang, dll. Dan juga adanya program Keluarga Berencana yang berhasil dilakukan oleh Pemerintah. Menurut data dari BPS DKI Jakarta tahun 2006 bahwa laju pertumbuhan penduduk dari tahun 2000-2006 adalah sebesar – 0,03.

Hal tersebut merupakan ancaman yang dihadapi oleh RSUD Tarakan dengan menurunnya laju pertumbuhan penduduk Jakarta Pusat. Karena sebagian besar *customer* nya RSUD Tarakan adalah penduduk di Jakarta pusat. Saat ini RSUD Tarakan dikenal dengan rumah sakit yang melayani masyarakat kurang mampu saja, akan tetapi kalau kita melihat dari sarana dan prasarana

yang dimiliki oleh RSUD Tarakan tidak kalah dengan rumah-rumah sakit lainnya. Oleh karena itu RSUD Tarakan harus bisa menarik keyakinan dari pada masyarakat yang mampu untuk memanfaatkan pelayanan yang ada, yaitu dengan cara RSUD Tarkan harus melakukan pembenahan internal terlebih dahulu, sehingga *Brand Image* menengah kebawah bisa dihilangkan.

Dari hasil penelitian mengenai tingkat pendidikan penduduk DKI Jakarta dapat dilihat rata-rata tingkat pendidikan penduduk DKI Jakarta dari tahun 2001-2006 semakin meningkat. Penduduk yang tidak menamatkan sekolah berfluktuasi dari tahun ke tahun, sedangkan penduduk yang menamatkan SLTA dan Diploma/ Akademi/ Universitas semakin menunjukkan hasil yang menggembirakan.

Hal tersebut juga merupakan ancaman bagi RSUD Tarakan, yaitu dengan semakin banyaknya masyarakat yang menamatkan jalur pendidikan formalnya maka mereka akan semakin mengetahui apa yang menurut mereka tidak sesuai dengan apa yang mereka harapkan, dan dengan demikian masyarakat akan semakin kritis dalam menyampaikan komplain-komplain yang mereka anggap tidak sesuai. Oleh karena itu RSUD Tarkan haruslah terus melakukan perubahan yang tujuannya untuk menghilangkan keluhan-keluhan dari pada pasiennya.

Analisis Lingkungan Internal

Kekuatan

1. Manajemen dan Organisasi (Pedoman kerja manajerial, Evaluasi kerja manajemen)

Dalam manajemen organisasi struktur organisasi merupakan sebuah hal yang mutlak harus ada, untuk itu RSUD Tarakan sudah ada dengan PERDA NO. 4 TAHUN 1998. Tujuan dari adanya struktur organisasi adalah untuk mengatur pembagian tugas supaya pelaksanaan strategi rumah sakit dapat lebih cepat tercapai secara efektif dan efisien.

RSUD Tarakan sudah mempunyai pedoman kerja dari pada manajerial sampai ke pada level tingkat bawah yaitu dengan adanya *Standart Operating Procedure* (SOP) yang dimiliki oleh RSUD Tarakan sendiri, sehingga semua tugas dan tanggung jawab masing-masing sudah terbagi dengan jelas berikut cara kerjanya. Begitu juga dengan Evaluasi Kerja Manajemen, hal tersebut dilakukan setiap 6 (enam) bulan sekali, yaitu untuk melihat sejauh mana tingkat pencapaian dan realisasi dari pada kerja masing-masing staf sampai ke level manajer.

Top manajemen yang ada di RSUD Tarakan saat ini dinilai kreatif dan inovatif, sudah sesuai dengan disiplin ilmu (khususnya manajemen dalam bidang medis) serta sudah terbiasa menyelesaikan masalah-masalah lintas sektoral serta didukung oleh SDM yang baik dan handal. Hal ini merupakan kekuatan yang menjadi modal untuk RSUD Tarakan dalam menghadapi persaingan dengan rumah sakit lainnya.

2. Keuangan / Akutansi (Realisasi Anggaran Meningkat, Pengembangan Sistem Remunerasi)

Sumber penerimaan RSUD Tarakan ada dua, yaitu dari penerimaan Swadana/BLU, dan Penerimaan Subsidi dari Pemda DKI Jakarta. Realisasi anggaran yang dihasilkan oleh RSUD Tarakan meningkat tiap tahunnya. Pada tahun 2005 target penerimaan swadana berdasarkan RASK/DASK adalah Rp. 20.581.792.000,- sedangkan penerimaan swadana tahun 2005 jumlahnya Rp. 16.017.957.603,- yang artinya jumlah penerimaan pada tahun 2005 tercapai sekitar 80 % dari target yang direncanakan.

Sedangkan untuk tahun 2006 target penerimaan swadana berdasarkan RASK/DASK adalah Rp. 21.581.800.000,- sedangkan penerimaan swadana pada tahun 2006 jumlahnya adalah Rp. 21,354.623.909,-. Dan ini menunjukkan kekuatan yang dimiliki oleh RSUD Tarakan, walaupun RSUD Tarakan milik Pemda DKI Jakarta tetapi mampu menunjukkan tingkat profitabilitasnya, dan tidak kalah dengan rumah sakit yang lainnya. Hal ini bisa diwujudkan karena RSUD Tarakan mempunyai kemampuan yang bagus dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Pada variabel keuangan/ akutansi peneliti sangat sulit mendapatkan data mengenai keuangan RSUD Tarakan, dan yang bisa didapatkan hanya data dari laporan tahunan rumah sakit, bukan dari laporan bagian keuangan sendiri, dan datanya hanya data pertahun tetapi tidak secara terperinci, misalkan berapa jumlah pemasukan dari tiap – tiap unit produksi, penunjang dll. Namun hal ini menjadi kendala bagi peneliti dalam melakukan penjelasan lebih lanjut mengenai data keuangan rumah sakit.

Dengan adanya realisasi anggaran yang meningkat serta juga didukung oleh peningkatan di unit produksi dan penunjang, maka akan sangat mungkin kalau sistem remunerasi dikembangkan, karena hal tersebut sangat berdampak kepada peningkatan kinerja karyawan. Misalnya kalau seseorang mendapatkan kesejahteraan yang cukup maka dia akan lebih memilih pekerjaan tersebut dan mencintainya. Dan hal ini perlu di pikirkan oleh majeman RSUD Tarakan dalam meningkatkan tingkat kesejahteraan para pegawainya.

3. Sumber Daya Manusia/Personalia (Pendidikan SDM diatas D3, Turn over SDM < 5 %, Diklat dan peningkatan karir SDM, SDM mayoritas usia produktif , Respon Time Pelayanan Baik)

Sumber Daya Manusia yang handal dan kompeten merupakan modal dasar yang harus dimiliki oleh organisasi seperti rumah sakit disamping sarana dan prasarana pendukung lainnya. Djojodibroto (1997) mengatakan bahwa bagi rumah sakit SDM yang terampil dan berdedikasi memang suatu hal yang sulit karena untuk mencapai tingkat tersebut diperlukan masa pendidikan dan masa kerja yang lama.

Sumber Daya Manusia yang dimiliki oleh RSUD Tarakan saat ini berjumlah 516 orang dengan rinciannya , Tenaga Medis : 55 orang, Perawat : 210 orang, Paramedis Non Perawat : 47 orang, dan tenaga Non Medis : 204 orang.

Dengan kondisi SDM saat ini yang dimiliki oleh RSUD Tarakan merupakan kekuatan yang terus dipertahankan, dimana kalau ditinjau dari segi kuantitas memang masih kurang dikarenakan RSUD Tarakan akan melakukan pengembangan produk pada gedung baru. Tetapi kalau ditinjau dari segi kualitas SDM yang ada tidak kalah dengan rumah sakit lainnya, karena hampir

setengah dari SDM yang ada sudah berpendidikan D3 (71 %), diharapkan kedepannya minimal D3 atau Sarjana.

Dengan keadaan SDM yang ada di RSUD Tarakan saat ini maka pasien/Customer yang berkunjung ke rumah sakit merasa puas yaitu dengan respon time pelayanan yang diberikan sudah menunjukkan kemajuannya. Dan ini dilakukan dengan SDM yang handal dan produktif, serta adanya suatu peraturan yang mengikat yang ditetapkan oleh pihak manajemen RSUD Tarakan.

Menurut Gillies (1994), bahwa angka optimum untuk perpindahan tenaga pertahun untuk semua organisasi berkisar antara 5-10 %. Untuk tingkat *turn over* karyawannya, RSUD Tarakan masih dibawah 5 %. Dan ini menunjukkan bahwa RSUD Tarakan tidak hanya seenak saja dalam melakukan mutasi tenaganya. Maka dari itu tidak terlalu berpengaruh pada iklim kerja yang ada di RSUD Tarakan. SDM yang dimiliki saat ini oleh RSUD Tarakan adalah SDM yang produktif. Dan hal ini sangat memungkinkan bagi RSUD Tarakan untuk melakukan inovasi-inovasi baru dengan kekuatan SDM yang dimilikinya. Dengan kondisi yang saat ini ada, maka rumah sakit harus bisa memanfaatkan kekuatan ini untuk bisa meraih peluang yang akan diraihinya.

4. Produk Layanan (Peningkatan Pelayanan Sub Spesialis).

Produk layanan yang dimiliki oleh rumah sakit merupakan kekuatan. RSUD Tarakan saat ini mempunyai jenis-jenis pelayanan yang cukup bervariasi dan mencakup semua usia dari bayi, usia sekolah, usia produktif, hingga lansia. Konsumen dapat memilih jenis pelayanan apapun tanpa harus

berpindah ke rumah sakit lainnya. Menurut Wijono (1999) Salah satu keunggulan suatu unit pelayanan adalah kelebihanannya dalam menampilkan jenis produk yang diterima oleh konsumen.

RSUD Tarakan harus melakukan inovasi dalam mengembangkan produk baru untuk mengefektifkan utilisasi pelayanan, yaitu dengan melakukan peningkatan pelayanan sub spesialis, karena dengan kondisi dan posisi strategis serta segmen pasar nya yang dimiliki oleh RSUD Tarakan saat ini, maka sangat memungkinkan bagi rumah sakit untuk melakukan peningkatan produk nya. Peningkatan pelayanan sub spesialis saat ini sangat mungkin dilakukan karena SDM nya sudah berkompeten , respon time pelayanan yang diberikan juga sangat baik serta didukung oleh sarana dan prasarana yang cukup memadai.

5. Sarana Dan Prasarana

Dalam upaya pencapaian mutu pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien diantaranya adalah dengan adanya sarana dan prasarana yang memadai. Dimana dengan adanya gedung yang tertata rapi dan peralatan dasar kedokteran yang memadai akan memberikan citra yang positif terhadap pelayanan rumah sakit. Pembangunan sarana gedung rumah sakit yang berlantai delapan (8) selesai dibangun pada tahun 2005. Dan baru beroperasi pada Maret 2006. Pembangunan sarana gedung dan pengadaan sarana/peralatan medik maupun non medik RSUD Tarakan adalah bersumber dari dana APBD DKI Jakarta.

Kelemahan

1. Visi dan Misi

Penyusunan visi dan misi rumah sakit merupakan fase penting dalam tindakan strategis rumah sakit. Hal ini sebagai hasil penafsiran terhadap lingkungan yang berubah (Trisnantoro, 2005). Visi adalah suatu cita-cita keadaan dimasa mendatang yang ingin diwujudkan oleh seluruh karyawan rumah sakit. Sedangkan misi adalah penjabaran tertulis untuk mendukung terlaksananya suatu visi.

Sesuai dengan awal terbentuknya RSUD Tarakan pada tahun 1987, maka disusul dengan keluarnya PERDA No 4 Tahun 1998 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja RSUD Tarakan. , maka perlu disusun visi, misi, sehingga dengan diskusi-diskusi yang dilakukan maka terbentuklah Visi pada tahun 2005 sebagai berikut :

“ Rumah Sakit Kebanggaan Masyarakat DKI Jakarta dan bertaraf Internasional ”

Dilihat dari tugas pokok dan fungsi RSUD Tarakan Jakarta Pusat yang pada dasarnya sebagai penyedia pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berada di wilayah Jakarta Pusat. Maka sesuai pengertian visi menurut David (2003) Visi adalah suatu pernyataan yang dapat menjawab pertanyaan dasar, ingin menjadi apa dimasa mendatang ?.

Sedangkan menurut Bryson, J.M. (2002) bahwa suatu organisasi yang ingin mengembangkan kinerja organisasinya sampai tingkat superior, maka visi yang dimiliki harus dapat menjadi panduan dan motivasi, harus disebarluaskan

dikalangan anggota organisasi dan stake holder kunci serta harus digunakan untuk menyebarluaskan keputusan-keputusan atau tindakan penting organisasi.

Dilanjutkan oleh Bryson .J.M (2002) bahwa pernyataan visi harus menekankan tujuan, perilaku, kriteria kinerja, aturan keputusan dan standard yang harus dicapai dalam pelayanan publik dan dalam cakupan arean tanpa batas. Dikaitkan dengan keadaan yang ada saat ini RSUD Tarakan belum bisa menuju ke arah Internasionalisasi, dikarenakan banyak yang harus dibenahi oleh rumah sakit terlebih dahulu. Akan tetapi kearah tersebut tetap merupakan cita-cita dan harapan dari pada seluruh staf RSUD Tarakan dan ownernya yaitu Pemda DKI Jakarta. Maka untuk itu visi yang telah tersusun tersebut perlu ditinjau kembali.

Akhirnya melalui proses *Concensus Decision Making Group* (CDMG) dari pada seluruh tim inti Renstra RSUD Tarakan yang bertempat di Hotel Treva pada Desember 2007 lalu, dengan di fasilitasi oleh Dr. Adang Bachtiar ,MPH, DSc, maka berhasil dirumuskan Visi RSUD Tarakan untuk tahun 2008-2012 sebagai berikut :

“ Rumah Sakit Sahabat Anda Menuju Sehat”

Dari pernyataan visi yang cukup singkat terkandung berbagai kriteria visi yang baik seperti yang dikemukakan oleh Ayuningtyas. (2006), Visi yang baik itu adalah pernyataan yang menantang , mengilhami, memberi kekuatan, berorientasi pada perubahan dan manusia, agar dapat memberi kekuatan dan bersifat jangka panjang.

Sedangkan Misi adalah pernyataan alasan suatu organisasi berdiri, menjawab pertanyaan apakah bisnis organisasi itu (*What is our business?*).

Pernyataan misi mengungkapkan apa yang ingin organisasi kerjakan dan siapa yang ingin dilayani. Misi yang jelas penting untuk menentukan tujuan (*Objectiveness*) dan merumuskan strategi. (David, 2001). Bila diamati misi RSUD Tarakan yang lama adalah :

1. *Memberikan Pelayanan Kesehatan yang Memuaskan seluruh lapisan Masyarakat.*
2. *Mewujudkan SDM profesional dan sejahtera.*

Bryson J.M (2002) mengemukakan ada dua manfaat dari misi sebuah organisasi yaitu:

1. Menunjukan bahwa organisasi yang telah melakukan pengembangan pernyataan visi berarti organisasi tersebut telah memulai kebiasaan yang memfokuskan diskusi pada hal-hal apa yang benar-benar dianggap penting.
2. Klarifikasi tujuan organisasi , karena definisi misi merupakan fungsi sentral dari kepemimpinan, dan kepemimpinan yang benar adalah yang mampu menghasilkan tujuan yang masuk kedalam struktur dan sistem termasuk pengalokasian sumber daya.

Dari keterbatasan-keterbatasan yang terdapat dalam konsep misi terdahulu, dalam forum diskusi dengan tim inti Renstra Tarakan maka dihasilkan revisi misi RSUD Tarakan untuk lima tahun mendatang adalah sebagai berikut :

1. *Melayani Masyarakat dengan prinsip pelayanan prima.*
2. *Meningkatkan jenis sarana dan prasarana layanan sesuai tuntutan pelayanan.*

3. *Mewujudkan SDM profesional dan sejahtera.*
4. *Mendorong kemandirian dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat.*

2. Marketing/ Pemasaran (Pemasaran belum berjalan, Customer Oriented belum berjalan)

Suatu kelemahan bagi rumah sakit adalah apabila rumah sakit belum bisa mempromosikan dan mendistribusikan pelayanan yang tersedia agar pasien datang ke rumah sakit. Program pemasaran RSUD Tarakan ini masih belum berjalan secara optimal, padahal kalau kita lihat keberadaan RSUD Tarkan sendiri berada pada posisi yang strategis dan berada pada kawasan yang padat perkantoran. Hal ini yang tidak dimanfaatkan oleh RSUD Tarakan dalam melakukan upaya pemasarannya.

Pemasaran yang ada saat ini ada dua cara yaitu dengan sifat internal yaitu dengan membuat brosur dan dibagikan kepada pasien yang berkunjung ke rumah sakit, serta dengan membuat spanduk dan ditempatkan di rumah sakit. Sedangkan eksternal dengan melakukan pembinaan ke puskesmas serta mengadakan seminar-seminar tentang kesehatan. Namun hal itu belum menunjukkan hasil yang maksimal.

Pola pemberian pelayanan yang diberikan saat ini masih bersifat pasif, artinya rumah sakit hanya menunggu pasien yang datang dan masih bersifat pelayanan perorangan. Sementara segemn pasar yang dimiliki oleh RSUD Tarakan sangatlah luas dan beragam dengan adanya perkantoran yang berada di wilayah kerja RSUD Tarakan.

Hal ini merupakan suatu kelemahan bagi rumah sakit belum dapat merencanakan, menentukan harga, mempromosikan dan mendistribusikan pelayanan yang disediakan sehingga memotivasi pasien untuk menggunakan sarana rumah sakit (Aditama, 2002).

Sistem pemasaran yang semestinya dilakukan oleh RSUD Tarakan adalah dengan melakukan hubungan kerjasama dengan perusahaan-perusahaan dan pihak lainnya untuk bekerjasama dengan RSUD Tarakan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan untuk para karyawannya, baik secara berkala dan rutin. Dan hal ini sangat berdampak untuk meningkatkan income bagi rumah sakit.

Begitu juga dengan *Customer Oriented* belum berjalan, padahal customer oriented sangat penting dilakukan mengingat dengan kondisi RSUD Tarakan sebagai organisasi yang menawarkan produk dan jasa, jadi sasarannya adalah customer, oleh karena itu customer oriented perlu dilakukan secara maksimal, agar bisa melihat sejauh mana kemampuan customer dalam memanfaatkan produk dan jasa yang disediakan di RSUD Tarakan.

3. Keuangan/Akutansi (Inefisiensi anggaran pada setiap unit, Sistem akutansi belum berjalan baik, Reward and punishment belum berjalan baik)

Manajemen keuangan RSUD Tarakan dapat dikatakan lemah, karena pekerjaan pembukuan masih banyak dilakukan secara manual. RSUD Tarakan belum memiliki sistem billing maupun sistem informasi keuangan berbasis komputer yang baik. Sistem akutansinya pada umumnya masih menggunakan *cash basic* dan hanya beberapa item saja yang sudah ke arah *accrual basic*.

Soejitno (2002), menyatakan bahwa didalam rangka otonomi keuangan, sistem akuntansi yang bersifat *cash basic* seperti sekarang ini perlu diganti dengan sistem *accrual basic*. Dengan penerapan sistem *accrual basic*, maka akan dapat dilakukan berbagai analisis keuangan seperti *likuiditas*, *solvabilitas* dan *rentabilitas* keuangan rumah sakit. Ketiga indikator keuangan ini merupakan instrument evaluasi bagi *stakeholder* dalam menilai kinerja manajemen rumah sakit.

Menurut Kabag Keuangan RSUD Tarakan bahwa efisiensi keuangan di RSUD Tarakan belum dapat dilakukan, karena pengelompokkan biaya yang dilakukan masih bersifat per mata anggaran, dan yang menyulitkan lagi bagian keuangan hanya menghitung unit cost nya saja, dan hanya pada akhir tahun baru dilakukan rekonsiliasinya, maka sangat mungkin untuk tidak bisa menekan ketidak efisiensinya pengeluaran yang ada. Dan salah satu cara yang terbaik adalah dengan sistem keuangan yang terintegrasi ke semua bagian yang sistem komputerisasi keuangannya bagus.

4. Sistem Informasi (SIMRS belum Terintegrasi).

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisis dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit (Sabarguna, 2005).

Keterpaduan informasi merupakan unsur pokok dalam pengelolaan rumah sakit. Informasi yang terpadu memungkinkan perencanaan , pengendalian dan pengawasan dapat dilaksanakan dengan baik, cepat, tepat dan

terarah. Tugas – tugas operasional dapat dilaksanakan lebih efektif dan efisien serta meningkatkan kecepatan dan ketepatan penyampaian informasi kepada manajemen. Hal ini bisa dilakukan dengan memanfaatkan komputer sebagai alat bantu dalam mengelola sistem informasi manajemen.

Pelaksanaan SIMRS di RSUD Tarakan merupakan suatu kelemahan, dimana belum terintegrasinya pengelolaan data antar unit serta sistem pencatatan informasi dan data yang masih menggunakan sistem manual. Selain itu belum adanya kesadaran dari tenaga terhadap manfaat dari pengelolaan data yang baik dan benar. Sistem informasi yang baik akan sangat berperan didalam proses pengambilan keputusan oleh pimpinan rumah sakit serta sarana strategis di dalam memberikan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan. (Aditama, 2002).

5. SDM (Distribusi SDM belum berjalan sesuai sistem, pembinaan dan evaluasi karyawan belum berjalan)

Variabel SDM saat ini juga masih menjadi kelemahan di RSUD Tarakan. Keprofesionalisme dan kreatifitas di RSUD Tarakan belum terlihat dengan jelas, hal tersebut terjadi karena para karyawan bekerja hanya saja karena kebutuhannya, karyawan lama hanya melakukan rutinitas biasa karena terlalu lama di posisinya tanpa dirolling, tidak ada nya *reward and punishment* bagi karyawan yang menjalankan keprofesionalismenya begitu juga dengan hal yang tidak melakukannya.

Menjadi kelemahan bagi RSUD Tarakan, karena pendistribusian SDM yang belum berjalan sesuai dengan sistem yang ada, begitu juga dengan

pembinaan dan evaluasi terhadap karyawan belum berjalan. Dan solusinya adalah memperbaiki sistem SDM yang dilakukan sekarang dan juga menempatkan atau mendistribusikan SDM sesuai dengan kompetensinya sehingga semua tugas dan tanggung jawabnya akan terlaksana dengan baik kalau pekerjaan yang diberikan kepadanya sesuai dengan kompetensinya serta adanya apresiasi terhadap kinerjanya yaitu dengan memberinya reward / bonus kepada karyawan yang berprestasi. Dan yang lebih penting lagi adalah harus adanya pembinaan terhadap karyawan yang ada di RSUD Tarakan.

Strategi Organisasi

Strategi adalah bakal tindakan yang menuntut keputusan manajemen puncak dan sumber daya perusahaan yang banyak untuk merealisasikannya, disamping itu juga strategi mempengaruhi kehidupan organisasi dalam jangka panjang paling tidak selama lima tahun (David, 2002).

Sedangkan menurut Mintzberg. H. (1994) mengatakan bahwa strategi adalah proses perencanaan yang didesain oleh perencana untuk merencanakan sehingga menghasilkan suatu rencana dan formulasi.

Dalam melakukan proses formulasi strategi alternatif dilakukan dengan menggunakan teori David (2002) yaitu dengan menggunakan matriks, yaitu : Matriks IE dan Matriks SWOT Analisis. Masing-masing dari hasil matriks tersebut diuraikan sebagai berikut :

1. Matriks IE, yang menjadi patokan adalah dua (2) dimensi kunci yang digunakan yaitu total nilai IFE dan EFE. Nilai IFE yang berhasil diperoleh adalah (2,43) dan nilai EFE (2,55). Sehingga dengan kedua

nilai tersebut maka diketahui posisi RSUD Tarakan berada pada sel V, paling baik dikendalikan dengan strategi-strategi *Hold and maintain*. Sedangkan strategi yang umum dipakai adalah strategi *Product Development* dan *Market Penetration*.

2. Matriks SWOT / Analisis SWOT dengan pertimbangan bahwa variabel-variabel yang terdapat pada Lingkungan Eksternal yaitu peluang dan ancaman menghasilkan rumusan 4 (empat) kelompok strategi alternative yaitu Strategi SO (*Strengths – Opportunity*), yaitu strategi yang menggunakan kekuatan yang ada untuk memanfaatkan peluang, Strategi WO (*Weakness – Opportunity*), yaitu strategi untuk mengatasi kelemahan yang ada dengan memanfaatkan peluang, Strategi ST (*Strengths – Threats*) yaitu strategi dengan menggunakan kekuatan untuk menghindari ancaman serta strategi WT (*Weakness – Threats*) yaitu untuk meminimalkan kelemahan yang ada serta menghindari ancaman. Setelah strategi berhasil diperoleh dengan menggunakan matriks SWOT, maka dilakukan CDMG seperti hasil pada gambar 6.2. Dimana dapat diformulasikan 3 (tiga) strategi SO, 4 (empat) strategi WT, 3 (tiga) strategi WO, serta 2 (dua) strategi ST, strateginya adalah sebagai berikut :

Strategi SO

1. Peningkatkan Pendapatan RS
(S1,S2,S3,S4,S5,S6,S7,S8,O1,O2,O3,O4,O8,O9,O10)
2. Pengembangan Kompetensi SDM
(S2,S3,S7,S8,S9,O3,O4,O7,O8)

Yang mempunyai pengertian sama dengan strategi WO nomor 3.

3. Pengembangan Produk Layanan Unggulan
(S1,S2,S4,S5,S6,S7,S8,O1,O2,O3,O4,O5,O7,O8,O9,O10)

Strategi WO

1. Optimalisasi Anggaran dan efisiensi.
(W3,W4,O1,O2,O6,O10)
2. Pengadaan Sarana dan fasilitas Pelayanan
(W1,W5,W6,W7,W10,O3,O4,O5,O7)
3. Mengembangkan SDM RS & sistem Manajemen SDM
(W2,W8,W9,W10,O3,O4,O8,O9)
4. Mengembangkan SIRS yang sesuai dengan kebutuhan RS
(W3,W9,O5,O7,O9,O10)

Strategi WT

1. Mengembangkan Strategi Pemasaran Rumah Sakit
(W1,W3,W6,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T10), yang mempunyai pengertian yang sama dengan strategi ST nomor 1.
2. Pengembangan Organisasi dan manajemen Rumah Sakit
(W2,W3,W4,W5,W6,W7,W8,W9,W10,T1,T2,T3,T7,T8,T9,T10)
3. Advokasi kepada Share Holders dan Sektor Terkait
(W3,W4,W5,T1,T4,T5,T6,T7)

Strategi ST

1. Optimalisasi dan peningkatan kerjasama dengan pihak ketiga/pemasaran diintensifkan
(S1,S2,S4,S5,S6,S8,S9,S10, T1,T3,T4,T5,T6,T7)
2. Penerapan Risk Management
(S2,S3,S4,S5,S6,S7,S8,S9,S10,T2,T3,T8,T9,T10)

Berdasarkan hasil CDMG diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat 10(sepuluh) strategi alternatif , dimana strategi SO dan Strategi WO nomor 3 diambil salah satu saja strateginya yang mempunyai pengertian sama yaitu strategi SO no 2, dan strategi WT dan stratregi ST nomor1 juga mempunyai pengertian yang sama akhirnya diambil strategi WT nomor 1.

Menurut David (2002) untuk memperoleh strategi alternatif harus dilakukan tahap III, yaitu *The Matching Stage* atau tahap pencocokan strategi alternatif yang diperoleh dengan menggunakan matriks IE dan matriks SWOT / analisis SWOT, dan hasilnya adalah *product development*. Pada tahap ini dapat disimpulkan satu strategi pilihan/ alternatif strateginya adalah *Product Development* atau Pengembangan Produk Layanan RSUD Tarakan.

Walaupun berdasarkan hasil Matriks IE posisi organisasi berada pada posisi *hold and maintain* yang artinya pertahankan dan pelihara, bukan berarti strategi pengembangan produk tidak cocok untuk RSUD Tarakan, jadi strategi tersebut boleh dijalankan asalkan pelaksanaannya dilakukan secara bertahap, yaitu dengan melakukan upaya untuk mencapai tujuan tertentu dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia.

Strategi pengembangan produk yang akan dilakukan RSUD Tarakan dalam menjalankan strateginya harus terus berupaya untuk memperbaiki dan melakukan pembelajaran didalam organisasi sehingga dapat diperoleh manfaat sumber daya yang baru untuk RSUD Tarakan didalam melakukan pembenahannya.

Selanjutnya tahap pencocokan dilakukan dengan Strategi alternatif matriks dari matriks analisis SWOT seperti terlihat dalam tabel 6.25 yang dapat disimpulkan bahwa strategi pengembangan produk layanan RSUD Tarakan yang sesuai dengan Strategi SO, Strategi WO, Strategi WT dan Strategi ST. Dimana strategi ini sama dengan strategi terpilih kedua, sehingga diperoleh 9 (sembilan) Alternatif Strategi yaitu :

1. Meningkatkan pendapatan Rumah Sakit.
2. Pengembangan Kompetensi Sumber Daya Manusia.
3. Pengembangan Produk Layanan Unggulan.
4. Pengadaan Fasilitas Sarana Pelayanan.
5. Peningkatan SIMRS sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
6. Mengembangkan Strategi Pemasaran Rumah Sakit.
7. Pengembangan Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit.
8. Advokasi kepada *Share Holders* dan Sector terkait.
9. Penerapan *Risk Manajement*.

Menentukan Tujuan jangka Panjang

Tujuan atau sasaran jangka panjang mewakili hasil yang diharapkan dengan menjalankan strategi tertentu. Strategi tertentu merupakan tindakan yang diambil

untuk mewujudkan tujuan jangka panjang. Kerangka waktu untuk tujuan dan strategi harus konsisten, biasanya untuk 2 sampai 5 tahun (David, 2002).

Pearce dan Robinson (1997) mengemukakan bahwa para perencana strategik umumnya menetapkan tujuan jangka panjang di 7 bidang, yaitu : Profitabilitas, Produktivitas, Pengembangan Karyawan, Hubungan Kekaryawanan, kepemimpinan Teknologi, dan tanggung jawab sosial.

Sifat dari pada tujuan jangka panjang harus kuantitatif, dapat diukur, realistik, dapat dipahami, menantang, mempunyai hirarkhi, dapat dicapai dan serasi diantara unit-unit organisasi. Masing – masing sasaran harus dihubungkan dengan garis waktu. Tujuan jangka panjang ini sangat dibutuhkan didalam sebuah organisasi. Tanpa adanya tujuan jangka panjang, maka organisasi tidak mempunyai arah menuju ke suatu akhir yang tidak jelas.

Oleh karena itu dari Alternatif Strategi diatas, maka RSUD Tarakan menjabarkannya dengan menggunakan CDMG ke dalam tujuan strategis sebagai Tujuan Jangka Panjang untuk periode/masa lima tahun mendatang, yaitu tahun 2008-2012, dan terdapat 16 (enam Belas) Tujuan Strategis adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan Pendapatan di unit-unit produksi.
2. Meningkatkan Pendapatan di unit-unit penunjang.
3. Memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan & pelatihan.
4. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan & rawat inap.
5. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang.
6. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

7. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayan penunjang medik.
8. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum & administrasi.
9. Mengembangkan & meningkatkan penggunaan SIMRS pada seluruh lini RS.
10. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi administrasi Rumah Sakit.
11. Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga.
12. Meningkatkan pendapatan RS.
13. Mengembangkan *Hospital By Law*.
14. Mengembangkan sistem keselamatan bagi petugas dan pasien
15. Meningkatkan komitmen share holders dan sektor lainnya terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit.
16. Meminimalkan sumber-sumber risiko dan pengawasan berkala.

Peta Strategi

Menurut Kaplan & Norton (2004) peta strategi (*Strategy Map*) adalah diagram yang mendeskripsikan / menggambarkan strategi melalui hubungan sebab akibat (*Cause and Effect Relationship*) diantara tujuan-tujuan dalam keempat perspektif *Balanced Scorecard* secara eksplisit.

Membangun peta strategi dimulai dari megelompokkan tujuan-tujuan strategi ke dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*, yaitu Perspektif Finansial, Perspektif Customer, Perspektif Proses Bisnis Internal serta Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran. Pengelompokkan ini bertujuan untuk menyeleraskan tujuan

strategi sehingga tidak ada duplikasi dan tumpang tindih. Langkah dalam pengembangan model peta strategi sangat tergantung pada hubungan sebab – akibat dari masing – masing tujuan strategi, seperti terlihat pada tabel 6.28 yaitu pencocokan Tujuan strategi dengan Pendekatan *Balanced Scorecard* RSUD Tarakan dengan uraian sebagai berikut :

Perspektif Finansial.

Menurut Kaplan dan Norton (2000) bahwa pada perspektif finansial ditentukan tujuan, ukuran, target, dan inisiatif yang kesemuanya merupakan upaya – upaya untuk menjawab pertanyaan:

” Untuk berhasil secara finansial apa yang harus kita perlihatkan kepada para pemegang saham kita “

Sesuai dengan tujuan strategi terpilih yang berhasil dirumuskan dengan menggunakan konsep *Balanced Scorecard* untuk RSUD Tarakan , maka yang termasuk ke dalam faktor finansial seperti pada tabel 6.28 adalah : Meningkatkan pendapatan di unit – unit produksi, Meningkatkan pendapatan di unit penunjang, dari hasil strategi terpilih yang berhasil di rumuskan tujuannya adalah untuk Meningkatkan Pendapatan Rumah Sakit. Dan dengan meningkatnya pendapatan rumah sakit maka pertanyaan apa yang harus kita kepada pemegang saham kita bisa terjawab, yaitu dengan kemampuan dapat melakukan peningkatan pendapatan rumah sakit.

Perspektif Customer/Pelanggan.

Menurut Kaplan dan Norton pengukuran utama untuk perspektif pelanggan adalah Pangsa Pasar, Retensi Pelanggan, Akuisisi Pelanggan, Kepuasan Pelanggan dan Profitabilitas Pelanggan.

Pada perspektif pelanggan juga disusun tujuan, ukuran, dan target serta inisiatif yang harus dilakukan untuk menjawab pertanyaan :

“ Untuk mewujudkan visi kita, apa yang harus kita perlihatkan kepada para pelanggan kita ? ” (Kaplan dan Norton, 2000).

Berdasarkan Falsafah Tridarma RSUD Tarakan yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan yang paripurna, Mengembangkan Profesi guna meningkatkan pelayanan, serta mewujudkan kesejahteraan bersama. Dan juga berdasarkan Kebijakan Mutu RSUD Tarakan yaitu RSUD Tarakan memberikan pelayanan prima secara konsisten sehingga tercapai kepuasan pelanggan.

Menurut Wijono (1999) kepuasan pelanggan adalah hasil yang dicapai pada saat keistimewaan produk mendukung kebutuhan pelanggan. Karena kepuasan pelanggan sangat tergantung kepada persepsi dan harapan , maka pengukuran tingkat kepuasan pelanggan merupakan sesuatu yang sangat perlu dilakukan.

Berdasarkan hasil penjabaran Alternatif Strategi kedalam tujuan Strategi RSUD Tarakan dengan menggunakan konsep *Balanced Scorecard* pada perspektif pelanggan maka tujuan strategisnya seperti pada tabel 6.28 adalah Mengembangkan Sistem Keselamatan Bagi Petugas Dan Pasien, serta Meminimalkan Terjadinya Risiko dan Melakukan Pengawasan Berkala. Dari tujuan strategis yang ada pada faktor pelanggan adalah tujuan utamanya untuk Meningkatkan Kepuasan Pasien/Pelanggan.

Perspektif Proses Bisnis Internal.

Pada Perspektif Proses Bisnis Internal ditentukan upaya – upaya untuk menjawab pertanyaan :

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

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

Berdasarkan dengan hasil penelitian yang dilaksanakan di RSUD Tarakan pada Perspektif Proses Bisnis Internal terdapat 6 (enam) tujuan strategis seperti pada tabel 6.28 yaitu :

1. Mengembangkan Produk Unggulan pada Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap.
2. Mengembangkan Produk Unggulan pada Pelayanan Penunjang.
3. Melakukan Evaluasi dan Pemeliharaan Fasilitas Sarana Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap.
4. Melakukan Evaluasi dan Pemeliharaan Fasilitas Sarana Pelayanan Penunjang Medik.
5. Melakukan Evaluasi dan Pemeliharaan Fasilitas Sarana Penunjang Umum dan Administrasi.

6. Meningkatkan Kerjasama dengan Pihak Ketiga.

Dari keenam tujuan strategi yang telah dirumuskan pada dasarnya dapat memenuhi Rantai Nilai Proses Bisnis, yaitu kalau tujuan peningkatan nilai bagi pelanggan (Perspektif Pelanggan) dan bagi pemegang saham (Perspektif Finansial) dapat terpenuhi.

Perspektif Pertumbuhan Dan Pembelajaran.

Menurut Kaplan dan Norton Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan mempunyai tiga kategori utama, yaitu Kapabilitas Pekerja, Kapabilitas Sistem Informasi, Motivasi dan Pemberdayaan dan Keselarasan.

Pada Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran akan dijawab pertanyaan :

”Untuk mewujudkan visi kita, bagaimana kita memelihara kemampuan kita untuk berubah dan meningkatkan diri ? “ (Kaplan dan Norton , 2000).

Menurut Gasperz (2003) tujuan – tujuan yang disusun dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah berfungsi sebagai pengendali untuk mencapai keunggulan dari ketiga perspektif lainnya, karena pada perspektif ini dipersiapkan semua sumber daya yang memungkinkan untuk tercapainya tujuan.

Dalam perspektif ini terdapat tiga kategori yang sangat penting yaitu Kompetensi Karyawan, Infrastruktur Teknologi dan Kultur Organisasi sebagai faktor Pendorong (*Lead Indicator*). Kepuasan Pelanggan, Retensi Pekerja, Produktifitas Pekerja sebagai faktor Hasil (*Lag Indicator*) .

Dari penjabaran strategi menjadi Tujuan strategi terdapat 5 (lima) Tujuan Strategi yang termasuk kedalam Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran, yaitu :

1. Memberikan Kesempatan untuk Melanjutkan Pendidikan dan Pelatihan. Berkaitan dengan Kompetensi Karyawan.
2. Mengembangkan dan Meningkatkan Penggunaan SIMRS Pada Seluruh lini Rumah Sakit. Berkaitan dengan Infrastruktur Teknologi.
3. Meningkatkan Efektifitas dan Efisiensi Administrasi Rumah Sakit. Berkaitan dengan Produktifitas Pekerja.
4. Mengembangkan *Hospital By Law*. Berkaitan dengan Kultur Organisasi.
5. Meningkatkan Komitmen *Share Holders* dan sektor lainnya terhadap Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit.

KPI dan Pengukuran KPI

Untuk menjamin efektifitas Implementasi dari masing – masing tujuan strategi, maka ditetapkan ukuran kinerja kunci (*Key Performance Indicator*) dan penanggung jawab masing – masing dari KPI tersebut (*KPI Owner*).

Menurut Gasperz (2003) bahwa ada dua jenis pengukuran yaitu *Outcome Lagging Measurements* yang diaplikasikan dalam ukuran kinerja disebut dengan Lag Indikator. Serta Pengendali Kinerja *Performance Driver Leading measurements* yang diaplikasikan dalam pengukuran disebut dengan Lead Indikator.

Berdasarkan hasil penelitian yang ada dalam tabel 6.28 mengenai *Key Performance Indicator* (KPI) RSUD Tarakan terdapat 64 (enam puluh empat)

KPI yang terdiri dari 49 (empat puluh sembilan) KPI termasuk jenis *Lead Indicators* dan 15 (lima belas) KPI jenis *Lag Indicators*. Yang terdapat pada semua perspektif *Balanced Scorecard*.

7.4.6.1. Persepektif Finansial.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Kaplan dan Norton (2000) untuk ukuran perspektif keuangan yang biasa digunakan adalah *Return On Capital Employed (ROCE)*, *Return Of Investement (ROI)*, *Economicvalue Added (EVA)*. Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Tarakan menempatkan ukuran (KPI) untuk persepektif keuangan adalah:

1. Tingkat utilisasi Pelayanan rawat jalan (*Lead Indicators*).
2. Pendapatan Pelayanan Rawat Jalan (*Lag Indicators*).
3. Penambahan Poli Pelayanan Rawat Jalan (*Lead Indicators*).
4. Tingkat Utilisasi Pelayanan rawat inap (*Lead Indicators*).
5. Pendapatan Pelayanan Rawat Inap (*Lag Indicators*).
6. Tingkat Pendapatan Total (*Lag Indicators*).
7. Tingkat Pendapatan Haemodialisa (*Lag Indicators*).
8. Tingkat Utilisasi Pelayanan Haemodialisa (*Lead Indicators*).
9. Tingkat Utilisasi pelayanan CT-Scan (*Lead Indicators*).
10. Tingkat pendapatan CT-Scan (*Lag Indicators*).
11. Pendapatan pelayanan Penunjang (*Lag Indicators*).
12. Tingkat Utilisasi pelayanan penunjang (*Lead Indicators*).
13. Jumlah Klaim Yang diperoleh RS berasal dari perusahaan yang ada MOU dengan RS (*Lag Indicators*).
14. Jumlah Pelanggan Rumah Sakit (*Lag Indicators*).

7.4.6.2. Perspektif Customer/ Pelanggan

Ukuran untuk perspektif pelanggan yang digunakan adalah pangsa pasar, akuisisi pelanggan dan kepuasan pelanggan (Kaplan dan Norton, 2000). Berdasarkan hasil penelitian untuk RSUD Tarakan didapat adalah:

1. Kepuasan pasien (*Lag Indicators*).
2. Kelengkapan SOP (*Lead Indicators*).
3. Sertifikasi, Akreditasi pelayanan RS (*Lead Indicators*).
4. Sertifikasi ISO Pelayanan RS (*Lead Indicators*).
5. Adanya unit yang khusus menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf rumah sakit (*Lead Indicators*).
6. Tingkat Infeksi Nosokomial pada pasien dan keluarga pasien (*Lead Indicators*).
7. Tingkat kecelakaan kerja pada staf RS (*Lead Indicators*).

7.4.6.3. Perspektif Proses Bisnis Internal.

Menurut Kaplan dan Norton (2000) pengukuran pespektif proses bisnis internal adalah proses inovasi, proses operasional dan proses pelayanan. Proses inovasi dengan menciptakan produk - produk baru, manambah *features* pada produk yang telah ada. Proses operasional degan meningkatkan efisiensi produksi, meningkatkan kualitas produk dan proses, memperpendek waktu siklus. Proses pelayanan dengan pelayanan purna jual, menyelesaikan masalah yang timbul pada pelanggan secara cepat, melakukan tindakan lanjut secara

proaktif. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa KPI untuk perspektif proses internal di RSUD Tarakan adalah :

1. Tersedianya Unit Trauma Center (*Lead Indicators*).
2. Peningkatan jumlah kelas perawatan (*Lead Indicators*).
3. Waktu tunggu untuk memperoleh pelayanan di unit rawat jalan (*Lead Indicators*).
4. Ketepatan waktu dalam pendistribusian makanan bagi pasien rawat inap (*Lead Indicators*).
5. Kecepatan pelayanan Apotek/ farmasi (*Lead Indicators*).
6. Pembukaan pelayanan poli rawat jalan *Executive* (*Lead Indicators*).
7. Adanya MRI dan Mamografi (*Lead Indicators*).
8. Pemanfaatan gedung baru dan pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit (*Lead Indicators*).
9. Pembentukan IPSRS (*Lead Indicators*).
10. Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan (*Lead Indicators*).
11. Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap (*Lead Indicators*).
12. Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif (*Lead Indicators*).
13. Penambahan Jumlah Tempat Tidur (*Lead Indicators*).
14. Pemeliharaan rutin dan berkala (*Lead Indicators*).
15. Kelengkapan pelayanan Fisioterapi (*Lead Indicators*).
16. Ketersediaan obat – obatan (*Lead Indicators*).
17. Kelengkapan dan sarana pelayanan penunjang (*Lead Indicators*).
18. Ketersediaan alat/bahan medis habis pakai (*Lead Indicators*).

19. Ketersediaan bahan penunjang medis (*Lead Indicators*).
20. Kalibrasi alat (*Lead Indicators*).
21. Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan ADM (*Lead Indicators*).
22. Persentase jumlah item obat generik dibandingkan dengan seluruh obat (*Lead Indicators*).
23. Jumlah Perusahaan yang melakukan menjalin kerjasama dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan karyawannya (*Lag Indicators*).
24. Sosialisasi produk layanan rumah sakit (*Lag Indicators*).

7.4.6.4. Perspektif Pertumbuhan dan pembelajaran.

Menurut teori Gasperz (2003) serta Kaplan dan Norton (2000) jenis ukuran yang digunakan untuk Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran adalah Ketersediaan sistem Informasi, Kapabilitas karyawan, Motivasi Kerja dan Penyediaan Sumber Daya. Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Tarakan untuk Perspektif Pertumbuhan dan Pelajaran , KPI nya adalah :

1. Kesesuaian jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan.
2. Kesesuaian Kompetensi SDM rumah sakit sesuai dengan standar.
3. Renstra SDM.
4. Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja.
5. Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM.
6. Tersusunnya sistem *Reward and Punishment*.

7. Kepuasan pelanggan internal.
8. Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS.
9. Kestinambungan SIMRS.
10. Kecepatan dan ketepatan informasi RS.
11. Pemanfaatan SIMRS pada pelaporan keuangan RS.
12. Kelengkapan data Rekam Medik Pasien.
13. Komputerisasi data pasien.
14. Adanya *Hospital by Law*.
15. *Share Vision* dan nilai – nilai RS.
16. Adanya komite medik dan SMF.
17. Jumlah Anggaran RS yang berasal dari APBD dan APBN.
18. Jumlah anggaran kesehatan untuk RS berasal dari sumber lainnya.

7.4.7. Penetapan Target dan Program

Target – target didesain dan ditetapkan untuk mendorong organisasi agra mencapai tujuan strategisnya, yang apabila tercapai akan dapat menstranformasikan organisasi yang tadinya dikendalikan oleh anggaran (*Budget oriented*) menjadi organisasi yang dikendalikan oleh peningkatan kinerja (*Performance Improvement Oriented*). (Gasperz, 2003).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penetapan target adalah target tersebut harus realistis, mempertimbangkan aspek kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) pendukung, dapat dipahami oleh semua orang yang terlibat, dapat diukur, dapat dicapai melalui program – program tindakan yang disusun dan dapat diterima sebagai tugas dan tanggung jawab. Acuan yang digunakan untuk penentuan

target dan kinerja pada masa depan adalah dengan menggunakan kinerja titap tahunnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Tarakan seperti yang terlihat pada tabel 6.28 mengenai target dan program kegiatan RSUD Tarakan untuk 5 (lima) tahun ke depan. Berdasarkan CDMG target kinerja tersebut ditetapkan secara bersama, dan menurut forum tersebut bahwa program kegiatan dan target – target yang ditetapkan tersebut sudah realistis dengan mempertimbangkan aspek kemampuan SDM, sarana dan prasarana RSUD Tarakan. Semua target tersebut dapat dipahami dengan baik, dapat diukur, dapat dicapai dengan rencana program yang disusun serta dapat diterima sebagai tugas dan tanggung jawab.

7.4.7.1. Perspektif Finansial

Berdasarkan strategi Terpilih yaitu Meningkatkan pendapatan rumah sakit, serta berdasarkan tujuan strateginya yaitu Meningkatkan Pendapatan di Unit Produksi dan unit penunjang. Maka yang digolongkan dalam Perspektif Keuangan/Finansial ada 14 (empat belas) KPI (*Key Performance Indicators*) seperti ada pada tabel 6.27. Dan berdasarkan KPI tersebut diuraikan kegiatannya adalah sebagai berikut :

1. Tingkat Utilisasi Pelayanan Rawat Jalan (KPI).

Kegiatannya yaitu : Pelayanan UGD, Pelayanan Poli Gigi & Mulut, Pelayanan Poli Kebidanan, Pelayanan Poli Bedah, Pelayanan Poli Penyakit Dalam, Pelayanan Poli Anak, Pelayanan poli Psikiatri.

2. Pendapatan Pelayanan Rawat Jalan (KPI).

Kegiatannya adalah : Melakukan Pemasaran Unit Rawat Jalan.

3. Penambahan Pelayanan Poli Rawat Jalan (KPI).

Kegiatannya adalah : Penambahan Poli Jantung, Penambahan Poli mata, Penambahan poli Kulit & Kelamin, Penambahan poli THT, Penambahan poli saraf.

4. Tingkat Utilisasi Pelayanan Rawat Inap (KPI).

Kegiatannya adalah : Pelayanan rawat inap kelas III, pelayanan rawat inap kelas II, pelayanan ruang solasi, dan pelayanan ruang VK .

5. Tingkat Pendapatan Pelayanan Rawat Inap (KPI).

Kegiatannya adalah : Pemasaran pelayanan rawat inap.

6. Tingkat Pendapatan Total (KPI).

Kegiatannya adalah : Melakukan Pemasaran Pelayanan RS, Peningkatan Pelayanan dan fasilitas parkir RS, Pengembangan Koperasi dan Kantin RS.

7. Tingkat Pendapatan Haemodialisa (KPI).

Kegiatannya yaitu : Pemasaran Pelayanan Rumah Sakit.

8. Tingkat Utilisasi pelayanan Haemodialisa (KPI).

Kegiatannya yaitu : Pengembangan Ruang Khusus Haemodialisa, Pengadaan Peralatan medis haemodialisa canggih.

9. Tingkat Utilisasi Pelayanan CT-Scan (KPI).

Kegiatannya yaitu : Pengembangan ruang khusus CT-Scan, Pengadaan peralatan medis CT-Scan yang canggih.

10. Tingkat pendapatan CT-Scan (KPI).

Kegiatannya yaitu : Pemasaran pelayanan rumah sakit.

11. Pendapatan Pelayanan Penunjang (KPI).

Kegiatannya yaitu : Pemasaran dan Promosi Pelayanan Penunjang.

12. Tingkat Utilisasi Pelayanan Penunjang (KPI).

Kegiatannya adalah : Pelayanan pemeriksaan laboratorium, Pelayanan farmasi, Pelayanan pemeriksaan Radiologi.

13. Jumlah Klaim yang diperoleh RS berasal dari Perusahaan yang MOU dengan RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan kerjasama dengan perusahaan.

14. Jumlah Pelanggan Rumah Sakit (KPI).

Kegiatannya adalah : Pelatihan *Service Excellent* bagi semua petugas RS, Pengembangan dan internalisasi pelayanan *Service Excellent* di setiap pelayanan RS, Peningkatan kebersihan, keindahan dan kenyamanan RS, Peningkatan Keamanan RS.

7.4.7.2. Perspektif Pelanggan / Customer.

Pada perspektif pelanggan menghasilkan 7 (tujuh) KPI. Berdasarkan strategi terpilih yaitu Pengembangan Organisasi dan Manajemen RS, maka kegiatan yang termasuk ke perspektif pelanggan berdasarkan KPI nya adalah :

1. Kepuasan Pasien (KPI).

Kegiatannya adalah : Survey Kepuasan Pasien.

2. Kelengkapan SOP (KPI).

Kegiatannya adalah : Pembuatan / Revisi SOP.

3. Sertifikasi, Akreditasi Pelayanan RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pelaksanaan Akreditasi semua pelayanan RS.

4. Sertifikasi ISO Pelayanan RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pelaksanaan ISO RS.

5. Adanya unit yang khusus menangani sistem keselamatan dan kesehatan bagi pasien dan staf RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Evaluasi Struktur Organisasi.

6. Tingkat Infeksi Nosokomial pada pasien dan keluarganya (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan SMK3 RS, Sterilisasi peralatan dan ruang perawatan, Pengukuran tingkat Infeksi Nosokomial.

7. Tingkat Kecelakaan Kerja pada staf RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan SMK3 RS.

7.4.7.3. Perspektif Proses Bisnis Internal.

Pada perspektif proses bisnis terdapat 24 (dua puluh empat) KPI, berdasarkan strategi terpilih nya adalah Pengembangan Produk Layanan Unggulan. Uraian kegiatan berdasarkan KPI nya adalah :

1. Tersedianya Unit Trauma center (KPI).

Kegiatannya adalah : pengembangan ruang khusus Trauma Center, Pengadaan peralatan medis pelayanan traumatologis.

2. Peningkatan Jumlah Kelas perawatan (KPI).

Kegiatannya adalah : Pembukaan pelayanan Perawatan kelas I dan VIP.

3. Waktu Tunggu untuk memperoleh pelayanan di rawat jalan (KPI).

Kegiatannya adalah : Penyempurnaan SOP administrasi RS.

4. Ketepatan Waktu dalam pendistribusian makanan bagi pasien rawat inap (KPI).

Kegiatannya adalah : Manajemen Penyediaan bahan, pengolahan, penyimpanan dan pendistribusian makanan.

5. Kecepatan Pelayanan Apotek / farmasi RS Kepada pasien (KPI).

Kegiatannya adalah : Penggunaan SIMRS pada pelayanan farmasi.

6. Pembukaan pelayanan Executive (KPI).

Kegiatannya adalah : penyediaan pelayanan rawat jalan Executive.

7. Adanya MRI dan Mamografi (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan MRI dan Mamografi.

8. Pemanfaatan gedung baru dan Pemeliharaan sarana prasarana RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pemnfaatan gedung baru yang masih belum digunakan sebagai tempat pelayanan kesehatan.

9. Pembentukan IPSRS (KPI).

Kegiatannya adalah : Membetuk Instalasi IPSRS.

10. Kelengkapan peralatan dan sarana rawat jalan (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan peralatan dan sarana rawat jalan.

11. Kelengkapan peralatan dan sarana rawat inap (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan peralatan dan sarana rawat inap.

12. Kelengkapan peralatan dan sarana perawatan intensif (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan peralatan dan sarana ICU / ICCU.

13. Penambahan Jumlah Tempat Tidur (KPI).

Kegiatannya adalah : Penambahan jumlah Tempat Tidur semua kelas.

14. Pemeliharaan Rutin dan Berkala (KPI).

Kegiatannya adalah : Pemeliharaan rutin peralatan medis dan non medis, Pemeliharaan berkala peralatan medis dan non medis, Pemeliharaan rutin sarana prasana gedung dan penunjang, Pemeliharaan berkala sarana prasarana gedung dan penunjang.

15. Kelengkapan pelayanan Fisioterapi (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan peralatan fisioterapi.

16. Ketersediaan Obat – obatan (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan dan pengelolaan obat – obatan.

17. Kelengkapan Peralatan dan sarana pelayanan penunjang (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan bahan, peralatan dan sarana pelayanan penunjang.

18. Ketersediaan alat / bahan medis habis pakai (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan dan pengelolaan alat / bahan medis pakai.

19. Ketersediaan bahan penunjang medis (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan dan pengelolaan bahan penunjang medis.

20. Kalibrasi Alat (KPI).

Kegiatannya adalah : Melakukan Kalibrasi Alat secara Rutin.

21. Kelengkapan peralatan dan sarana pelayanan Administrasi (KPI)

Kegiatannya adalah : Pengadaan peralatan administrasi RS.

22. Persentase jumlah item obat generik dibanding dengan seluruh item obat (KPI).

Kegiatannya adalah : Review dan penyusunan Formularium obat RS.

23. Jumlah perusahaan yang menjalin kerjasama dengan RS dalam pelayanan kesehatan bagi karyawannya (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan kerjasama dengan perusahaan.

24. Sosialisasi produk Layanan RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pemasangan spanduk, jadwal dokter dan kegiatan RSUD Tarakan yang mudah dilihat oleh pengunjung Rumah Sakit.

7.4.7.4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.

Strategi terpilih yang ada yaitu Pengembangan Kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM). Pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran terdapat 18 (delapan Belas) KPI. Berdasarkan KPI tersebut maka kegiatan / program nya adalah sebagai berikut :

1. Kesesuaian Jumlah SDM dengan standar RS tipe B non pendidikan (KPI).

Kegiatannya adalah : Advokasi ke Pemda dalam upaya penambahan jumlah SDM sesuai dengan kualifikasi, Pengangkatan tenaga kontrak RS, Pengangkatan tenaga honorer RS.

2. Kesesuaian kompetensi SDM RS dengan standar (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan peta Kompetensi SDM RS, Pelatihan bagi Tenaga Medis, Pelatihan bagi tenaga Para Medis, Pelatihan bagi Tenaga Farmasi, Pelatihan bagi Tenaga Sanitasi, Pelatihan bagi Tenaga Radiologi, Pelatihan bagi Tenaga Administrasi, Pelatihan bagi Tenaga Gizi, Pelatihan bagi Tenaga Laboratorium, Beasiswa Pendidikan, Study Banding / *Bench Marking*.

3. Rencana Strategi SDM (KPI).

Kegiatannya adalah : Penyusunan rencana strategi SDM RS.

4. Tersusunnya sistem penilaian berbasis kinerja (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan sistem Penilaian berbasis kinerja.

5. Tersusunnya sistem pelatihan dan pengembangan SDM (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan sistem pelatihan dan pengembangan SDM.

6. Tersusunnya sistem *Reward and Punishment* (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan sistem *Reward and punishment* .

7. Kepuasan Pelanggan Internal (KPI).

Kegiatannya adalah : Survey kepuasan Pelanggan.

8. Terlaksananya SIMRS di semua unit pelayanan RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengadaan instalasi perangkat SIMRS, Pelatihan SIMRS bagi tenaga RS.

9. Kestinambungan SIMRS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pemeliharaan SIMRS.

10. Kecepatan dan ketepatan informasi RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengolahan dan analisa data RS secara rutin.

11. Pemanfaatan SIMRS bagi laporan keuangan (KPI).

Kegiatannya adalah : Aplikasi SIMRS dalam laporan keuangan RS.

12. Kelengkapan data rekam medik pasien (KPI).

Kegiatannya adalah : Sosialisasi SOP melalui pertemuan internal para dokter , perawat, dan petugas terkait.

13. Komputerisasi data pasien (KPI).

Kegiatannya adalah : Pengembangan SIMRS pada un it Rekam Medik.

14. Adanya *Hospital by Law* (KPI).

Kegiatannya adalah : Penyusunan dan revisi *Hospital by Law*.

15. Share Vision dan nilai – nilai RS (KPI).

Kegiatannya adalah : Kegiatan *Capacity Building*, Sosialisasi visi, misi dalam rapat / pertemuan rutin, Pemasangan papan visi , mis sehingga terbaca oleh semua pengunjung RS.

16. Adanya SPI, Komite Medik dan SMF (KPI).

Kegiatannya adalah : Dibentuk SPI, Komite Medik, dan SMF.

17. Jumlah anggaran RS yang berasal dari APBD dan APBN (KPI).

Kegiatannya adalah : Melakukan Advokasi pada penentu kebijakan anggaran di pusat dan daerah.

18. Jumlah anggara kesehatan berasal dari sumber lain (KPI).

Kegiatannya adalah : Pembuatan Proposal.

7.4.8. Implementasi KPI.

Dari hasil penelitian mengenai Implementasi *Balanced Scorecard* di RSUD Tarakan dengan pengisian Tabel format Implementasi seperti pada tabel 6.29 – 6.40 Format implementasi berguna untuk menggabungkan KPI yang sudah ditetapkan pada masing – masing penanggung jawab sesuai dengan uraian tugas sehari – hari.

7.4.9. Format Implementasi Program.

Implementasi program bertujuan untuk mencapai target KPI yang telah disusun secara bertahap mulai tahun 2008 – 2012. Dengan demikian penanggungjawab kegiatan harus menyusun Rencana Implementasi dan Mengimplementasikannya sesuai tahapan yang ada. Menurut Gasperz (2003) organisasi yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan (Perspektif Pelanggan) dalam kerangka *Balanced Scorecard* dapat memakai Prosedur Pelaksanaan Program Peningkatan Mutu Secara Terus Menerus (*Quality Improvement*).

7.4.10. Format Implementasi

7.4.10.1. Format Panduan Implementasi

Penyusunan format panduan implementasi berguna untuk menggabungkan KPI yang sudah ditetapkan pada masing – masing penanggung jawab sesuai dengan uraian tugasnya, dan sesuai dengan tabel monitoring KPI tabel 6.41.

7.4.10.2. Monitoring dan evaluasi KPI

Form monitoring dan evaluasi seperti terlihat pada tabel 6.41 adalah dirancang untuk kegiatan tahunan dan sangat memungkinkan penanggungjawab program membuatnya dalam satuan waktu yang lebih singkat sebagai monitoring, misalnya untuk kwartalan atau semesteran.

7.4.10.3. *Balanced Scorecard* RSUD Tarakan 2008 – 2012

Gambaran mengenai kegiatan RSUD Tarakan untuk periode lima tahun mendatang dengan menggunakan metode *Balanced Scorecard* dapat dilihat pada tabel 6.42.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian mengenai Rencana Strategi RSUD Tarakan dengan menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard* dapat disimpulkan :

1. Visi dan Misi adalah "Rumah Sakit Sahabat Anda Menuju Sehat " dan misinya adalah :Melayani masyarakat dengan prinsip pelayanan prima, meningkatkan jenis sarana dan prasarana layanan sesuai tuntutan pelayanan, mewujudkan SDM profesional dan sejahtera, mendorong kemandirian dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat. Visi dan misi ini merupakan visi baru untuk RSUD Tarakan lima tahun mendatang.
2. Berdasarkan analisis lingkungan eksternal dengan menggunakan EFE (*External Factor Evaluation*) matriks maka diketahui bahwa nilai untuk variabel peluang adalah 1,84, sedangkan nilai untuk variabel tantangan adalah 0,71. Jadi untuk total nilai EFE adalah 2,55.
3. Berdasarkan analisis lingkungan internal dengan menggunakan IFE (*Internal Factor Evaluation*) diketahui bahwa nilai untuk variabel kekuatan adalah 1,81, sedangkan nilai untuk variabel kelemahan adalah 0,62. dan total nilai untuk faktor IFE adalah 2,43.
4. Strategi terpilih dengan menggunakan matriks SWOT, matriks IE didapatkan posisi organisasi RSUD Tarakan. Dengan total nilai EFE 2,55 dan total nilai IFE 2,43. maka posisi RSUD Tarakan berada pada sel

V atau *Stabilisasi / Capacity Building*. Yaitu Strategi alternatif nya adalah *Market Penetration* dan *Product Development*.

5. Dalam analisis SWOT dilakukan pencocokan / *matching* antar variabel-variabel dalam lingkungan Eksternal yaitu variabel Peluang , Ancaman , variabel dalam lingkungan Internal yaitu variabel Kekuatan dan Kelemahan. Dari hasil pencocokan kesemua variabel – variabel tersebut maka dirumuskan strategi terpilih / *Alternatif Strategi*.
6. Berdasarkan strategi terpilih, maka tahap selanjutnya dijabarkan kedalam Tujuan Strategis sebagai Tujuan Jangka Panjang RSUD Tarakan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun mendatang yaitu tahun 2008 – 2012, dari hasil itu terdapat 16 (enam belas) Tujuan Strategis, yaitu :
 1. Meningkatkan pendapatan di unit – unit Produksi.
 2. Meningkatkan Pendapatan di unit-unit penunjang.
 3. Memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan & pelatihan.
 4. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan rawat jalan & rawat inap.
 5. Mengembangkan produk unggulan pada pelayanan penunjang.
 6. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
 7. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana pelayanan penunjang medik.
 8. Melakukan evaluasi dan pemeliharaan fasilitas sarana penunjang umum & administrasi.

9. Mengembangkan & meningkatkan penggunaan SIMRS pada seluruh lini RS.
 10. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi administrasi Rumah Sakit.
 11. Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga.
 12. Meningkatkan pendapatan RS.
 13. Memformulasikan visi, misi dan tujuan rumah sakit.
 14. Mengembangkan sistem keselamatan bagi petugas dan pasien.
 15. Meningkatkan komitmen share holders dan sektor lainnya terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit.
 16. Meminimalkan sumber-sumber risiko dan pengawasan berkala.
-
7. Peta Strategi bertujuan untuk melihat keterkaitan antara tujuan strategi pada ke empat Perspektif *Balanced Scorecard* dalam mewujudkan visi dan misi organisasi, yang merupakan sebab akibat dari kesemua perspektif yang ada dalam *Balanced Scorecard*.
 8. Penetapan KPI dilakukan dengan terlebih dahulu menentukan Indikator Keberhasilan dari masing – masing tujuan strategis, dan akhirnya menjadi KPI sehingga didapatkan 64 (enam puluh empat) buah *Key Performance Indicators* (KPI) serta 16 (enam belas) Tujuan Strategis, seperti dapat dilihat pada tabel 6.27.
 9. Penetapan Target KPI dari masing – masing KPI dibuat kinerja untuk lima tahun yang akan datang yaitu tahun 2008 – 2012, yang dibuat dalam setiap KPI berdasarkan empat perspektif yang ada dalam *Balanced Scorecard*. Dari setiap target tersebut berhasil dirumuskan berdasarkan

hasil konsensus dengan tim inti Renstra RSUD Tarakan lengkap dengan satuan ukuran yang mudah diukur seperti terlihat dalam tabel 6.40.

10. Form monitoring dan evaluasi untuk memonitor implementasi *Balanced Scorecard* maka dibuat suatu format monitoring kinerja yang didalamnya tercantum bobot masing – masing KPI.
11. *Balanced Scorecard* RSUD Tarakan 2008 – 2012 menggambarkan tujuan strategi KPI serta target dari masing – masing KPI dan pemilik KPI nya lengkap dengan program kegiatan dan penanggung jawab pogram. *Balanced Scorecard* ini merupakan acuan kegiatan operasional selama lima tahun mendatang bagi RSUD Tarakan dalam melaksanakan kegiatannya. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 6.42.

8.2. Saran

8.2.1. Untuk RSUD Tarakan

- 8.2.1.1. Diperlukan adanya komitmen yang kuat dari seluruh pegawai RSUD Tarakan untuk mengimplementasikan Rencana Strategi dengan menggunakan *Balanced Scorecard* , maka perlu adanya sosialisasi bagi semua karyawan dalam menyamakan persepsi serta pola pikir.
- 8.2.1.2. *Key Performance Indicator* (KPI) yang sudah ditetapkan untuk masing – masing penanggung jawab sebaiknya didistribusikan langsung manjadi KPI individu.

- 8.2.1.3. Standar kinerja yang telah ditetapkan merupakan standar kinerja untuk satu tahunan, penanggungjawab KPI dapat merinci dalam periode waktu yang lebih pendek untuk memudahkan melakukan monitoringnya.
- 8.2.1.4. Tiap – tiap program kegiatan yang akan diimplementasikan harus dibuatkan prosedur kerja yang standar sehingga format pelaporan juga menjadi baku agar penilaian kinerja dapat dilakukan.
- 8.2.1.5. Pemberian bobot pada setiap KPI dan program dapat dirancang ulang atau direvisi oleh masing – masing pemilik KPI dengan alasan yang jelas dan disesuaikan dengan kondisi sumber daya yang ada.
- 8.2.1.6. Dalam rangka meningkatkan kualitas SDM sebaiknya RSUD Tarakan menerapkan manajemen SDM yang berorientasi pada kompetensi, sehingga pengembangan karir, diklat SDM, sistem insentif didasarkan pada kompetensi. Untuk itu RSUD Tarakan perlu menyusun standar kompetensi untuk setiap SDM nya.
- 8.2.1.7. Agar melakukan advokasi ke Share Holders agar renstra tersebut dapat disahkan dan disetujui.

8.2.2. Untuk Stake Holders (PEMDA DKI Jakarta)

- 8.2.2.1. Adanya komitmen yang kuat dari *Shareholders* (Pemda, DPRD, BAPPEDA), agar Rencana Strategi RSUD Tarakan dapat disahkan dan ditandatangani dengan mengeluarkan Surat Keterangan (SK). Sehingga dapat dijadikan sebagai pedoman untuk lima tahun mendatang oleh RSUD Tarakan didalam melakukan kegiatannya.



DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, S. 2003, *Manajemen Rumah Sakit*. Pustaka harapan, Jakarta.
- Aditama, T.Y. 2000, *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. UI- Press Jakarta.
_____. 2003, *Manajemen Administrasi Rumah Saki*, Edisi kedua.
UI-Press, Jakarta.
- Anthony, R.N., & Vijay, G. 2000, *Management Control System*, edisi kesepuluh.
Irwin McGraw Hill.
- Ayuningtyas, D. 2006, *Manajemen Strategis Rumah Sakit, Modul Kuliah*. Program Pascasarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, FKM UI, Depok.
- Azwar, A. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, edisi ketiga. Binarupa Aksara, Jakarta.
- David, F.R. 2001, *Strategic Management: Concept & Cases*, Second Edition. Oxford Blackwell Business
_____. 2004, *Manajemen Strategis; Konsep*, Edisi ketujuh. Penerbit Indeks, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek kedokteran* , Jakarta , 2004.
_____, 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Situmorang, D. 2002, *Tesis Perencanaan Strategi Pemasaran Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Persahabatan Tahun 2002-2005*. Depok, FKM UI
- Duncan, W.J., et al.1996, *Strategic Management of Health Care Organization*. Second Edition. Oxford, Blackwell Business.
- Ekasari, E. 2007, *Tesis Analisis Segmentasi, Target, dan Posisi Unit Medical Check Up RS Mohammad Husni Thamrin Cileungsi Tahun 200*. Depok ,FKM UI.
- Purba, F.O . 2005, *Tesis Perencanaan Strategis RSUD Menggala Tahun 2006-2010 Dengan Rerangka Balanced Scorecard*. Depok , FKM UI.
- Gasperz, V. 2003, *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard Dengan Six Sigma Untuk organisasi Bisnis dan Pemerintahan*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

- _____. 2004, *Perencanaan Strategik Untuk Peningkatan Kinerja Sektor Publik; Suatu Petunjuk Praktis*. Penerbit Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- H.Fauzi Bowo & Prijanto, 2007. *Penyampaian Visi, Misi dan Program Calon Kepala Daerah Dan Wakil Kepala Daerah Pilkada DKI Jakarta*.
- Hunger, J.D & Wheelen, T.L. 2003. *Manajemen Strategis*. Andi off set, Yogyakarta.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. 1996. *The Balanced Scorecard : Translating Strategy Into Action*. Massachusetts : Harvard Business School Press.
- _____. 2000. *Menerapkan Strategi Menjadi Aksi : Balanced Scorecard*. Erlangga, Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/Menkes/SK/III/2002, *Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah*
- Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/XII/2000, *Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*
- Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 2088/2006 *Tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan provinsi Daerah khusus Ibukota Jakarta Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh*.
- Lembaga Administrasi Negara. 2000, *Modul Sosialisasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP)*, Jakarta
- Benyamin, L. 1989. *Hospital, citra, peran dan fungsi*. Kanisius, Yogyakarta.
- Merchant, Kenneth A. 1997. *Modern Management Control System : Text & Cases*, New Jersey : Prentice Hall
- Mufti, N. 2005. *Tesis Perencanaan Strategis Rumah Sakit Budhi Graha Jambi Tahun 2006-2010 Dengan Menggunakan Pendekatan Balanced Scorecard*. Depok , FKM UI.
- Mulyadi. 2001. *Balanced Scorecard : Alat Manajemen Kontemporer Untuk Pelipatgandaan Kinerja Keuangan Perusahaan*. Salemba Empat, Jakarta.
- Muninjaya, A.A. Gde. 1999, *Manajemen Kesehatan*. Penerbit EGC, Jakarta.

- Ichsan, M., Sukarno, E., & Yuwono, S. 2007. *Petunjuk Praktis penyusunan Balanced Scorecard Menuju Organisasi Yang Berfokus Pada Strategi*. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Nasution, SK. 2002. *Tesis Evaluasi Kinerja Rumah Sakit X periode 1998-2001 Menggunakan Modifikasi Balanced Scorecard*. Depok, FKM UI.
- Niven, P.R. 2002. *Balanced Scorecard Step by Step : Maximizing Performance and Maintaining Result*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 29 Tahun 2006, *Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta*.
- _____. Nomor 72 Tahun 2007, *Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil Satuan Kerja Perangkat Daerah/Unit Kerja Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta*.
- Rangkuti, F. 2004, *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*, Penerbit Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Richard L. Lynch dan Kevin F. Cross. 1993. *Performance Measurement System, Handbook of Cost Management*. Peny. Barry Brinker, New York : Warren Gorham Lamont, E3.
- Soejitno. et al, 2000 *Reformasi Perumhaskitan Indonesia*, Bagian Penyusunan Program dan laporan Ditjen Pelayanan Medik Depkes, Hastarismata, CV, Jakarta.
- Secakusuma, T. 1997, *Perspektif Proses Internal Bisnis dalam Balanced Scorecard*. Usahakawawan, Jakarta.
- Trisnantoro, L. 2004, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- _____. 1996, *Sistem Manajemen Rumah Sakit Daerah*, MM-UGM Yogyakarta.
- Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999, *tentang Pemerintahan Daerah*.
- Umar, H. 2003. *Strategic Management In Action*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Widowati, A.R. 2005. *Tesis Rancangan Balanced Scorecard Pusat Pendidikan dan Latihan Kesehatan Departemen kesehatan RI*. Depok, FKM UI.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

A. Petunjuk Umum

1. Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri
2. Perlengkapan yang disiapkan : Pedoman wawancara, kertas catatan, pensil/pulpen dan alat perekam suara.
3. Alur wawancara tidak harus selalu mengikuti urutan pedoman wawancara, tetapi disesuaikan dengan alur pembicaraan.
4. Cara bertanya kepada informan disesuaikan dengan alur percakapan, tidak perlu persis sama dengan pedoman wawancara. Fungsi pedoman wawancara adalah sebagai alat Bantu untuk mengingatkan poin-poin yang perlu digali, bukan sebagai daftar pertanyaan yang harus dibacakan kepada informan.
5. Poin-poin penting yang disampaikan oleh informan harus langsung dicatat untuk memudahkan membuat transkrip dan mempercepat pencarian di hasil rekaman.
6. Seorang informan tidak harus memberikan pendapatnya terhadap seluruh poin pertanyaan. Mereka cukup memberikan informasi sebatas pemahaman mereka.
7. Selesai wawancara ucapkan terima kasih dan minta kesediaan informan untuk dihubungi kembali bila ada hal-hal yang perlu diklarifikasi ulang.

B. Memulai Wawancara

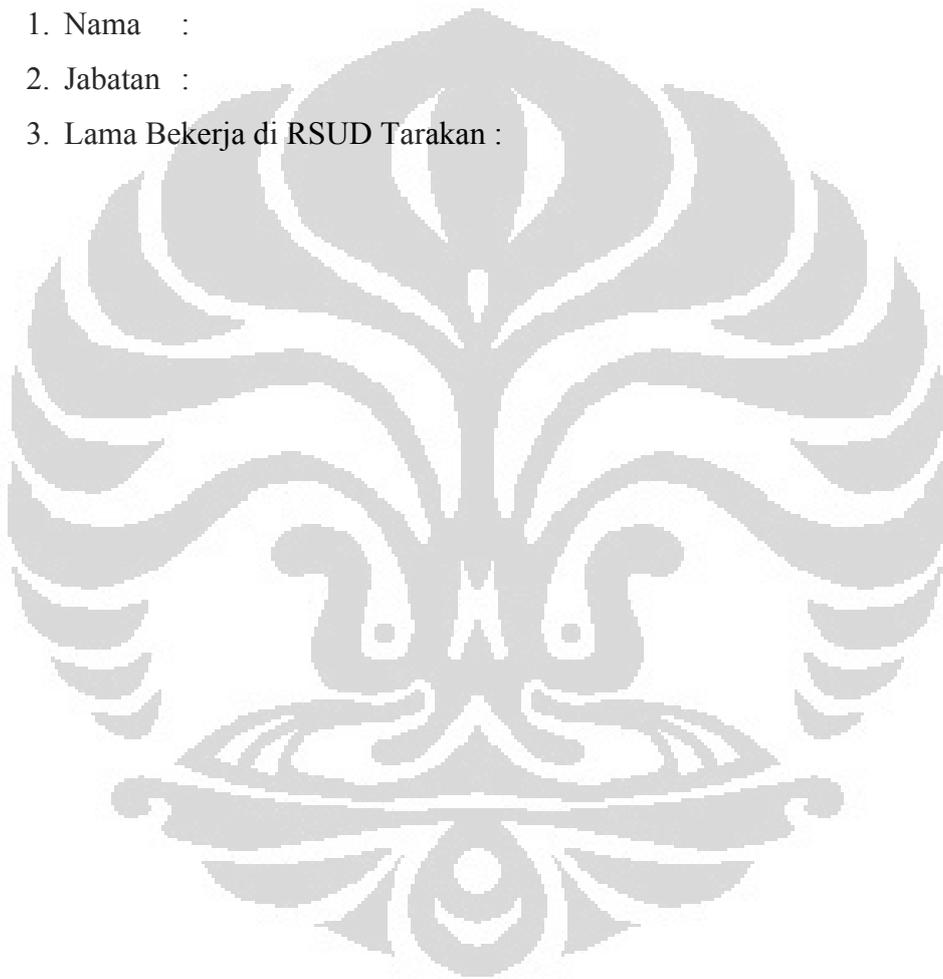
Pada awal wawancara, sebelumnya terlebih dahulu disampaikan pengantar sebagai berikut :

1. Ucapan terima kasih atas waktu dan kesediaan informan untuk di wawancarai.
2. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara
3. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
4. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
5. Jawaban tidak ada yang benar dan salah karena wawancara ini untuk menambah wawasan peneliti dan tidak untuk dinilai.

6. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
7. Minta izin kepada informan untuk merekam pembicaraan untuk membantu mengingat poin pembicaraan.

C. Informasi Umum yang Diminta dari Informan

1. Nama :
2. Jabatan :
3. Lama Bekerja di RSUD Tarakan :



PERTANYAAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENELITIAN

Wawancara khusus dengan Direktur Utama RSUD Tarakan.

A. PERSAINGAN

1. Bagaimana prospek RSUD Tarakan dimasa mendatang dalam menghadapi era globalisasi dan dampak semakin banyaknya rumah sakit/kompetitor saat ini? Khususnya di DKI?
2. Kemungkinan (potensi) untuk munculnya rumah sakit baru yang menjadi pesaing selalu ada. Biasanya hal ini terjadi kalau *demand* nya tinggi maka potensi untuk munculnya pesaing baru akan semakin tinggi pula. Namun bila *demand* nya tidak tinggi maka persaingan diantara kompetitor yang telah ada akan menjadi lebih ketat dan hal ini perlu untuk diantisipasi. Dan potensi untuk munculnya pesaing baru dapat dikurangi dengan mengembangkan layanan yang telah ada sebelum didahului oleh pesaing. Bagaimana potensi masuknya pesaing baru di Di Jakarta Pusat khususnya menurut penilaian bapak?
3. Pasien /customer mempunyai nilai tawar yang tinggi terhadap rumah sakit. Apabila pasien merasa kurang diperhatikan atau hubungan dengannya tidak dijaga dengan baik, maka pasien akan beralih ke rumah sakit lainnya. Bagaimana kekuatan tawar atau tuntutan customer saat ini terhadap rumah sakit sehingga pasien tetap loyal pada pelayanan RSUD Tarakan?

B. POLITIK DAN KEBIJAKAN

1. Selaku praktisi dibidang perumahan sakitan, isu politik atau kebijakan apa saja yang banyak mempengaruhi atau berdampak terhadap arah perkembangan rumah sakit pada umumnya dan RSUD Tarakan khususnya?
2. Apakah *critical stake holders* Pemda, BAPPEDA, DPRD khususnya komisi D & E yang membidangi masalah kesehatan, mendukung/memberikan kebijakan-kebijakan atau peraturan-peraturan yang berpihak untuk RSUD Tarakan?

3. Peluang – peluang dan ancaman – ancaman apa saja yang bisa diperkirakan dari perkembangan politik dan kebijakan yang terjadi saat ini terhadap RSUD Tarakan?

C. TEKNOLOGI

1. Bagaimana dengan keadaan teknologi yang dimiliki oleh RSUD Tarakan saat ini bila dibandingkan dengan rumah sakit lainnya yang menjadi pesaing?
2. Peluang dan ancaman apa saja yang saat ini bisa diambil serta harus dihindari oleh RSUD Tarakan dari perkembangan teknologi saat ini?
3. Apakah Tujuan jangka panjang yang hendak dicapai oleh RSUD Tarakan untuk 5 tahun mendatang?

Wawancara Dengan Wadir Pelayanan

A. SDM

1. Bagaimana dengan manajemen SDM, yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian, apakah sudah dilaksanakan sesuai dengan hakikatnya?
1. Apakah staf yang bekerja di RSUD Tarakan pernah ikut sertakan dalam pelatihan-pelatihan yang diadakan oleh internal RSUD Tarakan sendiri atau pihak lain?
2. Apakah staf yang dikirim untuk mengikuti pelatihan orang yang sama, walaupun jenis pelatihannya berbeda? dan berapa persen kira-kira dari keseluruhan staf yang ada saat ini yang sudah mengikuti pelatihan?
3. Apakah uji kompetensi atau *fit and Proper Test* telah dilaksanakan dalam melakukan perekrutan pegawai baru?
4. Apakah faktor kekuatan dan kelemahan dalam manajemen SDM?
5. Apakah pembentukan susunan dan tata kerja RSUD Tarakan yang ada saat ini sudah dilaksanakan dan apakah ada hambatan-hambatan dalam pembentukannya sampai pelaksanaannya?

B. PEMASARAN

1. Apakah ada bagian pemasaran dalam struktur RSUD Tarakan?
2. Apakah ada upaya informal untuk melakukan kegiatan pemasaran dan jika ada dengan pihak mana saja?
3. Apakah utilisasi terhadap unit-unit penunjang, seperti Laboratorium, apotek, radiologi, dll..sudah menunjukkan adanya kemajuan atau adakah hasil maksimal yang sudah dicapai?
4. Sarana pelayanan apa yang akan dikembangkan oleh RSUD Tarakan dalam waktu dekat atau yang paling mendesak?
5. Apakah Standard operasional Prosedur (SOP), sudah dipunyai oleh RSUD tarakan, dan apakah sudah dijalankan oleh masing-masing pegawai secara sesuai?

Wawancara Dengan Kabag Keuangan

A. KEUANGAN DAN AKUTANSI

1. Bagaimana dengan sistem pengelolaan keuangan RSUD Tarakan?
2. Apakah utilisasi dan efisiensi keuangan disetiap unit sudah berjalan?
3. Sumber keuangan ada dua yaitu penerimaan swadana/BLU dan subsidi. Bagaimana dengan penerimaan dan pendapatan masih bisa bertahan kalau subsidi dikurangi?
4. Bagaimana dengan keterlambatan turunnya subsidi atau anggaran nya yang terlambat dari Pemda?
5. Apa menurut ibu yang menjadi faktor kekuatan dan faktor kelemahan dalam manajemen keuangan?
6. Bagaimana dengan pendapatan, apakah ada peningkatan?

Wawancara dengan Kabag. Perencanaan dan Program

A. SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT

1. Dalam memasuki era informasi sekarang ini diperlukan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS), apakah RSUD Tarakan sudah adanya unit yang membidangi atau bertanggung jawab terhadap SIM-RS?
2. Apakah sistem informasi terhadap pasien (Rekam Medik) sudah menggunakan sistem komputerisasi?
3. Apakah faktor kekuatan dan kelemahan SIM-RS?
4. Bagaimanakah keberadaan komputer yang dimiliki oleh RSUD Tarakan?
5. Bagaimanakah tingkat pemanfaatan komputer yang ada di RSUD Tarakan saat ini?
6. Apakah ada bagian khusus/orang /staf yang ditempatkan untuk membidangi masalah komplain/keluhan pasien?
7. Apakah pernah dilakukannya survey kepuasan pelanggan?
8. Berapa lama sekali biasanya survey kepuasan tersebut dilakukan?

Wawancara dengan Kabid Pelayanan.

A. Klarifikasi Visi

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang visi yang ada di RSUD Tarakan dan apakah sesuai dengan perkembangan situasi dan kondisi RSUD Tarakan saat ini?
2. Seberapa jauh orang-orang dalam Rumah Sakit ini yang memahami visi tersebut?
3. Apakah perlu adanya perubahan dalam visi tersebut, baik isinya keseluruhan atau hanya sekedar menyempurnakan kata-katanya saja? Jika ya, apa usulannya?
4. Sesuai dengan visi Rumah Sakit yang ada, seberapa jauh RSUD Tarakan mencapai kondisi sesuai visi tersebut? Hal-hal apa saja yang

sudah mencerminkan tercapainya visi? Dan hal-hal apa yang masih perlu dilakukan untuk tercapainya visi?

5. Bagaimana visi mempertimbangkan pelanggan dan kebutuhannya?

B. Klarifikasi Misi

1. Apakah misi yang ada sudah sesuai dengan situasi dan kondisi saat ini, baik dari segi pemerintah maupun masyarakat?
2. Apa saja aktivitas RSUD Tarakan yang merupakan bentuk nyata dari pelaksanaan misi tersebut?
3. Dalam kegiatan sehari-hari, apakah RSUD Tarakan sudah melaksanakan kegiatan sesuai dengan misi tersebut? Misi mana yang perlu dijalankan lebih konsisten?
4. Seberapa jauh orang-orang di RSUD Tarakan memahami misi ini?
5. Apakah ada usaha-usaha khusus yang diperlukan oleh RSUD Tarakan untuk menyempurnakan implementasi misi ini dalam aktivitas Rumah Sakit?

C. Strategi

1. Bagaimana langkah-langkah strategi yang dilakukan oleh RSUD Tarakan dalam mencapai visi?
2. Apakah strategi yang ada relevan dengan kondisi saat ini dan tantangan kedepan?
3. Apa bentuk nyata RSUD Tarakan dalam melaksanakan strategi tersebut?
4. Bagaimana pelaksanaan strategi meningkatkan dan mengembangkan metodologi dan teknologi pelatihan yang berorientasi mutu?
5. Apakah strategi yang ada relevan dengan kondisi saat ini dan tantangan kedepan?
6. Bagaimana pelaksanaan strategi untuk meningkatkan pelayanan prima?

D. Penjabaran Strategi ke dalam Tujuan Strategi

Strategi yang ada dan telah disepakati bersama kemudian dijabarkan ke dalam tujuan-tujuan strategi yaitu strategi operasional yang sesuai dengan aktivitas RSUD Tarakan dan di masukkan dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*, yaitu :

1. Perspektif Keuangan

.....
.....
.....
.....

2. Perspektif Pelanggan

.....
.....
.....
.....

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

.....
.....
.....
.....

4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

.....
.....
.....
.....

E. Penetapan Pengukuran Kinerja Terpilih (KPI)

1. Menurut bapak/ibu untuk melihat apakah strategi yang sudah ditetapkan dilaksanakan atau tidak, bagaimana monitoringnya?
2. Dapatkah kita merumuskan target/ukuran untuk setiap tujuan yang telah ditetapkan sebagai berikut :

Perspektif	Tujuan Strategi	Indikator/Ukuran	Target Pencapaian	Program yang perlu dilaksanakan
Finansial	1.....	1.1..... 1.2.....		
	2.....	2.1..... 2.2.....		
Pelanggan	1.....	1.1..... 1.2.....		
	2.....	2.1..... 2.2.....		
Proses Bisnis Internal	1.....	1.1..... 1.2.....		
	2.....	2.1..... 2.2.....		
Pertumbuhan dan pembelajaran	1.....	1.1..... 1.2.....		
	2.....	2.1..... 2.2.....		

Transkrip Wawancara Mendalam Dengan Direktur RSUD Tarakan.

No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Bagaimana Prospek RSUD Tarakan dimasa mendatang dalam menghadapi era globalisasi dan dampak semakin banyaknya competitor saat ini? Khususnya di DKI Jakarta?</p>	<p>RSUD Tarakan harus melihat kebutuhan pelanggan sekitar, dimana segmennya ada masyarakat mampu dan tidak mampu, dan juga kebijakan dari pada ownernya (Pemda DKI Jakarta), dan harus mengacu ketentuan top down. Sedangkan untuk eksternalnya RSUD Tarakan harus bisa melebihi pelayanan dari pesaing-pesaing sekitar, Yaitu dengan tetap memberikan kepuasan pelanggan dan owner. Disamping tetap melakukan inovasi-inovasi lebih jauh dan mengintensifikasi pelayanan yang sudah sehingga utilisasinya maksimal dan juga melakukan ekstensifikasi program yang tujuannya untuk menjadi pusat unggulan rumah sakit.</p>
2	<p>Selaku praktisi dibidang perumahan sakitan, isu politik atau kebijakan apa saja yang banyak mempengaruhi atau berdampak terhadap arah perkembangan rumah sakit pada umumnya dan RSUD Tarakan khususnya?</p>	<p>Isu politik atau kebijakan yang ada saat ini sering mendukung untuk arah perkembangan rumah sakit, apalagi kebijakan itu menyangkut dengan kebijakan terhadap pelayanan masyarakat kurang mampu, sesuai dengan kemampuan keuangan daerah. Mengenai politik tidak terlalu berdampak, karena rumah sakit fokusnya hanya memberikan pelayanan masyarakat yang membutuhkannya.</p>
3	<p>Apakah <i>critical stake holders</i> Pemda,</p>	<p>Kalau yang sifatnya untuk pelayanan</p>

	BAPPEDA, DPRD khususnya komisi D & E yang membidangi masalah kesehatan, mendukung/memberikan kebijakan-kebijakan atau peraturan-peraturan yang berpihak untuk RSUD Tarakan?	masyarakat, khususnya masyarakat kurang mampu mereka selalu setuju sesuai dengan kemampuan keuangan daerah, tetapi kalau sifatnya ke arah bisnis/ mereka belum mendukungnya, dikarenakan rumah sakit daerah harus terus berfokus pada pelayanan masyarakat yang kurang mampu. Kalau masyarakat kurang mampu sudah terakomodir semua maka rumah-rumah sakit daerah yang ada di DKI baru dibolehkan ke arah masyarakat yang mampu.
4	Bagaimana dengan keadaan teknologi yang dimiliki oleh RSUD Tarakan saat ini bila dibandingkan dengan rumah sakit lainnya yang menjadi pesaing?	Sementara untuk standarnya RSUD Tarakan dalam hal teknologi sudah dimiliki dan tidak terlalu tertinggal dengan rumah sakit lainnya (pesaing).
5	Apakah Tujuan jangka panjang yang hendak dicapai oleh RSUD Tarakan untuk 5 tahun mendatang?	<ol style="list-style-type: none"> 1. RSUD Tarakan harus bisa memenuhi cakupan kesehatan seluasnya khususnya masyarakat Kurang mampu 2. RSUD Tarakan harus mampu menjadi Rumah sakit rujukan wilayah, dan menjadi <i>one stop services</i> di RSUD Tarakan 3. Harus bisa mandiri dalam hal keuangan, apalagi sudah BLU 4. RSUD Tarakan harus bisa meningkatkan profesionalisme rumah sakit secara baik, dan bisa meraih citra RSUD Tarakan yang baik, artinya

		<p>masyarakat datang ke RSUD Tarakan bukan karena dokter akan tetapi karena brand image RSUD tarakan, bahwa masyarakat akan sangat tertumpu sekali dengan RSUD tarakan dan oleh itu RSUD tarakan akan mampu bersaing dengan rumah sakit lain.</p>
6	<p>Bagaimana kekuatan tawar atau tuntutan customer saat ini terhadap rumah sakit sehingga pasien tetap loyal pada pelayanan RSUD Tarakan?</p>	<p>Yaitu dengan terus melakukan konsep marketing dengan 5 P (Product, Place, Person , Price, Promotion). Agar mereka yang berkunjung ke RSUD Tarakan terus merasa perlu untuk kembali lagi ke RSUD Tarakan yaitu dengan terus meningkatkan kualitas pelayanan, penerapan pasien safety. Begitu juga dengan harganya harus bisa dijangkau oleh masyarakat yang berkunjung ke RSUD Tarakan. Dan yang terakhir adalah pemasaran.</p>
7	<p>Bagaimana potensi masuknya pesaing baru di Di Jakarta Pusat khususnya menurut penilaian bapak?</p>	<p>Potensi berkembang nya Rumah sakit baru yang internasional tinggi khususnya di Jakarta Pusat. Dan untuk itu target mutu RSUD tarakan harus tinggi, kalau tidak maka RSUD Tarakan akan dianggap tidak ada apa-apanya, dan jangan hanya dianggap sebagai rumah sakit kaum menengah kebawah, padahal di sekitar RSUD tarakan juga ada</p>

	masyarakat yang mampu. Maka oleh itu harus ada diffrensiasi pelayanan untuk masyarakat mampu.misalnya harus ada pelayanan rawat jalan yang executive, obat-obat paten yang bagus.
--	---

Transkrip Wawancara Mendalam Dengan Wakil Direktur Pelayanan

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah pembentukan susunan dan tata kerja RSUD Tarakan yang ada saat ini sudah dilaksanakan, dan apakah ada hambatan-hambatan dalam pembentukannya sampai kepada pelaksanaannya?	Kalau susunan dan struktur nya masih mengacu kepada PERDA No 4 Tahun 1998, dan mengacu kepada SKMENKES No 983 tahun 1992. kalau mengenai levelnya saat ini sudah tidak cocok lagi dengan keadaan saat ini, kalau bisa di tinjau ulang lagi. Hambatan dalam pelaksanaannya kurang cocok dengan struktur yang ada sekarang ini.
2	Bagaimana dengan manajemen SDM, yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian, apakah sudah dilaksanakan sesuai dengan hakikatnya?	Sebenarnya sudah sesuai dengan hakikatnya, akan tetapi masih kurang focus dengan apa yang dikerjakan dan masih kurang kompak diantara sesame bagian dan bahagian lainnya.
3	Apakah staf yang bekerja di RSUD Tarakan pernah dikut sertakan dalam pelatihan-pelatihan yang diadakan oleh internal RSUD Tarakan sendiri atau pihak lain?	Stafnya sering diikut sertakan dalam pelatihan-pelatihan teknis, manajemen , SDM dan kekompakan. Akan tetapi targetnya masih kurang dalam pelaksanaan di lapangan. Dan kalau bisa terus ada semacam <i>capacity building</i> . Biar terus

		mengasah kekompakan dalam bekerja.
4	Apakah staf yang dikirim untuk mengikuti pelatihan orang yang sama, walaupun jenis pelatihannya berbeda? dan berapa persen kira-kira dari keseluruhan staf yang ada saat ini yang sudah mengikuti pelatihan?	Usulannya tetap dari bagian-bagian masing-masing yang mengirimnya, kecuali kalau pelatihannya bersifat continue, jadi orang yang dikirim ya tetap yang sudah pernah mengikutinya terlebih dahulu agar mereka nyambung dengan materi pelatihan.
5	Apakah uji kompetensi atau <i>fit and Proper Test</i> telah dilaksanakan dalam melakukan perekrutan pegawai baru?	Pernah dilakukan, khususnya pada saat melakukan penerimaan tenaga perawat kontrak dan Honorer dan itu pun tidak berlanjut secara kontinyu.
6	Apakah faktor kekuatan dan kelemahan dalam manajemen SDM?	Kekuatannya adalah SDM yang dimiliki oleh RSUD Tarakan sudah 71 % di atas Diploma semua. Kelemahannya adalah masih kurangnya koordinasi antara bagian-bagian yang ada di RSUD Taraka secara umum dan didalam SDM sendiri khususnya.
7	Apakah ada bagian pemasaran dalam struktur RSUD Tarakan?	Bagian pemasaran sudah ada tapi masih dibawah Wadir Umum & Keuangan dan belum berjalan secara optimal karena koordinasi masih kurang.
8	Apakah ada upaya informal untuk melakukan kegiatan pemasaran dan jika ada dengan pihak mana saja?	Sebenarnya marketing keluar masih dalam koridor pemasaran sosial yaitu hanya sebatas memberi edukasi kepada masyarakat sekitar RSUD Tarakan, begitu juga dengan memberikan simposium dan seminar kepada puskesmas-puskesmas yang ada di wilayah Jakarta Pusat. Akan tetapi kearah perusahaan-perusahaan belum

		dilakukan, karena RSUD Tarakan harus terlebih dahulu melakukan pembenahan internal dulu baru kita melakukan pemasarn dengan pihak ketiga, dalam hal kelas perawatan VIP, Kelas I, dan Kelas II dan begitu juga dengan pelayanan kesehatan lainnya yang dimiliki oleh RSUD Tarakan.
9	Apakah utilisasi terhadap unit-unit penunjang, seperti Laboratorium, apotek, radiologi, dll..sudah menunjukkan adanya kemajuan atau adakah hasil maksimal yang sudah dicapai?	Utilisasinya belum semuanya maksimal kecuali laboratorium, itu dikarenakan kemampuan daya beli masyarakat masih rendah, dikarenakan RSUD Tarakan hampir semuanya pelanggannya adalah masyarakat kurang mampu. Maka oleh itu utilisasi belum semuanya berjalan secara optimal.
10	Sarana pelayanan apa yang akan dikembangkan oleh RSUD Tarakan dalam waktu dekat atau yang paling mendesak?	Sebenarnya yang ingin dikembangkan kelas II keatas maju, disamping kelas III dan Gakin tetap dipertahankan sesuai dengan amanat dari Pemda DKI Jakarta. Kelas II ke atas tujuannya untuk menambah income/imbalan yang lumayan. Dan sekarang sudah menambahkan SDM untuk persiapan pembukaan kelas II ke atas dan begitu juga dengan kesiapan dari pada sarana yang dibutuhkan. Karena kalau tetap mengandalkan kelas III dan Gakin maka Keuangan nya RSUD Tarakan akan sangat berat, apalagi RSUD Tarakan sudah ditetapkan sebagai BLU oleh Pemda DKI Jakarta, maka mulai sekarang hal untuk mengembangkan kelas II keatas sedang

		diusahakan baik advokasi ke pemda dan DPRD. Dengan tetap pasien kelas III dan Gakin juga harus dilayani.
12	Apakah Standard operasional Prosedur (SOP), sudah dipunyai oleh RSUD tarakan, dan apakah sudah dijalankan oleh masing-masing pegawai secara sesuai?	Sudah dimiliki SOP oleh RSUD Tarakan dan SOP nya sudah ada sejak 10 tahun yang lalu, akan tetapi belum pernah dilakukan evaluasinya. Hal ini akan berakibat kepada kesalahan prosedur pelaksanaan kerja, dikarenakan SOP yang lama sudah tidak sesuai lagi dengan keadaan saat ini.

Transkrip Wawancara Mendalam Dengan Kabag Keuangan

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Bagaimana dengan sistem pengelolaan Keuangan di RSUD Tarakan	Kalau pada dasarnya masih <i>Cash basic</i> , tetapi menuju ke <i>accural basic</i> , <i>accrual basicnya</i> masih sebatas data kolekting untuk persediaan, piutang, hutang, dan belum on-line. Untuk di keuangannya sendiri masih <i>cash basic</i> tetapi kalau laporan keuangannya sudah <i>accural basic</i> , karena tidak dilakukannya <i>accural basic</i> karena belum sambung ke persediaan. Kalau <i>accural basic</i> kas dengan barang harus sama. Itu belum ada

		karena komputer nya belum ada, jadi di akhir tahun di lakukan rekonsiliasi, dan secara umum masih <i>cash basic</i> begitu juga dengan laporan keuangannya ke Pemda, karena pemda juga masih mewajibkan pemakaian <i>cash basic</i> .
2	Apakah utilisasi dan efisiensi keuangan disetiap unit sudah berjalan?	Kalau ke unit belum karena hal itu sudah ke akuntansi biaya, karena RSUD Tarakan masih melakukan pengelompokan baiayanya ke per mata anggaran, yaitu Farmasi, Diklat, Pemeliharaan, Rumah Tangga, Belanja Pegawai, dan Gizi. di pegang oleh masing-masing bagian. Dari masing - masing bagian yang menyalurkannya kebutuhannya masing.
3	Sumber keuangan ada dua yaitu penerimaan swadana/BLU dan subsidi. Bagaimana dengan penerimaan dan pendapatan masih bisa bertahan kalau subsidi dikurangi?	Dengan tarif yang sekarang untuk rawat jalan Rp. 5000.- otomatis tidak akan kecukupan tanpa subsidi, kalau subsidi dikurangi maka akan terjadi mal praktik. Sebenarnya unit costnya itu ditutupin. Kalau subsidi dikurangnya maka harus diganti dengan PSO (<i>public service obligation</i>). Kalau subsidi di kurangi maka tarifnya jangan ditentukan oleh Pemda jadi biar seimbang, kalau tidak begitu tidak akan cukup untuk biaya operasional dan obat-obatan rumah sakit
4	Bagaimana dengan keterlambatan turunnya subsidi atau anggarannya yang terlambat dari Pemda?	Kalau sekarang sampai bulan april masih bisa ditanggulangi untuk biaya operasional, kecuali untuk biaya pengadaan obat-obatan.karena biaya obat-

		obatan sangat besar, dan itu pun dibayarnya secara cicilan dan akan sangat mengganggu <i>cash flow</i> nya rumah sakit.
5	Apa menurut ibu yang menjadi faktor kekuatan dan faktor kelemahan dalam manajemen keuangan?	Kekuatannya adalah adanya aturan keuangan yang tepat. Kelemahannya birokrasi sangat berbelit, baik di luar RSUD Tarakan maupun internal sendiri RSUD Tarakan
6	Bagaimana dengan pendapatan, apakah ada peningkatan?	Iya ada peningkatan, apalagi saat ini banyak perusahaan obat-obatan yang masuk ke rumah sakit, dan ini akan menjadi peluang untuk RSUD Tarakan untuk terus meningkatkan pendapatan. Apalagi obat-obatan mempunyai daya ungkit yang tinggi dalam hal peningkatan pendapatan, akan tetapi juga obat-obatan mempunyai modal yang besar dalam hal pengadaannya. Dan kalau untuk lebih besar marginnya ya tindakan salah satunya yang bisa diandalkan, karena modalnya tidak terlalu besar, jadi marginnya akan semakin kelihatan.

Transkrip Wawancara Mendalam Dengan Kabag Perencanaan dan Program

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Dalam memasuki era informasi sekarang ini diperlukan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS), apakah RSUD Tarakan sudah adanya unit	Sejarahannya panjang, jadi dulu sudah pernah ada pada tahun 2004, dan diujicoba pada tahun 2005 akan tetapi tidak optimal. Kebetulan program yang digunakan program Urecel, dan begitu juga dengan penguasaan

	<p>yang membidangi atau bertanggung jawab terhadap SIM-RS?</p>	<p>teknis urecel belum ada di RSUD Tarakan. Begitu juga dengan yang membngun itu tidak terikat kontrak yang panjang. Dan pada tahun 2005 ada pembangunan gedung akhirnya sisitem jaringannya putus dan tidak bisa digunakan lagi. Akhirnya setelah selesai pembangunan gedung pada tahun 2007, maka diajukan lagi untuk mengadakan infrastruktur pemasangan jaringan, dan jaringannya sudah ada di RSUD Tarakan saat ini. Pada tahun 2007 terdapat kekeliruan mengenai anggaran yang diajukan ke Pemda. Dimana perubahan anggarannya bahwa SIMRS itu termasuk ke dalam Investasi gedung barang dan jasa. Berdasarkan Permendagri no 17 Tahun 2008, SIMRS tidak merupakan investasi akan tetapi itu termasuk jasa. Akan tetapi itu memerlukan <i>maintenace</i> setiap tahun. Sehingga dialihkan untuk mengadakan hardware secara keseluruhan termasuk PC yang berjumlah 62 unit dan server 2 unit. Sehingga infra struktur SIMRS yang ada saat ini jaringan beserta hardwarenya, yang belum ada softwarenya, dan harapan itu bisa di masukkan ke dalam perencanaan tahun 2008.</p>
2	<p>Apakah sistem informasi terhadap pasien (Rekam Medik) sudah menggunakan sistem komputer?</p>	<p>Itu belum dilakukan , oleh karena itu sekarang kami sangat kewalahan dalam memerlukan data dan begitu juga pada saat untuk pengambilan keputusan kita agak sedikit bernasalah.</p>

3	Apakah faktor kekuatan dan kelemahan SIM-RS?	<p>Kekuatannya infrastrukturnya sudah ada (70%) sudah ada dan tinggal software nya saja serta pelaksanaannya.</p> <p>Kelemahannya kapasitas dan kompetensi SDM yang akan bertugas di SIMRS masih belum memiliki kapasitas untuk menguasai tentang IT.</p>
4	Bagaimanakah keberadaan perangkat komputer yang dimiliki oleh RSUD Tarakan?	<p>Khusus untuk SIMRS komputernya masih tersimpan beserta hardwarenya dan kondisinya masih bagus, dan tinggal hanya softwarenya aja yang belum ada. Dan kalau kelamaan bisa saja hardwarenya rusak.</p>
5	Bagaimanakah tingkat pemanfaatan komputer yang ada di RSUD Tarakan saat ini?	<p>Kalau hanya sistem menggunakannya saja sudah bagus (80 %) sudah menggunakan komputer.yang menjadi masalah adalah SDM nya yang masih belum terlalu menguasai masalah komputer.</p>
6	Apakah ada bagian khusus/orang /staf yang ditempatkan untuk membidangi masalah komplain/keluhan pasien?	<p>Ada yaitu bagian informasi, dengan cara menempatkan kotak-kotak saran di dtiap ruangan baik rawat inap dan rawat jalan. Setiap dua bulan sekali dikumpulkan dan dilakukan telaah mengenai keluhan-keleuhan yang di laporkan pasien kepada rumah sakit.</p>
7	Apakah pernah dilakukan nya survey kepuasan pelanggan?	<p>Pernah dan bahkan masih berlanjut sampai sekarang yaitu dengan cara menanyakan langsung ke pasien dan juga dengan mengumpulkan laporan klaim pasien yang dimasukkan ke kotak saran yang ada di setiap ruangan rumah sakit.</p>
8	Berapa lama sekali biasanya survey kepuasan tersebut	<p>Biasanya paling lama 2 (dua) bulan sekali. Dan kalau ada pasien yang tidak puas kita</p>

	dilakukan?	sebisa mungkin menegur petugas dan melakukan perbaikan ke arah yang lebih bagus untuk kesempurnaan dari pelayanan yang akan diterima oleh pasien yang berkunjung ke rumah sakit.
--	------------	--

Transkrip Wawancara Mendalam Dengan Kabid Pelayanan

No	Pertanyaan	Jawaban
A VISI		
1	Bagaimana pendapat bapak tentang visi yang ada di RSUD Tarakan dan apakah sesuai dengan perkembangan situasi dan kondisi RSUD Tarakan saat ini?	Visi yang lama sudah tidak relevan lagi dengan keadaan saat ini, maka kita kemarin waktu kita mengadakan proses penyusunan renstra di hotel treva yaitu untuk mengevaluasi visi yang ada saat ini.
2	Seberapa jauh orang-orang dalam Rumah Sakit ini yang memahami visi tersebut?	Idealnya kalau membuat visi melibatkan semua komponen, akan tetapi pada saat itu belum terwakili semua, bahkan orang-orang komite medik mempertanyakan tentang visi tersebut, dan apakah sudah relevan. Dan sosialisasinya belum .
3	Apakah perlu adanya perubahan dalam visi tersebut, baik isinya keseluruhan atau hanya sekedar menyempurnakan kata-katanya saja? Jika ya, apa usulannya?	Perlu ada perubahannya, karena visi tersebut sudah tidak relevan lagi, dan untuk saat ini visi tentang Rumah Sakit Kebanggaan Masyarakat DKI Jakarta dan Bertaraf Internasional.

4	Sesuai dengan visi Rumah Sakit yang ada, seberapa jauh RSUD Tarakan mencapai kondisi sesuai visi tersebut? Hal-hal apa saja yang sudah mencerminkan tercapainya visi? Dan hal-hal apa yang masih perlu dilakukan untuk tercapainya visi?	Pencapaiannya masih jauh dari harapan, karena kalau bicara internasional bicara global, karena kita belum siap untuk berkompetisi secara global, karena visi tersebut belum optimal didalam menjalankan tugasnya.
B MISI		
6	Apakah misi yang ada sudah sesuai dengan situasi dan kondisi saat ini, baik dari segi pemerintah maupun masyarakat?	Misinya belum tercapai karena belum bisa memberikan kepada masyarakat, begitu juga dengan pemerintah .
7	Apa saja aktivitas RSUD Tarakan yang merupakan bentuk nyata dari pelaksanaan misi tersebut?	Aktivitas dari bentuk nyata misi itu ada tetapi masih terbatas, dikarenakan kemampuan keuangan daerah dan rumah sakit. Apalagi kalau seorang petugas itu PNS maka harus mengikuti aturan dari Pemda, apalagi kalau hal
8	Dalam kegiatan sehari-hari, apakah RSUD Tarakan sudah melaksanakan kegiatan sesuai dengan misi tersebut? Misi mana yang perlu dijalankan lebih konsisten?	Belum optimal dalam melaksanakan kegiatannya sehari-hari. Jadi visi dan misi yang ada saat ini belum dijalankan secara optimal dan bahkan belum bisa dijalanka. Sebenarnya kita harus optimesme yaitu dengan terus memberikan kesejahteraan yang mapan untuk tenaga SDM yang ada di RSUD Tarakan.

9	Seberapa jauh orang-orang di RSUD Tarakan memahami misi ini?	Saya kira yang memahami misinya sekitar 30 %, dikarenakan mereka kurang mendapat sosialisasi, dan mereka juga kurang mau tahu atau apatis dengan misi dan visi , karena mereka hanya bekerja untuk menghasilkan uang, dan kesimpulannya bahwa visi dan misi itu hanya di tingkat level manajer yang lebih mengerti.
C Strategi		
11	Bagaimana langkah-langkah strategi yang dilakukan oleh RSUD Tarakan dalam mencapai visi?	RSUD tarakan sudah berupaya ke arah visi bertaraf internasional, terutama SDM harus juga bertaraf internasional, begitu juga dengan sarana nya, dan begitu juga dengan <i>Bench Marking</i> nya belum dijalankan secara sebenarnya. Dan <i>bench marking</i> nya hanya dilakukan di lingkungan lokal. Kalau itu yang dilakukan bagaimana kita mau menuju ke arah bertaraf internasional kalau hanya kita melihat perumahan sakitan di domestik saja. Dan akhirnya benang merahnya tidak ketemu.
12	Apakah strategi yang ada relevan dengan kondisi saat ini dan tantangan kedepan?	Kurang, RSUD Tarakan harus lebih optimal lagi, yaitu dengan terus mempersiapkan diri, karena rumah sakit daerah kan misinya masyarakat kurang mampu, dan selebihnya baru boleh kita melakukan pelayanan kepada masyarakat yang mampu. Dan kita jangan terlalu bermimpi terlalu jauh untuk menuju ke arah internasional kalau kita belum siap. Maka oleh itu kita harus meakukan pembenahan ke internal nya dulu

		dari segala lini. Dan setelah itu baru boleh merencanakan kearah yang bertaraf internasional.
16	Bagaimana pelaksanaan strategi untuk meningkatkan pelayanan prima?	RSUD Tarakan belum mampu dalam melaksanakan dalam bentuk pelayanan prima. Pelayanan Prima yaitu pelayanan yang melebihi standar, maka oleh itu mulai sekarang RSUD Tarakan harus kerja keras untuk mencapai dalam meningkatkan pelayanan prima. Baik dalam hal SDM, sarana, dan egitu juga dengan regulasinya.

