

TESIS

**ANALISIS PENILAIAN KINERJA DENGAN PENDEKATAN BALANCED
SCORECARD DAN STRATEGI PENGEMBANGAN
DI RSUD TENRIAWARU BONE TAHUN 2022**

**PERFORMANCE ASSESSMENT ANALYSIS WITH BALANCED
SCORECARD APPROACH AND DEVELOPMENT STRATEGY
AT TENRIAWARU BONE HOSPITAL IN 2022**

RINA

K022202008



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS PENILAIAN KINERJA DENGAN PENDEKATAN BALANCED
SCORECARD DAN STRATEGI PENGEMBANGAN
DI RSUD TENRIWARU BONE TAHUN 2022**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister

Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit

Disusun dan diajukan oleh

**RINA
K022202008**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PENILAIAN KINERJA DENGAN PENDEKATAN BALANCE
SCORECARD DAN STRATEGI PENGEMBANGAN DI RSUD TENRIWARU
BONE TAHUN 2022**

Disusun dan diajukan oleh

Rina
NOMOR POKOK K022202008

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 22 Mei 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.



Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS
NIP. 19650210 199103 1 00 6

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes.
NIP. 19630105 199003 1 00 2

Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2
Administrasi Rumah Sakit



Prof. Sukri Paluturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 00 1

Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.
NIP. 19650210 199103 1 00 6

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : RINA

Nomor Pokok : K022202008

Program Studi : Magister Administrasi Rumah Sakit

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul: **ANALISIS PENILAIAN KINERJA DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD DAN STRATEGI PENGEMBANGAN DI RSUD TENRIAWARU BONE TAHUN 2022** adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Maret 2023

Yang Menyatakan,



RINA

UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Analisis Penilaian Kinerja Dengan Pendekatan Balanced Scorecard Dan Strategi Pengembangan Di Rsd Tenriawaru Bone Tahun 2022**”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS** selaku pembimbing I dan **Prof. Dr. Drg. Andi Zulkifli M.Kes** selaku pembimbing II, yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan, serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini. Penulis mengucapkan rasa terima kasih kepada **Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc**, **Dr. Fridawaty Rivai, S.KM., M.Kes**, dan **Dr. Irwandy, S.KM., M.Sc.PH., M.Kes** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.

Tidak lupa penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada segenap keluarga besar atas segala bentuk dukungan, doa, kesabaran, pengorbanan dan semangat yang tidak henti-hentinya, terkhusus kepada suami tercintah Ayyub Arrahman, SP, MSi dan kedua anak saya Habib An Najjar dan Sholahuddin Al Ayyubi, serta mertua saya bapak Ir. Soedjak Saenong dan Hj. Syariwana, SE yang telah memberikan semangat dan doa selama ini.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. **Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin dan Seluruh Wakil Rektor dalam lingkup Universitas Hasanuddin.
2. **Bapak Prof. Sukri, SKM.,M.Kes.,M.Sc.,Ph.D**, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. **Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS**, selaku Ketua Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. **Ibu Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM** selaku penasehat akademik selama menempuh pendidikan di Program Studi Manajemen Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
5. Seluruh dosen dan staf Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi, masukan dan pengetahuan.
6. Bapak Direktur UPT RSUD Tenriawaru atas dukungannya yang telah mengizinkan dan memberikan kelonggaran kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan S2 serta Seluruh staf RSUD Tenriawaru atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian.

7. Teman-teman seperjuangan MARS 2020 yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Wassalamualaikum wr wb.

Makassar, Maret 2023

RINA

ABSTRAK

RINA. *Analisis Penilaian Kinerja Dengan Pendekatan Balanced Scorecard Dan Strategi Pengembangan Di Rsud Tenriawaru Bone Tahun 2022.* (Dibimbing oleh **Syahrir A. Pasinringi dan Andi Zulkifli**)

Pengukuran kinerja merupakan faktor penting bagi suatu organisasi, baik untuk saat ini maupun masa mendatang. Penggunaan konsep *Balanced Scorecard (BSC)* diharapkan dapat mengurangi kelemahan yang ada pada pengukuran kinerja yang hanya berorientasi pada aspek keuangan saja maupun indikator mutu layanan kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis bagaimana kinerja berdasarkan metode *Balanced Scorecard* di RSUD Tenriawaru Bone.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods* yaitu kualitatif dan kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner, wawancara, dan Observasi Dokumen. Untuk memperoleh data dari kuesioner, sampel dalam penelitian ini adalah 100 pasien dan 89 karyawan.

Hasil menunjukkan, berdasarkan pendekatan *BSC*, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan memperoleh skor 8,5, Perspektif Bisnis Internal 32,5, Perspektif Pelanggan 12, dan Keuangan 16,834, dari Tenriawaru hasil perhitungan kinerja RSUD Tenriawaru Bone memperoleh total skor 69,834 dan termasuk dalam kategori BBB (sedang) dari kategori maksimal AA (Baik). Dapat disimpulkan bahwa perspektif terendah pembelajaran dan pertumbuhan. Diharapkan bahwa manajemen mengevaluasi seluruh unit untuk perbaikan kinerja rumah sakit ke depan. Untuk penelitian selanjutnya, sebaiknya meneliti tentang hubungan ataupun pengaruh antar perspektif terhadap kinerja rumah sakit.

Keywords: Penilaian Kinerja, *Balanced Scorecard*, Rumah Sakit



ABSTRACT

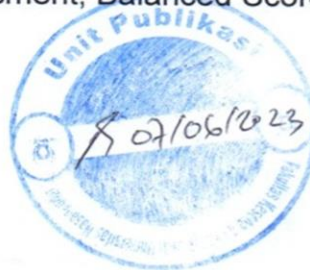
RINA. *Performance Assessment Analysis with Balanced Scorecard Approach and Development Strategy at Tenriwaru Bone Hospital in 2022.* (Supervised by **Syahrir A. Pasinringi dan Andi Zulkifli**)

Performance measurement is an important factor for an organization, both for the present and the future. The use of the Balanced Scorecard (BSC) concept is expected to reduce the weaknesses in performance measurement that are only oriented towards financial aspects as well as indicators of health service quality.

This research aimed to analyze the performance based on the BSC method at Tenriwaru Bone Hospital. This research used a mixed methods approach, namely qualitative and quantitative with a cross sectional approach. Data collection used questionnaires, interviews, and document observation. In order to obtain data from the questionnaire, the sample in this study were 100 patients and 89 employees.

The results show, based on the BSC approach, the learning and growth perspective obtained a score of 8.5, the Internal Business Perspective 32.5, the Customer Perspective 12, and Finance 16.834, from the results of performance calculations at Tenriwaru Bone General Hospital obtained a score of 69.834 and were included in category BBB (medium) from maximum category AA (Good). It can be concluded that the lowest perspective is learning and growth. It is hoped that management evaluates all units for future hospital performance improvements. For further research, it is advisable to examine the relationship or influence between perspectives on hospital performance.

Keywords: Performance Assessment, Balanced Scorecard, Hospital



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
<i>ABSTRAK</i>	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Kajian Masalah	10
1.3. Rumusan Masalah.....	15
1.4. Tujuan Penelitian	15
1.4.1. Tujuan Umum	15
1.4.2. Tujuan Khusus.....	16
1.5. Manfaat Penelitian	16
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	17
2.1. Tinjauan Umum Tentang Strategi	17
2.1.1. Pengertian Startegi	17
2.1.2. Perbedaan Manejemen Strategi Tradisional Dengan Manajemen Strategi berbasis Balance Scorecard	17
2.2. Tinjauan Teori Tentang Kinerja.....	21
2.2.1. Pengertian Kinerja	21
2.2.2. Penilaian Kinerja.....	23
2.2.3. Beberapa Sistem Penilaian Kinerja.....	24
2.3. Tinjauan Teori tentang Balanced Scorecard	27
2.3.1. Pengertian Balanced Scorecard	27
2.3.2. Sejarah Balance Scorecard	28
2.3.3. Perspektif Balance Scorecard.....	31
2.3.4. Keunggulan Balanced Scorecard.....	36

2.4.	Penelitian Terdahulu	37
2.5.	Kerangka Teori	42
2.5.1.	Mapping Kerangka Teori Balanced Scorecard	43
2.6.	Kerangka Konsep	46
2.7.	Definisi Operasional Variabel.....	48
BAB III. METODE PENELITIAN		75
3.1.	Jenis Penelitian.....	75
3.2.	Lokasi Dan Waktu Penelitian	75
3.3.	Populasi dan Sampel Penelitian	76
3.3.1.	Populasi.....	76
3.3.2.	Sampel	76
3.4.	Jenis Dan Sumber Data.....	79
3.4.1.	Data Primer	79
3.4.2.	Data Sekunder.....	79
3.5.	Teknik Pengumpulan Data.....	79
3.6.	Teknik Analisis Data.....	80
3.7.	Pengolahan Data.....	80
BAB IV. HASIL PENELITIAN.....		82
4.1.	Karakteristik Rumah Sakit Tenriawaru di Kabupaen Bone	82
4.1.1	Visi, Misi dan Motto	83
4.2.	Hasil Penelitian	86
BAB V. PEMBAHASAN		101
5.1.	Kinerja Rumah Sakit dari Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	122
5.2.	Kinerja Rumah Sakit dari Perspektif Proses Bisnis Internal	107
5.3.	Kinerja Rumah Sakit dari Perspektif Pelanggan	112
5.4.	Kinerja Rumah Sakit dari Perspektif Keuangan	114
5.5.	Kinerja Rumah Sakit RSUD Tenriawaru Bone berdasarkan Balanced Scorecard dan keterkaitan antar perspektif	122
5.6.	Strategi Pengembangan Kinerja RSUD Tenriawaru Bone	124
5.7.	Keterbatasan Penelitian.....	127
BAB VI. PENUTUP		128
6.1.	Kesimpulan.....	128
6.2.	Saran.....	129
DAFTAR PUSTAKA		131
LAMPIRAN.....		137

DAFTAR TABEL

Nomor Urut		Halaman
Tabel 1.1.	Laporan Kinerja RSUD Tenriwaru Bone	7
Tabel 2.2.	Penelitian Terdahulu	37
Tabel 3.2	Mapping Kerangka Terori Balanced Scorecard di RSUD Tenriwaru Bone 2022	43
Tabel 4.2	Definisi Operasional Variabel Penelitian	48
Tabel 5.3.	Distribusi Sampel Pasien Berdasarkan Instaslasi Pelayanan	77
Tabel 6.3.	Distribusi Sampel Pegawai Berdasarkan Jenis Pegawai ...	77
Tabel 7.4.	Skor Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	86
Tabel 8.4.	Skor Perspektif Bisnis Internal	87
Tabel 9.4.	Skor Perspektif Pelanggan	90
Tabel 10.4.	Skor Perspektif Keuangan	91
Tabel 11.4.	Skor Akhir Kinerja RSUD Tenriwaru Berdasarkan Perspektif Balance Scorecard	93
Tabel 12.4.	Hasil Rekomendasi <i>Focus Group Discussion</i> dengan Pejabat Struktural di Lingkup RSUD Tenriwaru berdasarkan perspektif balanced scorecard.....	95
Tabel 13.5	Completed Balanced Scorecard RSUD Tenriwaru Bone.....	125

DAFTAR GAMBAR

Nomor Urut		Halaman
Gambar 1.1.	Kajian Masalah	14
Gambar 2.2.	Perbedaan Tahapan Manajemen Stategik Tradisional dan Manajemen Strategik Berbasis Balanced Scorecard	19
Gambar 3.2.	Kerangka Teori (Norton dan Kaplan, 1986)	42
Gambar 4.2.	Kerangka Konsep Penelitian	47
Gambar 5.4.	RSUD Tenriawaru	82
Gambar 6.4.	Bagan Struktur Oragnisasi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone	85
Gambar 7.4	<i>Focus Group Discussion</i> tanggal 9 Januari 2023	94

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Urut		Halaman
Lampiran 1.	Kuisisioner Penelitian	110
Lampiran 2.	Output Penelitian	113
Lampiran 3.	<i>Curriculum Vitae</i>	145

DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ASQC	: <i>American Society of Quality Control</i>
BLUD	: <i>Badan Layanan Umum Daerah</i>
BOR	: <i>Bed Occupying Rate</i>
BSC	: <i>Balance Score Card</i>
CQI	: <i>Continues Quality Improvement</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FMS	: <i>Facility Management and Safety</i>
GDR	: <i>Gros death Rate</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ISO	: <i>International Organization for Standardization</i>
JCI	: <i>Joint Commission International</i>
LAKIP	: <i>Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah</i>
LOS	: <i>Length of stay</i>
MBNQA	: <i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>
MCI	: <i>Management of Communication and Information</i>
OFI	: <i>Opportunity for Improvement</i>
PAMP	: <i>Pengukuran, Analisis, dan Manajemen Pengetahuan</i>
PCI	: <i>Prevention and Control of Infections</i>
PNS	: <i>Pegawai Negeri Sipil</i>
QPS	: <i>Quality Improvement and Patient Safety</i>
RSUD	: <i>Rumah Sakit Umum Daerah</i>
SK	: <i>Surat Keputusan</i>
SQE	: <i>Staff Qualifications and Educations</i>
TK2D	: <i>Tenaga Kerja Kontrak Daerah</i>
TOI	: <i>Turn Over Interval</i>
TQM	: <i>Total Quality Management</i>
VMN	: <i>Visi, Misi, Nilai</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit pada awalnya merupakan salah satu jaringan pelayanan kesehatan, yang dalam melaksanakan kegiatannya mengutamakan nilai-nilai sosial, pada saat ini telah tumbuh menjadi sebuah organisasi industri penghasil produk jasa pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, pengelolaannya tidak terlepas dari prinsip-prinsip manajemen sebuah industri. Meskipun pada pelaksanaannya membutuhkan pendekatan yang berbeda karena produk jasa pelayanan kesehatan mempunyai ciri khas ketidakpastian (*uncertainty*), informasi tidak seimbang (*asymmetry of information*) dan dampak luar (*externality*). Sebagaimana konsep dasar sebuah organisasi industri, maka produk rumah sakit yang berupa jasa pelayanan kesehatan dituntut untuk mampu memenuhi kebutuhan pelanggannya yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga penciptaan budaya mutu menjadi prasyarat mutlak agar rumah sakit dapat memenuhi tuntutan tersebut. Untuk mencapai kondisi tersebut, rumah sakit harus melakukan *organization development* yang merupakan suatu strategi perubahan perilaku jangka panjang yang terencana dengan baik.

Secara umum, rumah sakit sebagai organisasi jasa memiliki karakteristik yaitu kinerja yang dihasilkannya tidak berwujud dan cepat hilang, produk yang diberikan lebih dapat dirasakan daripada dimiliki, serta pelanggan dapat lebih berpartisipasi aktif dalam proses memproduksi dan mengkonsumsi jasa (Kotler dan Keller, 2006). Oleh karena itu, kinerja rumah sakit lebih sulit diukur, terutama dalam hal kualitas layanan (Ko *et al.*, 2010).

Pengukuran kinerja menurut Lohman (2004) merupakan suatu aktivitas penilaian pencapaian target-target tertentu yang diderivasi dari tujuan strategis organisasi. Pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang sangat penting bagi organisasi karena pengukuran kinerja merupakan usaha memetakan strategi kedalam tindakan pencapaian tertentu (Giri, 1998). Sistem pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai alat pengendalian organisasi, karena pengukuran kinerja diperkuat dengan menetapkan *reward* dan *punishment system* (Ulum, 2009).

Pengukuran kinerja merupakan faktor penting bagi suatu organisasi, baik untuk saat ini maupun masa mendatang. Pengukuran kinerja hendaknya mampu menerjemahkan visi, misi, dan strategi yang dapat ditinjau dari segi keuangan maupun non keuangan suatu organisasi ke dalam tujuan operasionalnya (Gasperz, 2003). Pengukuran kinerja yang hanya dilihat dari segi keuangan akan berakibat pada orientasi perusahaan dari segi keuangan akan berakibat pada orientasi perusahaan yang mengarah pada kepentingan jangka pendek, tanpa memperhatikan kelangsungan hidup perusahaan untuk jangka panjang (Kaplan dan Norton, 2000).

Atas dasar kekurangan di atas, maka muncullah suatu bentuk pengukuran kinerja baru yaitu *Balanced Scorecard* (BSC). BSC menjelaskan bahwa tujuan unit usaha tidak hanya dinyatakan dalam suatu ukuran keuangan saja, melainkan dijabarkan lebih lanjut ke dalam pengukuran bagaimana unit usaha menciptakan nilai terhadap pelanggan yang ada sekarang dan masa mendatang, dan bagaimana unit usaha tersebut harus meningkatkan kemampuan internalnya, termasuk investasi pada manusia, sistem, dan prosedur yang dibutuhkan untuk memperoleh kinerja yang lebih baik di masa mendatang.

Balance Scorecard menerjemahkan misi organisasi dan strategi ke dalam tujuan-tujuan operasional dan mengukur kinerja untuk empat perspektif yang berbeda (Kaplan dan Norton, 2000). Keempat perspektif tersebut adalah perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Perspektif keuangan, dimana ukuran keuangan penting adanya untuk memberikan ringkasan konsekuensi dari tindakan ekonomi yang telah diambil oleh organisasi, dan untuk melihat apakah suatu strategi perusahaan memberikan kontribusi dalam meningkatkan laba. Perspektif pelanggan dimana pelanggan merupakan pihak luar yang setiap saat menggunakan produk perusahaan, yang akan menjadi sumber penerimaan pendapatan perusahaan.

Perspektif bisnis internal, bertujuan untuk mengamati berbagai proses operasional yang penting bagi kelangsungan aktivitas organisasi. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, bertujuan untuk mengidentifikasi infrastruktur perusahaan yang harus dibangun atau ditambahkan dalam menciptakan pertumbuhan dan peningkatan kinerja jangka panjang.

Pemanfaatan *BSC* sebagai metode pengukuran kinerja lebih banyak digunakan pada perusahaan yang menghasilkan barang, akan tetapi juga dapat diterapkan pada rumah sakit yang bergerak di bidang jasa. Sebagai contoh Peel Memorial Hospital Vancouver Canada dan Mayo Clinic di United States. Kedua rumah sakit tersebut telah menggunakan kerangka pengukuran kinerja dan evaluasi serta menerapkannya ke dalam perencanaan strategik organisasi untuk meningkatkan kinerja (Griffith, 2000).

Menurut Banchieri et al (2011), menemukan bahwa dari 161 artikel yang berhubungan dengan judul/abstrak *BSC*, 53 (33%) diantaranya diterapkan pada sektor kesehatan. Mereka memperkirakan bahwa artikel yang diterbitkan pada sektor kesehatan karena mayoritas penulis adalah dokter, dengan 40 dari 53 artikel tentang *BSC* di sektor kesehatan telah

dipublikasikan di jurnal medis. Hal ini diikuti oleh sektor publik yang menyumbang 18% dari makalah, sektor pendidikan di tempat ketiga dengan 17 artikel. Ada 12 makalah yang mempelajari organisasi lebih dari satu sektor, seperti rumah sakit umum dan rumah sakit pendidikan.

Pada rumah sakit, untuk dapat memberikan pelayanan yang prima bagi masyarakat perlu disusun visi, misi, tujuan, sasaran serta indikator keberhasilan yang dikelompokkan dalam bentuk rencana strategik. Zelman (2003), berpendapat bahwa manajemen dari suatu sistem kesehatan harus mengembangkan *BSC* yang menghubungkan organisasi dengan strategi dan pengukuran kinerja manajemen.

Beberapa penelitian sebelumnya seperti Hartati (2012), meneliti tentang penerapan *BSC* sebagai tolak ukur pengukuran kinerja pada RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Penelitian tersebut memberikan hasil RSUD Dr. Moewardi Surakarta memungkinkan untuk menerapkan *BSC*, karena dengan *BSC* semua aspek dapat diukur. Penerapan *BSC* dimungkinkan karena rumah sakit telah memformulasikan visi, misi dan strateginya dan hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja rumah sakit dikatakan cukup baik dengan menggunakan *BSC*.

Pramadhany dan Rahardjo (2010), tentang penerapan metode *BSC* sebagai tolak ukur pengukuran kinerja pada organisasi nirlaba. Penelitian tersebut memberikan hasil bahwa Rumah Sakit Bhayangkara Semarang memungkinkan untuk menerapkan *BSC*. Penerapan *BSC* melalui empat perspektif, yaitu perspektif keuangan, pelanggan, proses bisnis internal dan pembelajaran dan pertumbuhan, dinilai cukup baik untuk diterapkan. Berdasarkan pengukuran *BSC*, rumah sakit perlu memperhatikan beberapa aspek kinerja dari keempat perspektif *BSC* yang dinilai masih berada pada tingkat kurang dan cukup. Aspek yang dinilai kurang adalah pertumbuhan pendapatan dan akuisisi pelanggan. Aspek yang dinilai cukup adalah penurunan biaya, retensi pelanggan, tingkat pelayanan, retensi karyawan dan pelatihan karyawan.

Penggunaan konsep *BSC* diharapkan dapat mengurangi kelemahan yang ada pada pengukuran kinerja yang hanya berorientasi pada aspek keuangan saja maupun indikator mutu layanan kesehatan. Metode *BSC* merupakan sistem manajemen bagi perusahaan untuk berinvestasi dalam jangka waktu panjang, untuk pelanggan (*customer*), pertumbuhan dan pembelajarkaryawan, termasuk manajemen (*learning and growth*), proses bisnis internal demi memperoleh hasil-hasil finansial yang memungkinkan perkembangan organisasi dan memberikan suatu kerangka kerja bagi pihak manajemen untuk menerjemahkan misi dan strategi organisasi kedalam tujuan-tujuan dan ukuran-ukuran (Huda, 2013).

Dalam pelaksanaan kegiatan rumah sakit umum daerah masih banyak dijumpai berbagai kendala dalam pengelolaannya, baik dari aspek manajemen maupun operasional. Hal ini sangat dipengaruhi oleh berbagai tuntutan dari lingkungan yang ada, antara lain rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya pelayanan kesehatan yang terjangkau.

Dipandang dari segmentasi kelompok masyarakat, secara umum rumah sakit pemerintah merupakan layanan jasa yang menyediakan untuk kalangan menengah ke bawah, sedangkan rumah sakit swasta melayani masyarakat kelas menengah ke atas. Biaya kesehatan cenderung terus meningkat, dan rumah sakit dituntut untuk secara mandiri mengatasi masalah tersebut. Peningkatan biaya kesehatan menyebabkan fenomena tersendiri bagi rumah sakit pemerintahan karena rumah sakit pemerintah memiliki segmen layanan kesehatan untuk kalangan menengah ke bawah.

Masnah (2012), menjelaskan bahwa dengan adanya fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada RSUD diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanan dan kinerja keuangan sehingga rumah sakit mampu memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dan dapat bersaing dengan kompetitor nya.

Penerapan pola pengelolaan keuangan BLUD memberikan peluang bagi RSUD untuk bertindak lebih responsif dan agresif dalam menghadapi tuntutan masyarakat dan eskalasi perubahan yang cepat di bidang kesehatan dengan cara melaksanakan prinsip-prinsip ekonomi yang efektif dan efisien, namun tidak meninggalkan jati dirinya dalam mengemban misi sosial untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan publik.

RSUD Tenriawaru merupakan rumah sakit umum daerah kelas B pendidikan milik pemerintah daerah kabupaten Bone. RSUD Tenriawaru sebagai unit kerja yang menerapkan pola keuangan BLUD secara penuh, diberikan fleksibilitas berupa keleluasaan bagi pengelola untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat guna meningkatkan pelayanan publik.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah mengatur mulai dari persyaratan, pengelolaan, hingga pelaporan BLUD. Pengelolaan BLUD seperti perencanaan, penganggaran, pelaksanaan anggaran, pengelolaan belanja, pengelolaan barang, penentuan tarif layanan, piutang, utang, kerjasama, investasi, sisa lebih anggaran dan defisit anggaran serta penyelesaian kerugian diberikan fleksibilitas.

Menteri Kesehatan RI juga menegaskan bahwa Rumah Sakit Daerah pada awal tahun 2012 diwajibkan sudah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD). PPK-BLUD memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan bagi pengelola untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat guna meningkatkan kualitas pelayanan publik. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Tenriawau yang merupakan salah satu rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bone. Sebagai bahan pertimbangan untuk menganalisis kinerja rumah sakit.

Peneliti mengambil beberapa data dalam tiga tahun terakhir dari indikator pelayanan yang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.1. Laporan Kinerja RSUD Tenriwaru Bone Selama Tahun 2019-2021

Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
	2019	2020	2021
1. Persentase Capaian Indikator Layanan Rumah Sakit yang memenuhi standar:			
• Bed Occupancy Rate (BOR) Standar Nasional 60-85%	61%	41%	30%
• Average Length of Stay (ALOS) Standar Nasional 6-9 Hari	3	3	3 Hari
• Turn Over Interval (TOI) Standar Nasional 1-3 Hari	2	5	7 Hari
• Net Death Rate (NDR) Standar Nasional ≤ 25 ‰	17 ‰	23 ‰	21 ‰
• Gross Death Rate (GDR) Standar Nasional ≤ 45 ‰	38 ‰	49 ‰	45 ‰
• Bed Turn Over (BTO) Standar Nasional 40-50 Kali	66 Kali	47 Kali	38 Kali
2. Indeks Kepuasan Masyarakat	79,99	77,25	80,66
3. Persentase Pencapaian Indikator SPM yang memenuhi target	90,88 %	93,33 %	83,8 %
4. Pencapaian Standar Akreditasi Rumah Sakit	100 %	100 %	100 %
5. Realisasi Pendapatan	102 %	99 %	98 %

sumber data: Lakip RSUD Tenriwaru Bone

Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa, Indikator kinerja yang dilaporkan pada LAKIP yaitu, Indikator Layanan rumah sakit, Indeks Kepuasan Masyarakat, Indikator standar pelayanan minimal, standar akreditasi rumah sakit, dan realisasi pendapatan.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran, melalui pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja. Secara

umum pencapaian target kinerja Sasaran Renstra RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2021 dengan membandingkan target dan realisasi kinerja dengan capaian indikator 82,13% kategori Cukup Tercapai.

Penyusunan LAKIP berdasarkan siklus anggaran yang berjalan 1 tahun. Dalam pembuatan LAKIP suatu instansi pemerintah harus dapat menentukan besaran kinerja yang dihasilkan secara kuantitatif yaitu besaran dalam satuan jumlah atau persentase. Manfaat dari LAKIP bisa dijadikan bahan evaluasi terhadap instansi pemerintah yang bersangkutan selama 1 tahun anggaran.

Dalam pengukuran kinerja sektor publik, Mulyono (2017) merekomendasikan tiga pendekatan dalam melakukan pengukuran kinerja di pemerintah daerah, yaitu dengan Balance Scorecard Approach, Logic Model dan Performance Benchmarking. Satu diantara alat-alat untuk menganalisis kinerja adalah *BSC*. Inti dasar *BSC* dipandu oleh visi dan strategi organisasi, yang merupakan dasar untuk pembentukan empat perspektif *BSC* (Bakhsh *et al.*, 2012).

Berbeda dengan sektor swasta, karena sifat output yang dihasilkan sektor publik lebih banyak bersifat tidak berwujud (Mardiasmo, 2004). Selain itu, indikator kinerja keuangan atau finansial bukanlah satu-satunya faktor penentu keberhasilan suatu perusahaan. Kinerja finansial hanya akan baik jika didukung oleh aspek non finansial seperti tingkat kepuasan anggota, inovasi produk, pengembangan perusahaan, dan pengembangan karyawan melalui pelatihan yang dilakukan sehingga dapat memberikan keuntungan kompetitif (*competitive advantage*) bagi perusahaan tersebut (Ciptani, 2000).

Sejumlah literatur menyebutkan bahwa *BSC* merupakan alat manajemen kinerja yang menganalisis dari bidang keuangan dengan mempertimbangkan preferensi pelanggan, proses internal terdiri dari efektivitas dan efisiensi, serta pertumbuhan dan pembelajaran (Porporato *et al.*, 2017). Oleh sebab itu *BSC*, selain digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi dan mengukur kinerja organisasi, *BSC* juga digunakan

sebagai alat pengambilan keputusan mengenai tindakan-tindakan yang harus dilakukan untuk memperbaiki kekurangan dan memajukan organisasi. *BSC* menerjemahkan misi organisasi dan strategi ke dalam tujuan-tujuan operasional dan mengukur kinerja untuk empat perspektif yang berbeda (Kaplan dan Norton, 2000). Keempat perspektif tersebut adalah perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Perspektif keuangan, dimana ukuran keuangan penting adanya untuk memberikan ringkasan konsekuensi dari tindakan ekonomi yang telah diambil oleh organisasi, dan untuk melihat apakah suatu strategi perusahaan memberikan kontribusi dalam meningkatkan laba. Perspektif pelanggan dimana pelanggan merupakan pihak luar yang setiap saat menggunakan produk perusahaan, yang akan menjadi sumber penerimaan pendapatan perusahaan. Perspektif bisnis internal, bertujuan untuk mengamati berbagai proses operasional yang penting bagi kelangsungan aktivitas organisasi. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, bertujuan untuk mengidentifikasi infrastruktur perusahaan yang harus dibangun atau ditambahkan dalam menciptakan pertumbuhan dan peningkatan kinerja jangka panjang.

Penilaian dilakukan dengan menggunakan LAKIP yang sebenarnya hanya menilai dua perspektif kinerja, yaitu terkait perspektif pelanggan dan perspektif bisnis internal, pada penilaian tersebut terjadi penurunan kinerja rumah sakit. Sehingga terdapat Untuk melihat lebih jauh terkait kinerja di RSUD Tenriawaru Bone maka diperlukan metode pengukuran yang lebih komprehensif.

Dengan adanya gap tersebut maka dibutuhkan sebuah penilaian kinerja rumah sakit yang lebih komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan. Sementara itu, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017, dan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor 36 tahun 2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang

Layanan Kesehatan, yang menyatakan bahwa keempat perspektif *BSC* harus dievaluasi secara lengkap. Pengukuran kinerja menggunakan *BSC* dapat mengkaji *tangible* dan *intangibile asset*, serta pengukuran mendalam terkait kinerja masa lalu dan kinerja masa yang akan datang, sehingga evaluasi secara menyeluruh di setiap lini organisasi dapat diimplementasikan serta sangat bermanfaat dalam mengembangkan rencana strategi khususnya pada skala rumah sakit.

1.2. Kajian Masalah

UPT RSUD Tenriawaru Bone adalah RSUD Kelas B milik pemerintah Kabupaten Bone. Kegiatan yang ada di UPT RSUD Tenriawaru Bone yang berorientasi di sektor publik dan digunakan sebagai pusat rujukan di tingkat Kabupaten, sehingga Rumah Sakit ini selalu dituntut untuk dapat memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. Pemberian status BLUD penuh kepada Rumah sakit ini membuka kesempatan yang lebih luas dalam mengelola keuangan secara mandiri untuk meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan. Untuk dapat mewujudkan hal tersebut, diperlukan intervensi sistem manajemen mutu yang handal.

Kinerja organisasi merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi, dan misi organisasi yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi (Moehariono, 2010). Informasi kinerja sangat penting bagi pihak manajemen RSUD Tenriawaru Bone, dengan adanya informasi tersebut, akan diperoleh gambaran mengenai aktivitas yang telah dilakukan, sehingga berdasarkan informasi tersebut, akan menghasilkan suatu keputusan yang bisa mempengaruhi kehidupan dan aktivitas rumah sakit.

Hingga saat ini, RSUD Tenriawaru Bone mengevaluasi kinerjanya mengacu kepada Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dan peraturan yang ditetapkan oleh Pemerintah daerah, dimana akses data kinerja yang dapat dinilai adalah kinerja keuangan dan produktivitas pelayanan rumah sakit.

RSUD Tenriawaru Bone hanya melakukan perbandingan nilai capaian kinerja dengan target yang telah ditetapkan, tidak ada informasi perbandingan dengan rumah sakit lain yang sekelas. Pengukuran kinerja mutu pelayanan secara komprehensif belum dilakukan, hanya menilai kunjungan pelayanan medis dan tingkat efisiensi pelayanan RS. Pengukuran kinerja tidak dilaksanakan secara konsisten dan hanya sedikit hasil kinerja yang dilaporkan, yaitu untuk sebagian kecil area yang penting bagi persyaratan organisasi. Hasil yang dicapai di beberapa indikator kinerja juga masih rendah.

Sistem pengukuran kinerja RSUD Tenriawaru Bone yang berstatus sebagai BLUD saat ini lebih bertumpu kepada indikator keuangan dan mutu pelayanan saja yang dievaluasi melalui LAKIP. Hal ini tidak cukup ideal karena kinerja sektor publik bersifat multidimensional, sehingga tidak ada indikator tunggal yang dapat digunakan untuk mewujudkan kinerja secara komprehensif. Berbeda dengan sektor swasta, karena sifat output yang dihasilkan sektor publik lebih banyak bersifat tidak berwujud (Mardiasmo, 2004).

Selain itu, indikator kinerja keuangan atau finansial bukanlah satu-satunya faktor penentu keberhasilan suatu perusahaan. Kinerja finansial hanya akan baik jika didukung oleh aspek non finansial seperti tingkat kepuasan anggota, inovasi produk, pengembangan perusahaan, dan pengembangan karyawan melalui pelatihan-pelatihan yang dilakukan sehingga dapat memberikan keuntungan kompetitif (*competitive advantage*) bagi perusahaan tersebut (Ciptani, 2000).

Dibutuhkan suatu sistem penilaian kinerja yang mampu mengukur kinerja secara lebih akurat dan komprehensif, yang tidak hanya merupakan alat penilaian kinerja, tetapi berkembang lebih jauh menjadi suatu sistem manajemen strategis yang membantu menerjemahkan dan mengkomunikasikan visi dan misi organisasi, serta memperoleh umpan balik dari pembelajaran. Hal inilah yang mendorong terciptanya penerapan suatu sistem pengukuran kinerja yang tepat dan akurat sebagai alat untuk mengevaluasi kinerja secara keseluruhan. Salah satu alat pengukuran kinerja tersebut adalah *Balance scorecard* (Anthony dan Govindarajan, 2005).

Sementara itu, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017, dan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor 36 tahun 2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan, yang menyatakan bahwa keempat perspektif *BSC* harus dievaluasi secara lengkap.

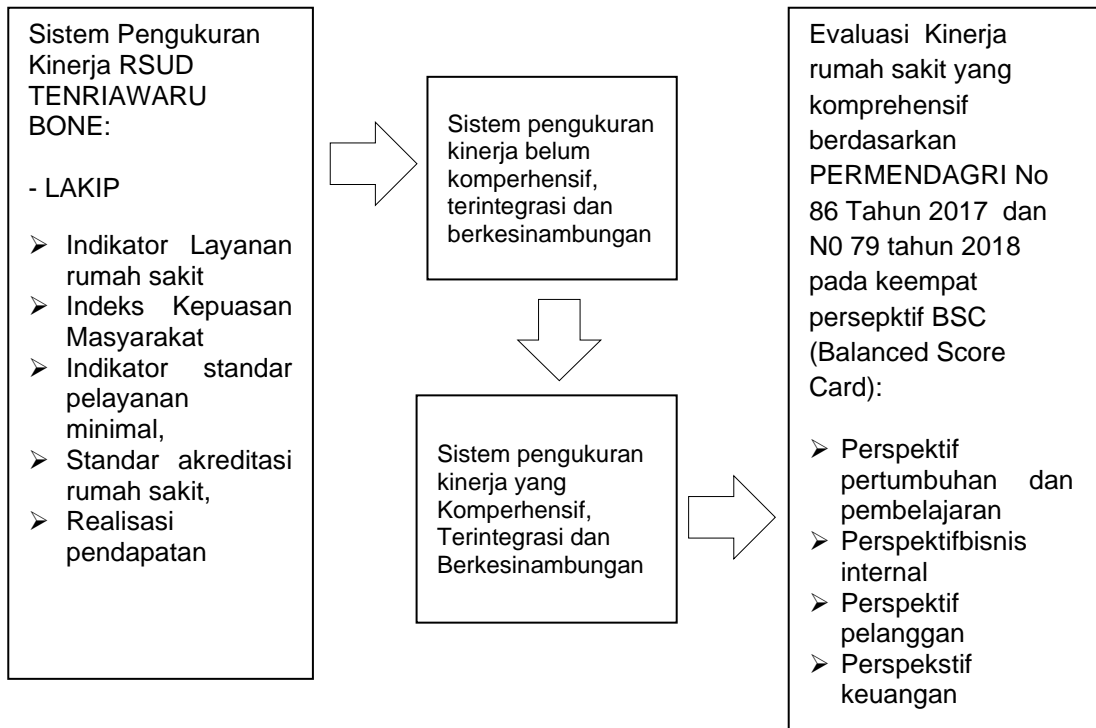
Metode ini pertama kali diperkenalkan oleh Kaplan dan Norton tahun 1992 sebagai seperangkat pengukuran kinerja yang memberikan pandangan yang komprehensif tentang kondisi perusahaan. Penggunaan konsep *BSC* diharapkan dapat mengurangi kelemahan yang ada pada pengukuran kinerja yang hanya berorientasi pada aspek keuangan saja maupun indikator mutu layanan kesehatan.

Metode *BSC* merupakan sistem manajemen bagi perusahaan untuk berinvestasi dalam jangka waktu panjang, untuk pelanggan (*customer*), pertumbuhan dan pembelajarankaryawan, termasuk manajemen (*learning and growth*), proses bisnis internal demi memperoleh hasil-hasil finansial yang memungkinkan perkembangan organisasi dan memberikan suatu kerangka kerja bagi pihak manajemen untuk menerjemahkan misi dan strategi organisasi kedalam tujuan-tujuan dan ukuran-ukuran (Huda, 2013).

Indikator kinerja yang dilaporkan pada LAKIP yaitu, Indikator Layanan rumah sakit, Indeks Kepuasan Masyarakat, Indikator standar pelayanan minimal, standar akreditasi rumah sakit, dan realisasi pendapatan. Dari penilaian kinerja tersebut, salah satu kelemahannya yaitu tidak ada adanya hubungan sebab akibat yang menunjang sistem penilaian kinerja Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tenriawaru, karena LAKIP hanya menunjukkan kinerja secara administratif dan hanya berfokus terhadap output dan outcome. Sehingga melalui *action research* menggunakan sistem penilaian *BSC* dengan melihat dari perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Melakukan analisa kinerja pada RSUD Tenriawaru maka akan diketahui informasi mengenai tingkat efektifitas kinerja rumah sakit secara keseluruhan, sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu bahan masukan dalam pengambilan langkah-langkah strategis selanjutnya guna untuk mewujudkan visi, misi dan tujuan RSUD. Berdasarkan penjelasan di atas peneliti melakukan penelitian dengan menggunakan *BSC* dengan judul “**ANALISIS PENILAIAN KINERJA DENGAN PENDEKATAN BALANCED SCORECARD DAN STRATEGI PENGEMBANGAN DI RSUD TENRIAWARU BONE TAHUN 2022**”.

Adapun Kajian masalah penelitian dalam bentuk bagan dapat dilihat:



Gambar 1.1. Kajian Masalah

Berdasarkan gambar diatas, penilaian kinerja dilakukan RSUD Tenriawaru Bone dilakukan dengan menggunakan LAKIP yang sebenarnya hanya menilai dua perspektif kinerja, yaitu terkait perspektif Keuangan dan perspektif bisnis internal, pada penilaian tersebut terjadi penurunan kinerja rumah sakit sehingga penilaian kinerja tidak secara komprehensif terukur. Sementara itu, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017, dan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor 36 tahun 2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan, yang menyatakan bahwa keempat perspektif *BSC* harus dievaluasi secara lengkap.

Untuk melihat lebih jauh terkait penurunan indikator kinerja di RSUD Tenriawaru Bone maka peneliti mencoba melakukan pengukuran penilaian kinerja rumah sakit dengan menggunakan pendekatan metode *BSC* yang memiliki empat perspektif, yaitu perspektif keuangan, perspektif

pelanggan, perspektif bisnis internal, dan, perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, yang dari hasil penilaian dengan pendekatan *Balanced Scorecard* akan dapat menghasilkan penilaian kinerja RSUD Tenriawaru Bone yang menyeluruh dan dari penilaian bisa dilihat terkait perspektif mana yang membutuhkan perhatian untuk dilakukan perbaikan, peningkatan kinerja dan yang mana perlu dipertahankan.

1.3. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah di atas, maka rumusan masalah dalam kajian ini, yaitu:

1. Bagaimana kinerja dilihat dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran dengan menggunakan metode *Balanced Scorecard di* RSUD Tenriawaru Bone?
2. Bagaimana kinerja dilihat dari perspektif proses bisnis internal dengan menggunakan metode *Balanced Scorecard di* RSUD Tenriawaru Bone?
3. Bagaimana kinerja dilihat dari perspektif pelanggan dengan menggunakan metode *Balanced Scorecard di* RSUD Tenriawaru Bone?
4. Bagaimana kinerja dilihat dari perspektif keuangan dengan menggunakan metode *Balanced Scorecard di* RSUD Tenriawaru Bone?
5. Bagaimana rekomendasi rencana tindak lanjut (strategi pengembangan) melalui *Focus Group Discussion (FGD)* RSUD Tenriawaru Bone?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kinerja di RSUD Tenriawaru Bone.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1) Memperoleh gambaran kinerja dilihat dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran di RSUD Tenriawaru Bone;
- 2) Memperoleh gambaran kinerja dilihat dari perspektif proses bisnis internal di RSUD Tenriawaru Bone;
- 3) Memperoleh gambaran kinerja dilihat dari perspektif pelanggan di RSUD Tenriawaru Bone;
- 4) Memperoleh gambaran kinerja dilihat dari perspektif keuangan di RSUD Tenriawaru Bone;
- 5) Memperoleh gambaran kinerja dilihat dari keempat perspektif di RSUD Tenriawaru Bone;
- 6) Untuk menentukan rekomendasi rencana tindak lanjut (strategi pengembangan) melalui Focus Group Discussion (FGD) di RSUD Tenriawaru Bone.

1.5. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini, yaitu:

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai kontribusi bagi pengembangan pada manajemen mutu rumah sakit.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai masukan bagi rumah sakit dalam hal perbaikan layanan guna meningkatkan kualitas manajemen mutu.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi wadah bagi peneliti untuk mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama masa pendidikan. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi sarana untuk meningkatkan pengetahuan terkait dengan mutu tenaga kesehatan dan ketersediaan karyawan di rumah sakit. Serta menjadi salah satu syarat dalam meraih gelar magister dalam bidang Manajemen Rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Umum Tentang Strategi

2.1.1. Pengertian Strategi

Strategi adalah aksi potensial yang membutuhkan keputusan manajemen puncak dan sumber daya yang besar. Strategi memengaruhi perkembangan jangka panjang perusahaan, biasanya lima tahun ke depan, dan karenanya berorientasi ke masa depan (David, 2010:19). Siagian (2002:15), mendefinisikan strategi sebagai serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi. Strategi mempunyai konsekuensi multifungsional dan multidivisional sehingga diperlukan ukuran kinerja yang tepat, jika pelaksanaan strategi diukur dengan tepat, maka perusahaan bisa menentukan faktor eksternal dan faktor internal yang memengaruhi pelaksanaan strategi, seberapa baik strategi telah dilaksanakan dan perbaikan untuk strategi yang akan dilaksanakan kedepannya (David, 2010:21).

2.1.2. Perbedaan Manajemen Strategi Tradisional Dengan Manajemen Strategi berbasis Balanced Scorecard

a. Orientasi

Manajemen strategik tradisional tidak berfokus ke customer. Di dalam manajemen tradisional, proses manajemen strategik mencoba menjawab empat pertanyaan utama berikut ini: (1) Siapa kita? (2) Berada di mana kita sekarang? (3) Kemana kita akan menuju? (4) Bagaimana kita menuju ke sana? Pertanyaan-pertanyaan tersebut tidak berorientasi ke *customer*. Strategi yang berorientasi ke pemenuhan kebutuhan *customer* menyebabkan perusahaan tidak

mampu memantau perubahan kebutuhan *customer*. Manajemen strategik dalam manajemen tradisional menggunakan pandangan luas terhadap pihak yang berkepentingan terhadap perusahaan. Semua *stakeholders* dipandang sama pentingnya bagi perusahaan dalam manajemen strategik tradisional.

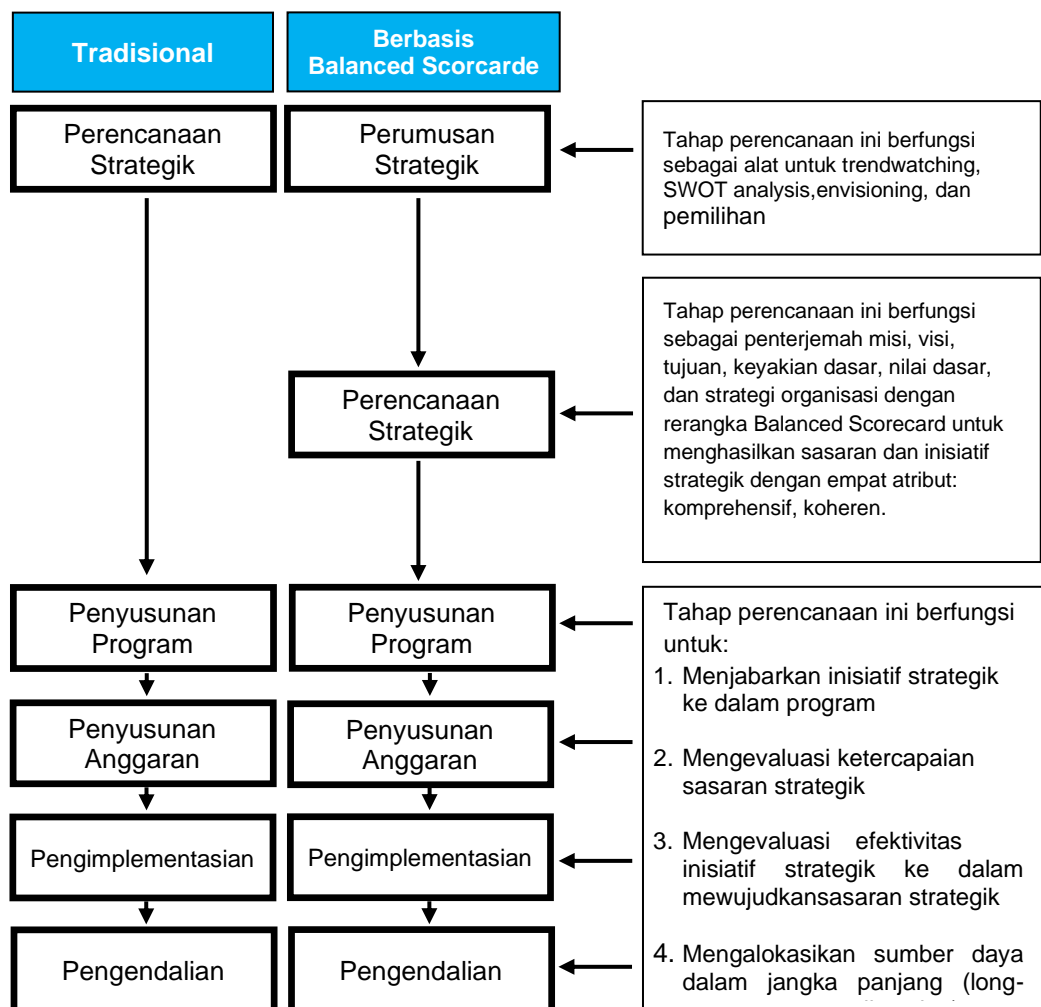
Manajemen strategik dipacu oleh pesaing, bukan *customer*, sehingga *strategic initiatives* yang dipilih lebih didominasi dengan langkah-langkah yang ditempuh untuk mengalahkan pesaing, bukan untuk memuaskan kebutuhan *customer*.

Manajemen strategik berbasis *BSC* berorientasi ke *customer*. Manajemen strategik berbasis *BSC* dipacu oleh usaha untuk menghasilkan value terbaik bagi *customer*, sehingga dikenal pula dengan nama *customer value-based model of strategic management*. Tiga pertanyaan yang harus dicari jawabannya dalam proses manajemen berbasis *BSC* adalah: (1) Untuk memenuhi kebutuhan *customer* apa kita berbisnis? (2) Bagaimana kita dapat menyediakan value terbaik untuk memuaskan kebutuhan *customer* tersebut? (3) Apa yang dapat kita peroleh dari penyediaan value tersebut?

a. Tahapan

Manajemen strategik tradisional terdiri dari empat tahap: perencanaan strategik, penyusunan program, penyusunan anggaran, pengimplementasian, dan pengendalian. Manajemen strategik berbasis *BSC* terdiri dari enam tahap: perumusan strategi, perencanaan strategik, penyusunan program, penyusunan anggaran, pengimplementasian, dan pemantauan. Perencanaan laba jangka panjang dalam manajemen strategik berbasis *BSC* dipecah ke dalam tiga tahap yang berpisah: perumusan strategi, perencanaan strategik, dan penyusunan program. Perencanaan laba jangka panjang dimulai dari langkah pertama berupa perumusan strategi yang menghasilkan misi, visi, tujuan, keyakinan dasar, nilai dasar, dan strategi.

Langkah berikutnya adalah perencanaan strategik yang berupa proses penerjemahan misi, visi, tujuan, keyakinan dasar, nilai dasar, dan strategi ke dalam sasaran dan inisiatif strategik yang komprehensif, koheren, terukur, dan terimbang. Langkah terakhir adalah penyusunan program berupa proses penjabaran inisiatif strategik ke dalam program rencana kegiatan jangka panjang disertai dengan sumber daya yang diperoleh dari dan dikorbankan untuk perwujudan sasaran-sasaran strategik.



Gambar 2.2. Perbedaan tahapan manajemen strategik tradisional dan manajemen strategik berbasis Balanced Scorecard.

b. Lingkungan

Manajemen strategik tradisional mencakup lingkup yang sempit, hanya berfokus ke perspektif keuangan. Sedangkan manajemen strategik berbasis *BSC* mencakup lingkup yang luas, melampaui perspektif keuangan. Dengan digunakannya *BSC* sebagai alat penerjemah misi, visi, tujuan, keyakinan dasar, nilai dasar, dan strategi, perencanaan strategik menghasilkan sasaran strategik yang komprehensif; mencakup perspektif keuangan, *customer*, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Perluasan cakupan ke perspektif customer, proses bisnis internal, serta pertumbuhan dan pembelajaran ini dimaksudkan untuk memfokuskan usaha personel ke pemacu sesungguhnya kinerja keuangan perusahaan, sehingga perusahaan mampu menjadi institusi pelipatganda kekayaan.

d. Koherensi

Dalam manajemen tradisional, koherensi keluaran yang dihasilkan oleh tahap perencanaan strategik, penyusunan program, dan penyusunan anggaran tidak dipandang penting. Sebagai akibatnya, perencanaan strategik hanya menghasilkan daftar sasaran-sasaran strategik, dan diantara sasaran strategik yang satu dengan sasaran strategik yang lain tidak dibangun hubungan sebab akibat. Bahkan di antara misi, visi, tujuan, keyakinan dasar, nilai dasar, dan strategi tidak dibangun keterkaitan erat dengan sasaran strategik dan inisiatif strategik.

Dalam manajemen strategik berbasis *BSC*, ada lima koherensi sebagai berikut:

- 1) Koherensi antara hasil *trendwatching* dan *SWOT analysis* dengan misi, visi, tujuan, keyakinan dasar, nilai dasar, dan strategi.
- 2) Koherensi antara misi, visi, tujuan, keyakinan dasar, nilai dasar, dan strategi yang dirumuskan pada tahap perumusan strategi dengan sasaran-sasaran strategik yang dirumuskan pada tahap perencanaan strategik.

Koherensi antara inisiatif strategik yang dipilih pada tahap perencanaan strategik dengan program yang dirumuskan pada tahap penyusunan program.

- 3) Koherensi antara program yang dipilih pada tahap penyusunan program dengan anggaran yang dirumuskan pada tahap penyusunan anggaran.
- 4) Koherensi di antara sasaran strategik di berbagai perspektif: keuangan, *customer*, proses bisnis internal, pembelajaran dan pertumbuhan.

2.2. Tinjauan Teori Tentang Kinerja

2.2.1. Pengertian Kinerja

Kinerja adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam pelaksanaan strategis suatu organisasi (Mahsun, 2009). Sedangkan menurut Sutiyorini (2002), merupakan aktivitas dari suatu organisasi pada suatu periode, suatu strategik adalah aksi potensial yang membutuhkan keputusan manajemen puncak dan sumber daya yang besar.

Strategi memengaruhi perkembangan jangka panjang perusahaan, biasanya lima tahun ke depan, dan karenanya berorientasi ke masa depan (David, 2010). Siagian (2002), mendefinisikan strategi sebagai serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi.

Strategi mempunyai konsekuensi multifungsional dan multidivisional sehingga diperlukan ukuran kinerja yang tepat, jika pelaksanaan strategi diukur dengan tepat, maka perusahaan bisa menentukan faktor eksternal dan faktor internal yang mempengaruhi pelaksanaan strategi, seberapa baik strategi telah dilaksanakan dan perbaikan untuk strategi yang akan dilaksanakan ke depannya (David, 2010:21).

Kinerja organisasi sektor publik bersifat multidimensional yang berarti tidak ada indikator tunggal yang dapat digunakan untuk menunjukkan tingkat keberhasilan secara komprehensif untuk semua jenis organisasi sektor publik. Menurut Helfert (dalam Srimindarti, 2004), kinerja perusahaan adalah suatu tampilan keadaan secara utuh atas perusahaan selama periode waktu tertentu, merupakan hasil atau prestasi yang dipengaruhi oleh kegiatan operasional perusahaan dalam memanfaatkan sumber daya yang dimiliki.

Menurut Amstrong dan Baron (1985), yang dikutip Wibowo (2007), Performance sering diartikan sebagai kinerja, hasil kinerja atau prestasi kerja. Kinerja mempunyai makna yang lebih luas, bukan hanya menyatakan sebagai hasil kerja, tetapi juga bagaimana proses kerja berlangsung. Kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya. Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen dan memberikan kontribusi ekonomi.

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personel di dalam organisasi (Ilyas, 2012). Mahsun (2009), menjelaskan berbagai pendekatan pengukuran kinerja organisasi sektor publik, yaitu sebagai berikut:

a. Analisis Anggaran

Adalah pengukuran kinerja yang dilakukan dengan cara membandingkan anggaran dengan realisasinya. Hasil yang diperoleh berupa selisih lebih atau selisih kurang. Teknik ini berfokus pada kinerja input yang bersifat keuangan.

b. Analisis Rasio Keuangan

Pengukuran kinerja yang didasarkan atas penghitungan rasio keuangan, misalnya rasio likuiditas, solvabilitas, aktivitas, dan pasar.

c. Metode *Balanced Scorecard*

BSC adalah sebuah sistem manajemen untuk mengimplementasikan strategi, mengukur kinerja yang tidak hanya dari sisi finansial semata melainkan juga melibatkan sisi non finansial, yang diterjemahkan dalam empat perspektif kinerja, yaitu perspektif finansial, perspektif kepuasan pelanggan, perspektif bisnis internal dan perspektif pertumbuhan /pembelajaran

d. Audit Kinerja (Valuefor Money)

Pengukuran dan pemeriksaan kinerja dengan berdasarkan pada ukuran ekonomi, efisiensi, dan efektivitas.

2.2.2. Penilaian Kinerja

Nawawi (2006), mengemukakan bahwa penilaian atau evaluasi kinerja adalah proses organisasi melakukan penilaian terhadap pekerja dalam melaksanakan pekerjaannya. Sementara itu, Rivai dan Basri (2005), mengatakan bahwa penilaian kinerja merupakan kajian sistematis tentang kondisi kerja karyawan yang dilaksanakan secara formal yang dikaitkan dengan standar kerja yang telah ditentukan perusahaan. Menurut Soeprihanto (1988) dalam manestren (2009), penilaian pelaksanaan pekerjaan atau penilaian prestasi kerja (*appraisal of performance*) adalah suatu sistem yang digunakan untuk menilai dan mengetahui apakah seorang karyawan telah melaksanakan pekerjaannya masing-masing secara keseluruhan.

Penilaian kinerja menurut Bastian dalam Sari (2015:3), merupakan suatu alat manajemen untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas dengan demikian pengukuran/penilaian kinerja organisasi merupakan dasar *reasonable* untuk pengambilan keputusan. Menurut Wulandari (2016) penilaian kinerja merupakan tindakan pengukuran yang dilakukan terhadap berbagai aktivitas dalam rantai nilai yang ada pada perusahaan. Sedangkan menurut Mahsun, Sulistiyowati, dan Purwanugraha (2011:141), pengukuran kinerja merupakan suatu proses penilaian kemajuan pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya, termasuk informasi atas

efisiensi penggunaan sumber daya dalam menghasilkan barang dan jasa, kualitas barang dan jasa, hasil kegiatan dibandingkan dengan maksud yang diinginkan dan efektivitas tindakan dalam mencapai tujuan.

2.2.3. Beberapa Sistem Penilaian Kinerja

Sistem manajemen mutu di organisasi pelayanan kesehatan mengenal berbagai model dan sistem, diantaranya yang banyak digunakan adalah, akreditasi JCI, criteria *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA), dan *Balanced Scorecard*

1) Akreditasi JCI

Standar akreditasi internasional JCI yang adalah singkatan dari Joint Commission International merupakan standard yang dibuat agar pelayanan kesehatan rumah sakit berfokus kepada pasien dan diterapkan sesuai dengan budaya setempat untuk peningkatan mutu pelayanan secara berkesinambungan. Standar ini dimaksudkan adalah sebagai suatu tingkat kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien yang diharapkan.

Pencapaian standar JCI rumah sakit tersebut diharapkan dimulai dari input yaitu berupa sumber daya yang ada di rumah sakit meliputi staff yang kompeten dan fasilitas yang memadai. Dengan adanya input yang baik diharapkan mampu menciptakan proses layanan yang baik pula. Pada proses pelayanan berupa kegiatan pelayanan rumah sakit dilakukan sesuai SOP (standard operating procedures) dan pedoman-pedoman. Adanya SDM, fasilitas dan proses yang baik maka hasil atau output dimungkinkan baik. Output tersebut harus selalu dipantau dan diukur dengan indikator capaian layanan.

Standar JCI memiliki 2 Bagian yang terdiri dari 12 bab yang mencakup lebih dari 300 standar dan 1000 elemen penilaian. Bagian pertama adalah Standar yang berfokus pada pasien yang meliputi 8 bab antara lain *International Patient Safety Goals (IPSG)* terdiri dari 6 standar, *Access to Care and Continuity of Care (ACC)* terdiri dari 6 standar, *Patient and Family Rights (PFR)* terdiri dari 30 standar, *Assessment of Patients (AOP)* terdiri dari 44 Standar JCI Rumah

Sakit, *Care of Patients (COP)* terdiri dari 22 standar, *Anesthesia and Surgical Care (ASC)* terdiri dari 14 standar, *Medication Management and Use (MMU)* terdiri dari 21 standar dan *Patient and Family Education (PFE)* terdiri dari 7 standar.

Pada bagian kedua merupakan standard manajemen organisasi kesehatan. Standard ini mencakup mengenai *Quality Improvement and Patient Safety (QPS)*, *Prevention and Control of Infections (PCI)*, *Governance, Leadership and Direction (GLD)*, *Facility Management and Safety (FMS)*, *Staff Qualifications and Educations (SQE)* dan *Management of Communication and Information (MCI)*.

2) Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)

The malcolm baldrige national quality award (MBNQA) atau yang biasa disebut *baldrige award* atau *baldrige kriteria* adalah suatu sistem manajemen kualitas yang pada awalnya berlaku di Amerika Serikat yang bertujuan untuk mengukur komitmen terhadap kinerja suatu organisasi, dan memberikan kerangka kerja untuk memperbaiki dan menyempurnakan kinerja tersebut (*Kriteria for Performance Excellence*). Penghargaan ini disahkan dengan ditandatanganinya *Malcolm Baldrige National Quality Improvement Act* oleh Presiden Ronald Reagan pada tanggal 20 Agustus 1987.

Pada mulanya penghargaan ini muncul karena pemerintah Amerika Serikat pada saat itu menggalakkan kebutuhan akan perbaikan atau penyempurnaan kualitas dalam kaitannya dengan persaingan bisnis di Amerika dan pasar luar negeri terutama Jepang. Nama *Malcolm Baldrige* berasal dari nama Menteri Perdagangan Amerika yang menjabat dari tahun 1981 sampai meninggalnya beliau pada tahun 1987 karena kecelakaan.

Dedikasinya yang tinggi terhadap perbaikan untuk dunia perdagangan di Amerika membuat nama beliau dijadikan simbol untuk penghargaan ini. Sampai saat ini Departemen Perdagangan Amerika Serikat bertanggung jawab atas pemberian penghargaan ini, dan memberikan tugas kepada *National Institute of Standard and*

Technology (NIST) untuk mengelola program dan administrasi pemberian penghargaan ini berdasarkan *Public Law 100-107* serta dibantu oleh *American Society for Quality Control* (ASQC).

Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE) atau Kriteria Baldrige merupakan penuntun bagi suatu perusahaan untuk mencapai kinerja bermutu tinggi yang terdiri dari 7 kriteria yaitu kepemimpinan, perencanaan strategis, fokus pada pelanggan, pengukuran analisis, manajemen pengetahuan, fokus pada tenaga kerja, manajemen proses, dan hasil.

3) Balanced Scorecard (BSC)

Balanced Scorecard merupakan bagian dari suatu teknik evaluasi manajemen, yaitu dengan mengukur dan menyediakan *feedback* kepada organisasi untuk membantu dalam melaksanakan strategi dan tujuan. Menurut Gasperz (2003), *BSC* merupakan suatu konsep manajemen yang membantu menerjemahkan strategi kedalam tindakan. *Tools* ini menggunakan empat perspektif didalam mengevaluasi kinerja, perspektif tersebut (Umar, 2003) yaitu :

a. Perspektif Keuangan

Memberikan sasaran keuangan yang perlu dicapai oleh organisasi didalam mewujudkan visinya. Sedangkan Tolak ukur kinerja keuangan menunjukkan apakah strategi, implemetasi dan eksekusi perusahaan memberi kontribusi pada perbaikan laba.

b. Perspektif Pelanggan

Mendefinisikan pelanggan dan segmen pasar dimana unit usaha akan bersaing. Perusahaan harus mampu menentukan segmen pasar dan ditentukan target pasar yang paling mungkin untuk dijadikan sasaran sesuai dengan sumber daya dan rencana jangka panjang.

c. Perspektif Proses Usaha atau Bisnis Internal

Berdasarkan perspektif ini perusahaan harus mengidentifikasi proses internal yang penting dimana perusahaan harus melakukan dengan baik untuk memberikan nilai bagi pelanggan dan pemegang saham.

d. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Mendefinisikan kapabilitas yang diperlukan induk organisasi untuk menciptakan pertumbuhan jangka panjang dan perbaikan.

Menurut Creelman dan Naresh (2005), Sistem *BSC* adalah sebuah manajemen strategi dan sistem implementasi yang terdiri atas peta strategi lengkap dengan ukuran, target, dan inisiatif strategik *BSC*. Inti filosofi *BSC* adalah bahwa implementasi strategi yang berhasil adalah hasil dari hubungan sebab akibat di dalam dan diantara tiga perspektif non keuangan yaitu perspektif belajar dan tumbuh, proses internal, perspektif pelanggan, dan satu perspektif keuangan.

2.3. Tinjauan Teori tentang Balanced Scorecard

2.3.1. Pengertian Balanced Scorecard

Menurut Kaplan dan Norton (2000), *Balanced Scorecard* terdiri dari dua kata yaitu *Balanced* dan *Scorecard*. *Balanced* berarti menunjukkan bahwa kinerja personel atau karyawan diukur secara seimbang dan dipandang dari 2 aspek yaitu keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang dan dari segi intern maupun ekstern. Sedangkan *Scorecard* adalah kartu yang digunakan untuk mencatat skor hasil kinerja seseorang yang nantinya digunakan untuk membandingkan dengan hasil kinerja yang sesungguhnya.

Balanced Scorecard adalah kumpulan ukuran kinerja yang terintegrasi yang diturunkan dari strategi perusahaan yang mendukung strategi perusahaan secara keseluruhan. Pada dasarnya *Balanced Scorecard* merupakan sistem manajemen bagi perusahaan untuk berinvestasi dalam jangka panjang untuk pelanggan (*customer*), pertumbuhan dan pembelajarankaryawan, termasuk manajemen (*learning and growth*), proses bisnis internal demi memperoleh hasil-hasil finansial yang memungkinkan perkembangan organisasi (Mulyadi, 2001).

Dapat ditarik kesimpulan dari dua pengertian diatas bahwa *BSC* merupakan alat ukur manajemen yang mampu mengimplementasikan tujuan strategik organisasi melalui 4 perspektif dasarnya (keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, dan pertumbuhan), dengan tujuan meningkatkan performa organisasi dalam jangka panjang.

2.3.2. Sejarah Balanced Scorecard

Dikembangkan pertama kali oleh Robert Kaplan dan David Norton pada awal tahun 1990-an, metode ini telah digunakan oleh berbagai sektor bisnis di dunia dan telah mengalami berbagai perubahan untuk menyesuaikan dengan zaman dan kebutuhan. Melalui masukan dan penyesuaian dari para praktisi dan akademisi, Norton telah meregenerasi BSC sebanyak 4 kali yaitu:

1) Generasi Pertama, The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance

Generasi pertama dari BSC lahir lewat sebuah artikel yang ditulis oleh Kaplan dan Norton pada tahun 1992 di majalah Harvard Business Review. Generasi pertama BSC ini menekankan proses pengukuran kinerja dalam 4 perspektif berbeda yaitu perspektif keuangan, proses bisnis internal, pelanggan dan perspektif inovasi. Pada generasi awal ini, keempat perspektif tersebut masih merupakan sistem terpisah. Sudut pandang internal perusahaan diwakili oleh perspektif proses bisnis dan inovasi. Sementara sudut pandang eksternal dijalankan melalui perspektif pelanggan dan keuangan.

2) Generasi Kedua: The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action

BSC generasi kedua hadir sebagai bentuk penyempurnaan dari generasi pertama. Jika pada generasi pertama masing-masing perspektif masih berdiri sendiri, pada pembaruan ini ada hubungan sebab akibat atau disebut dengan ***mapping strategy***. Ini memungkinkan adanya kontinuitas tujuan strategis dalam setiap perspektif. Adanya ***linkage diagram*** juga membuat tujuan dari masing-masing perspektif saling terkait satu sama lain. Artinya, ketika satu tujuan dari satu perspektif tidak

tercapai, maka perspektif di atasnya juga mustahil bisa terpenuhi. Perubahan lain dari BSC generasi pertama juga beberapa faktor. Jika fokus pada generasi pertama adalah murni pengukuran kinerja, maka generasi kedua menjadikan manajemen sebagai target utamanya. Dari segi konsep, generasi pertama menjadikan BSC sebagai konsep pengendalian strategis, sementara generasi kedua menggunakan BSC sebagai alat komunikasi strategi.

3) Generasi Ketiga: Destination Statement

Generasi ketiga dari BSC adalah tentang implementasi strategi yang sistematis sesuai metodenya. BSC generasi ketiga ini melibatkan laporan yang terstruktur didukung oleh metode desain yang terbukti serta otomatisasi yang bisa digunakan oleh manajer untuk melacak aktivitas yang dilakukan oleh staf. Tujuannya adalah agar mereka bisa memantau konsekuensi yang mungkin timbul dari setiap tindakan. Secara umum, pendekatan yang digunakan pada generasi ketiga ini dirancang untuk menyusun strategi, menyelaraskan sumber daya dan organisasi secara sistematis serta melacak bagaimana proses penerapannya dari waktu ke waktu.

4) Generasi Keempat: Managing Strategy

Pendekatan BSC generasi keempat adalah tentang bagaimana mengelola strategi, sumber daya manusia dan kinerja dalam lingkungan yang dinamis. Dengan menggunakan pendekatan generasi keempat ini, pemilik bisnis bisa mempelajari manfaat, pemikiran serta memastikan apakah semua komponen sudah sesuai dengan tujuan perusahaan atau tidak. Dengan menggunakan BSC generasi keempat, perusahaan dapat menyempurnakan dan menyesuaikan pendekatan mereka dengan kondisi yang ada.

Aspek-aspek lama yang masih sesuai, berguna dan efektif dapat terus dipergunakan. Sementara aspek-aspek yang berubah juga harus disempurnakan. Agar mempermudah perusahaan memetakan strategi, diperlukan desain KPI yang baik. Saat ini setiap perusahaan menghadapi beragam ketidakpastian dan risiko. Kelincahan dan kecepatan daya

tanggap harus bisa berjalan beriringan dengan strategi yang harus dijalankan. Ini tentu memerlukan waktu dan fokus yang tidak sedikit.

Kaplan & Norton (1996), menyebutkan bahwa *BSC* merupakan sebuah sistem manajemen untuk mengimplementasikan strategi, mengukur kinerja yang tidak hanya dari sisi finansial semata melainkan juga melibatkan sisi non finansial, serta untuk mengkomunikasikan visi, strategi, dan kinerja yang diharapkan. Dengan kata lain pengukuran kinerja tidak hanya dilakukan semata-mata untuk tujuan jangka pendek saja, tetapi juga untuk jangka panjang. *BSC* menunjukkan adanya metode pengukuran kinerja yang menggabungkan antara pengukuran dari sisi keuangan dan nonkeuangan.

Pada awalnya konsep *BSC* pertama kali ditemukan dan digunakan oleh Robert S. Kaplan dan David P. Norton, sebagai alat pengukuran kinerja perusahaan bisnis komersial. Namun, pada perkembangannya *BSC* tidak hanya sekedar alat pengukuran kinerja tetapi sebagai sistem manajemen perusahaan yang digunakan untuk menerjemahkan misi, visi, tujuan, dan strategi ke dalam sasaran strategik dan inisiatif strategik yang komprehensif, koheren, dan terukur

Perbedaan penerapan metode *BSC* pada sektor swasta dengan sektor public adalah pada tujuan organisasi, sehingga mengakibatkan adanya perbedaan pada pemetaan strategi (*strategy mapping*). Oleh karena tujuan organisasi sektor publik lebih berorientasi pada pelayanan, maka setiap target kinerja pada perspektif keuangan, perspektif bisnis internal, serta perspektif pertumbuhan dan pembelajaran diarahkan pada upaya peningkatan kepuasan perspektif pelanggan (Niven, 2008).

Balanced Scorecard mampu memperbaiki kinerja organisasi secara signifikan yang tertuang dalam perencanaan strategis suatu organisasi (Kaplan & Norton, 1996). Mahsun (2006) menyatakan dari data yang ada menunjukkan bahwa 40% dari perusahaan paling sukses yang masuk dalam *Fortune 500 companies* menggunakan *BSC*. Kesuksesan *BSC* tidak hanya dialami oleh perusahaan swasta, tetapi juga oleh beberapa pemerintah daerah. Perusahaan yang menerapkan *BSC* menunjukkan

banyak perubahan yang signifikan, antara lain: manajemen semakin berorientasi pada pelanggan, waktu respon terhadap pelanggan semakin cepat, perbaikan kualitas produk, penekanan pada kerja tim, waktu untuk peluncuran produk baru berkurang, dan manajemen lebih berorientasi pada masa depan.

2.3.3. Perspektif Balanced Scorecard

Pendekatan Balanced Scorecard mengukur kinerja berdasarkan aspek finansial dan nonfinansial yang dibagi dalam empat perspektif (Rivai, et, al 2022), yaitu:

1. Perspektif Finansial

Perspektif ini akan menunjukkan kinerja keuangan organisasi, apakah perencanaan, implementasi, dan pelaksanaan strategi telah memberikan perbaikan yang mendasar bagi peningkatan keuangan organisasi (Rivai, et, al 2022). Instrumen tersebut mencakup 5 sub aspek dan 24 indikator yang terdiri dari:

- 1) Likuiditas
 - a. Rasio Kas
 - b. Rasio Lancar
- 2) Rentabilitias
 - a. Periode penagihan hutang
 - b. Return on fixed cost
 - c. Return on equity
- 3) Sovabilitas
 - a. Debt to Asset
- 4) Penerimaan Jasa Layanan
 - a. Perputaran asset tetap (fixed asset turnover)
 - b. Perputaran persediaan (inventory turnover)
 - c. Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional
 - d. Persentase rekam medik yang dapat diklaim dalam sebulan
 - e. Persentase peningkatan sumber pendapatan lain

- 5) Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD
 - a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif
 - b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP)
 - c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU
 - d. Tarif Pelayanan
 - e. Sistem Akuntansi
 - f. Ketepatan waktu penerimaan Jasa Pelayanan
 - g. Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan
 - h. Pertumbuhan pendapatan
 - i. SOP Pengelolaan Kas
 - j. SOP Pengelolaan Piutang
 - k. SOP Pengelolaan Utang
 - l. SOP Pengelolaan Barang dan Jasa
 - m. SOP Pengelolaan Barang Inventaris

Penilaian kinerja dalam *BSC* adalah mengaitkan kinerja bisnis dengan strategi organisasi dengan cara mengukur kinerja melalui empat perspektif yaitu perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, perspektif proses bisnis internal, perspektif pelanggan dan perspektif keuangan yang dilihat secara seimbang, antara perspektif yang satu dengan perspektif yang lainnya dengan tolak ukur masing-masing perspektif fokus pada sisi yang berbeda sehingga menciptakan padangan yang seimbang tentang organisasi. Prespektif membantu organisasi melihat bagaimana tujuan yang berbeda mempengaruhi area bisnis yang berbeda dan kemudian kita bisa mengaitkan dengan strategi organisasi , Kriteria keseimbangan yang digunakan untuk mengukur sampai sejauh mana sasaran strategik yang telah ditetapkan tercapai seimbang di semua perspektif (Mulyadi, 2010).

2. Perspektif Pelanggan

Dalam perspektif pelanggan *BSC*, perusahaan melakukan identifikasi pelanggan dan segmen pasar yang akan dimasuki. Perspektif pelanggan memungkinkan perusahaan menyelaraskan berbagai ukuran pelanggan

penting (kepuasan, loyalitas, retensi, akuisisi dan profibilitas) dengan pelanggan dan segmen pasar sasaran. Perspektif pelanggan juga memungkinkan perusahaan melakukan identifikasi dan pengukuran, secara eksplisit, proporsi nilai yang akan perusahaan berikan kepada pelanggan dan pasar sasaran. Proporsi nilai merupakan faktor pendorong, *lead indicator*, untuk ukuran pelanggan penting (Kaplan & Norton, 2000). Perspektif pelanggan mengukur seberapa baik organisasi dapat memberikan rasa puas kepada pelanggan yang mencakup 2 Sub aspek dengan 7 indikator yang terdiri dari:

- 1) Kepuasan Pelanggan
 - a. Kepuasan Pelanggan (KP)
 - b. Kepuasan Karyawan (KK)
 - c. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (K RK)
 - d. Pengukuran patient experience
 - e. Tersedianya program customer relationship (CRM)
- 2) Hak dan Kewajiban
 - a. Persentase pemenuhan hak pasien
 - b. Persentase pemenuhan kewajiban RS

3. Perspektif bisnis internal

Dalam perspektif bisnis internal, berdasarkan standar pengukuran jasa pelayanan kesehatan nasional (Depkes RI, 2005), indikator-indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit, antara lain: yang mencakup 9 sub aspek dan 35 Indikator, antara lain:

- 1) Capaian Indikator Medik
 - a. Angka kematian di IGD
 - b. Post operative death rate
- 2) Tindakan pengendalian infeksi
 - a. Angka infeksi nosokomial
- 3) Kepatuhan dalam melaksanakan standar pelayanan
 - a. Kepatuhan kebersihan tangan
 - b. Kepatuhan penggunaan apd

- c. Kepatuhan identifikasi pasien
 - d. Kepatuhan terhadap clinical pathway
 - e. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - f. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (fornas)
 - g. Peningkatan komunikasi efektif
 - h. Peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai (hight alert medication)
 - i. Terlaksananya proses tepat lokasi, tepat prosedur, tepatpasien yang menjalani tindakan prosedur
- 4) Pertumbuhan dan produktivitas
- a. Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan
 - b. Pertumbuhan rata-rata kunjungan igd
 - c. Pertumbuhan hari perawatan rawat inap
 - d. Pertumbuhan pemeriksaan radiologi
 - e. Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium
 - f. Pertumbuhan operasi
- 5) Ketepatan waktu pelayanan
- a. Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan
 - b. Pengembalian rekam medik
 - c. Emergency response time rate
 - d. Length of stay
 - e. Kecepatan pelayanan resep obat jadi
 - f. Waktu tunggu sebelum operasi
 - g. Waktu tunggu hasil lab
 - h. Waktu tunggu hasil radiologi
 - i. Waktu lapor tes kritis laboratorium/pelaporan hasil kritis laboratorium
 - j. Kepatuhan waktu visite dokter
 - k. Waktu tunggu rawat jalan (wtrj)

- 6) Prosedur penanganan sampel uji
 - a. Angka penundaan/pembatalan operasi elektif
 - b. Angka kegagalan hasil radiologi
 - c. Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium
 - 7) Utilisasi
 - a. Bed occupancy rate (bor)
 - 8) Humas
 - a. Penyuluhan kesehatan
 - 9) Inovasi
 - a. Persentase peningkatan produk layanan inovasi
4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Sumber daya manusia harus berkembang jika perusahaan menginginkan kemakmuran. Pengetahuan karyawan harus menjadikan sesuatu yang produktif untuk memberikan nilai bagi pelanggan. Karyawan akan memberikan komitmennya bila ia merasakan ikatan emosional dengan suatu perusahaan. Perusahaan dalam menghadapi persaingan global membutuhkan karyawan yang cerdas, berinovasi dan berkreasi, menguasai komputer dan mudah menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan bisnis.

Perusahaan harus memperhatikan hal-hal yang dapat menurunkan citra perusahaan dimata pelanggan, sebaiknya karyawan baru yang tidak terlatih, tidak memiliki komitmen, tidak memiliki kompetensi untuk menjawab pertanyaan pelanggan jangan dipekerjakan secara langsung untuk berhadapan dengan pelanggan. Sumber daya manusia merupakan satu-satunya kekayaan perusahaan yang memiliki kemampuan untuk menghasilkan sinergi dari penggabungan berbagai sumber daya (Kaplan & Norton, 2000).

Menurut Kaplan dan Norton "*learning*" lebih sekedar "*training*" karena pembelajaran meliputi pula proses "*mentoring dan tutoring*" seperti kemudahan dalam komunikasi disegenap pegawai yang memungkinkan mereka untuk siap membantu jika dibutuhkan.

Dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajarantolok ukur yang dipakai yang mencakup 3 sub aspek, dan 9 indikator, antara lain:

1. Sumberdaya manusia
 - A. Rata-rata jam pelatihan/karyawan
 - B. Program reward and punishment
 - C. Dokumen perencanaan sdm
 - D. Budaya keselamatan pasien
2. Teknologi dan informasi
 - A. Level it terintegrasi
3. Sarana dan prasarana
 - A. Kebersihan lingkungan
 - B. Proper lingkungan
 - C. Tingkat kehandalan sarpras
4. Kesiapsiagaan bencana
 - A. Hospital safety index

2.3.4. Keunggulan Balanced Scorecard

Balanced Scorecard memiliki beberapa keunggulan (Gunawan, 2000):

- a. Komprehensif
BSC menekankan pengukuran kinerja tidak hanya aspek kuantitatif saja, tetapi juga aspek kualitatif. Keempat perspektif menyediakan keseimbangan antara pengukuran eksternal seperti laba, sedangkan pada ukuran internal seperti pengembangan produk baru.
- b. Koheren
BSC mengharuskan personil untuk menentukan hubungan sebab akibat diantara berbagai sasaran yang dihasilkan dalam setiap perencanaan. Setiap sasaran yang ditetapkan dalam perspektif keuangan harus mempunyai hubungan kausal dengan sasaran keuangan baik secara langsung maupun tidak langsung.
- c. Seimbang
Keseimbangan sasaran strategi yang dihasilkan oleh sistem perencanaan strategi penting untuk menghasilkan kinerja keuangan.

2.4. Penelitian Terdahulu

Terdapat beberapa penelitian terdahulu yang berkaitan dengan pengukuran kinerja dengan perspektif *BSC* untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2. Ringkasan Penelitian Terdahulu

No.	Nama Peneliti/Tahun	Judul	Metode yang Digunakan	Hasil Penelitian
1.	Saira Khaton dan Dr. Ayesha Farooq (2014)	Balanced Scorecard to Measure Organizational Performance: A Case Based Study	Metode Kuantitatif Balanced scorecard, penilaian kinerja	Temuan mereka menunjukkan bahwa BSC sebagai alat sangat membantu untuk membawa hasil positif pada kinerja. Namun, penerapan Balanced Scorecard menghadapi beberapa hambatan.
2.	Nasution (2012)	Evaluasi Kinerja Rumah Sakit X Periode 1998-2001 Menggunakan Modifikasi Balanced Scorecard	Desain penelitian deskriptif	Penelitian bertujuan untuk mengetahui gambaran kinerja RS X melalui pendekatan Balanced Scorecard, dari segi finansial dan non finansial dan hasil penelitian kinerja keuangan, kinerja pelanggan, kinerja bisnis internal

No.	Nama Peneliti/Tahun	Judul	Metode yang Digunakan	Hasil Penelitian
3.	Adriano Verzola, (Verzolaetal., 2009) Biomed Central	Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital	Definisi peta strategisdari 4 perspektif, menurut Kaplan dan Norton, Definisi AreaKinerja Utama (KPA),atau tujuan makro, identifikasi penyebab hubungan efek antar KPA, identifikasi sub-tujuan masing-masing KPA, Definisi Key Performance Indicators (KPI)	Hasil menunjukkan karyawan senang dievaluasi, tidak hanya untuk hasil keuangan, tetapi juga untuk kepuasan dalam meningkatkan prosedur internal, hubungan dengan masyarakat dan pertumbuhan/pembelajaran mereka sendiri. BSC adalah titik kontak yang ideal antara dimensi keuangan dan klinis manajemen. Namun demikian, kendala dalam penerapannya dihadapi, diantaranya setidaknya pada tahap awal, kurangnya sistem informasi yang mampu menggerakkannya, dan rumitnya penelitian untuk indikator-indikator tertentu yang perlu diatasi.
4.	Ashivaetal., (2020) Journal of Modelingin Managemen	Adaptation of the balanced scorecard model to measure performance of the departments at Dr. Zainoel Abidin Regional General Hospital, Banda Aceh	Balanced scorecard menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif.	Hasil penilaian kinerja secara keseluruhan menggunakan pendekatan balanced scorecard dilihat dari perspektif keuangan, bisnis internal, pelanggan dan pelatihan dan pembelajaran adalah baik dan kinerja departemennya telah menghasilkan hasil yang diharapkan, diwujudkan oleh Rumah Sakit.

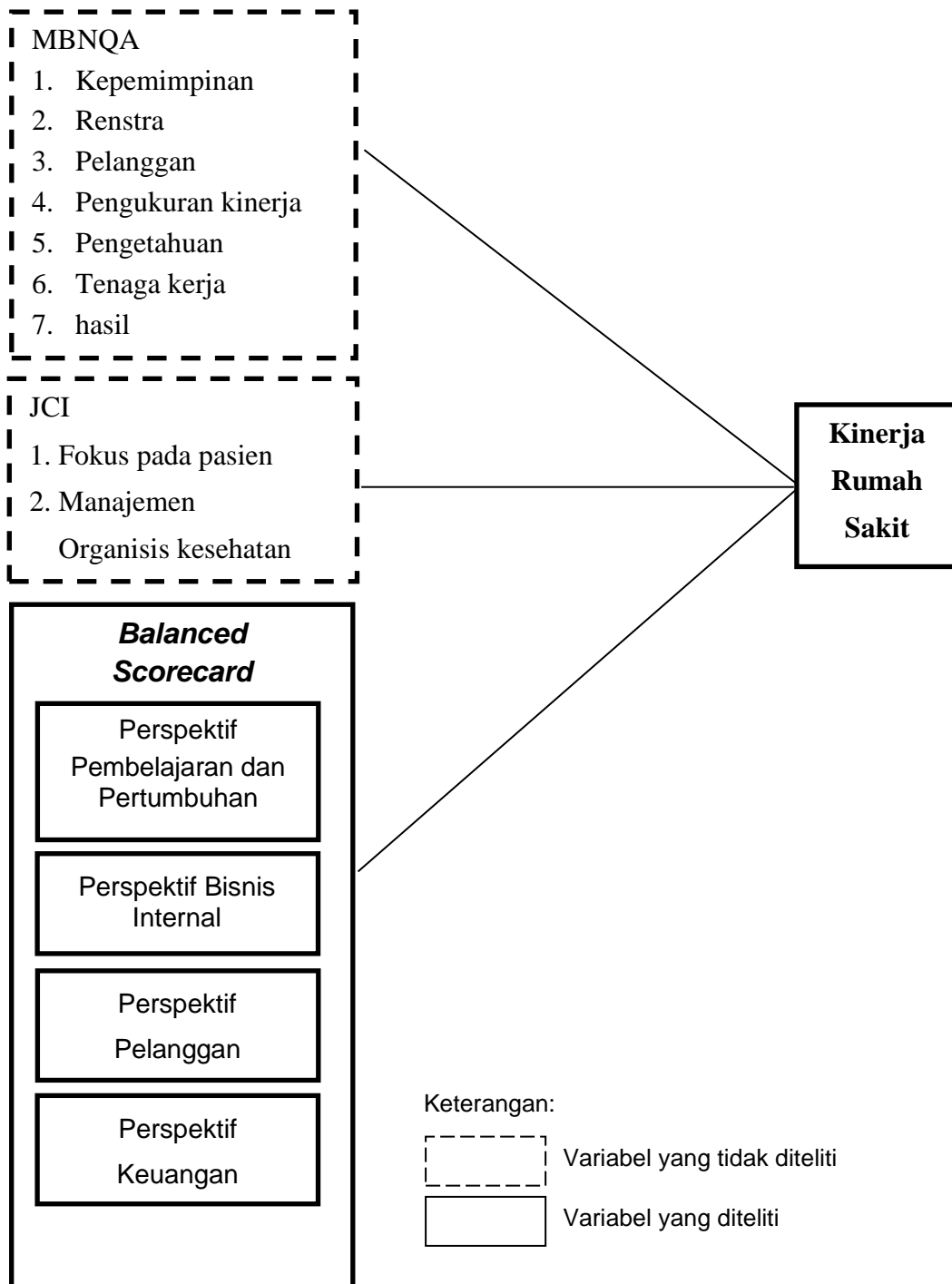
No.	Nama Peneliti/Tahun	Judul	Metode yang Digunakan	Hasil Penelitian
5.	Putri Helga Handayani Sipayung 2016	Evaluasi Kinerja Rumah Sakit dengan Pendekatan Balanced Scorecard di RSUD dr. Hardrianus Sinaga Pangururan	Balanced scorecard dengan jenis penelitian ini termasuk penelitian kualitatif dan kuantitatif (mix-method)	Kinerja RSUD dr. Hardrianus Sinaga Pangururan dari perspektif keuangan dan proses bisnis internal masuk dalam kategori kurang (nilai-5 dan -7; baik > 0), sedangkan perspektif pelanggan serta pertumbuhan dan pembelajaran masuk kategori baik (nilai 1 dan 8)
6.	Irawani (2007)	Analisis Kinerja dengan Pendekatan Balanced Scorecard di Rumah Sakit Martha Friska Medan	Jenis penelitian deskriptif kualitatif yang berbentuk studi kasus dan didukung oleh survei	Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum total score keempat perspektif memiliki nilai cukup baik yang berarti rumah sakit telah membuat kemajuan dalam pendekatan pengukuran tetapi masih perlu perbaikan dalam beberapa perspektif yang memiliki nilai rendah.

No.	Nama Peneliti/Tahun	Judul	Metode yang Digunakan	Hasil Penelitian
7.	Santhi (2013)	Aplikasi Manajemen Strategik dengan Pendekatan Balanced Scorecard (Studi pada Lembaga Penjamin Mutu Pendidikan Provinsi)	Balanced Scorecard dengan jenis penelitian pengkombinasian dua metode kualitatif dan kuantitatif	Hasil penelitian diketahui bahwa perlu diterapkan manajemen strategik dengan menggunakan pendekatan balanced scorecard dinilai cocok diterapkan di LPMP sebagai organisasi publik. Selain digunakan untuk menilai baik. Kinerja RSUD Kabupaten Oganhilir dengan total nilai 41,4 % adalah kurang baik sehingga perlu peningkatan kinerja dengan sasaran strategik perspektif pelanggan yaitu peningkatan kepuasan pelanggan dan peningkatan kunjungan pasien, perspektif proses bisnis internal dengan sasaran strategik meningkatkan inovasi layanan, mutu layanan dan kinerja operasional, perspektif keuangan dengan sasaran strategis meningkatkan pertumbuhan pendapatan
8	Pramadhany (2011)	Penerapan Metode Balanced Scorecard Sebagai Tolok Ukur Penilaian Kinerja pada Organisasi Nirlaba	Metode penelitian deskriptif	Hasil penelitian menunjukkan nilai rata-rata untuk masing- masing perspektif yaitu keuangan, pelanggan, bisnis internal, serta pertumbuhan dan pembelajaran adalah cukup baik

No.	Nama Peneliti/Tahun	Judul	Metode yang Digunakan	Hasil Penelitian
9	Hartati (2014)	Penilaian Kinerja RSUD. dr. Pirngadi Medan Periode 2010-2013 dengan Menggunakan Pendekatan Balanced Scorecard. Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Pirngadi Medan	Metode penelitian deskriptif kualitatif yang berbentuk studi kasus dan didukung oleh survei	Hasil penilaian kinerja rumah sakit menunjukkan bahwa secara keseluruhan kinerja RSUD Dr Pirngadi Medan dilihat dari empat perspektif balanced scorecard adalah cukup baik. Manajemen perlu memberikan perhatian khusus terhadap pengukuran indikator yang tidak baik maupun cukup baik dan mempertahankan penilaian terhadap indikator yang baik guna meningkatkan kinerja rumah sakit di masa akan datang
10	Putri (2017)	Analisis Penilaian Kinerja dengan Menggunakan Metode Balanced Scorecard	Dengan menggunakan metode MAM (Multiattribute Attitude Model (MAM))	Menggunakan metode MAM tersebut diketahui bahwa dari ketiga perspektif menunjukkan hasil yang cukup baik. Dari hasil tersebut menunjukkan jika balanced scorecard juga bisa diterapkan pada rumah sakit publik

2.5. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori, maka kerangka teori dalam penelitian ini dapat digambarkan dengan bagan sebagai berikut:



Gambar 3.2. Kerangka Teori (Norton dan Kaplan, 1986, JCI, 2016)

2.5.1. Mapping Kerangka Teori Balanced Scorecard

Tabel 3.2 Mapping Kerangka Terori Balanced Scorecard di RSUD Tenriawaru Bone 2022.

Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	Perspektif Proses Bisnis Internal	Perspektif Keuangan	Perspektif Pelanggan
Aspek Yang Diteliti			
Sub Aspek Sumber Daya Manusia	Sub Aspek Capaian Indikator Medik	Sub Aspek Rentabilitas	Sub Aspek Kepuasan Pelanggan
Rata-rata jam pelajaran per karyawan	Angka Kematian di IGD	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	Kepuasan Pelanggan (KP)
Program <i>Reward and Punishment</i>		Imbalan Atas Aset Tetap (Return On Fixed Asset)	Kepuasan Karyawan (KK)
Dokumen Perencanaan SDM	Postoperative Death Rate	Imbalan Ekuitas (Return Of Equity)	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)
Budaya Keselamatan			Pengukuran Patient Experience
Sub Aspek Teknologi dan Informasi	Sub Aspek Tingkat Pengendalian Infeksi	Sub Aspek Lukuiditas	Sub Aspek Hak Pasien dan Kewajiban Rumah Sakit
Level IT Terintegrasi	Angka infeksi Nosokomial	Rasio Kas (Cash Ratio)	Persentase Pemenuhan Hak Pasien
Sub Aspek Sarana dan Prasarana	Sub Aspek Kepatuhan Dalam Melaksanakan Standar Pelayanan	Rasio Lancar (Current Ratio)	Persentase Pemenuhan Kewajiban Rumah Sakit
Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri)	Kepatuhan Kebersihan tangan		
Proper Lingkungan	Kepatuhan penggunaan APD		
Tingkat Kehandalan Sarpras	Kepatuhan Identifikasi Pasien		
	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		

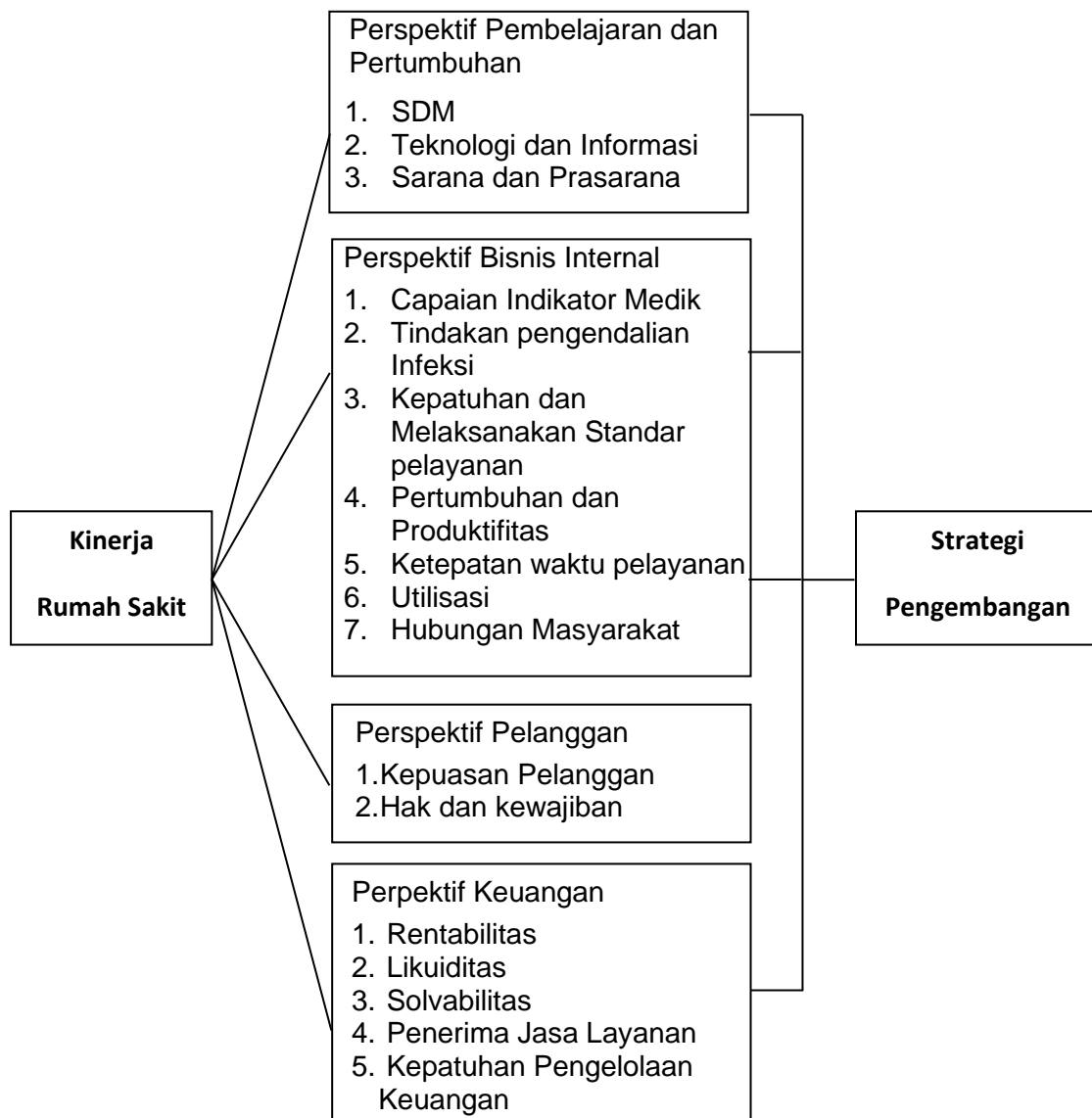
Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	Perspektif Proses Bisnis Internal	Perspektif Keuangan	Perspektif Pelanggan
	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Kepatuhan penggunaan FORNAS Peningkatan komunikasi efektif Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai Terlaksananya Proses Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Yang Menjalani Tindakan Prosedur Pembedahan		
	Sub Aspek Pertumbuhan dan Produktivitas	Sub Aspek Solvabilitas	
	Pertumbuhan Total kunjungan RJ Pertumbuhan rata-rata kunjungan IGD Pertumbuhan hari perawatan RI Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium Pertumbuhan operasi	Debt to Asset Ratio (DAR)	
	Sub Aspek Ketepatan Waktu Pelayanan	Sub Aspek Penerimaan Jasa Layanan	
	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	

Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	Perspektif Proses Bisnis Internal	Perspektif Keuangan	Perspektif Pelanggan
	Pengembalian Rekam Medik	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	
	Length of Stay	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional	
	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)	Persentase Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan	
	Waktu Tunggu Sebelum Operasi (WTO)	Persentase Peningkatan Sumber Pendapatan dan Lain-lain	
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium		
	Waktu Tunggu Hasil Radiologi		
	Waktu Laporan Tes Kritis Laboratorium		
	Kepatuhan Waktu Visite Dokter		
	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)		
	Sub Aspek Prosedur Penanganan Sampel Uji	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD	
	Angka Penundaan atau Pembatalan Operasi Elektif	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	
	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP)	
	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLUD	
		Tarif Layanan	
		Sistem Akuntansi	
		Persetujuan Rekening	

Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	Perspektif Proses Bisnis Internal	Perspektif Keuangan	Perspektif Pelanggan
		Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan	
		Pertumbuhan Pendapatan	
		SOP Keuangan	
	Sub Aspek Utilitas		
	Bed Occupancy Rate (BOR)		
	Sub Aspek Hubungan Masyarakat		
	Penyuluhan Kesehatan		
	Sub Aspek Inovasi		
	Pertumbuhan Produk Layanan Inovasi		
Aspek Yang Tidak Diteliti			
Kesiapsiagaan Bencana	Kepatuhan penggunaan APD	Konsistensi Perencanaan Penganggaran dan Pelaksanaan	Kepuasan Mitra
	Emergency Respon Time (ERT)		

2.6. Kerangka Konsep

Variabel dari penelitian ini adalah bagian dari Balanced Scorecard yang terdiri dari variabel keuangan, pelanggan, internal bisnis, dan pertumbuhan dan pembelajaran yang dapat berpengaruh terhadap kinerja organisasi. Untuk mengetahui bagaimana keterkaitan antara masing-masing variabel dapat dilihat pada gambar 4.2 berikut ini:



Gambar 4.2. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep di atas, dapat kita lihat pengukuran kinerja rumah sakit dengan menggunakan Balanced Scorecard yang meliputi 4 perspektif yaitu perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, persepektif pembelajaran dan pertumbuhan. Berdasarkan keempat perspektif tersebut akan dianalisis kinerja RSUD secara keseluruhan.

2.7. Definisi Operasional Variabel

Penelitian ini menggunakan keempat perspektif *Balanced Scorecard*, variable variabel yang digunakan:

Tabel 4.2. Definisi Operasional Variabel Penelitian

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan	Perspektif yang menggambarkan kondisi pelatihan dan pertumbuhan rumah sakit yang mencakup 3 sub aspek 1. SDM 2. Teknologi dan Informasi 3. Sarana dan Prasarana	Laporan unit diklat, sdm, simrs, kesling, asset, pelaayanan medik rsud tenriawaru bone	Buruk: 0 – 6.6 Sedang: 6.7-13.6 Baik:13.7 -20	
Sub Aspek SDM				
Rata-Rata Jam Pelatihan Per Karyawan	Rata-rata jam pelatihan per karyawan adalah total realisasi jam pelatihan karyawan dalam satu tahun dibagi jumlah karyawan	<ul style="list-style-type: none"> . Data kepegawaian unit kerja . Daftar/agenda diklat tahunan . Data staf yang ikut pelatihan . Laporan evaluasi kinerja staf 	<i>Jumlah Jam Pelatihan 1 Tahun</i>	
			<i>Jumlah karyawan dalam 1 tahun x 20 jam</i>	
			Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan (JPK)	Skor
			JPK \geq 0.80	1,25
			$0.60 \leq$ JPK $<$ 0.80	1
			$0.40 \leq$ JPK $<$ 0.60	0,75
			JPK $<$ 0.40	0,50
Program <i>Reward and Punishment</i>	Program <i>reward and punishment</i> merupakan salah satu bentuk metode untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja pegawai	Data kepegawaian unit kerja laporan evaluasi kinerja staf	Uraian Program <i>Reward and Punishment</i>	Skor
			Tidak ada program	0
			Ada program tidak dilaksanakan	0.25
			Ada program sebagian dilaksanakan	0,75
			Ada program dilaksanakan	1,25

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN											
Dokumen Perencanaan SDM	Ketersediaan dokumen khusus perencanaan pengembangan SDM	1. Data kepegawaian unit kerja area kritis 2. Daftar/agenda diklat tahunan 3. Data staf yang ikut pelatihan 4. Laporan evaluasi kinerja staf	Dokumen perencanaan SDM	Skor										
			Tidak ada dokumen	0										
			Ada dokumen tidak dilaksanakan	0,5										
			Ada dokumen Sebagian dilaksanakan	0,75										
			Ada dokumen dilaksanakan	1										
Budaya Keselamatan	Budaya keselamatan adalah hasil dari individu dan kelompok yang merupakan nilai dari sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku yang menimbulkan komitmen dan pola dari suatu manajemen kesehatan mengenai keselamatan pasien dengan dimensi; Harapan dan tindakan manajer mempromosikan patient safety, Organization Learning, Kerjasama dalam unit, Komunikasi terbuka, Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, Respon Non Punitive terhadap kesalahan, Staffing, Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien, Kerjasama antar unit, Handoffs dan transisi, Persepsi keseluruhan terhadap patient safety dan Frekuensi pelaporan kejadian, laporan keselamatan pasien (AHRQ, 2004).	Survey dengan standar 70%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Budaya Keselamatan Pasien (BKP)%</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BKP ≥ 85 (Baik)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>60 ≤ BKP < 85</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>40 ≤ BKP < 60</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>BKP < 40</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>Hasil penialain Budaya Keselamatan</i> $\frac{\text{Skala Maksimal Nilai Buadaya keselamatan}}{\text{Skala Maksimal Nilai Buadaya keselamatan}} \times 100\%$</p>		Budaya Keselamatan Pasien (BKP)%	Skor	BKP ≥ 85 (Baik)	0	60 ≤ BKP < 85	0,5	40 ≤ BKP < 60	0,75	BKP < 40	1
Budaya Keselamatan Pasien (BKP)%	Skor													
BKP ≥ 85 (Baik)	0													
60 ≤ BKP < 85	0,5													
40 ≤ BKP < 60	0,75													
BKP < 40	1													

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
Sub Aspek Teknologi dan Informasi				
Level IT Terintegrasi	Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi keamanan sistem informasi terintegrasi	Master Plan IT Data progress program master plan IT	Level IT Terintegrasi	Skor
			Advanced	5
			Standar/Integrated	4
			Siloed 2	3
			Basic/Siloed 1	2
Sub Aspek Sarana dan Prasarana				
Kebersihan Lingkungan	Kebersihan lingkungan adalah program pengembangan green hospital di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku yang meliputi aspek keamanan, kenyamanan, keindahan, ketertiban, dan ramah lingkungan.	Data Bagian Umum	Hasil Pelaksanaan Program RS Bersih	Skor
			Nilai Total ≥ 7500	1,5
			$5000 \leq$ Nilai Total < 7500	1
			Nilai Total < 5000	0,5
Proper Lingkungan	Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup nomor 06 tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.	Data Bagian Umum	Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan	Skor
			Hitam semua, pengukuran tidak dilaksanakan	0
			Merah semua, pengukuran dilaksanakan namun ada kelalaian	0,6
			Biru semua, pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas	0,9
			Hijau semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan	1,2
			Emas semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil	1,6

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN												
			memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat												
Tingkat Keandalan Sarpras	Tingkat keandalan sarana dan prasarana atau <i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i> adalah hasil pengukuran keandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari tiga aspek yaitu: ketersediaan, kinerja dan kualitas. Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan medis dan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian keandalannya	Data alat yang akan dinilai keandalannya Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb.	$OEE = (Ka \times Ki \times Ku) \times 100\%$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>OEE</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$OEE \geq 80\%$</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$70\% \leq OEE < 80\%$</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>$60\% \leq OEE < 70\%$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$50\% \leq OEE < 60\%$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$OEE < 50\%$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	OEE	Skor	$OEE \geq 80\%$	2	$70\% \leq OEE < 80\%$	1,5	$60\% \leq OEE < 70\%$	1	$50\% \leq OEE < 60\%$	0,5	$OEE < 50\%$	0
OEE	Skor														
$OEE \geq 80\%$	2														
$70\% \leq OEE < 80\%$	1,5														
$60\% \leq OEE < 70\%$	1														
$50\% \leq OEE < 60\%$	0,5														
$OEE < 50\%$	0														
Perspektif Proses Bisnis Internal	Indikator-indikator pelayanan rumah sakit yang digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit, yang mencakup 9 sub aspek <ol style="list-style-type: none"> 1. Capaian Indikator Medik 2. Tindakan Pengendalian Infeksi 3. Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan 4. Pertumbuhan dan Produktivitas 5. Ketepatan Waktu Pelayanan 6. Hubungan Masyarakat 	Laporan Unit Rm, Ppi, Komite Mutu, Promkes, Dan Pelayanan Medik Rsud Tenriawaru Bone 2019-2021	Buruk: 0 – 11.6 Sedang: 11.7– 23.2 Baik: 23.3 – 35												

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
Sub Aspek Capaian Indikator Medik				
Angka Kematian di IGD	Kematian pasien di IGD adalah jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat	Rekam Medik	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien di IGD}}{\text{Jumlah seluruh pasien di IGD}} \times 100\%$ Standar : $\leq 2.5\%$	
			Angka Kematian di IGD	Skor
			AKG $\leq 2.5\%$	2,5
			2.5% < AKG $\leq 3\%$	1,75
			3% < AKG $\leq 5\%$	1
			AKG > 5%	0
Postoperative Death Rate	Post Operative Death Rate dihitung berdasarkan angka kematian setelah dilakukan operasi dalam jangka waktu 2 jam termasuk kasus DOT	ICU, IBS	$\frac{\text{pasien operasi yang meninggal}}{\text{Total pasien yg dioperasi}} \times 100\%$	
			Postoperative Death Rate (%) (POD)	Skor
			POD < 2	2,5
			2 \leq POD < 5	1,75
			5 \leq POD < 10	1
			POD ≥ 10	0
Sub Aspek Tingkat Pengendalian Infeksi				
Angka Infeksi Nosokomial	Angka infeksi nosokomial dihitung berdasarkan angka kejadian infeksi dalam rumah sakit dan atau cedera fisik yang didapat pasien, meliputi: 1) dekubitus 2) flebitis (kecuali yang disebabkan oleh faktor kimia) 3) infeksi saluran kemih infeksi luka operasi (kontrol yang dilakukan di RS yang sama dalam jangka waktu 1 bulan)	Surveilans Nosokomial RS, laporan infeksi HAls	$\frac{\text{pasien terkena infeksi nosokomial}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100\%$	
			Jumlah Dirawat Yang Terkena Infeksi Nosokomial (%)	Skor
			AIN < 1,5	2,0
			2 \leq AIN < 5	1,5
			5 \leq AIN < 10	1,0
			AIN ≥ 10	0.5

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN								
Sub Aspek Kepatuhan dalam Melaksanakan Standar Pelayanan											
Kepatuhan Kebersihan Tangan	Kepatuhan kebersihan tangan adalah kepatuhan yang dilakukan oleh petugas untuk melaksanakan cuci tangan berdasarkan 6 langkah & 5 moment cuci tangan.	Hasil Observasi dengan Standar 85%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Kebersihan tangan (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil 85</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>75 < Hasil < 85</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>60 < Hasil < 75</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Kepatuhan Kebersihan tangan (%)	Skor	Hasil 85	1	75 < Hasil < 85	0,75	60 < Hasil < 75	0,5
			Kepatuhan Kebersihan tangan (%)	Skor							
			Hasil 85	1							
			75 < Hasil < 85	0,75							
60 < Hasil < 75	0,5										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan Identifikasi Pasien (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil 85</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>75 < Hasil < 85</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>60 < Hasil < 75</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>			Kepatuhan Identifikasi Pasien (%)	Skor	Hasil 85	1	75 < Hasil < 85	0,75	60 < Hasil < 75	0,5	
Kepatuhan Identifikasi Pasien (%)	Skor										
Hasil 85	1										
75 < Hasil < 85	0,75										
60 < Hasil < 75	0,5										
Kepatuhan Identifikasi Pasien	<p>Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/bar code, dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien agar tepat pasien dan tepat pelayanan sesuai dengan regulasi rumah sakit. Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi); 2) melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis); 3) sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan 4) menyajikan makanan pasien 	Hasil observasi dengan standar > 85 %	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i></th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di</td> <td>0,75</td> </tr> </tbody> </table>	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor	Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi	1,25	Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di	0,75		
			Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor							
			Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi	1,25							
			Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di	0,75							
Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah kepatuhan para staf medis/DPJP dalam menggunakan <i>clinical pathway</i> untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses	Data sekunder dari berkas rekam medik	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i></th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di</td> <td>0,75</td> </tr> </tbody> </table>	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor	Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi	1,25	Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di	0,75		
			Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor							
			Ada 5 CP yang di implementasikan di rekam medik dan di evaluasi	1,25							
			Ada 5 CP yang di implementasikan tapi belum di	0,75							

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN													
	<p>asuhan klinis. Setiap rumah sakit menetapkan paling sedikit 5 clinical pathway dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan high volume, high cost, high risk dan diprediksi sembuh. Evaluasi atau cara penilaian penerapan ke-5 clinical pathway tersebut adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dilakukan audit clinical pathway berupa kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan asuhan klinis (indikator proses) dan terhadap lama hari perawatan /LOS (Indikator output). 2) Dokumen clinical pathway diintegrasikan pada berkas rekam medis 		<table border="1"> <tr> <td>Evaluasi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ada CP, Belum diimplementasikan</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>Belum ada CP</td> <td>0</td> </tr> </table>	Evaluasi		Ada CP, Belum diimplementasikan	0,25	Belum ada CP	0							
Evaluasi																
Ada CP, Belum diimplementasikan	0,25															
Belum ada CP	0															
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Tidak adanya kejadian pasien jatuh adalah tidak terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb.	Laporan dari Komite Mutu sub Komite Keselamatan Pasien dengan standar $\leq 3\%$	<table border="1"> <tr> <td>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh</td> <td>Skor</td> </tr> <tr> <td>Hasil $\leq 3\%$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$3\% < \text{Hasil} \leq 9\%$</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>$9\% < \text{Hasil} \leq 14\%$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$14\% < \text{Hasil} \leq 20\%$</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>hasil $> 20\%$</td> <td>0</td> </tr> </table>	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Skor	Hasil $\leq 3\%$	1	$3\% < \text{Hasil} \leq 9\%$	0,75	$9\% < \text{Hasil} \leq 14\%$	0,5	$14\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,25	hasil $> 20\%$	0	
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Skor															
Hasil $\leq 3\%$	1															
$3\% < \text{Hasil} \leq 9\%$	0,75															
$9\% < \text{Hasil} \leq 14\%$	0,5															
$14\% < \text{Hasil} \leq 20\%$	0,25															
hasil $> 20\%$	0															
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional	Instalasi farmasi dengan standar $\geq 80\%$	<table border="1"> <tr> <td>Penulisan Resep Sesuai Formularium (%) (PRF)</td> <td>Skor</td> </tr> <tr> <td>$PRF \geq 80$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$70 \leq PRF < 80$</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>$60 \leq PRF < 70$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$50 \leq PRF < 60$</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>$0 \leq PRF < 50$</td> <td>0</td> </tr> </table>	Penulisan Resep Sesuai Formularium (%) (PRF)	Skor	$PRF \geq 80$	1	$70 \leq PRF < 80$	0,75	$60 \leq PRF < 70$	0,5	$50 \leq PRF < 60$	0,25	$0 \leq PRF < 50$	0	
Penulisan Resep Sesuai Formularium (%) (PRF)	Skor															
$PRF \geq 80$	1															
$70 \leq PRF < 80$	0,75															
$60 \leq PRF < 70$	0,5															
$50 \leq PRF < 60$	0,25															
$0 \leq PRF < 50$	0															

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN								
Peningkatan Komunikasi Efektif	Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik. Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap disertai dengan konfirmasi oleh DPJP dalam bentuk paraf dan stempel.	Hasil data observasi dengan standar 100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Komunikasi Efektif(%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>85 ≤ Hasil < 100</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 85</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Komunikasi Efektif(%)	Skor	Hasil = 100	1	85 ≤ Hasil < 100	0,75	Hasil < 85	0,5
Komunikasi Efektif(%)	Skor										
Hasil = 100	1										
85 ≤ Hasil < 100	0,75										
Hasil < 85	0,5										
Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (<i>High Alert Medication</i>)	Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (<i>high alert medication</i>) termasuk obat Look Alike Sound Alike (LASA). Pengawasan terhadap obat yang perlu diwaspadai dapat dengan pemberian label High Alert. Label high alert adalah label yang berwarna merah dan terdapat tulisan high alert yang terpasang pada satuan terkecil sediaan obat kategori high alert.	Laporan dari unit penerima obat high alert dengan standar 100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pengawasan Obat High Alert</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>85 ≤ Hasil < 100</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 85</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Pengawasan Obat High Alert	Skor	Hasil = 100	1	85 ≤ Hasil < 100	0,75	Hasil < 85	0,5
Pengawasan Obat High Alert	Skor										
Hasil = 100	1										
85 ≤ Hasil < 100	0,75										
Hasil < 85	0,5										
Terlaksananya Proses Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Yang Menjalani Tindakan Prosedur Pembedahan	Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra-operasi, penandaan lokasi operasi dan proses time-out yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses sign-out yang dilakukan setelah tindakan selesai.	Instalasi Bedah Sentral dengan standar 100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pelaksanaan proses tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>85 ≤ Hasil < 100</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 85</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Pelaksanaan proses tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi (%)	Skor	Hasil = 100	1	85 ≤ Hasil < 100	0,75	Hasil < 85	0,5
Pelaksanaan proses tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi (%)	Skor										
Hasil = 100	1										
85 ≤ Hasil < 100	0,75										
Hasil < 85	0,5										

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN														
Sub Aspek Pertumbuhan dan Produktivitas																	
Pertumbuhan Total Kunjungan Rawat Jalan	Pertumbuhan kunjungan rawat jalan dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan selama satu tahun dibagi dengan total kunjungan pasien rawat jalan tahun lalu	Rekam Medik	$\frac{\text{Total kunjungan rawat jalan pada tahun berjalan}}{\text{Total kunjungan rawat jalan pada tahun lalu}}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>KRJ</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$KRJ \geq 1,1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq KRJ < 1,10$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq KRJ < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq KRJ < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq KRJ < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$KRJ < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	KRJ	Skor	$KRJ \geq 1,1$	1	$1,00 \leq KRJ < 1,10$	0,8	$0,95 \leq KRJ < 1,00$	0,6	$0,90 \leq KRJ < 0,95$	0,4	$0,85 \leq KRJ < 0,90$	0,2	$KRJ < 0,85$	0
			KRJ	Skor													
			$KRJ \geq 1,1$	1													
			$1,00 \leq KRJ < 1,10$	0,8													
			$0,95 \leq KRJ < 1,00$	0,6													
			$0,90 \leq KRJ < 0,95$	0,4													
			$0,85 \leq KRJ < 0,90$	0,2													
$KRJ < 0,85$	0																
Pertumbuhan Rata - Rata Kunjungan IGD	Pertumbuhan kunjungan IGD dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien IGD selama satu tahun dibagi dengan total kunjungan pasien IGD tahun lalu	Rekam Medik	$\frac{\text{Total kunjungan IGD pada tahun berjalan}}{\text{Total kunjungan IGD pada tahun lalu}}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>KIGD</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$KIGD \geq 1,1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq KIGD < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq KIGD < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq KIGD < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq KIGD < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$KIGD < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	KIGD	Skor	$KIGD \geq 1,1$	1	$1,00 \leq KIGD < 1,1$	0,8	$0,95 \leq KIGD < 1,00$	0,6	$0,90 \leq KIGD < 0,95$	0,4	$0,85 \leq KIGD < 0,90$	0,2	$KIGD < 0,85$	0
			KIGD	Skor													
			$KIGD \geq 1,1$	1													
			$1,00 \leq KIGD < 1,1$	0,8													
			$0,95 \leq KIGD < 1,00$	0,6													
			$0,90 \leq KIGD < 0,95$	0,4													
			$0,85 \leq KIGD < 0,90$	0,2													
$KIGD < 0,85$	0																

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN														
Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	Pertumbuhan kunjungan rawat inap dihitung berdasarkan tahun kunjungan pasien rawat inap selama satu tahun dibagi dengan total kunjungan pasien rawat inap tahun lalu	Rekam Medik	$\frac{\text{Total kunjungan rawat inap pada tahun berjalan}}{\text{Total kunjungan rawat inap pada tahun lalu}}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$RI \geq 1,1$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq RI < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq RI < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq RI < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq RI < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$RI < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	Skor	$RI \geq 1,1$	1	$1,00 \leq RI < 1,1$	0,8	$0,95 \leq RI < 1,00$	0,6	$0,90 \leq RI < 0,95$	0,4	$0,85 \leq RI < 0,90$	0,2	$RI < 0,85$	0
Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	Skor																
$RI \geq 1,1$	1																
$1,00 \leq RI < 1,1$	0,8																
$0,95 \leq RI < 1,00$	0,6																
$0,90 \leq RI < 0,95$	0,4																
$0,85 \leq RI < 0,90$	0,2																
$RI < 0,85$	0																
Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi adalah rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dalam 1 tahun Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan radiologi selama 1 tahun dibagi dengan jumlah hari kerja unit layanan radiologi dalam 1 tahun yang sama. 	Rekam Medik dengan standar $\geq 1,10$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PR</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PR \geq 1,10$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq PR < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq PR < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq PR < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq PR < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$PR < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	PR	Skor	$PR \geq 1,10$	1	$1,00 \leq PR < 1,1$	0,8	$0,95 \leq PR < 1,00$	0,6	$0,90 \leq PR < 0,95$	0,4	$0,85 \leq PR < 0,90$	0,2	$PR < 0,85$	0
PR	Skor																
$PR \geq 1,10$	1																
$1,00 \leq PR < 1,1$	0,8																
$0,95 \leq PR < 1,00$	0,6																
$0,90 \leq PR < 0,95$	0,4																
$0,85 \leq PR < 0,90$	0,2																
$PR < 0,85$	0																
Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	Pertumbuhan Pemeriksaan laboratorium adalah rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dalam 1 tahun. Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan laboratorium selama 1 tahun dibagi dengan jumlah hari kerja unit layanan laboratorium dalam 1 tahun yang sama	Rekam medik dengan standar $\geq 1,10$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PL</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PL \geq 1,10$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq PL < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq PL < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq PL < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq PL < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$PL < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	PL	Skor	$PL \geq 1,10$	1	$1,00 \leq PL < 1,1$	0,8	$0,95 \leq PL < 1,00$	0,6	$0,90 \leq PL < 0,95$	0,4	$0,85 \leq PL < 0,90$	0,2	$PL < 0,85$	0
PL	Skor																
$PL \geq 1,10$	1																
$1,00 \leq PL < 1,1$	0,8																
$0,95 \leq PL < 1,00$	0,6																
$0,90 \leq PL < 0,95$	0,4																
$0,85 \leq PL < 0,90$	0,2																
$PL < 0,85$	0																

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN														
Pertumbuhan Operasi	<p>1. Pertumbuhan operasi adalah rata-rata tindakan operasi per hari dalam 1 tahun. Rata-rata operasi per hari dihitung berdasarkan jumlah operasi selama 1 tahun dibagi dengan jumlah hari kerja unit layanan Tindakan operasi dalam 1 tahun yang sama</p> <p>2. Operasi meliputi tindakan bedah mayor dan bedah minor, sedangkan khusus untuk RSJ dan RSKO disetarakan dengan :</p> <p>a. Tindakan psikoterapi</p> <p>b. Tindakan ECT (Elektrokonvulsif Terapi)</p> <p>c. Tindakan Detoksifikasi</p>	Rekam Medik dengan standar $\geq 1,10$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PO</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PO \geq 1,10$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1,00 \leq PO < 1,1$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$0,95 \leq PO < 1,00$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$0,90 \leq PO < 0,95$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$0,85 \leq PO < 0,90$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$PO < 0,85$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	PO	Skor	$PO \geq 1,10$	1	$1,00 \leq PO < 1,1$	0,8	$0,95 \leq PO < 1,00$	0,6	$0,90 \leq PO < 0,95$	0,4	$0,85 \leq PO < 0,90$	0,2	$PO < 0,85$	0
			PO	Skor													
			$PO \geq 1,10$	1													
			$1,00 \leq PO < 1,1$	0,8													
			$0,95 \leq PO < 1,00$	0,6													
			$0,90 \leq PO < 0,95$	0,4													
			$0,85 \leq PO < 0,90$	0,2													
			$PO < 0,85$	0													
Sub Aspek Ketepatan Waktu Pelayanan																	
Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	Kelengkapan Rekam Medik dalam 24 jam selesai pelayanan yang dimaksud adalah persentase jumlah dokumen rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana pelayanan, pelaksanaan pelayanan, tindak lanjut, dan resume (rawat inap).	Instalasi Rekam Medik dengan standar $> 80\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>KRM</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$KRM > 80$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$60 < KRM \leq 80$</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>$40 < KRM \leq 70$</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>$30 < KRM \leq 40$</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>$20 < KRM \leq 30$</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>$0 < KRM \leq 20$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	KRM	Skor	$KRM > 80$	1	$60 < KRM \leq 80$	0,8	$40 < KRM \leq 70$	0,6	$30 < KRM \leq 40$	0,4	$20 < KRM \leq 30$	0,2	$0 < KRM \leq 20$	0
			KRM	Skor													
			$KRM > 80$	1													
			$60 < KRM \leq 80$	0,8													
			$40 < KRM \leq 70$	0,6													
			$30 < KRM \leq 40$	0,4													
			$20 < KRM \leq 30$	0,2													
			$0 < KRM \leq 20$	0													

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN														
Pengembalian Rekam Medik	Pengembalian Rekam Medik adalah rata-rata jumlah rekam medik yang dikembalikan dari rawat inap ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang.	Instalasi Rekam Medik dengan standar $> 80\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRM (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRM > 80</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>60 $<$ PRM ≤ 80</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>40 $<$ PRM ≤ 70</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>30 $<$ PRM ≤ 40</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>20 $<$ PRM ≤ 30</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>0 $<$ PRM ≤ 20</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	PRM (%)	Skor	PRM > 80	1	60 $<$ PRM ≤ 80	0,8	40 $<$ PRM ≤ 70	0,6	30 $<$ PRM ≤ 40	0,4	20 $<$ PRM ≤ 30	0,2	0 $<$ PRM ≤ 20	0
PRM (%)	Skor																
PRM > 80	1																
60 $<$ PRM ≤ 80	0,8																
40 $<$ PRM ≤ 70	0,6																
30 $<$ PRM ≤ 40	0,4																
20 $<$ PRM ≤ 30	0,2																
0 $<$ PRM ≤ 20	0																
<i>Emergency Respon Time (ERT)</i>	Emergency Respon Time penanganan adalah pasien gawat darurat dari awal pasien dilayani sampai dengan pasien bisa ditangani (ABC treatment, dari awal resusitasi sampai dengan stabilisasi).	Survey dengan standar ≤ 8 menit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Emergency Respon Time (ERT)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ERT ≤ 8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8 ERT ≤ 15</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>15 $<$ ERT ≤ 30</td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>ERT > 30</td> <td>0,25</td> </tr> </tbody> </table>	Emergency Respon Time (ERT)	Skor	ERT ≤ 8	1	8 ERT ≤ 15	0,75	15 $<$ ERT ≤ 30	0,50	ERT > 30	0,25				
Emergency Respon Time (ERT)	Skor																
ERT ≤ 8	1																
8 ERT ≤ 15	0,75																
15 $<$ ERT ≤ 30	0,50																
ERT > 30	0,25																
<i>Length of Stay</i>	Length of Stay adalah rata-rata lama perawatan pasien, yang memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu.	Rekam Medik	<p><i>$\frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>LOS (Hari) RS Umum</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 $<$ LOS ≤ 9</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9 $<$ LOS ≤ 12</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>12 $<$ LOS ≤ 15</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>LOS > 15</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	LOS (Hari) RS Umum	Skor	3 $<$ LOS ≤ 9	2	9 $<$ LOS ≤ 12	1,5	12 $<$ LOS ≤ 15	1	LOS > 15	0,5				
LOS (Hari) RS Umum	Skor																
3 $<$ LOS ≤ 9	2																
9 $<$ LOS ≤ 12	1,5																
12 $<$ LOS ≤ 15	1																
LOS > 15	0,5																
Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat jadi (WTOJ)	Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotek rawat jalan	Instalasi Farmasi dengan standar ≤ 30 menit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kepatuhan pelayanan resep obat jadi (menit)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WTOJ ≤ 30</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>30 $<$ WTOJ ≤ 40</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>40 $<$ WTOJ ≤ 50</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>50 $<$ WTOJ ≤ 60</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>WTOJ > 60</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Kepatuhan pelayanan resep obat jadi (menit)	Skor	WTOJ ≤ 30	0,5	30 $<$ WTOJ ≤ 40	0,4	40 $<$ WTOJ ≤ 50	0,3	50 $<$ WTOJ ≤ 60	0,2	WTOJ > 60	0		
Kepatuhan pelayanan resep obat jadi (menit)	Skor																
WTOJ ≤ 30	0,5																
30 $<$ WTOJ ≤ 40	0,4																
40 $<$ WTOJ ≤ 50	0,3																
50 $<$ WTOJ ≤ 60	0,2																
WTOJ > 60	0																

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
Waktu Tunggu Sebelum Operasi (WTO)	Waktu Tunggu Operasi Elektif adalah waktu tunggu pasien sejak diputuskan operasi elektif dan telah dijadwalkan dikamar operasi sampai dilaksanakannya tindakan operasi elektif.	Survey di Instalasi Bedah Sentral Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan dengan standar WTO < 2 Hari	Waktu Tunggu Sebeleum Operasi (hari)	Skor
			WTO ≤ 2	0,5
			2 < WTO ≤ 3	0,4
			3 < WTO ≤ 5	0,3
			WTO ≥ 5	0,2
Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dilanjutkan dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik	Instalasi Laboratorium Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30, dengan standar ≤ 3 Jam	Waktu Tunggu Hasil Lab (Jam) (WTL)	Skor
			WTL ≤ 3	0,5
			3 WTL ≤ 4	0,4
			4 < WTL ≤ 5	0,3
			WTL ≥ 5	0,2
Waktu Tunggu Hasil Radiologi	Waktu tunggu hasil radiologi adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertise (standar ≤ 2 jam)	Instalasi Radiologi Rumus Slovin jika jumlah populasi ≥ 30, dengan standar ≤ 3 Jam	Waktu Tunggu Hasil Radiologi (Jam) (WTR)	Skor
			WTR ≤ 3	0,5
			3 WTR ≤ 4	0,4
			4 < WTR ≤ 5	0,3
			WTR ≥ 5	0,2

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN																	
Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorim	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan sampai hasilnya diterima oleh PPJA dan dikonfirmasi oleh DPJP.	Catatan data Instalasi Laboratorium ; Rekam Medik dengan standar 100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Waktu Lapor Tes Kritis Lab/ Pelaporan Hasil Kritis Lab (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>$90 \leq \text{Hasil} < 100$</td> <td>0.4</td> </tr> <tr> <td>$80 \leq \text{Hasil} < 90$</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>$70 \leq \text{Hasil} < 80$</td> <td>0.2</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 70 %</td> <td>0.1</td> </tr> </tbody> </table>	Waktu Lapor Tes Kritis Lab/ Pelaporan Hasil Kritis Lab (%)	Skor	Hasil = 100	0.5	$90 \leq \text{Hasil} < 100$	0.4	$80 \leq \text{Hasil} < 90$	0,3	$70 \leq \text{Hasil} < 80$	0.2	Hasil < 70 %	0.1					
Waktu Lapor Tes Kritis Lab/ Pelaporan Hasil Kritis Lab (%)	Skor																			
Hasil = 100	0.5																			
$90 \leq \text{Hasil} < 100$	0.4																			
$80 \leq \text{Hasil} < 90$	0,3																			
$70 \leq \text{Hasil} < 80$	0.2																			
Hasil < 70 %	0.1																			
Kepatuhan Waktu Visite	Visite dokter adalah kunjungan dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 06.00 sampai dengan 14.00	Data sekunder dari laporan visit dalam rekam medis dengan standar $\geq 80\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Keptuhan Waktu Visite Dokter Spesialis (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil = 100</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$90 \leq \text{Hasil} < 100$</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>$80 \leq \text{Hasil} < 90$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$70 \leq \text{Hasil} < 80$</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>Hasil < 70 %</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Keptuhan Waktu Visite Dokter Spesialis (%)	Skor	Hasil = 100	1	$90 \leq \text{Hasil} < 100$	0.75	$80 \leq \text{Hasil} < 90$	0,5	$70 \leq \text{Hasil} < 80$	0.25	Hasil < 70 %	0					
Keptuhan Waktu Visite Dokter Spesialis (%)	Skor																			
Hasil = 100	1																			
$90 \leq \text{Hasil} < 100$	0.75																			
$80 \leq \text{Hasil} < 90$	0,5																			
$70 \leq \text{Hasil} < 80$	0.25																			
Hasil < 70 %	0																			
Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter.	Instalasi Rawat Jalan. Catatan : Survey observasi langsung (Sampling) bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan. Dengan standar : a. RS Umum, RSIA, RS khusus Jiwa : ≤ 30 Menit b. RS Khusus Gigi dan Mulut : ≤ 60 Menit	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">WTRJ (menit)</th> <th rowspan="2">Skor</th> </tr> <tr> <th>RS Umum, RSIA, RS khusus Jiwa</th> <th>RS Khusus Gigi dan Mulut</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$\text{WTRJ} \leq 30$</td> <td>$\text{WTRJ} \leq 60$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$30 < \text{WTRJ} \leq 60$</td> <td>$60 < \text{WTRJ} \leq 90$</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>$60 < \text{WTRJ} \leq 90$</td> <td>$90 < \text{WTRJ} \leq 120$</td> <td>0,1</td> </tr> <tr> <td>$\text{WTRJ} > 90$</td> <td>$\text{WTRJ} > 120$</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	WTRJ (menit)		Skor	RS Umum, RSIA, RS khusus Jiwa	RS Khusus Gigi dan Mulut	$\text{WTRJ} \leq 30$	$\text{WTRJ} \leq 60$	0,5	$30 < \text{WTRJ} \leq 60$	$60 < \text{WTRJ} \leq 90$	0,3	$60 < \text{WTRJ} \leq 90$	$90 < \text{WTRJ} \leq 120$	0,1	$\text{WTRJ} > 90$	$\text{WTRJ} > 120$	0
WTRJ (menit)		Skor																		
RS Umum, RSIA, RS khusus Jiwa	RS Khusus Gigi dan Mulut																			
$\text{WTRJ} \leq 30$	$\text{WTRJ} \leq 60$	0,5																		
$30 < \text{WTRJ} \leq 60$	$60 < \text{WTRJ} \leq 90$	0,3																		
$60 < \text{WTRJ} \leq 90$	$90 < \text{WTRJ} \leq 120$	0,1																		
$\text{WTRJ} > 90$	$\text{WTRJ} > 120$	0																		

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN										
Sub Aspek Prosedur Penanganan Sampel Uji													
Angka Penundaan atau Pembatalan Operasi Elektif	Angka Penundaan atau Pembatalan operasi adalah persentase dari jumlah penundaan atau pembatalan operasi elektif yang sudah dijadwalkan di kamar operasi selama 1 tahun dibandingkan dengan jumlah pasien yang telah direncanakan operasi dan telah dijadwalkan di kamar operasi dalam satu tahun	Instalasi Kamar Operasi dengan standar $0 < APO \leq 1$, skor 2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>APO</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$APO > 3$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$2 < APO \leq 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1 < APO \leq 2$</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>$0 \leq APO \leq 1$</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	APO	Skor	$APO > 3$	0,5	$2 < APO \leq 3$	1	$1 < APO \leq 2$	1,5	$0 \leq APO \leq 1$	2
APO	Skor												
$APO > 3$	0,5												
$2 < APO \leq 3$	1												
$1 < APO \leq 2$	1,5												
$0 \leq APO \leq 1$	2												
Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Angka kegagalan hasil radiologi adalah persentase dari jumlah kegagalan radiologi berupa kerusakan foto rontgen yang tidak dapat dibaca selama satu tahun terhadap jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi (rontgen) dalam tahun yang sama.	Instalasi Rekam Medis dengan standar $0 < AKR \leq 1$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AKR</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$AKR > 3$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$2 < AKR \leq 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1 < AKR \leq 2$</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>$0 \leq AKR \leq 1$</td> <td>1,5</td> </tr> </tbody> </table>	AKR	Skor	$AKR > 3$	0,5	$2 < AKR \leq 3$	1	$1 < AKR \leq 2$	1,25	$0 \leq AKR \leq 1$	1,5
AKR	Skor												
$AKR > 3$	0,5												
$2 < AKR \leq 3$	1												
$1 < AKR \leq 2$	1,25												
$0 \leq AKR \leq 1$	1,5												
Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	Angka pemeriksaan ulang di laboratorium (kegagalan hasil laboratorium) dihitung berdasarkan persentase dari jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik selama satu tahun dibandingkan jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama	Laporan pengulangan pemeriksaan dengan standar $0\% \leq PPL \leq 1\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$PPL > 3$</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>$2 < PPL \leq 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$1 < PPL \leq 2$</td> <td>1,25</td> </tr> <tr> <td>$0 \leq PPL \leq 1$</td> <td>1,5</td> </tr> </tbody> </table>	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	Skor	$PPL > 3$	0,5	$2 < PPL \leq 3$	1	$1 < PPL \leq 2$	1,25	$0 \leq PPL \leq 1$	1,5
Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	Skor												
$PPL > 3$	0,5												
$2 < PPL \leq 3$	1												
$1 < PPL \leq 2$	1,25												
$0 \leq PPL \leq 1$	1,5												

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
Sub Aspek Utilitas				
<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	Bed Occupancy Rate (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	Rekam Medik	<i>Jumlah hari perawatan di rumah sakit selama satu tahun</i> x 100% <i>(Jumlah hari dalam setahun x Jumlah tempat tidur)</i>	
			BOR (%)	Skor
			BOR ≥ 100	0.50
			80 > BOR < 100	0.75
			60 ≥ BOR ≤ 80	1
			40 ≥ BOR < 60	0.75
			BOR < 40	0.50
Sub Aspek Hubungan Masyarakat				
Penyuluhan Kesehatan	Penyuluhan kesehatan meliputi kegiatan presentasi dan konseling tentang kesehatan, tata-tertib dan peraturan-peraturan di rumah sakit baik kepada individu maupun kelompok masyarakat di rumah sakit	Laporan Humas dan Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit	Uraian Penyuluhan Kesehatan	Skor
			Tidak ada Program	0,00
			Ada Program tidak dilaksanakan	0,20
			Ada Program Sebagian dilaksanakan	0,50
			Ada Program dilaksanakan	1,00
Sub Aspek Inovasi				
Pertumbuhan Produk Layanan Inovasi	Peningkatan produk layanan inovasi adalah peningkatan dan pengembangan produk, pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk	Laporan Kinerja Rumah Sakit dengan standar ≥ 5	PLI (%)	Skor
			PLI ≥ 5	4
			4 > PLI < 5	3

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN																				
	menciptakan atau memperbaiki produk, proses, dan/atau sistem yang baru di rumah sakit.		<table border="1"> <tr> <td>$3 \geq \text{PLI} \leq 4$</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$2 \geq \text{PLI} < 3$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$\text{PRM} < 2$</td> <td>0</td> </tr> </table>	$3 \geq \text{PLI} \leq 4$	2	$2 \geq \text{PLI} < 3$	1	$\text{PRM} < 2$	0														
$3 \geq \text{PLI} \leq 4$	2																						
$2 \geq \text{PLI} < 3$	1																						
$\text{PRM} < 2$	0																						
Perspektif Pelanggan	Perspektif memungkinkan rumah sakit melakukan identifikasi dan pengukuran, secara eksplisit, proporsi nilai yang akan perusahaan berikan kepada pelanggan dan pasar sasaran. Mencakup 2 Sub aspek 1. Kepuasan Pelanggan 2. Hak dan Kewajiban	Kuesioner dan Laporan Humas RSUD Tenriawaru Bone	Buruk: 0 – 5 Sedang: 5.1 – 10 Baik: 10.1 – 15																				
Sub Aspek Kepuasan Pelanggan																							
Kepuasan Pelanggan (KP)	Survey Kepuasan Pelanggan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan publik.	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan	$\frac{\text{Total dari Nilai Persepsi}}{\text{Total Unsur}} \times \text{Nilai Penimbang}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>KP</th> <th>Mutu Pelayanan</th> <th>Kinerja Unit Pelayanan</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25,00 - 64,99</td> <td>D</td> <td>Tidak Baik</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>65,00 - 76,60</td> <td>C</td> <td>Kurang Baik</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>76,61 - 88,30</td> <td>B</td> <td>Baik</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>88,31 - 100,00</td> <td>A</td> <td>Sangat Baik</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table>	KP	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan	Skor	25,00 - 64,99	D	Tidak Baik	0	65,00 - 76,60	C	Kurang Baik	0,5	76,61 - 88,30	B	Baik	0,75	88,31 - 100,00	A	Sangat Baik	1,0
KP	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan	Skor																				
25,00 - 64,99	D	Tidak Baik	0																				
65,00 - 76,60	C	Kurang Baik	0,5																				
76,61 - 88,30	B	Baik	0,75																				
88,31 - 100,00	A	Sangat Baik	1,0																				

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN																				
Kepuasan Karyawan (KK)	Survey Kepuasan Karyawan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan karyawan terhadap hak dan tanggung jawab yang diterima.	Hasil survey kepuasan karyawan	$\frac{\text{Total dari Nilai Persepsi}}{\text{Total Unsur}} \times \text{Nilai Penimbang}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>KP</th> <th>Mutu Pelayanan</th> <th>Kinerja Unit Pelayanan</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25,00-64,99</td> <td>D</td> <td>Tidak Baik</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>65,00-76,60</td> <td>C</td> <td>Kurang Baik</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>76,61-88,30</td> <td>B</td> <td>Baik</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>88,31-100,00</td> <td>A</td> <td>Sangat Baik</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table>	KP	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan	Skor	25,00-64,99	D	Tidak Baik	0	65,00-76,60	C	Kurang Baik	0,5	76,61-88,30	B	Baik	0,75	88,31-100,00	A	Sangat Baik	1,0
KP	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan	Skor																				
25,00-64,99	D	Tidak Baik	0																				
65,00-76,60	C	Kurang Baik	0,5																				
76,61-88,30	B	Baik	0,75																				
88,31-100,00	A	Sangat Baik	1,0																				
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/ dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/ grading/ dampak risiko.	Data Komplain dengan standar $50 < KRK \leq 75\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>KRK (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$75 < KRK \leq 100$</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$50 < KRK \leq 75$</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>$25 < KRK \leq 50$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$KRK \leq 25\%$</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	KRK (%)	Skor	$75 < KRK \leq 100$	2	$50 < KRK \leq 75$	1,5	$25 < KRK \leq 50$	1	$KRK \leq 25\%$	0,5										
KRK (%)	Skor																						
$75 < KRK \leq 100$	2																						
$50 < KRK \leq 75$	1,5																						
$25 < KRK \leq 50$	1																						
$KRK \leq 25\%$	0,5																						
Pengukuran Patient Experience	Patient experience adalah keseluruhan interaksi yang dibentuk oleh budaya organisasi yang mempengaruhi persepsi pasien pada seluruh kontinum perawatan. Data bagian	Data Bagian Umum dengan standar $50 < PE \leq 75\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PE (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$75 < PE \leq 100$</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>$50 < PE \leq 75$</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>$25 < PE \leq 50$</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>$PE \leq 25\%$</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	PE (%)	Skor	$75 < PE \leq 100$	3	$50 < PE \leq 75$	2	$25 < PE \leq 50$	1	$PE \leq 25\%$	0,5										
PE (%)	Skor																						
$75 < PE \leq 100$	3																						
$50 < PE \leq 75$	2																						
$25 < PE \leq 50$	1																						
$PE \leq 25\%$	0,5																						
Tersedianya Program Customer Relationship Marketing	<i>Customer Relationship Management</i> adalah strategi bisnis yang memadukan SDM, teknologi, dan proses untuk menarik prospek pelayanan, mengkonversi mereka	Data Bagian Umum	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ketersediaan Program Customer Relationship Marketing</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tidak ada program</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Ketersediaan Program Customer Relationship Marketing	Skor	Tidak ada program	0,5																
Ketersediaan Program Customer Relationship Marketing	Skor																						
Tidak ada program	0,5																						

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN										
	menjadi pasien rumah sakit, dan mempertahankan pelanggan yang sudah ada menjadi pasien yang puas dan loyal		<table border="1"> <tr> <td>Ada program tidak dilaksanakan</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>Ada program sebagian dilaksanakan</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Ada program dilaksanakan</td> <td>2,0</td> </tr> </table>	Ada program tidak dilaksanakan	1,0	Ada program sebagian dilaksanakan	1,5	Ada program dilaksanakan	2,0				
Ada program tidak dilaksanakan	1,0												
Ada program sebagian dilaksanakan	1,5												
Ada program dilaksanakan	2,0												
Sub Aspek Hak Pasien dan Kewajiban Rumah Sakit													
Persentase Pemenuhan Hak Pasien	Hak Pasien adalah segala sesuatu yang harus didapatkan pasien selama menjalani pelayanan rumah sakit yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien	Survey dengan standar $\leq 100\%$	$\frac{\text{Jumlah Hak Pasien yang dipenuhi}}{\text{Jumlah Hak Pasien yang ada}} \times 100\%$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>HP (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75 < HP \leq 100%</td> <td>2,5</td> </tr> <tr> <td>50 < HP \leq 75%</td> <td>2,0</td> </tr> <tr> <td>25 < HP \leq 50%</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>0 < HP \leq 25%</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table>	HP (%)	Skor	75 < HP \leq 100%	2,5	50 < HP \leq 75%	2,0	25 < HP \leq 50%	1,5	0 < HP \leq 25%	1,0
HP (%)	Skor												
75 < HP \leq 100%	2,5												
50 < HP \leq 75%	2,0												
25 < HP \leq 50%	1,5												
0 < HP \leq 25%	1,0												
Persentase Pemenuhan Kewajiban Rumah Sakit	Kewajiban Rumah Sakit memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat sebagaimana dalam Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021	Survey dengan standar $\leq 100\%$	<table border="1"> <thead> <tr> <th>KRS (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>75 < KRS \leq 10)</td> <td>2,5</td> </tr> <tr> <td>50 < KRS \leq 75</td> <td>2,0</td> </tr> <tr> <td>25 < KRS \leq 50</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>0 < KRS \leq 25</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table>	KRS (%)	Skor	75 < KRS \leq 10)	2,5	50 < KRS \leq 75	2,0	25 < KRS \leq 50	1,5	0 < KRS \leq 25	1,0
KRS (%)	Skor												
75 < KRS \leq 10)	2,5												
50 < KRS \leq 75	2,0												
25 < KRS \leq 50	1,5												
0 < KRS \leq 25	1,0												
Perspektif Keuangan	Perspektif yang menggambarkan kondisi keuangan rumah sakit yang mencakup 5 sub aspek a. Likuiditas b. Rentabilitias c. Sovabilitas d. Penerimaan Jasa Layanan	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	Buruk: 0 – 8.3 Sedang: 8.4–16.6 Baik: 16.7 – 25										

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN																						
Sub aspek Likuiditas																									
Rasio Kas (Cash Ratio)	Membandingkan antara kas, setara kas dengan kewajiban jangka pendek	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$ <p>240% < RK ≤ 300%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rasio Kas (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RK > 480</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>420 < RK ≤ 480</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>360 < RK ≤ 420</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>300 < RK ≤ 360</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>240 < RK ≤ 300</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>180 < RK ≤ 240</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>120 < RK ≤ 180</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>60 < RK ≤ 120</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>0 < RK ≤ 60</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>RK = 0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Rasio Kas (%)	Skor	RK > 480	0,2	420 < RK ≤ 480	0,4	360 < RK ≤ 420	0,6	300 < RK ≤ 360	0,8	240 < RK ≤ 300	1	180 < RK ≤ 240	0,8	120 < RK ≤ 180	0,6	60 < RK ≤ 120	0,4	0 < RK ≤ 60	0,2	RK = 0	0
			Rasio Kas (%)	Skor																					
			RK > 480	0,2																					
			420 < RK ≤ 480	0,4																					
			360 < RK ≤ 420	0,6																					
			300 < RK ≤ 360	0,8																					
			240 < RK ≤ 300	1																					
			180 < RK ≤ 240	0,8																					
			120 < RK ≤ 180	0,6																					
			60 < RK ≤ 120	0,4																					
			0 < RK ≤ 60	0,2																					
RK = 0	0																								
Rasio Lancar (Current Ratio)	Membandingkan antara aset lancar dengan kewajiban jangka pendek	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rasio Lancar (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RL > 600</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>480 < RL ≤ 600</td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>360 < RL ≤ 480</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>240 < RL ≤ 360</td> <td>0,55</td> </tr> <tr> <td>120 < RL ≤ 240</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>0 < RL ≤ 120</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>RL = 0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Rasio Lancar (%)	Skor	RL > 600	1	480 < RL ≤ 600	0,85	360 < RL ≤ 480	0,7	240 < RL ≤ 360	0,55	120 < RL ≤ 240	0,4	0 < RL ≤ 120	0,25	RL = 0	0						
			Rasio Lancar (%)	Skor																					
			RL > 600	1																					
			480 < RL ≤ 600	0,85																					
			360 < RL ≤ 480	0,7																					
			240 < RL ≤ 360	0,55																					
			120 < RL ≤ 240	0,4																					
			0 < RL ≤ 120	0,25																					
RL = 0	0																								
Sub Aspek Solvabilitas																									
Debt to Asset Ratio (DAR)	Debt to Asset Ratio (DAR) adalah rasio yang digunakan untuk rasio utang dibagi total aset yang dimiliki Rumah Sakit	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Total utang}}{\text{Total Aset}} \times 100\%$																						

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN																	
			DAR (%)	Skor																
			DAR ≤ 35	1																
			35 > DAR ≥ 45	0,65																
			45 > DAR ≥ 55	0,35																
			55 > DAR ≥ 65	0																
Sub Aspek Rentabilitas																				
Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	Membandingkan Piutang Usaha dengan Pendapatan Usaha dalam satu Tahun	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Piutang Usaha} \times 360}{\text{Pendapatan Usaha}} \times 1 \text{ hari}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>PPP (Hari)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PPP < 30</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>30 ≤ PPP < 40</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>40 ≤ PPP < 60</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>60 ≤ PPP < 80</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>80 ≤ PPP < 100</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>PPP ≥ 100</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		PPP (Hari)	Skor	PPP < 30	1	30 ≤ PPP < 40	0,8	40 ≤ PPP < 60	0,6	60 ≤ PPP < 80	0,4	80 ≤ PPP < 100	0,2	PPP ≥ 100	0		
PPP (Hari)	Skor																			
PPP < 30	1																			
30 ≤ PPP < 40	0,8																			
40 ≤ PPP < 60	0,6																			
60 ≤ PPP < 80	0,4																			
80 ≤ PPP < 100	0,2																			
PPP ≥ 100	0																			
Imbalan Atas Aset Tetap (<i>Return On Fixed Asset</i>)	suatu rasio keuangan yang digunakan untuk menilai penggunaan Asset Tetap dalam kegiatan operasional untuk menghasilkan keuntungan. Kemampuan RS BLUD menghasilkan keuntungan dari penggunaan Asset. Untuk menilai kualitas dan kinerja RS BLUD.	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Surplus atau Defisit Aset tetap}}{\text{Aset tetap}} \times 100\%$ Standar: 6% <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Return on Fixed Asset (%) (ROFA)</i></th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ROFA > 6</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5 < ROFA ≤ 6</td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>4 < ROFA ≤ 5</td> <td>0,70</td> </tr> <tr> <td>3 < ROFA ≤ 4</td> <td>0,55</td> </tr> <tr> <td>2 < ROFA ≤ 3</td> <td>0,40</td> </tr> <tr> <td>1 < ROFA ≤ 2</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>ROFA ≤ 1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		<i>Return on Fixed Asset (%) (ROFA)</i>	Skor	ROFA > 6	1	5 < ROFA ≤ 6	0,85	4 < ROFA ≤ 5	0,70	3 < ROFA ≤ 4	0,55	2 < ROFA ≤ 3	0,40	1 < ROFA ≤ 2	0,25	ROFA ≤ 1	0
<i>Return on Fixed Asset (%) (ROFA)</i>	Skor																			
ROFA > 6	1																			
5 < ROFA ≤ 6	0,85																			
4 < ROFA ≤ 5	0,70																			
3 < ROFA ≤ 4	0,55																			
2 < ROFA ≤ 3	0,40																			
1 < ROFA ≤ 2	0,25																			
ROFA ≤ 1	0																			
Imbalan Ekuitas (<i>Return Of Equity</i>)	ROE adalah rasio yang berguna untuk menghasilkan keuntungan. Surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian, memperhitungkan pendapat investasi	Data Bagian Keuangan dengan standar > 8 %	$\text{Return of Equity \%}$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ROE</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ROE > 8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7 < ROE ≤ 8</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>6 < ROE ≤ 7</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>5 < ROE ≤ 6</td> <td>0,6</td> </tr> </tbody> </table>		ROE	Skor	ROE > 8	1	7 < ROE ≤ 8	0,8	6 < ROE ≤ 7	0,7	5 < ROE ≤ 6	0,6						
ROE	Skor																			
ROE > 8	1																			
7 < ROE ≤ 8	0,8																			
6 < ROE ≤ 7	0,7																			
5 < ROE ≤ 6	0,6																			

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
	yang bersumber APBN dan biaya penyusutan yang dibagi ekuitas dari selisih antara hak residual BLUD atas aset dengan seluruh kewajiban yang dimiliki.		4 < ROE ≤ 5	0,5
			3 < ROE ≤ 4	0,4
			2 < ROE ≤ 3	0,3
			1 < ROE ≤ 2	0,2
			0 < ROE ≤ 1	0,1
			ROE = 0	0
Sub Aspek Penerimaan Jasa Layanan				
Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	Membandingkan antara Pendapatan Operasional dengan Aset Tetap	Laporan Keuangan Rsd Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$ Standar + > 20 %	
			Perputaran Aset Tetap (%) (PAT)	Skor
			PAT > 20	1.00
			15 < PAT ≤ 20	0.80
			10 < PAT ≤ 15	0.60
			5 < PAT ≤ 10	0.40
			0 PAT ≤ 5	0.20
			PAT = 0	0

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN																						
Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional	Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain termasuk pendapatan yang berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLUD, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN/APBD.	Data dari keuangan dengan standar > 75 %	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PB (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PB > 75</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>57 < PB ≤ 75</td> <td>9,0</td> </tr> <tr> <td>50 < PB ≤ 57</td> <td>8,0</td> </tr> <tr> <td>42 < PB ≤ 50</td> <td>7,0</td> </tr> <tr> <td>35 < PB ≤ 42</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>28 < PB ≤ 35</td> <td>5,0</td> </tr> <tr> <td>20 < PB ≤ 28</td> <td>4,0</td> </tr> <tr> <td>12 < PB ≤ 20</td> <td>3,0</td> </tr> <tr> <td>4 < PB ≤ 12</td> <td>2,0</td> </tr> <tr> <td>0 < PB ≤ 4</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table>	PB (%)	Skor	PB > 75	10	57 < PB ≤ 75	9,0	50 < PB ≤ 57	8,0	42 < PB ≤ 50	7,0	35 < PB ≤ 42	6,0	28 < PB ≤ 35	5,0	20 < PB ≤ 28	4,0	12 < PB ≤ 20	3,0	4 < PB ≤ 12	2,0	0 < PB ≤ 4	1,0
PB (%)	Skor																								
PB > 75	10																								
57 < PB ≤ 75	9,0																								
50 < PB ≤ 57	8,0																								
42 < PB ≤ 50	7,0																								
35 < PB ≤ 42	6,0																								
28 < PB ≤ 35	5,0																								
20 < PB ≤ 28	4,0																								
12 < PB ≤ 20	3,0																								
4 < PB ≤ 12	2,0																								
0 < PB ≤ 4	1,0																								
Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan	Persentasi rekam medis yang dapat diklaim adalah persentasi dokumen permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh rumah sakit kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan yang diperoleh dari kelengkapan rekam medis pasien.	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	<p><i>Jumlah rekam medis yang dapat diklaim</i> <i>Jumlah rekam medis yang diajukan</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan (%)</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil > 90 %</td> <td>1,0</td> </tr> <tr> <td>80 < Hasil ≤ 90</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>70 < Hasil ≤ 80</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>60 < Hasil ≤ 70</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>Hasil ≤ 60</td> <td>0,2</td> </tr> </tbody> </table>	Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan (%)	Skor	Hasil > 90 %	1,0	80 < Hasil ≤ 90	0,8	70 < Hasil ≤ 80	0,6	60 < Hasil ≤ 70	0,4	Hasil ≤ 60	0,2										
Persentasi Rekam Medis Yang Dapat Diklaim Dalam Sebulan (%)	Skor																								
Hasil > 90 %	1,0																								
80 < Hasil ≤ 90	0,8																								
70 < Hasil ≤ 80	0,6																								
60 < Hasil ≤ 70	0,4																								
Hasil ≤ 60	0,2																								

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN		
Sub Aspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLUD					
Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD, yang selanjutnya disingkat RBA, adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja, dan anggaran suatu BLUD	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	Jangka Waktu RBA Definitif Ditandatangani Menteri/ Pimpinan Lembaga	Skor	
			1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya	0,05	
			2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya	0	
			Kelengkapan	SKOR	
				Ya	Tidak
			➢ Ditandatangani oleh pemimpin BLUD	0,05	0
			➢ Diketahui oleh dewan pengawas yang ditunjuk oleh pimpinan lembaga jika BLUD tidak memiliki dewan pengawas	0,05	0
			➢ Disetujui dan ditandatangani oleh pimpinan Lembaga	0,05	0
			➢ Kesesuaian format dengan PMK No.92 /PMK.05/2011	0,05	0
Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP)	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas sbelum tanggal 10 tiap bulan	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	Waktu Penyampaian	Skor	
			1. Disampaikan sampai dgn tgl 15 juli	0,083	
			2. Terlambat s.d 30 hari	0,042	
			3. Terlambat lebih dari 30 hari	0,021	

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN														
Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLUD	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja yang selanjutnya disebut SP3B adalah surat perintah pengesahan yang diterbitkan oleh PA pada RS kepada Bendahara Umum Daerah untuk mengesahkan pendapatan dan atau belanja berupa uang yang digunakan langsung	Data bagian keuangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SP3B BLUD Triwulan I disampaikan sampai akhir triwulan I dan saldo kas telah sesuai yaitu 0,025 2. SP3B BLUD Triwulan II disampaikan sampai akhir triwulan II dan saldo kas telah sesuai yaitu 0,025 3. SP3B BLUD Triwulan III disampaikan sampai akhir triwulan III dan saldo kas telah sesuai yaitu 0,025 4. SP3B BLUD Triwulan IV disampaikan sesuai dengan langkah-langkah akhir tahun anggaran dan saldo kas telah sesuai yaitu 0,025 														
Sistem Akuntansi	Sistem akuntansi artinya adalah suatu metode dan prosedur untuk mencatat dan melaporkan informasi dan kondisi keuangan bagi manajemen perusahaan atau organisasi bisnis/rumah sakit	Data bagian keuangan dengan standar 100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Subsistem Akuntansi Transaksional</th> <th colspan="2">SKOR</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sistem Akuntansi Keuangan</td> <td>0,125</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sistem Akuntansi Biaya</td> <td>0,0625</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sistem Akuntansi Aset Tetap</td> <td>0,625</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Subsistem Akuntansi Transaksional	SKOR		Ya	Tidak	Sistem Akuntansi Keuangan	0,125	0	Sistem Akuntansi Biaya	0,0625	0	Sistem Akuntansi Aset Tetap	0,625	0
Subsistem Akuntansi Transaksional	SKOR																
	Ya	Tidak															
Sistem Akuntansi Keuangan	0,125	0															
Sistem Akuntansi Biaya	0,0625	0															
Sistem Akuntansi Aset Tetap	0,625	0															
Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan	Ketepatan waktu penerimaan Jasa Pelayanan adalah ketepatan hari yang dibutuhkan rumah sakit untuk melakukan pembayaran jasa pelayanan ke pegawai setelah dibayarkan oleh Asuransi masuk ke rekening Rumah Sakit.	Keuangan dan Pengelola BPJS dengan standar ≤ 10 hari kerja setelah klaim diperoleh 20-30 hari setelah klaim diperoleh	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan</th> <th>Skor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasil ≤ 10 hari</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>10 hari < Hasil ≤ 20 hari</td> <td>0.25</td> </tr> <tr> <td>Hasil > 20 hari</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan	Skor	Hasil ≤ 10 hari	0.5	10 hari < Hasil ≤ 20 hari	0.25	Hasil > 20 hari	0						
Ketepatan Waktu Penerimaan Jasa Pelayanan	Skor																
Hasil ≤ 10 hari	0.5																
10 hari < Hasil ≤ 20 hari	0.25																
Hasil > 20 hari	0																

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN	
Tarif Layanan	Sebagai acuan dalam menentukan nilai jasa layanan	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	Tahap Pengusulan	Skor
			1. Apabila tarif telah ditetapkan oleh Peraturan Gubernur	0,25
			2. Apabila tarif masih dalam proses penilaian di Peraturan Gubernur	0,19
			3. Apabila tarif belum diusulkan ke Gubernur, namun penggunaan tarif berdasarkan PP	0,13
			4. Apabila tarif belum diusulkan ke Gubernur namun menggunakan tarif yang ditetapkan pimpinan lembaga	0,07
			5. Apabila tarif belum diusulkan ke Gubernur namun menggunakan tarif yang ditetapkan BLUD	0
Konsistensi Perencanaan Penganggaran dan Pelaksanaan	Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan adalah persentase terlaksananya program/kegiatan anggaran sesuai perencanaan yang telah ditetapkan dalam 1 tahun. Konsistensi hanya diukur berdasarkan RBA BLUD sesuai ketentuan perundang-undangan.	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Jumlah program terlaksana}}{\text{Total jumlah program yang direncanakan}} \times 100$	
			Konsistensi perencanaan penganggaran dan pelaksanaan (%)	Skor
			Hasil \geq 95	0.5
			60 \leq Hasil < 95	0,25
			Hasil < 60	0

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	SUMBER DATA	KRITERIA PENILAIAN		
Pertumbuhan Pendapatan	Pertumbuhan Pendapatan adalah jumlah pendapatan yang didapatkan Rumah Sakit pada tahun berjalan dibagi jumlah pendapatan Rumah Sakit pada Tahun Sebelumnya	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	$\frac{\text{Pendapatan tahun sekarang} - \text{tahun sebelumnya}}{\text{Pendapatan tahun sebelumnya}} \times 100\%$		
			Pertumbuhan Pendapatan (%)	Skor	
			Hasil \geq 10	1.25	
			$8 \leq$ Hasil $<$ 10	1.00	
			$6 \leq$ Hasil $<$ 8	0.75	
Hasil $<$ 6	0.5				
Ketersediaan SOP	Melaksanakan pengelolaan keuangan berdasarkan standar operasional	Laporan Keuangan Rsud Tenriawaru Bone	SOP Pengelolaan keuangan	Skor	
				Ya	Tidak
			SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,25	0
			SOP Pengelolaan Utang	0,25	0
			SOP Pengelolaan Kas	0,25	0
			SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,25	0
			SOP Pengelolaan Piutang	0,25	0