PENGUKURAN KINERJA DENGAN IMPLEMENTASI METODE *INTEGRATED PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEM*

(Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar, Malang)

SKRIPSI

KONSENTRASI MANAJEMEN SISTEM INDUSTRI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan
memperoleh gelar Sarjana Teknik

Disusun oleh:

PISCESTYA ARIYANTI PUTRI

NIM. 0810670054-67

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS TEKNIK

MALANG

2012

repository.ub.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN

PENGUKURAN KINERJA DENGAN IMPLEMENTASI METODE *INTEGRATED PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEM*

(Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar, Malang)

SKRIPSI

KONSENTRASI MANAJEMEN SISTEM INDUSTRI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan
memperoleh gelar Sarjana Teknik

Disusun oleh:

PISCESTYA ARIYANTI PUTRI
NIM. 0810670054-67

Telah diperiksa dan disetujui oleh:

Dosen Pembimbing I	**Dosen Pembimbing II**
Nasir Widha Setyanto, ST., MT.	**Arif Rahman, ST., MT.**
NIP. 19700914 200501 1 001	**NIP. 19740528 200801 1 010**

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

LEMBAR PENGESAHAN

PENGUKURAN KINERJA DENGAN IMPLEMENTASI METODE *INTEGRATED PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEM*
(Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar, Malang)

SKRIPSI
KONSENTRASI MANAJEMEN SISTEM INDUSTRI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan
memperoleh gelar Sarjana Teknik

Disusun oleh :

PISCESTYA ARIYANTI PUTRI
NIM. 0810670054-67

Skripsi ini telah diuji dan dinyatakan lulus pada
tanggal 28 Mei 2012

Skripsi I	**Skripsi II**
Prof. Dr. Ir. Pratikto, MMT.	**Sugiarto, ST., MT.**
NIP. 19461110 198103 1 001	**NIP. 19690417 199512 1 001**

Komprehensif

Ir. Masduki, MM.
NIP. 19450816 197009 1 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Teknik Industri

Nasir Widha Setyanto, ST., MT.
NIP. 19700914 200501 1 001

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

repository.ub.ac.id

PERNYATAAN
ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam makalah SKRIPSI ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dikutip dalam makalah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam makalah SKRIPSI ini dapat dibuktikan terdapat unsur- unsur PLAGIASI, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (SARJANA TEKNIK) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal
70

Malang, 28 Mei 2012

Mahasiswa,

Piscestya Ariyanti P.
NIM. 0810670054

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

PENGANTAR

Segala puji dan syukur hanya kepada Allah SWT yang melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul **"Pengukuran Kinerja dengan Implementasi Metode *Integrated Performance Measurement System*"** dengan baik. Tugas akhir ini disusun sebagai bagian dari proses untuk memperoleh gelar Sarjana Strata Satu (S-1) di Program Studi Teknik Industri Fakultas Teknik Universitas Brawijaya.

Selama penyusunan tugas akhir ini, banyak kesulitan dan rintangan yang dihadapi oleh penulis. Namun, berkat dukungan serta bantuan dari semua pihak, tugas akhir ini akhirnya dapat terselesaikan. Oleh karena itu tak lupa penulis menyampaiakan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Nasir Widha Setyanto, ST., MT. selaku Ketua Program Studi Teknik Industri Universitas Brawijaya, Dosen Pembimbing Akademik, dan Dosen Pembimbing I atas bimbingan, masukan, dan arahan yang diberikan selama ini.
2. Bapak Arif Rahman,ST., MT selaku Sekretaris Program Studi dan Dosen Pembimbing II yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat bermanfaat, saran, serta bimbingan untuk kesempurnaan tugas akhir ini.
3. Ibu Rahmi Yuniarti, ST., MT. selaku Ketua Kelompok Konsetrasi Dasar Keahlian Manajemen Sistem Industri atas masukan yang diberikan.
4. Ibu Murti Astuti, Dra., MSIE. , Bapak Bambang Indrayadi, Ir., MT., dan Bapak Ir. Moch. Choiri, MT. selaku dosen pengamat pada seminar proposal dan seminar hasil, atas kritik, saran, dan masukan yang diberikan.
5. Bapak Prof. Dr. Ir. Pratikto, MMT., Bapak Sugiarto, ST., MT., dan Bapak Ir. Masduki, MM. selaku dosen penguji pada ujian komprehensif, atas kritik, saran, dan masukan yang diberikan.
6. Orang tuaku tercinta, Tutut Subiarti dan Andik Riyanto untuk pelajaran, didikan, kasih sayang, semangat, dukungan materiil, serta perjuangan yang tidak kenal lelah untuk memberikan pendidikan yang terbaik bagi penulis.
7. Kakak perempuanku tersayang, Fajar Ika Fitriyanti, atas dukungan, doa dan semangat yang diberikan.
8. Sahabat-sahabatku tercinta, Widya Ardiarini, Dewi Rokhmah Pyriana, Novita Nilasari, Sarah Mustika Barokah, Wenny Puspita Cahyaningtyas, Farah Paramita,

Ratna Roesardhyati, Husna Arifatul Muzayana, dan Rafika Epsilani Cymbidiana, atas kasih sayang, persahabatan, dan semangat yang sangat berharga bagi penulis.

9. Sahabat-sahabatku tersayang, Chandrawati Putri Wulandari, Rahayu Wijayanti, dan Margaretha Adisetya Putri atas dukungan, kerja sama, dan motivasi yang diberikan
10. Bapak Sholeh, Bapak Agus, Bapak Welly, Ibu Titik, Ibu Novi, Mbak Ria, Mbak Ika, Mbak Ajeng, Bapak Frans, Mbak Siska, Mbak Evi, Mbak Rahma, serta staf IPL di RSUD Dr. Saiful Anwar atas bantuan, tantangan, dan dukungan yang diberikan.
11. Seluruh bapak dan Ibu Dosen Program Studi Teknik Industri yang telah banyak memberikan ilmu yang bermanfaat selama berada di bangku perkuliahan.
12. Segenap staf PSTI-UB yang banyak membantu dalam proses administrasi selama masa studi penulis.
13. Rekan-rekan asisten Laboratorium Statistik dan Rekayasa Kualitas atas kerja sama, dukungan, serta canda tawa bersama penulis.
14. Teman baikku, Dodik Kurniawan, ST. dan Very Hidayat, ST., atas bantuan yang banyak diberikan, semangat, doa, serta canda tawanya.
15. Teman-teman AUTIS (Teknik Industri Angkatan 2008) atas semangat dan dukungan yang diberikan.
16. Teman-teman EMPEROR (Teknik Mesin Angkatan 2008) atas semangat dan dukungan yang diberikan.
17. Mbak Wiluddyana dan Mbak Citra yang sudah membantu dan memberikan inspirasi bagi penulis.
18. Segenap pihak yang telah mendukung terselesaikannya tugas akhir ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Dalam setiap usaha tidak lepas dari kesalahan. Oleh sebab itu, segala kritik dan saran sangat diharapkan. Akhir kata, semoga tugas akhir ini dapat memenuhi sebagian kebutuhan referensi yang ada dan dapat memberikan manfaat.

Malang, 28 Mei 2012

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
DAFTAR TABEL vi
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
RINGKASAN x

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Identifikasi Masalah 4
1.3 Rumusan Masalah 4
1.4 Batasan Masalah 4
1.5 Asumsi 5
1.6 Tujuan Penelitian 5
1.7 Manfaat Penelitian 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 5
2.1 Penelitian Terdahulu 6
2.2 Kinerja 7
2.3 Pengukuran Kinerja 8
2.4 Jasa dan Industri Jasa 9
2.5 Jasa Pelayanan Medis 10
2.6 Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 11
2.7 *Stakeholders* 12
2.8 *Integrated Performance Measurement System* (IPMS) 14
2.8.1 Konsep *Integrated Performance Measurement System* (IPMS) 14
2.8.2 Tahapan *Integrated Performance Measurement System* (IPMS) 15
2.9 *Key Performance Indicator* (KPI) 16
2.10 *Analytical Hierarchy Process* (AHP) 17
2.10.1 Langkah Perhitungan *Analytical Hierarchy Process* (AHP) 17
2.10.2 Skala Penilaian Perbandingan Berpasangan 18

2.10.3 Perhitungan Konsistensi AHP 19
2.11 *Objective Matrix* 20
2.12 *Traffic Light System* 21
BAB III METODOLOGI PENELITIAN 22
3.1 Metodologi Penelitian 22
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian 22
3.3 Data yang Digunakan 22
3.4 Metode Pengumpulan Data 23
3.5 Langkah-langkah Penelitian 24
3.6 Diagram Alir Penelitian 27
BAB IV PENGUMPULAN DAN PENGOLAHAN DATA 29
4.1 Tinjauan Umum Rumah Sakit 29
4.1.1 Sejarah Ringkas Rumah Sakit 30
4.1.2 Luas Lahan 30
4.1.3 Status 30
4.1.3.1 Kepemilikan dan Kedudukan 30
4.1.3.2 Rumah Sakit Kelas A 30
4.1.3.3 Terakreditasi dan Wilayah Rujukan 31
4.1.4 Visi, Misi, dan Motto 31
4.1.5 Struktur Organisasi Rumah Sakit 31
4.1.6 Pelayanan Kesehatan di RSUD Dr. Saiful Anwar 33
4.2 Pengukuran Kinerja Sebelumnya 34
4.3 Identifikasi Level Rumah Sakit 34
4.4 Identifikasi *Stakeholder* 35
4.5 Identifikasi *Stakeholder Requirement* 37
4.6 Identifikasi *External Monitor* 39
4.7 Identifikasi *Objectives* 39
4.8 Identifikasi dan Verifikasi *Key Performance Indicator* 42
4.9 Pembobotan dan Pengkategorian KPI 47
4.10 Penyusunan *Performance Measurement Record Sheet* 58
4.11 Pengukuran Kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar 59
4.12 *Scorring System* dengan OMAx dan *Traffic Light* 62
BAB V ANALISIS HASIL DAN REKOMENDASI PERBAIKAN 68
5.1 Analisis Hasil 68

5.2 Rekomendasi Perbaikan untuk KPI Kategori Merah 71
5.3 Rekomendasi Perbaikan untuk KPI Kategori Kuning 77
5.4 Pembahasan 79
BAB VI PENUTUP 82
6.1 Kesimpulan 82
6.2 Saran 84
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	Perbedaan Penelitian Ini dan Penelitian Terdahulu	7
Tabel 2.2	Skala Nilai Perbandingan Berpasangan	18
Tabel 4.1	Kepegawaian RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2011 Berdasarkan Jenis Penugasan	36
Tabel 4.2	Kepegawaian RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2011 Berdasarkan Status	36
Tabel 4.3	*Stakeholder Requirement* untuk *Investor*	37
Tabel 4.4	*Stakeholder Requirement* untuk *Customer*	37
Tabel 4.5	*Stakeholder Requirement* untuk *Employee*	38
Tabel 4.6	*Stakeholder Requirement* untuk *Supplier*	38
Tabel 4.7	*Stakeholder Requirement* untuk *Regulator and Community*	38
Tabel 4.8	*Objectives* untuk *Investor*	39
Tabel 4.9	*Objectives* untuk *Customer*	40
Tabel 4.10	*Objectives* untuk *Employee*	40
Tabel 4.11	*Objectives* untuk *Supplier*	41
Tabel 4.12	*Objectives* untuk *Regulator and Community*	42
Tabel 4.13	*Key Performance Indicator* untuk *Investor*	42
Tabel 4.14	*Key Performance Indicator* untuk *Customer*	43
Tabel 4.15	*Key Performance Indicator* untuk *Employee*	44
Tabel 4.16	*Key Performance Indicator* untuk *Supplier*	45
Tabel 4.17	Key Performance Indicator untuk *Regulator and Community*	46
Tabel 4.18	Pembobotan Antar Stakeholder RSUD Dr. Saiful Anwar	49
Tabel 4.19	Pembobotan *Objectives Stakeholder Investor* RSUD Dr. Saiful Anwar	50
Tabel 4.20	Pembobotan *Objectives Stakeholder Customer* RSUD Dr. Saiful Anwar	50
Tabel 4.21	Pembobotan *Objectives Stakeholder Employee* RSUD Dr. Saiful Anwar	50
Tabel 4.22	Pembobotan *Objectives Stakeholder Supplier* RSUD Dr. Saiful Anwar	51

Tabel 4.23	Pembobotan *Objectives Stakeholder Regulator and Community* RSUD Dr. Saiful Anwar	51
Tabel 4.24	Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Investor*	52
Tabel 4.25	Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Customer*	53
Tabel 4.26	Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Employee*	54
Tabel 4.27	Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Supplier*	54
Tabel 4.28	Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Regulator and Community*	55
Tabel 4.29	*Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Investor*	56
Tabel 4.30	*Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Customer*	56
Tabel 4.31	*Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Employee*	57
Tabel 4.32	*Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Supplier*	57
Tabel 4.33	*Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Regulator and Community*	57
Tabel 4.34	Nilai Bobot KPI RSUD Dr. Saiful Anwar	58
Tabel 4.35	Contoh *Performance Measurement Record Sheet*.untuk KPI I1	59
Tabel 4.36	Target dan Pencapaian KPI RSUD Dr. Saiful Anwar	59
Tabel 4.37	Skema Penilaian *Investor* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX	63
Tabel 4.38	Skema Penilaian *Customer* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX	64
Tabel 4.39	Skema Penilaian *Employee* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX	65
Tabel 4.40	Skema Penilaian *Supplier* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX	66
Tabel 4.41	Skema Penilaian *Regulator and Community* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX	66

DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 1.1	Grafik Pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia	2
Gambar 2.1	Level Bisnis IPMS	15
Gambar 2.2	Skema Penilaian Berdasarkan Metode OMAX	20
Gambar 3.1	Diagram Alir Penelitian	27
Gambar 4.1	Logo RSUD Dr. Saiful Anwar	30
Gambar 4.2	Struktur Organisasi RSUD Dr. Saiful Anwar	32
Gambar 4.3	Bagan Pembobotan pada RSUD Dr. Saiful Anwar	48
Gambar 4.4	*Output* Pembobotan *Stakeholder*	49

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1.	Kuesioner *Stakeholder Requirement*	87
Lampiran 2.	Kuesioner *Objective*	90
Lampiran 3.	Kuesioner *Key Performance Indicator*	93
Lampiran 4.	Kuesioner Pembobotan	96
Lampiran 5.	*Performance Measurement Record Sheet*	102
Lampiran 6.	*Output* Perhitungan *Expert Choice 11*	115

RINGKASAN

Piscestya Ariyanti Putri, Program Studi Teknik Industri, Universitas Brawijaya, Mei 2012, Pengukuran Kinerja dengan Implementasi Metode *Integrated Performance Measurement System* (Studi Kasus di RSUD Dr. Saiful Anwar, Malang), Dosen Pembimbing : Nasir Widha Setyanto dan Arif Rahman.

Pertumbuhan jumlah rumah sakit swasta yang pesat serta pelayanan yang masih kurang dari yang diharapkan merupakan ancaman bagi rumah sakit pemerintah untuk berupaya meningkatkan daya saing. Hal tersebut berlaku pula bagi RSUD Dr. Saiful Anwar sebagai rumah sakit terbesar di kota Malang yang merupakan milik pemerintah. Untuk meningkatkan kinerja rumah sakit, maka perlu dilakukan pengukuran terlebih dahulu yang tidak hanya melibatkan *stakeholder* internal, namun juga *stakeholder* eksternal.

Metode yang digunakan untuk mengukur kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *Integrated Performance Measurement System* (IPMS). Langkah awal penelitian ini adalah dengan mengidentifikasi *stakeholder requirement* yang selanjutnya mengidentifikasi *external monitor, objectives, serta Key Performance Indicator.* Lalu dilakukan pembobotan untuk masing-masing *stakeholder, objective,* serta *Key Performance Indicator* dengan menggunakan *Analitycal Hierarchy Process* (AHP). Setelah melakukan pembobotan, dilakukan *scorring system* dengan bantuan OMAX dan *traffic light.* Dalam pengolahan ini akan dihasilkan KPI yang pencapaiannya sudah baik, kurang, dan kritis.

Dari perancangan yang dilakukan dengan 72 KPI dengan perincian 19 KPI untuk *stakeholder investor*, 20 KPI untuk *stakeholder customer*, 16 KPI untuk *stakeholder employee*, 7 KPI untuk *stakeholder supplier*, dan 10 KPI untuk *stakeholder regulator and community* dapat dihasilkan bahwa kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar secara keseluruhan dapat dikatakan belum mencapai performa yang diharapkan. Hal ini dikarenakan nilai indeks total yang dihasilkan masih berada pada kategori kuning, yaitu sebesar 7,8863. Sebanyak 9 KPI merupakan kategori kritis dan 5 KPI merupakan kategori mendekati kritis. Sebagian besar KPI yang harus diperbaiki adalah milik *investor, customer,* dan *supplier* yang menunjukkan bahwa *requirement* untuk ketiga *stakeholder* tersebut belum terpenuhi. Untuk meningkatkan pencapaian target yang ditentukan maka diberikan beberapa rekomendasi perbaikan agar kebutuhan dan keinginan *stakeholder* dapat terpenuhi.

Kata kunci : Pengukuran Kinerja, *Requirement*, IPMS, AHP, OMAX, *Traffic Light.*

SUMMARY

Piscestya Ariyanti Putri, Department of Industrial Engineering, Faculty of Engineering, University of Brawijaya, May 2012, *Performance Measurement with Implementation Integrated Performance Measurement System Method (Case Study : Dr. Saiful Anwar Hospital, Malang),* Academic Supervisor : Nasir Widha Setyanto and Arif Rahman.

Increasing number of private hospitals rapidly and service that still less than expected, they become threats for government hospitals to improve its competitive advantages. As the largest public hospital in Malang, Hospital Dr. Saiful Anwar which is owned by the government should struggle in competitiveness. To improve hospital performance, it has to concern internal stakeholders and external stakeholders perspectives in performance measurement.

This study used Integrated Performance Measurement System to measure the performance of Hospital RSUD Dr. Saiful Anwar. The initial step identifies the external monitor, objectives, and key performance indicator. Then it predicts weighting factors for each stakeholder, objectives, and key performance indicator using Analytical Hierarchy Process (AHP). Since performing weighting, it conduct performance measurement supported by OMAX and traffic light system. These processes will result in the attainment KPI which is good, less, and critical.

Its design carries out with 72 KPI which is consisted of 19 KPI for investors stakeholder, 20 KPI for customer stakeholders, 16 KPI for employee stakeholder, 7 KPI for supplier stakeholder, and 10 key performance indicators for regulators and community stakeholders. This study measures the performance of Hospital Dr. Saiful Anwar that have not achieved the expected performance yet. This is because the resulting total value of the index is still in the yellow category, that is equal to 7.8863. Total of 9 KPI is a critical category and 5 KPI is approaching a critical category. Most of the KPI to be fixed are belong to the investor, customer, and supplier indicating that the requirement for all three stakeholders have not been met. To improve the achievement of specified targets are given some recommendations in order to the needs and desires of stakeholders can be met.

Keywords : Performance Measurement, Requirement, IPMS, AHP, OMAX, Traffic Light.

BAB I
PENDAHULUAN

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai latar belakang dilakukannya penelitian, rumusan masalah yang akan diselesaikan, tujuan, dan manfaat yang akan diperoleh, serta ruang lingkup penelitian yang meliputi batasan masalah dan asumsi yang digunakan dalam penelitian ini.

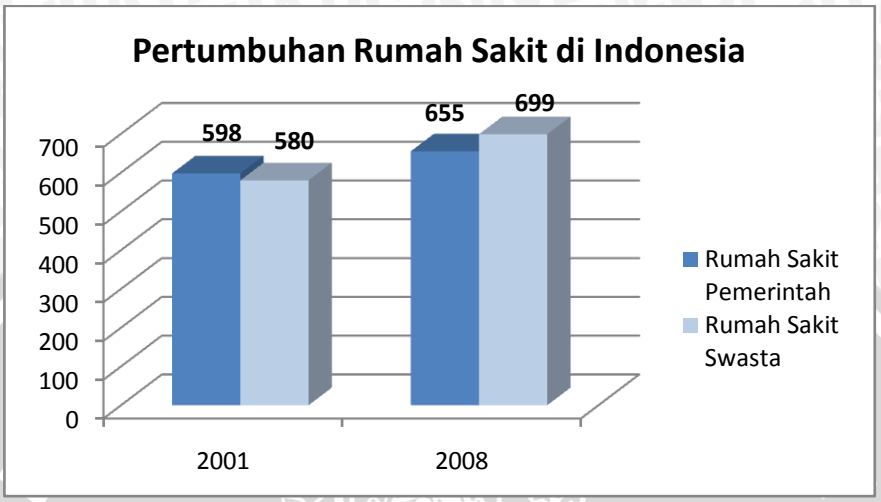
1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan sebuah organisasi yang bergerak di bidang jasa yang memberikan pelayanan medis kepada masyarakat dalam upaya menaikkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Dengan kata lain, rumah sakit merupakan ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Untuk memenuhi fungsinya, rumah sakit harus mampu mengikuti perkembangan IPTEK karena sebagai fasilitas kesehatan yang padat dengan modal, ilmu pengetahuan tentang kesehatan, dan peralatan yang mendukung kegiatan medis yang serba canggih.

Menurut Menteri Kesehatan, Endang Rahayu Sedyaningsih, pada tahun 2001 jumlah rumah sakit pemerintah di Indonesia sebanyak 598 unit, sedangkan pada akhir tahun 2008 sudah mencapai 655 unit. Pertumbuhan rumah sakit swasta pada tahun 2011 jumlahnya sebanyak 580 unit, namun pada akhir tahun 2008, jumlahnya sudah menyalip rumah sakit pemerintah, yaitu mencapai 699 unit. (Kusdriana, 2010). Pertumbuhan kedua rumah sakit tersebut juga dapat dilihat pada Gambar 1.1. Pertumbuhan jumlah rumah sakit swasta yang lebih besar menunjukkan bahwa kompetitor rumah sakit pemerintah semakin banyak. Selain itu, masyarakat juga menuntut pelayanan yang baik dari rumah sakit pemerintah karena tarif pelayanan yang tidak jauh lebih murah dibanding rumah sakit swasta. Namun, pelayanan di rumah sakit pemerintah masih kurang dari yang diharapkan, misalnya dokter dan paramedik yang kurang sigap, perawat yang ketus, serta terjadi bentrok fisik antara pihak rumah sakit dan keluarga pasien yang disebabkan oleh pelayanan yang tidak memuaskan. (Kompasiana, 2011). Hal ini tentu menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah untuk meningkatkan daya saing rumah sakit yang dimilikinya karena adanya persaingan ketat di antara bidang pelayanan jasa kesehatan yang semakin meningkat pula.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar merupakan rumah sakit pemerintah terbesar di kota Malang. Tujuan utama dari rumah sakit ini adalah

memberikan pelayanan kesehatan kepada semua golongan masyarakat. Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan yang semakin meningkat mengakibatkan diperlukannya alat untuk mengkomunikasikan rencana-rencana strategis kepada anggota organisasi.



Gambar 1.1 Diagram Pertumbuhan Rumah Sakit di Indonesia
Sumber : Kusdriana (2010)

Pengkomunikasian perencanaan strategis ini dapat diwujudkan dengan melakukan pengukuran kinerja secara terintegrasi pada indikator-indikator kinerja pada masing-masing sasaran strategis. Pengukuran kinerja terintegrasi juga didasarkan atas hasil dari artikulasi strategi organisasi dan hasil monitoring bisnis selama ini. Pengukuran kinerja terintegrasi yang diawali dari strategi yang diyakini akan lebih fokus dan lebih mudah memperlihatkan tujuan yang hendak dicapai organisasi. (Vanani, 2009).

Berdasarkan penelitian Rahmawati (2010), RSUD Dr. Saiful Anwar sebelumnya telah melakukan pengukuran kinerja dengan menggunakan metode *Balance Scorecard*. Pada metode ini pengukuran kinerja dilakukan berdasarkan empat perspektif, yaitu finansial, pelanggan, proses bisnis internal, serta pertumbuhan dan pembelajaran. *Key Performance Indicator* (KPI) dari pengukuran kinerja tersebut menghasilkan 53 KPI yang terdiri dari 10 KPI perspektif keuangan, 22 KPI perspektif pelanggan, 16 KPI perspektif proses bisnis internal, dan 5 KPI perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Apabila dikaitkan dengan *stakeholder* sebanyak 18 KPI berhubungan dengan *investor*, 24 KPI berkaitan dengan *customer*, 5 KPI bersangkutan dengan *employee*, dan sisanya berkaitan dengan *supplier*. Setelah dilakukan pengolahan data dapat diketahui bahwa KPI yang tergolong kuning sebanyak 17 KPI dan 2 KPI tergolong merah, sedangkan

sisanya masuk pada kategori hijau. KPI *customer* dan *investor* menempati dua posisi tertinggi yang perlu diperbaiki. Dari KPI-KPI yang diukur, terlihat bahwa *stakeholder* yang diperhatikan lebih hanya dari segi internal saja, sedangkan dari segi eksternal kurang diperhatikan. Padahal bukan hanya *stakeholder* internal yang memberikan andil dalam mencapai keberhasilan, melainkan juga *stakeholder* eksternal, seperti kompetitor, masyarakat di sekitar rumah sakit, masyarakat kota Malang, dan lembaga pendidikan. Baik secara langsung maupun tidak langsung *stakeholder* eksternal menuntut rumah sakit untuk melakukan perbaikan yang berkesinambungan, misalnya saran dan kritik serta motivasi tersendiri bagi rumah sakit untuk lebih berkembang.

Dalam sebuah organisasi, penentu keberhasilan sebuah perusahaan ditentukan oleh kinerja semua komponen yang berada di dalamnya, baik pihak internal maupun eksternal. Untuk meningkatkan semangat kinerja semua komponen yang terlibat perlu dilakukan umpan balik terhadap masing-masing *stakeholder.* Pemberian umpan balik tersebut dapat berupa pemenuhan kebutuhan masing-masing *stakeholder.* Hal ini dikarenakan pemenuhan kebutuhan merupakan masalah yang harus dipecahkan sebuah perusahaan untuk mencapai tujuannya karena pemenuhan kebutuhan merupakan syarat bagi *stakeholder* untuk dapat menjaga kinerjanya. Dengan kata lain, pemenuhan kebutuhan merupakan syarat minimum yang harus dipenuhi bagi *stakeholder,* baik internal maupun eksternal.(Rivai, dkk, 2001).

Model *Integrated Performance Measurement Systems* (IPMS) merupakan salah satu model sistem pengukuran kinerja yang dikembangkan agar memberikan struktur dan komponen pilihan yang terintegrasi, efisien, dan efektif. Titik tolak *(starting point)* dari model ini berbeda dengan model *Balance Scorecard* yang diawali dari strategi. Model ini mengggunakan keperluan *stakeholder (stakeholder requirement)* sebagai titik tolaknya. Pengidentifikasian *stakeholder* pada model IPMS tidak hanya dilakukan kepada pihak internal saja, seperti *investor, customer, supplier,* dan *employee,* melainkan juga pihak eksternal, yaitu masyarakat dan regulator.

Dengan karakteristik yang dimiliki *Integrated Performance Measurement Systems* (IPMS), maka metode tersebut akan digunakan untuk mengetahui pencapaian kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar. Tahap-tahap yang dilakukan, antara lain mengidentifikasikan *stakeholder requirement* dari RSUD Dr. Saiful Anwar, melakukan kegiatan membandingkan *(benchmarking)* dengan pesaing eksternal *(external monitor),* mengidentifikasi tujuan *(objective)* dari masing-masing kebutuhan *stakeholder (stakeholder requirement)* rumah sakit tersebut, mengidentifikasi *Key Performance*

Indicator dan merekomendasi perbaikan untuk mencapai sasaran strategis yang telah ditetapkan.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka masalah yang dapat diidentifikasi antara lain:

1. Adanya ancaman bagi rumah sakit pemerintah karena terdapat opini masyarakat bahwa pelayanan rumah sakit swasta lebih dapat dipercaya.
2. Sejauh ini, pengukuran kinerja pada RSUD Dr. Saiful Anwar hanya melibatkan *stakeholder* internal, padahal keberhasilan rumah sakit juga dipengaruhi oleh *stakeholder* eksternal.
3. Belum diketahuinya kebutuhan *stakeholder* yang harus dipenuhi oleh pihak rumah sakit sebagai dasar untuk menjaga kinerjanya.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah di atas, maka dapat dirumuskan beberapa masalah, antara lain:

1. Bagaimana hasil pengukuran kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan menerapkan metode *Integrated Performance Measurement System* yang memadukan perspektif *stakeholder* internal dan eksternal?
2. Rekomendasi perbaikan apa yang dapat diterapkan pada RSUD Dr. Saiful Anwar Malang setelah ditemukan KPI-KPI yang lemah dan kritis berdasarkan metode *Integrated Performance Measurement System*?

1.4 Batasan Masalah

Beberapa batasan masalah dalam penelitian ini, antara lain:

1. Pengukuran kinerja dengan metode IPMS dilakukan pada level bisnis induk *(business corporate)* secara umum.
2. Stakeholder yang diidentifikasi meliputi pemilik modal *(investor)*, karyawan *(employee)*, pasien *(customer)*, pemasok *(supplier)*, masyarakat, dan regulator.
3. Tidak ada pengidentifikasian *external monitor* antara RSSA dengan kompetitor.
4. Data-data yang digunakan dalam pengukuran kinerja pada penelitian ini menggunakan data tahun 2009 dan 2010.

1.5 Asumsi

Beberapa asumsi yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Tidak ada hal yang mengganggu aktivitas manajemen dan operasional rumah sakit selama penelitian berlangsung.
2. Strategi dan kebijakan perusahaan diasumsikan tidak berubah selama penelitian berlangsung.

1.6 Tujuan Penelitian

Sehubungan dengan permasalahan yang telah dikemukakan sebelumnya, maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Mengetahui kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar dengan menggunakan metode *Integrated Performance Measurement System* (IPMS).
2. Menghasilkan rekomendasi perbaikan yang dapat diterapkan pada RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan metode IPMS.

1.7 Manfaat Penelitian

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan beberapa manfaat sebagai berikut:

1. Memberikan gambaran kepada pihak manajemen RSUD Dr. Saiful Anwar mengenai sistem pengukuran kinerja dengan menggunakan metode IPMS.
2. Memberikan gambaran tingkat pencapaian kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar sebagai bahan evaluasi untuk perbaikan kualitas sistem manajemen rumah sakit.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka memiliki arti yaitu peninjauan kembali pustaka-pustaka yang terkait (*review of related literature*). Tinjauan pustaka bertujuan untuk mendalami landasan teori yang berkaitan dengan permasalahan, mendukung pembahasan, dan mendukung pembuatan instrumen. Tinjauan pustaka bersumber dari buku, hasil penelitian, majalah ilmiah, atau bahkan informasi ilmiah melalui media internet.

2.1 Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian yang telah dilakukan dalam pengukuran kinerja yang digunakan sebagai referensi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Venesia Ayu Rahmawati (2010) melakukan penelitian yang berjudul "*Penerapan Balance Scorecard untuk Mengukur Kinerja Rumah Sakit"* dengan studi kasus di RSU. Dr. Saiful Anwar Malang. Pada perhitungan OMAX dan *traffic light system* dapat disimpulkan bahwa belum semua memenuhi target yang diharapkan sehingga masih ada beberapa aspek yang harus diperbaiki. Dari 53 KPI yang ada, KPI yang masuk dalam kategori hijau sebanyak 34 KPI, 17 KPI masuk kategori kuning, dan 2 KPI masuk dalam kategori merah.
2. Pratiwi Dwi Citrasari (2011) melakukan penelitian yang berjudul *"Pengukuran Kinerja Perusahaan dengan Menggunakan Metode Integrated Performance Measurement System"* yang dilakukan pada PT. Sang Hyang seri (Persero) KR III Malang. Pada penelitian tersebut didapatkan 49 KPI yang meliputi 12 KPI untuk *stakeholder customer*, 12 KPI untuk *stakeholder employee*, 6 KPI untuk *stakeholder supplier*, dan 7 KPI untuk *stakeholder regulator* dan *community*. Dengan menggunakan metode *Objective Matrix* (OMAX) dan *traffic light system* didapatkan nilai indeks kinerja sebesar 8,199 yang artinya bahwa secara keseluruhan kinerja PT. Sang Hyang Seri (Persero) KR III Malang telah mencapai performa yang diharapkan. Dari 49 KPI yang ada terdapat 38 KPI masuk ke dalam kategori hijau, 7 KPI masuk ke dalam kategori kuning, dan 4 KPI masuk ke dalam kategori merah.

Dari kedua penelitian di atas yang menjadi dasar perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian terdahulu dapat ditunjukkan pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Perbedaan Penelitian Ini dan Penelitian Terdahulu

Karakteristik penelitian	Peneliti		
	Rahmawati (2010)	Citrasari (2010)	Penelitian ini
Topik Penelitian	Pengukuran Kinerja	Pengukuran Kinerja	Pengukuran Kinerja
Tools yang Digunakan	Balance Scorecard, OMAX, dan *traffic light*	IPMS, AHP, OMAX, dan *traffic light.*	IPMS, AHP, OMAX, dan *traffic light.*
Objek Penelitian	Industri Jasa	Industri Manufaktur	Industri Jasa
Penggunaan Software	Tidak	Tidak	Ya *(Expert Choice)*

Sumber : Rahmawati (2010) dan Citrasari (2010)

Pada penelitian ini digunakan metode *Integrated Performance Measurement System*. Perbedaan antara metode ini dengan metode *Balance Scorecard* adalah terletak pada perspektif yang digunakan. Pada metode *Balance Scorecard, stakeholder* hanya diidentifikasi dari sisi *shareholder, customer, dan employee* saja, sedangkan pada metode IPMS identifikasi dilakukan pada sisi stakeholder yang meliputi *investor, customer, employees, supplier,* masyarakat, dan *regulator.*

2.2 Kinerja

Kinerja atau performansi adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok dalam organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka mencapai tujuan organisasi (Suyudi, 1999). Dengan kata lain pencapaian atau prestasi seseorang berkenaan dengan tugas-tugas yang diberikan kepadanya. Apabila kinerja individu baik, maka kemungkinan besar kinerja perusahaan atau organisasi akan baik.

Ardiana (2010) menyebutkan beberapa pengertian tentang kinerja, antara lain:

1. Kinerja merupakan seperangkat hasil yang dicapai dan merujuk pada tindakan pencapaian serta pelaksanaan suatu pekerjaan yang diminta. (Stolovitch,1992)
2. Kinerja merupakan merupakan suatu fungsi dari motivasi dan kemampuan untuk menyelesaikan tugas atau pekerjaan. (Hersey and Blanchard, 1993)
3. Kinerja sebagi kualitas dan kuantitas dai pencapaian tugas-tugas, baik yang dilakukan oleh individu, kelompok, maupun perusahaan.(Schermerhornm, dkk, 1991)

Kinerja pada dasarnya ditentukan oleh tiga hal, yaitu kemampuan, keinginan, dan lingkungan. Oleh karena itu, agar mempunyai kinerja yang baik, seseorang harus mempunyai kainginan yang tinggi untuk mengerjakan pekerjaannya. Tanpa mengetahui ketiga faktor ini, kinerja yang baik tidak akan tercapai. Dengan kata lain, kinerja individu dapat ditingkatkan apabila ada kesesuaian antara pekerjaan dan kemampuan.

2.3 Pengukuran Kinerja

Menurut Whittaker dalam Vanani (2009), pengukuran kinerja merupakan suatu alat manajemen yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas, pengukuran kinerja juga digunakan untuk menilai pencapaian dan sasaran perusahaan. Ada empat elemen kunci dari sistem pengukuran kinerja, yaitu:

1. Perencanaan dan penetapan tujuan
2. Pengembangan ukuran yang relevan
3. Pelaporan informasi dan hasil
4. Penggunaan informasi

Dengan adanya pengukuran kinerja maka akan dapat dilakukan suatu penilaian atas keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kegiatan/ program yang telah dilaksanakan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan.

Seringkali ditemukan kekeliruan penggunaan istilah yang saling dicampuradukkan antara ukuran kinerja *(performance measure)*, pengukuran kinerja *(performance measurement)*, dan *performance measurement system.* Menurut Neely et al dalam buku Vanany (2009) berhasil menggambarkan definisi dari pengukuran kinerja *(performance measurement)*, indikator kinerja *(performance measurement)*, dan sistem pengukuran kinerja *(performance measurement system)*. Agar pemahaman definisi tidak mengalami kesalahan tafsir, maka penulis lebih condong mengutip dalam bahasa aslinya. Berikut ini ketiga definisi istilah dalam ilmu pengukuran kinerja:

1. *Performance measurement is defined as the process of quantifying the efficiency and effectiveness of action*
2. *Performance measure is defined as a metric used to quantify the efficiency and/or effectiveness of an action*
3. *Performance measurement system is defined as the set of metrics used to quantify the efficiency and effectiveness of an action.*

Berdasarkan definisi sistem pengukuran kinerja, beberapa ahli berhasil memperjelas dan menunjukkan bahwa suatu sistem, pengukuran kinerja mengandung

beberapa hal yang penting. Neely and Kennerly merumuskan beberapa hal yang seharusnya ada dalam sistem pengukuran kinerja antara lain:

1. Pengukuran kinerja harus mampu memonitor efisiensi dan keefektifan untuk mencapai tujuan strategi organisasi.
2. Mampu menetapkan dan menggambarkan kinerja organisasi secara menyeluruh.
3. Adanya sarana-sarana pendukung yang diharapkan mampu menyediakan informasi untuk dibandingkan, disortir, dianalisis, dan diinterpretasikan.
4. Mendukung tujuan strategi organisasi *(strategic objectives)*
5. Memiliki keseimbangan yang tepat antara aspek finansial dan nonfinansial.
6. Memiliki indikator kinerja yang terbatas.
7. Informasi kinerja mudah diakses, mudah digunakan, dan mudah dimengerti
8. KPI harus terspesifikasi

Pengukuran kinerja memiliki dua kriteria informasi, yaitu pengukuran kinerja finansial dan nonfinansial. Pengukuran kinerja finansial menjabarkan indikasi kinerja dalam jumlah uang yang merupakan hasil akhir dari kegiatan dan keputusan manajemen, sedangkan informasi nonfinansial dan keputusan manajemen lebih menunjuk pada kinerja sebagai suatu proses.

2.4 Jasa dan Industri Jasa

Jasa sering dipandang sebagai suatu fenomena yang rumit. Kata jasa itu sendiri mempunyai banyak arti dari mulai pelayanan personal *(personal service)* sampai jasa suatu produk. Menurut Lupiyoadi (2001), pada dasarnya jasa merupakan semua aktivitas ekonomi yang hasilnya tidak merupakan produk dalam bentuk fisik atau konstruksi yang biasanya dikonsumsi pada saat yang sama dengan waktu yang dihasilkan dan memberikan nilai tambah (misalnya: kenyamanan, hiburan, kesenangan, atau kesehatan) atau pemecahan atas masalah yang dihadapi konsumen. Tidak jauh berbeda dengan definisi tersebut, Kotler (2007) mendefinisikan jasa adalah setiap tindakan atau kinerja yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan sesuatu.

Industri jasa *(service industries)* merupakan industri yang bergerak di bidang pelayanan atau jasa, baik untuk melayani dan menunjang aktivitas industri yang langsung ataupun langsung memberikan pelayanan jasa kepada konsumen. Beberapa contoh yang tergolong industri jasa antara lain bank, jasa angkutan, rumah sakit, dan lain-lain.

Beberapa karakteristik industri jasa, yaitu:

1. Sesuatu yang tidak berwujud, tetapi dapat memenuhi kebutuhan konsumen.
2. Proses produksi jasa dapat menggunakan atau tidak menggunakan bantuan suatu produk fisik.
3. Jasa tidak mengakibatkan peralihan hak atau kepemilikan.
4. Terdapat interaksi antara penyedia jasa dan pengguna jasa.

2.5 Jasa Pelayanan Medis

Berdasarkan Pedoman Khusus Rumah Sakit, pelayanan medis merupakan sebuah pelayanan yang disediakan dan diberikan oleh tenaga medis kepada pasien dengan ilmu pengetahuan kedokteran serta memanfaatkan kemampuan dan fasilitas jasa yang dimiliki rumah sakit. Tujuan pelayanan medis adalah mengupayakan kesembuhan secara optimal melalui prosedur dan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan. Manajemen pelayanan medis di rumah sakit merupakan suatu pengelolaan yang meliputi perencanaan berbagai sumber daya medis dengan mengorganisir serta menggerakkan sumber daya tersebut diikuti dengan evaluasi dan kontrol yang baik sehingga dihasilkan suatu pelayanan medis yang merupakan bagian dari sistem pelayanan rumah sakit.

Untuk mengukur keberhasilan kinerja pelayanan kesehatan rumah sakit, diperlukan indikator yang menjadi tolak ukur keberhasilan kinerja pelayanan kepada masyarakat. Indikator tersebut secara umum mengacu kepada Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah, yang ditetapkan dalam Kepmenkes RI Nomor 228/MENKES/SK/2002 tanggal 28 Maret 2002. SPM tersebut menyebutkan bahwa ada beberapa jenis pelayanan minimal yang wajib dilakukan, yaitu:

1. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan
2. Manajemen Rumah Sakit
    a. SDM
    b. Keuangan
    c. Sarana dan prasarana
    d. Perencanaan administrasi
    e. Mutu
    f. Manajemen sistem informasi rumah sakit.

3. Pelayanan Medis
    a. Rawat jalan
    b. Rawat inap
    c. Pelayanan penunjang

Beberapa indikator dan parameter yang ditetapkan oleh Dirjen Pelayanan Departemen Kesehatan RI yang dipergunakan sebagai acuan untuk menilai beberapa indikator rumah sakit, yaitu:

1. BOR *(Bed Occupancy Rate)* untuk mengevaluasi pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.
2. BTO *(Bed Turn Over)*, TOI *(Turn Over Interval)*, dan ALOS *(Average Length of Stay)* untuk mengevaluasi tingkat penggunaan tempat tidur.
3. NDR *(Net Death Rate)* dan GDR *(Gross Death Rate)* untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit.

2.6 Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit karena telah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Adanya standar akreditasi rumah sakit disusun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dan menjalankan amanah Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang kewajiban rumah sakit untuk melaksanakan akreditasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit minimal dalam jangka waktu tiga bulan.

Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) merupakan sebuah badan yang bertugas untuk mengakreditasi rumah sakit yang berkedudukan di Jakarta. Misi KARS dalam menjalankan aktivitasnya antara lain menjadikan rumah sakit bermutu, pelayanan berfokus pada pasien, serta memiliki standar internasional melalui akreditasi. Selain itu nantinya diharapkan KARS memperoleh pengakuan internasional sebagai badan akreditasi berkelas internasional oleh ISQua (*Interbational Society Quality in Healthcare)* dan memperoleh pengakuan masyarakat, baik di tingkat nasional maupun internasional.

Beberapa tahapan akreditasi yang dilalui sebuah rumah sakit, antara lain:

1. Tahap tingkat dasar 5 pelayanan (administrasi dan managemen, pelayanan medis, gawat darurat, keperawatan, dan rekam medik)
2. Tahap tingkat lanjut 12 pelayanan (tahap dasar + perinatal resiko tinggi, radiologi, farmasi, laboratorium, kamar operasi, K3, dan pengendalian infeksi)
3. Tahap tingkat 16 pelayanan (tahap lanjut + pelayanan intensif, rehabilitas medik, gizi, dan pelayanan darah)

Penyelenggaraan akreditasi terdiri dari beberapa proses, antara lain:

1. Pembinaan akreditasi

   Pembinaan akreditasi bertujuan untuk menyiapkan sistem pelayanan di rumah sakit yang dilaksanakan secara berjenjang mencakup aspek administrasi manajemen, pelayanan, SDM, dan fasilitas sarana di ruamh sakit. Hasil pembinaan berupa rekomendasi yang bisa diguanakn untuk mengetahui apakah rumah sakit perlu bimbingan atau tidak.

2. Bimbingan akreditasi

   Bimbingan akreditasi rumah sakit bertujuan untuk memberikan penjelasan, pemahaman, dan petunjuk tentang cara pemenuhan dan penerapan standar pelayanan dalam rangka akreditasi. Untuk bimbingan akreditasi, rumah sakit perlu emmbentuk pokja akreditasi, membuat rencana pelaksanaan akreditasi, mengisi *self assessment*, dan membuat surat permohonan bimbingan akreditasi oleh pemilik rumah sakit kepada BPT Kepmenkes dengan tembusan ke KARS dan Dinkes Propinsi.

3. Survey akreditasi

   Survey akreditasi merupakan penilaian terhadap pemenuhan standar oleh rumah sakit, menggunakan instrumen akreditasi yang dikeluarkan oleh KARS dan dilakukan oleh surveyor akreditasi yang ditunjuk oleh KARS. Survey akreditasi wajib dilakukan oleh semua ruamh sakit, dimana boleh memilih akreditasi 5, 12, atau 16 pelayanan tergantung kemampuan rumah sakit. Setelah survey akreditasi, ruamh sakit akan menerima SK dan sertifikat akreditasi dari Dirjen Upaya Kesehatan.

2.7 *Stakeholders*

Stakeholders adalah beberapa kelompok atau individual yang memiliki hak penting dalam proses fungsional silang *(cross-functional process)* dan tanpa dukungan

mereka, usaha- usaha perbaikan akan gagal. *Stakeholders* adalah mereka yang termasuk menerima dan menggunakan barang dan jasa yang diproduksi. *Stakeholders* dilibatkan dalam kinerja perusahaan karena beberapa hal di bawah ini:

1. Dapat mencegah perusahaan untuk terlalu fokus dalam proses internalnya
2. Mengarahkan perusahaan untuk lebih fokus pada harapan atau ekspektasi dari *stakeholders* dan memampukan perusahaan untuk mengidentifikasi *gap* yang ada antara performansi dengan ekspektasi.
3. Membantu mengidentifikasi isu-isu strategis
4. Memberikan informasi tentang perkembangan nilai-nilai, visi, dan misi perusahaan
5. Memfasilitasi dan menyokong program-program perusahaan, salah satunya dengan memberikan *input* finansial.

Stakeholder dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

1. *Stakeholder* pasar (*stakeholder* primer atau internal), yaitu pihak-pihak yang terlibat dalam transaksi ekonomi dengan bisnis, antara lain:
   a. Pemegang saham (*investor)*

      Pemegang saham atau sponsor adalah eksekutif yang memiliki tanggungjawab atas proses secara menyeluruh, yang biasanya berasal dari manajemen puncak. Mereka yang tergabung dalam pemegang saham menyediakan sumber daya keuangan dan menuntut adanya transparasi dalam proses perputaran keuangan dalam aktivitas perusahaan.

   b. Pelanggan *(customer)*

      Pelanggan adalah semua orang yang menuntut perusahaan untuk memenuhi suatu standara kualitas tertentu dank arena itu akan memberikan penagaruh pada performansi perusahaan.

   c. Karyawan *(employee)*

      Salah satu faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan organisasi adalah sumber daya manusia, dan bagaimana baiknya sumber daya manusia itu difokuskan untuk memenuhi tujuan-tujuan organisasi. Setiap aspek kinerja perusahaan tergantung pada orang-orang yang sedang melakukan pekerjaan-pekerjaan produktif, sedang bekerja lebih cerdas, dan sedang membantu meningkatkan kualitas sitem tersebut.

d. Pemasok *(supplier)*

Supplier atau pemasok adalah orang yang memberikan *input* ke proses kerja. Orang-orang yang bekerja dalam proses pada kenyataannya merupakan pelanggan dari pemasok. Pemasok sangat penting bagi perusahaan karena merupakan salah satu dari rantai kritis dalam pencapaian keuntungan, *market share*, dan kehidupan perusahaan, serta dapat membantu untuk menghasilkan produk yang lebih baik dengan menyediakan bahan baku dan jasa yang baik.

2. *Stakeholder* nonpasar (*stakeholder* sekunder atau eksternal), yaitu pihak-pihak yang tidak terlibat dalam pertukaran ekonomi langsung dengan bisnis, misalnya masyarakat umum, kelompok aktivis, kelompok dukungan bisnis, dan media.

2.8 *Integrated Performance Measurement System (IPMS)*

Integrated Performance Measurement System (IPMS) adalah salah satu metode pengukuran kinerja yang bertujuan untuk menggambarkan sistem pengukuran kinerja dalam arti yang tepat, dalam bentuk integrasi, seefektif, dan seefisien mungkin. Metode *Integrated Performance Measurement System* dikembangkan oleh *Centre of Stategic Manufacuring, University of Strathclyde,Glasgow.*

2.8.1 Konsep *Integrated Performance Measurement System (IPMS)*

Sebagai salah satu metode yang digunakan dalam pengukuran kinerja, IPMS memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Menyusun seluruh tugas dan aktivitas perusahaan sesuai dengan tujuan kritis level atas.
2. Memberikan kendali bisnis pada semua bagian dalam perusahaan, searah dengan strategi bisnis yang dimiliki.
3. Melakukan program perbaikan yang searah dengan strategi bisnis perusahaan.
4. Memaksimalkan dampak dari usaha perbaikan.

Level bisnis menjabarkan seluruh bisnis perusahaan dengan beberapa unit bisnis yang ada di dalamnya. Model IPMS membagi level bisnis suatu organisasi menjadi empat level sebagai berikut:

1. Bisnis Induk (*Business Corporate)*

   Bisnis induk menunjukkan keseluruhan bisnis yang terdiri dari beberapa unit bisnis.

2. Unit Bisnis *(Business Unit)*

   Unit bisnis merupakan bagian dari organisasi yang mempunyai fungsi dan proses bisnis tertentu yang bertujuan untuk melayani sebagian segmen pasar sesuai dengan tuntutan pasar yang semakin ketat dimana perbedaaan akan kebutuhan pasar akan menyebabkan pemisahan antara unit bisnis satu dengan unit bisnis lainnya.

3. Proses Bisnis *(Business Process)*

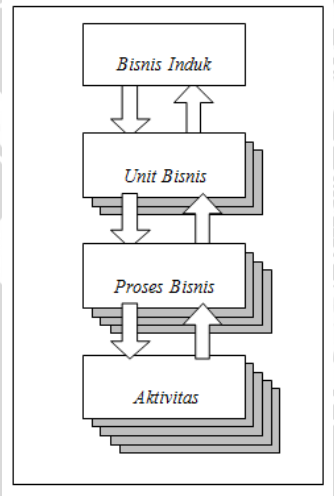
   Dalam suatu unit bisnis dapat terdiri dari beberapa proses bisnis yang dikategorikan dalam dua kelompok, yaitu :

   a. Proses bisnis inti, merupakan alasan dasar bagi keberadaan organisasi tersebut.
   b. Proses pendukung, merupakan pendukung proses inti. Proses bisnis ini merupakan *stakeholder* dari proses bisnis pendukung.

4. Aktivitas Bisnis *(Activity)*

   Suatu kegiatan operasional yang mendukung tercapainya proses bisnis pendukung yang sifatnya berulang atau dapat sejajar dengan proses lain.

Ilustrasi gambar pembagian level bisnis dari *Integrated Performance Measurement System* dapat ditunjukkan pada Gambar 2.1 di bawah ini.



Gambar 2.2 Level Bisnis IPMS
Sumber : Suarjaya (2005)

Keempat level organisasi di atas diidentifikasi *key performance indicator*-nya berdasarkan *stakeholder requirement*, *external monitor*, dan *objectives.* Proses perancangan sistem pengukuran kinerja berdasarkan *Integrated Performance Measurement System* (IPMS) berlangsung *top down* dari level bisnis ke aktivitas.

2.8.2 Tahapan- tahapan *Importance Performance Measurement System* (IPMS)

Berikut adalah tahapan-tahapan pengukuran kinerja dengan menggunakan

metode *Integrated Performance Measurement Systems*:

1. Identifikasi *Stakeholder Requirement*

   Pada tiap-tiap level bisnis organisasi harus diketahui siapa saja *stakeholder*-nya atau pihak-pihak yang berkepentingan pada bisnis tersebut. Dalam IPMS dilakukan identifikasi *stakeholder* kemudian diidentifikasi pula apa yang menjadi keinginan dari tiap-tiap *stakeholder* terhadap bisnis perusahaan.

2. Melakukan *External Monitor*

   Perusahaan harus mengetahui posisinya terhadap pesaingnya untuk mengetahui perkembangan kebutuhan dari bisnis. Posisi persaingan dapat ditunjukkan dengan kejelasan dari *stakeholder requirement.*

3. Menetapkan *Business Objective*

   Penyusunan tujuan (*business objective)* harus didasarkan pada keterlibatan dan prioritas perkembangan kebutuhan bersamaan dengan target dan skala waktu yang tepat. Tujuan seharusnya juga didasarkan pada pemikiran sejumlah masukan,yaitu permintaan *stakeholder,* praktek dan performansi bisnis kelas dunia, *competitive gaps* dan rencana pesaing, tingkat performansi dimana organisasi mampu mencapainya dengan berbagai batasan yang ada, dan tingkat performansi dimana organisasi memiliki kemampuan untuk mencapainya dengan menghilangkan berbagai batasan yang ada yang dikatakan sebagai target potensial.

4. *Performance Measurement*

   Suatu bisnis (organisasi) seharusnya memiliki pengukuran performansi yang benar-benar menunjukkan tingkat performansi yang dicapai serta mampu menunjukkan seberapa berhasil pencapaian tujuan pada tiap level. Pengukuran performansi untuk setiap bisnis memiliki perbedaan, oleh sebab itu diperlukan kejelian dan pemahaman yang baik dari bisnis agar diperoleh pengukuran performansi yang benar. Untuk memperoleh ukuran performansi atau KPI yang benar perlu dilakukan verifikasi terhadap KPI yang dibuat.

2.9 Key Performance Indicator (KPI)

Key Performance Indicator (KPI) menyajikan serangkaian ukuran yang berfokus pada aspek-aspek kinerja organisasi yang paling penting untuk keberhasilan organisasi saat ini dan waktu yang akan datang (Parmenter, 2010:4). Menurut Asropi (2007) KPI pada dasarnya adalah bagian dari *performance indicator* atau indikator kinerja organisasi. Keunggulan KPI dibandingkan dengan indikator-indikator kinerja

lainnya adalah bahwa KPI merupakan indikator kunci yang benar-benar mampu mempresentasikan kinerja organisasi secara keseluruhan. Jumlah indikator kinerja yang dipilih sebagai KPI tidak banyak, namun demikian hasil pengukuran melalui indikator tersebut dapat digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

KPI dapat berbentuk ukuran kuantitatif maupun kualitatif. Namun demikian, dalam praktek penyusunan KPI oleh berbagai organisasi publik dan privat, sebagian besar KPI berupa ukuran kuantitatif. Hal ini dikarenakan ukuran kuantitatif relatif lebih mudah digunakan dalam proses penggalian data maupun pada saat pengukuran dan evaluasi. Sedangkan untuk ukuran kualitatif, biasanya memerlukan server atau kegiatan penelitian sebagai upaya untuk memperoleh data kinerja yang diperlukan. Proses penggalian data untukukuran kualitatif ini seringkali memerlukan waktu dan biaya yang tidak sedikit.

Pertimbangan utama yang harus menjadi dasar dalam pemilihan KPI adalah bahwa indikator tersebut dapat diukur *(measureable)*. Hal ini berarti bahwa untuk setiap KPI baik ukuran kuantitatif maupun kualitatif sudah tersedia informasi tentang jenis-jenis data yang akan digali, sumber datanya, dan cara mendapatkan data tersebut.

2.10 *Analytical Hierarchy Process* (AHP)

Metode *Analytical Hierarchy Process* (AHP) digunakan untuk mendapatkan bobot kinerja berdasarkan bagaimana preferensi dari pengambilan keputusan (direksi dan manajer) terhadap tingkat kepentingan dari masing-masing perspektif, kelompok metrik, dan KPI's. Aplikasi AHP membutuhkan struktur pengukuran kinerja yang terdiri dari beberapa perspektif, kelompok metrik, dan KPI serta bagaimana keterkaitannya. Hasil pembobotan dengan metode AHP akan berupa bobot kinerja pada perspektif, kelompok metrik, dan KPI. Kefleksibelan dan keefektifan dari metode AHP menuntun pengambil keputusan memperhatikan tingkat kepentingan untuk setiap kriteria, kelompok metrik, dan KPI-nya. Karena semua bagian dari hirarki saling berhubungan, sangat mudah untuk melihat bagaimana suatu perubahan preferensi pada satu kriteria akan memberikan pengaruh bagi kriteria yang lainnya dan sub kriteria di bawahnya.

2.10.1 Langkah Perhitungan *Analytical Hierarchy Process (AHP)*

Pada dasarnya langkah-langkah proses perhitungan dalam metode AHP meliputi

(Kadarsyah, 1998):

1. Mendefinisikan masalah dan menentukan solusi yang diinginkan.
2. Membuat struktur hirarki yang diawali dengn tujuan umum, dilanjutkan dengan subtujuan-subtujuan, kriteria, dan kemungkinan alternatif pada tingkatan kriteria paling bawah.
3. Membuat matriks perbandingan berpasangan yang menggambarkan kontribusi relatif atau pengaruh setiap elemen terhadap masing-masing tujuan atau kriteria yang setingkat di atasnya. Perbandingan dilakukan berdasarkan penilaian dari pengambilan keputusan dengan menilai tingkat kepentingan suatu elemen dibandingkan dengan elemen lainnya.
4. Melakukan perbandingan berpasangan sehingga diperoleh penilaian seluruhnya sebanyak n x ((n-1)/2) buah, dengan n adalah banyaknya elemen yang dibandingkan.
5. Menghitung nilai *eigen* dan menguji konsistensinya, jika tidak konsisten, maka pengambilan data diulangi.
6. Mengulangi langkah 3, 4, dan 5 untuk seluruh tingkat hirarki.
7. Menghitung *vector eigen* untuk setiap matriks perbandingan berpasangan.
8. Memeriksa konsistensi hirarki.

2.10.2 Skala Penilaian Perbandingan Berpasangan

Perbandingan berpasangan memiliki skala relatif yang dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Skala Nilai Perbandingan Berpasangan

Intensitas Kepentingan	Definisi	Keterangan
1	Kedua elemen sama penting	Dua elemen mempunyai pengaruh yang sama besarnya terhadap tujuan
3	Elemen yang satu sedikit lebih penting daripada elemen lainnya	Pengalaman dan penilaian sedikit menyokong satu elemen dibanding elemen lainnya
5	Elemen yang satu lebih penting dibanding elemen lainnya	Pengalaman dan penilaian sangat kuat menyokong satu elemen dibanding elemen lainnya
7	Satu elemen jelas lebih mutlak dibanding elemen lainnya	Satu elemen yang kuat disokong dan dominan terlihat dalam praktek
9	Satu elemen mutlak penting daripada elemen lainnya	Bukti mendukung elemen yang satu terhadap elemen lain memiliki tingkat penegasan tertinggi yang mungkin terkuat

Tabel 2.2. Skala Nilai Perbandingan Berpasangan (Lanjutan)

Intensitas Kepentingan	Definisi	Keterangan
2,4,6,8	Nilai–nilai antara dua nilai pertimbangan yang berdekatan	Nilai ini diberikan bila ada dua Kompromi
Kebalikan	Jika untuk aktivitas i mendapat satu angka disbanding aktivitas j, maka j mempunyai nilai kebalikan dibanding dengan i	

Sumber : Vanany (2009:171)

Pada tabel tersebut ditunjukkan beberapa skala tingkat kepentingan dengan memperhatikan kemampuan manusia dalam membedakan jumlah skala penilaian perbandingan. Semakin banyak skala penilaian perbandingan, maka akan semakin sukar pihak manajer mennetukan pilihannya. Jumlah skala penilaian perbandingan ada lima buah. Jumlah ini dianggap jumlah yang proporsional bagi para manajer/responden untuk membedakan antara kriteria yang ada. Adapun skala penilaian di antara skala yang ada ditunjukkan sebagai nilai genap dari kedua skala yang ada.

2.10.3 Perhitungan Konsistensi AHP

Rumus *Consistensy Index* (CI) adalah sebagai berikut :

$$\textit{Consistency Index (CI)} = \left(\frac{\lambda \max - n}{n-1}\right) \quad (2\text{-}1)$$

Keterangan :

λ = *Eigenvalue* maksimum

n = ukuran matriks

Makin dekat dengan *eigenvalue* dengan besarnya matriks, makin konsisten matriks tersebut:

$$\textit{Consistency Ratio (CR)} = CI/RI \quad (2\text{-}2)$$

Keterangan :

RI = random indeks

Berikut ini indeks random untuk beberapa ukuran matriks :

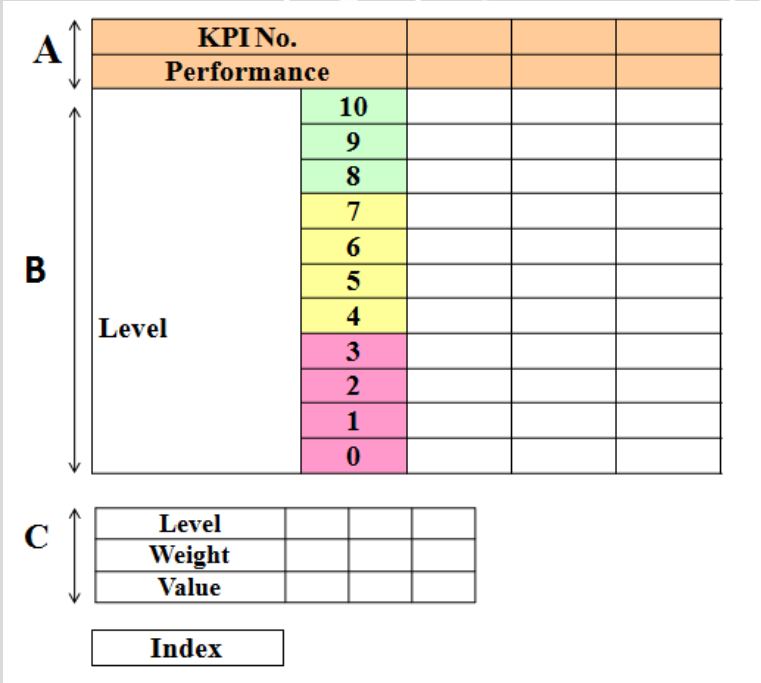
n	3	4	5	6	7	8	9	10
RI	0,58	0,9	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49

Batasan diterima tidaknya konsistensi suatu matrik sebenarnya tidak ada yang baku, hanya menurut beberapa eksperimen dan pengalaman inkonsistensi sebesar 10% ke bawah ialah tingkat inkonsistensi yang masih bisa diterima.

2.11 *Objective Matrix* (OMAX)

Pada mulanya metode OMAX digunakan untuk membantu perusahaan yang memiliki indikator kinerja yang bersifat kualitatif dan kuantitatif menjadi sebuah metrik tunggal. Aplikasi metode ini awalnya digunakan pada pengukuran produktivitas dengan ukuran indikator kinerja yang spesifik. Tetapi pada perkembangannya, karena dirasa sangat membantu upaya mengkonsolidasikan indikator kinerja yang ada, maka juga diaplikasikan pada sistem pengukuran kinerja.

Metode *Objective Matrix* adalah suatu metode sistem skor yang memperhatikan metrik-metrik pengukuran dari KPI yang ada dengan melakukan konsolidasi metrik tersebut menjadi ukuran tunggal yang sering disebut dengan *current performance.* Metode ini menggabungkan kriteria-kriteria produktivitas ke dalam suatu bentuk yang terpadu dan berhubungan satu sama lain. Adapun skema penilaian berdasarkan metode OMAX dapat dilihat pada Gambar 2.3 di bawah ini.



Gambar 2.3 Skema Penilaian Berdasarkan Metode OMAX.
Sumber : Riggs (1987)

`Skema OMAX di atas dibagi menjadi tiga bagian, yaitu A,B, dan C yang masing-masing dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Bagian A merupakan bagian *defining* atau faktor-faktor yang menentukan kinerja dari suatu unit kerja, diidentifikasikan sebagai indikator kinerja atau criteria produktivitas. Pencapaian sesungguhnya dari suatu unit kerja selama periode tertentu dimasukkan dalam baris performansi.

2. Bagian B merupakan bagian *quantifying* atau pembagian level pencapaian kinerja dari level 10 (tertinggi) hingga level 0 (terendah).
3. Bagian C merupakan bagian *monitoring* atau analisis terhadap level, *weight,* dan *value* untuk masing-masing KPI.

Indeks merupakan hasil penjumlahan seluruh nilai *(value)* dari setiap kriteria yang menyatakan indikator pencapaian kinerja perusahaaan.

2.12 *Traffic Light System*

Traffic Light System berhubungan erat dengan *scoring system. Traffic Light System* berfungsi sebagai tanda apakah *score* KPI memerlukan suatu perbaikan atau tidak. Indikator dari *traffic light system* ini dipresentasikan dengan beberapa warna berikut (Kariyono dalam Oktavianty, 2010):

1. Warna hijau, *achievement* dari suatu indikator kinerja sudah tercapai.
2. Warna kuning, *achievement* dari suatu indikator kinerja belum tercapai meskipun nilai sudah mendekati target. Jadi pihak manajemen harus berhati-hati dengan adanya berbagai macam kemungkinan.
3. Warna merah, *achievement* dari suatu indikator kinerja benar-benar di bawah target yang telah ditetapkan dan memerlukan perbaikan dengan segera.

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

Metodologi penelitian merupakan langkah-langkah terstruktur yang dilakukan dalam penelitian. Dalam metodologi penelitian dijelaskan pula tentang cara pengumpulan data, data apa yang diperlukan, tempat penelitian sebagai objek penelitian. Pada penelitian ini bab metodologi penelitian menguraikan tentang metode penelitian,data yang digunkan, metode pengumpulan data, langkah-langkah penelitian beserta penjelasannya, dan diagram alir penelitian.

3.1 Metodologi Penelitian

Penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang memiliki karakteristik utama, yaitu memberikan penjelasan objektif, komparasi, dan evaluasi sebagai bahan pengambilan keputusan bagi yang berwenang. Tujuan dari penelitian deskriptif adalah mencari penjelasan atas suatu fakta atau kejadian yang sedang terjadi, misalnya kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang sedang berkembang, akibat atau efek yang terjadi, atau kecenderungan yang sedang berlangsung.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di bagian manajemen Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang . Pengambilan data dilakukan pada bulan Desember 2011 hingga Maret 2012.

3.3 Data yang Digunakan

Dalam penelitian ini jenis data yang digunakan,yaitu:

1. Data primer

   Data primer adalah secara langsung diambil dari objek penelitian oleh peneliti perorangan maupun organisasi di antaranya adalah hasil pengamatan, hasil pengukuran, dan hasil wawancara terhadap pihak terkait. Data-data primer tersebut antara lain :

   a. Data dari empat level bisnis rumah sakit.
   b. Data *stakeholder* perusahaan.
   c. Data *stakeholder requirement* rumah sakit.
   d. Data *objective* dari masing-masing *stakeholder*

e. Data *Key Performance Indicator* masing-masing *stakeholder*.
f. Data matriks perbandingan berpasangan pembobotan AHP

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat tidak secara langsung dari objek penelitian. Biasanya data sekunder berupa dokumen, *file*, arsip, atau catatan-catatan perusahaan atau instansi. Data-data sekunder yang diperlukan dalam penelitian ini antara lain :

a. Data mengenai tinjauan umum rumah sakit.
b. Data pencapaian kinerja dan target perusahaan.
c. Data laporan keuangan rumah sakit.
d. Data laporan kegiatan rumah sakit.

3.4 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Observasi / survei pendahuluan

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan melakukan pengamatan langsung suatu kegiatan yang sedang dilakukan terhadap objek penelitian. Pada survey pendahuluan ini dilakukan pengumpulan data dan informasi mengenai pengukuran kinerja yang dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar.

2. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan pihak-pihak yang berhubungan langsung dengan objek yang diteliti. Dengan metode wawancara diharapkan dapat diketahui dan diidentifikasi *stakeholder requirement, objectives,* dan *key performance indicator* dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar dengan pihak manajemen yang terkait. Beberapa pihak yang akan diwawancarai antara lain :

a. Bagian Kepegawaian berkaitan dengan *stakeholder* karyawan.
b. Bagian Pengadaan berkaitan dengan *stakeholder supplier.* Pihak Bagian Pengadaan sebagai internal rumah sakit dianggap paling mengerti keinginan *supplier* sebagai pihak di luar rumah sakit.
c. Bagian Hukmas dan Pemasaran berkaitan dengan *stakeholder customer.* Pihak Bagian Hukmas dan Pemasaran sebagai internal rumah sakit dianggap paling mengerti keinginan pasien sebagai *customer.*

d. Bagian Hukmas dan Pemasaran, Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), serta IPL (Instalasi Pengolahan Limbah) yang berkaitan dengan *stakeholder regulator and community.*

3. Kuesioner

Kuesioner merupakan metode pengumpulan data dengan cara menggunakan angket yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang digunakan untuk mengetahui data perusahaan dari pihak yang berkepentingan. Kuesioner ini digunakan untuk menentukan skor dari *external monitor,* bobot AHP, dan verifikasi dari *stakeholder requirement, objectives,* dan *key performance indicator* (KPI) dari RSUD Dr. Saiful Anwar. Pemberian kuesioner ditujukan kepada pihak-pihak yang mengerti mengenai kebutuhan dan keinginan masing-masing *stakeholder.*

4. Dokumentasi Perusahaan

Dokumentasi perusahaan merupakan metode pengumpulan data yang berasal dari arsip, dokumen, atau catatan yang dimiliki perusahaaan. Dokumen ini digunakan untuk mengetahui tinjauan umum perusahaan dan data target dari masing-masing *key performance indicator* yang dimiliki RSUD Dr. Saiful Anwar.

3.5 Langkah-langkah Penelitian

Adapun langkah-langkah penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Survey Pendahuluan

Langkah awal yang perlu dilakukan adalah melakukan survey pendahuluan untuk mendapatkan gambaran dari kondisi sebenarnya objek yang akan diteliti. Tujuan dari tahap ini adalah untuk mengidentifikasi secara langsung permasalahan yang dihadapi oleh perusahaan.

2. Studi Literatur

Studi literatur yang relevan dengan pelaksanaan penelitian ini juga dilakukan untuk menentukan metode yang sesuai dengan penelitian berdasarkan berbagai referensi. Sumber referensi berasal dari buku, jurnal, serta studi terhadap penelitian terdahulu yang terkait dengan topik utama dalam penelitian ini, yaitu IPMS.

3. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah merupakan tahap awal dalam penelitian. Tahap ini dilakukan dengan mengamati kondisi riil yang terjadi di lapangan untuk mengetahui bagaimana sistem yang sedang berlangsung di perusahaan. Kemudian dilanjutkan

dengan memahami permasalahan yang terjadi berdasarkan pengamatan yang dilakukan.

4. Perumusan Masalah

   Dalam tahap ini merupakan hasil dari tahap identifikasi masalah. Topik penelitian dan identifikasi masalah yang telah diperoleh, digunakan sebagai acuan dalam menentukan rumusan masalah yang menjadi fokus penelitian.

5. Penetapan Tujuan Penelitian

   Tahap selanjutnya adalah menentukan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Hal ini sangat penting dilakukan untuk mendapatkan acuan dalam menentukan tingkat keberhasilan suatu penelitian.

6. Identifikasi Level Rumah Sakit

   Pada tahap ini dilakukan pengidentifikasian level rumah sakit meliputi level bisnis, unit bisnis, proses, dan aktivitas dari RSUD Dr. Saiful Anwar sesuai dengan kerangka kerja dari metode IPMS.

7. Identifikasi *Stakeholder Requirement*

   Identifikasi *stakeholder requirement* dilakukan untuk mengetahui keinginan masing-masing *stakeholder*. Setelah semua keinginan dari masing-masing *stakeholder* ditulis, kemudian dilakukan seleksi untuk melihat adanya kesamaan *requirement* dari masing-masing *stakeholder* tersebut.

8. *External Monitoring*

   External Monitoring merupakan pengawasan keluar posisi rumah sakit terhadap pesaing yang bertujuan untuk mengetahui perkembangan atau perubahan kebutuhan dari rumah sakit yang ditunjukkan dengan pemahaman dan kejelasan dari *stakeholder requirement*.

9. Penetapan *Objectives* Rumah Sakit

   Penetapan *objectives* rumah sakit didasarkan pada permintaan *stakeholder* dan *competitive gaps* atau hasil dari external monitor.

10. Penentuan Ukuran Kinerja (KPI)

    Penentuan *Key Performance Indicator* (KPI) merepresentasikan indikator kinerja keberhasilan sistem rumah sakit. *Key Performance Indicator* (KPI) inilah yang menjadi tolak ukur pencapaian terhadap *strategic objectives* yang telah dirumuskan.

11. Proses Verifikasi KPI

Penentuan verifikasi KPI dilakukan untuk mendapatkan KPI yang benar-benar merepresentasikan kinerja dari RSUD Dr. Saiful Anwar sesuai dengan *requirement* dari masing-masing *stakeholder* dan *objectives* perusahaan.

12. Penetapan KPI

    KPI yang sudah diverifikasi dianggap dapat mewakili untuk mengukur kinerja dan selanjutnya ditetapkan untuk digunakan.

13. Pengambilan Data Tingkat Kepentingan

    Data tingkat kepentingan meliputi kepentingan *stakeholder*, kepentingan *objective*, dan kepentingan KPI. Ketiga data tersebut diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang masing-masing diisi oleh kasubbag, ketua panitia pengadaan, dan sekretaris tim akreditasi ruamh sakit.

14. Pembobotan KPI dengan AHP

    Dengan menggunakan data tingkat kepentingan, selanjutnya dilakukan perhitungan pembobotan KPI dengan AHP yang dibantu dengan *software Expert Choice.*

15. Pengambilan Data Tingkat Pengukuran untuk OMAX dan *Scoring System*

    Untuk mengukur tingkat pencapaian kinerja dilakukan pengambilan data tingkat pengukuran, berupa target ideal, target aman, pencapaian di tahun sebelumnya, target kritis, serta pencapaian terendah yang mungkin terjadi pada KPI tersebut.

16. *Scoring System* dengan OMAX dan *Traffic Light System*

    Setelah dilakukan pengambilan data tingkat pengukuran, dilakukan *scoring* untuk mengetahui nilai kinerja masing-masing level pada setiap KPI. Kemudian dapat diketahui setiap *performance* pada masing-masing terletak pada level berapa dan termasuk pada kategori hijau, kuning, atau merah.

17. Evaluasi KPI Kritis

    KPI-KPI yang tergolong pada kategori kuning dan merah dievaluasi untuk diketahui penyebab tidak tercapainya target.

18. Rekomendasi Perbaikan

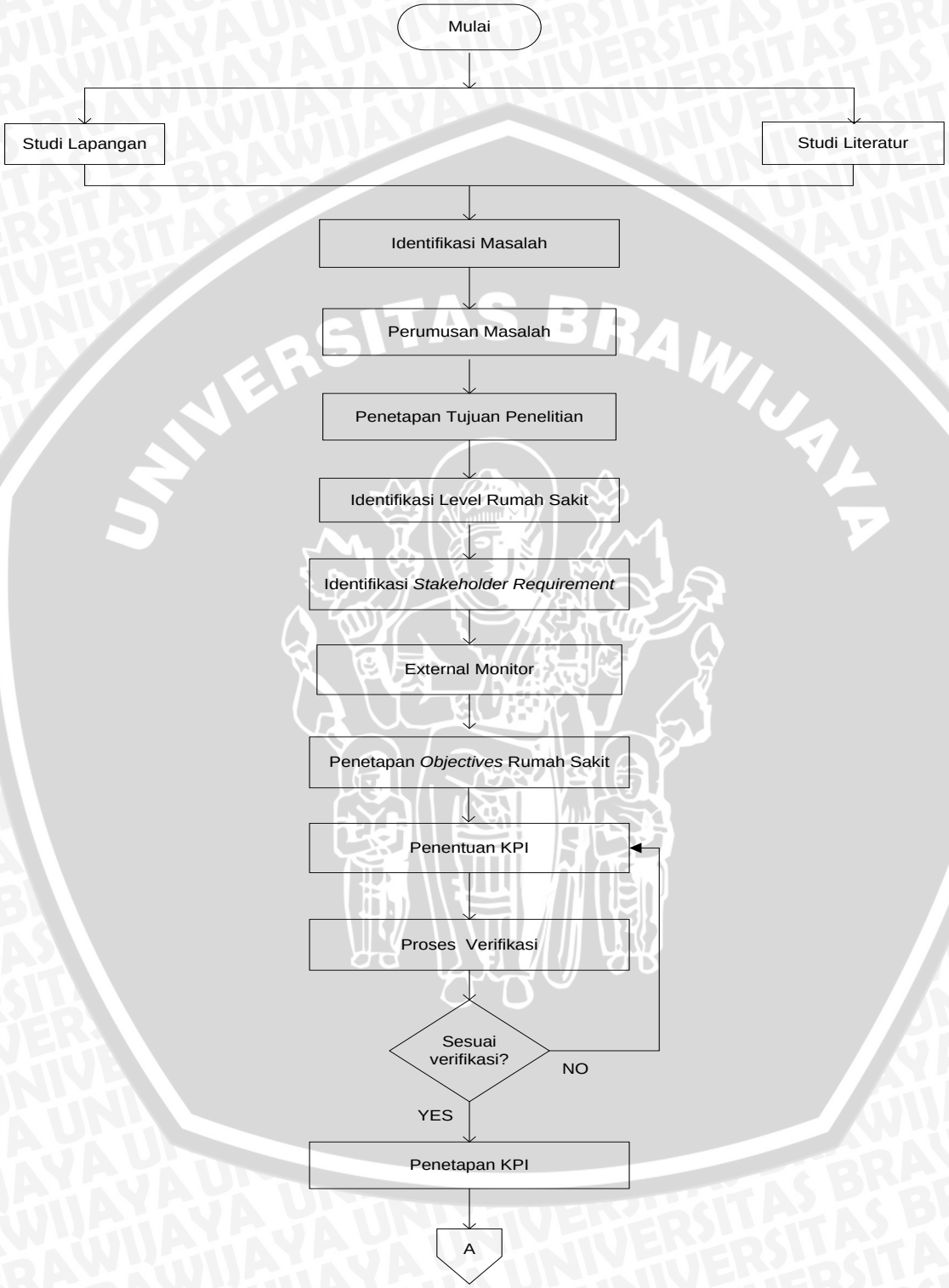
    Rekomendasi perbaikan dilakukan terhadap indikator yang masih memerlukan perbaikan. Rekomendasi ini dilakukan berdasarkan analisis hasil KPI berupa tindakan perbaikan yang dapat diimplementasikan pada perusahaan.

19. Pembahasan

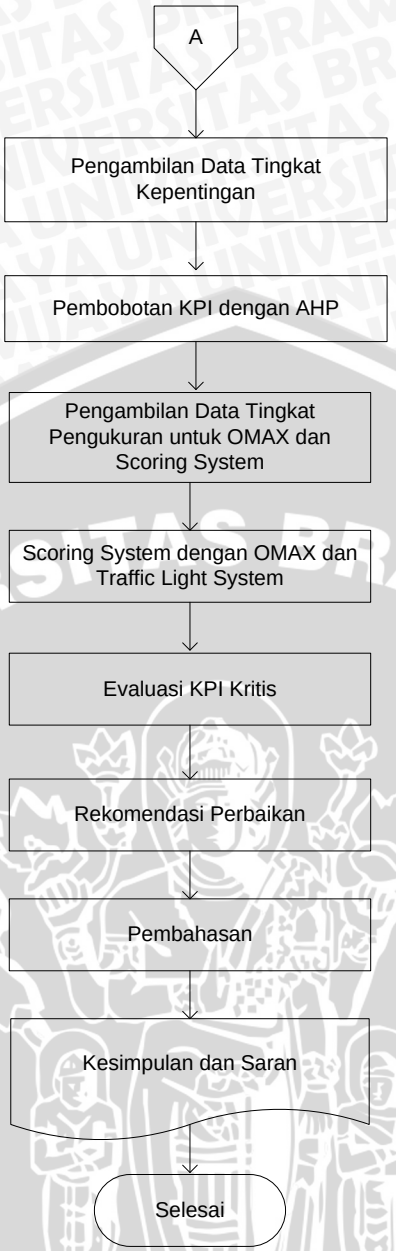
    Pembahasan berupa apa saja yang telah dilakukan serta yang tidak dilakukan dalam penelitian ini beserta alasannya.

3.6 Diagram Alir Penelitian

Tahap-tahap yang dilakukan dalam penelitian digambarkan dalam Gambar 3.1 berikut ini.



Gambar 3.1 Diagram Alir Penelitian



Gambar 3.1 Diagram Alir Penelitian (Lanjutan)

BAB IV
PENGUMPULAN DAN PENGOLAHAN DATA

4.1 Tinjauan Umum Rumah Sakit

Pada bagian ini akan dijabarkan mengenai gambaran rumah sakit secara umum, meliputi sejarah, visi, misi, motto, dan struktur organisasi rumah sakit.

4.1.1 Sejarah Ringkas Rumah Sakit

Sebelum Perang Dunia II, RSUD Dr. Saiful Anwar (pada waktu itu bernama Rumah Sakit Celaket) merupakan rumah sakit militer KNIL yang pada penduduknya Jepang diambil alih oleh Jepang dan tetap digunakan sebagai rumah sakit militer. Pada saat perang kemerdekaan RI, Rumah Sakit Celaket dipakai sebagai rumah sakit tentara, sementara untuk umum digunakan Rumah Sakit Sukun yang ada di bawah Kotapraja Malang pada saat itu. Tahun 1947 karena keadaan bangunan yang lebih baik dan lebih muda serta untuk kepentingan strategi militer, Rumah Sakit Sukun diambil alih oleh tentara pendudukan dan dijadikan rumah sakit militer, sedangkan Rumah Sakit Celaket dijadikan rumah sakit umum.

Pada tanggal 14 September 1963, Yayasan Perguruan Tinggi Jawa Timur/IDI membuka Sekolah Tinggi Kedokteran Malang dan memakai Rumah Sakit Celaket sebagai tempat praktek (Program Kerjasama STKM-RS Celaket). Tanggal 2 Januari 1974 dengan Surat Keputusan Menteri Pendidikan dan KebudayaanRI No. 001/1974, Sekolah Tinggi Kedokteran Malang dijadikan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dengan Rumah Sakit Celaket sebagai tempat praktek.

Pada tanggal 12 November 1979 oleh Gubernur Kepala daerah Tingkat I Jawa Timur Rumah Sakit Celaket diresmikan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 51/Menkes/SK/II/1979 tanggal 22 Februari 1979, menetapkan RSUD Dr. Saiful Anwar sebagai rumah sakit rujukan. Pada bulan April 2007 dengan keputusan Menteri Kesehatan RI No. 673/MENKES/VI/2007 RSUD Dr. Saiful Anwar ditetapkan sebagai rumah sakit kelas A. pada tanggal 30 Desember 2008 ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dengan keputusan Gubernur Provinsi Jawa Timur No. 188/439/KPTS/013/2008.

Berikut ini merupakan logo RSUD Dr. Saiful Anwar yang dapat dilihat pada Gambar 4.1.

Gambar 4.1 Logo RSUD Dr. Saiful Anwar
Sumber : RSUD Dr. Saiful Anwar

4.1.2 Luas Lahan

Luas lahan yang dimiliki RSUD Dr. Saiful Anwar adalah 84.106,60 m^2 dengan pembagian pemanfaatan sebagai berikut:

1. Luas bangunan lantai I hingga V : 89.384,87 m^2
2. Luas jalan aspal/ tempat parkir : 17.436,03 m^2
3. Luas saluran air/got/pagar : 1.813,11 m^2
4. Luas taman : 6.214,39 m^2

4.1.3 Status

4.1.3.1 Kepemilikan dan Kedudukan

RSUD Dr. Saiful Anwar adalah Rumah Sakit Umum Kelas A milik Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur. Berdasar Perda No. 23 tahun 2002 tentang organisasi dan tata kerja rumah sakit provinsi Jawa Timur, RSUD Dr. Saiful Anwar ditetapkan sebagai unsur penunjang pemerintah provinsi setingkat dengan badan, yang menyelenggarakan sebagian urusan di bidang pelayanan kesehatan. Dipimpin oleh seorang kepala yang disebut direktur, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada gubernur melalui sekretaris daerah.

4.1.3.2 Rumah Sakit Kelas A

RSUD Dr. Saiful Anwar adalah Rumah Sakit Kelas A berdasar keputusan Menteri Kesehatan RI No.673/MENKES/SK/VI/2007 pada bulan April 2007. Saat ini selain sebagai wahana pendidikan kepaniteraan klinik madya Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya juga pendidikan dokter spesialis (PPDS I) Bedah, IPD, OBG, IKA, Paru, Jantung, Mata, THT, Patologi Klinik, *Emergency Medicine*, Kulit Kelamin, Neurologi, Radiologi. Selain itu berbagai institusi pendidikan, baik pemerintah maupun swasta bekerja sama dengan RSUD Dr. Saiful Anwar antara lain: Fakultas MIPA, Program D4 Gizi, Akademi Perawatan, Akademi Gizi, SPK Program pendidikan bidang SMKA.

4.1.3.3 Terakreditasi dan Wilayah Rujukan

Sejak Maret tahun 2000, RSUD Dr. Saiful Anwar terakreditasi penuh untuk 12 jenis pelayanan. Pada tahun 2005 terakreditasi penuh tingkat lengkap untuk 16 jenis pelayanan berlaku 1 Februari tahun 2005 s/d 1 Februari tahun 2008 dan diperbarui dengan sertifikat ISO 9001:2000 yang berlaku 18 Juni 2008 s/d 18 Juni 2009 dan telah diperbarui dengan sertifikat ISO 9001:2008.

Wilayah rujukan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang meliputi 10 wilayah kabupaten/kota, yaitu: Kabupaten/Kota Malang, Kota Batu, Kabupaten/Kota Pasuruan, Kabupaten/Kota Probolinggo, Kabupaten Lumajang, dan kabupaten/Kota Blitar.

4.1.4 Visi, Misi, dan Motto

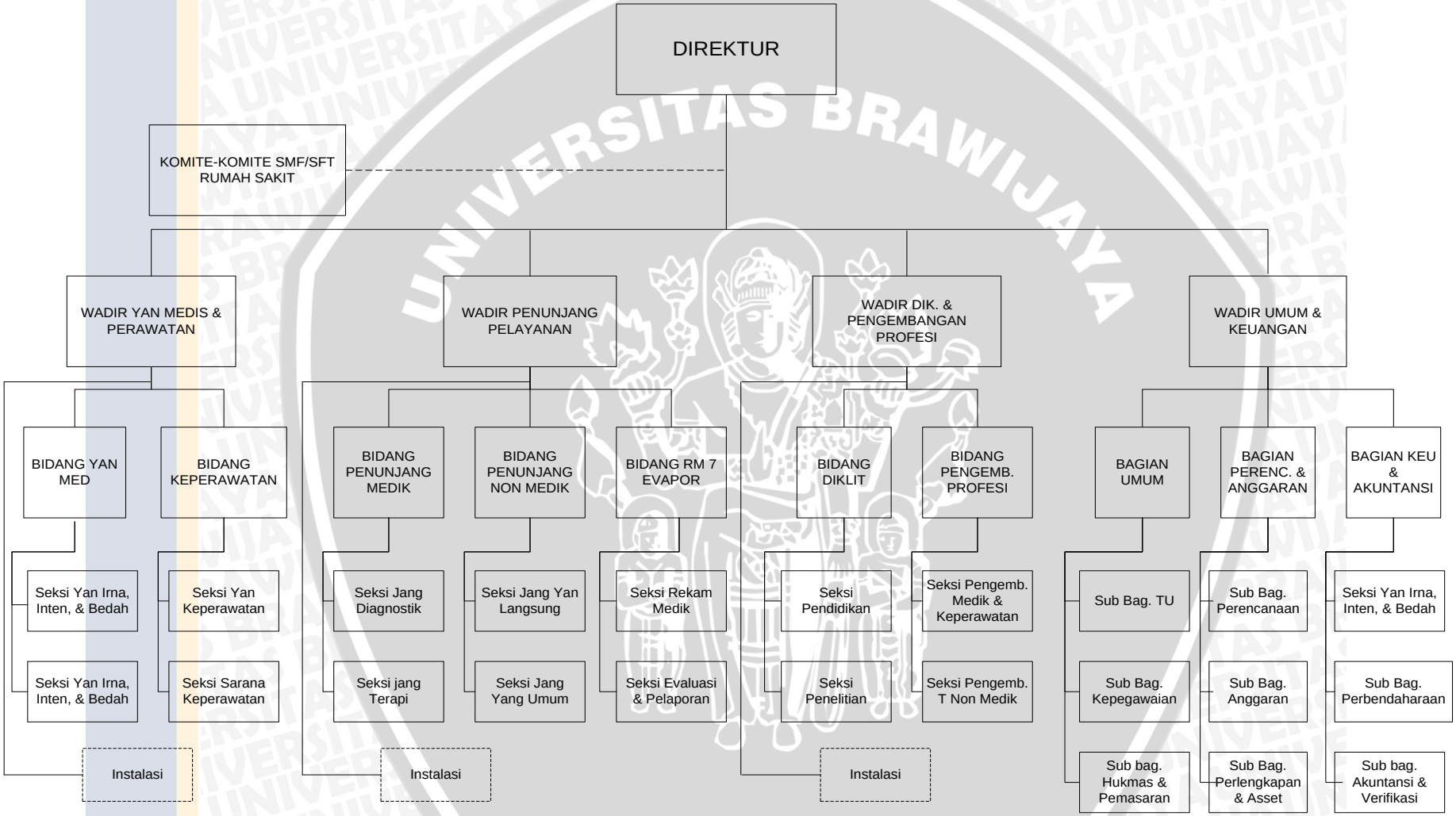
Visi RSUD Dr. Saiful Anwar adalah menuju rumah sakit berstandar global tahun 2010. Untuk mewujudkan tercapainya visi, maka beberapa misi RSUD Dr. Saiful Anwar yang ditetapkan antara lain:

1. Mewujudkan pelayanan prima kepada masyarakat melalui pelayanan kesehatan berstandar internasional.
2. Meningkatkan daya saing rumah sakit melalui pelayanan unggulan.
3. Meningkatkan profesionalisme SDM sesuai kompetensi bidang tugas.
4. Meningkatkan kualitas penyelenggaraan pendidikan dan penelitian kesehatan.
5. Mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang mandiri.

RSUD Dr. Saiful Anwar memiliki motto, yaitu kepuasan dan keselamatan pasien adalah tujuan kami.

4.1.5 Struktur Organisasi Rumah Sakit

Berdasarkan Perda nomor 23 Tahun 2002 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur, status kelembagaan RSUD Dr. Saiful Anwar ditetapkan sebagai lembaga teknis daerah setingkat badan dengan struktur organisasi struktural yang terdiri dari direktur, 4 wakil direktur, 7 bidang dengan 14 seksi, dan 3 bagian dengan 9 subbagian, sedangkan organisasi nonstruktural terdiri dari 25 organisasi staf medis fungsional dan 24 instalasi. Di samping itu terdapat beberapa komite yang membantu tugas-tugas direktur. Bagan struktur organisasi RSUD Dr. Saiful Anwar dapat dilihat pada Gambar 4.2.



Gambar 4.2 Struktur Organisasi RSUD Dr. Saiful Anwar
Sumber : Laporan Tahunan RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2010

4.1.6 Pelayanan Kesehatan di RSUD Dr. Saiful Anwar

Pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Saiful Anwar terbagi menjadi beberapa jenis antara lain:

1. Pelayanan medis spesialis, meliputi:
   a. Penyakit Dalam
   b. Poli Bedah
   c. Poli Onkologi
   d. Poli IKA
   e. Poli Kebidanan dan Kandungan
   f. Poli THT
   g. Poli Mata
   h. Poliklinik Kulit dan Kelamin
   i. Poli Syaraf
   j. Poli Jiwa
   k. Poli Paru
   l. Poli Jantung
   m. Poli Komplementer (Akupunktur)
   n. Poli Konsultasi Gizi
   o. Poli General Check Up
   p. Poli Karyawan
2. Instalasi Rawat Jalan (IRJ)
3. Instalasi Rawat Inap (IRI)
4. Pelayanan penunjang medis, meliputi:
   a. Radiodiagnostik dan *radiotherapy*
   b. Laboratorium Sentral (Patologi Klinik, Mikrobiologi, Parasitologi)
   c. Laboratorium Patologi Anatomi
   d. *Laundry* dan Sterilisasi Sentral
   e. Kedokteran Forensik
   f. Rehabilitasi Medik
   g. Farmasi
   h. Gizi

4.2 Pengukuran Kinerja Sebelumnya

Pengukuran kinerja yang sudah dilakukan pada RSUD Dr. Saiful Anwar adalah dengan menggunakan metode *Balance Scorecard* yang dilakukan oleh Venesia Ayu Rahmawati (2010). Metode pengukuran kinerja tersebut dilakukan berdasarkan empat perspektif, yaitu finansial, pelanggan, proses bisnis internal, serta pertumbuhan dan pembelajaran. Pada pengukuran tersebut, indikator yang diukur sebanyak 53 KPI yang terdiri dari 10 KPI perspektif keuangan, 22 KPI perspektif pelanggan, 16 KPI perspektif proses bisnis internal, dan 5 KPI perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Setelah dilakukan pengolahan data , didapatkan KPI yang tergolong hijau sebanyak 34 KPI, kuning sebanyak 17 KPI, dan 2 KPI tergolong merah. KPI yang tergolong kuning terdiri 3 KPI yang berasal dari perspektif keuangan, 6 KPI dari perspektif pelanggan, 7 KPI dari perspektif internal, dan 1 KPI dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, sedangkan KPI yang kritis atau berwarna merah berasal dari perspektif pelanggan. Indeks total dari perhitungan didapatkan sebesar 6,58. Level tersebut tergolong pada kategori kuning yang menunjukkan bahwa kinerja RSU Dr. Saiful Anwar Malang belum semua memenuhi target yang diharapkan sehingga masih ada beberapa aspek yang harus diperbaiki.

4.3 Identifikasi Level Rumah Sakit

Dalam perancangan pengukuran kinerja dengan menggunakan metode IPMS, hal pertama yang perlu dilakukan adalah membagi level perusahaan. Pada model ini, perusahaan dibagi ke dalam empat level, yaitu level bisnis, level unit bisnis, proses bisnis, dan aktivitas. Pembagian level pada RSUD Dr. Saiful Anwar adalah sebagai berikut:

1. Level Bisnis

   Tingkatan ini menunjukkan bisnis secara keseluruhan. Level bisnis pengukuran kinerja ini adalah RSUD Dr. Saiful Anwar selaku penyedia jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

2. Level Unit Bisnis

   Tingkatan ini mempunyai fungsi yang bertujuan untuk melayani sebagian segmen sesuai dengan tuntutan masyarakat. Level unit bisnis pengukuran kinerja ini adalah pelayanan medis spesialis, instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, dan pelayanan penunjang medis. Pelayanan penunjang medis pada RSUD Dr. Saiful Anwar antara lain radiodiagnostik dan *radiotherapy*, laboratorium sentral,

laboratorium patologi anatomi, kedokteran forensik, rehabilitasi medik, farmasi, gizi, dan *laundry* serta sterilisasi sentral.

3. Level Proses Bisnis

RSUD Dr. Saiful Anwar yang sebelumnya bernama RS Celaket telah berdiri sejak Perang Dunia II. RS Celaket diresmikan sebagai RSUD Dr. Saiful Anwar oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur. Selanjutnya, Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 51/Menkes/SK/II/1979 menetapkan RSUD Dr. Saiful Anwar sebagai rumah sakit rujukan. Pada bulan April 2007 dengan keputusan Menteri Kesehatan RI No. 673/MENKES/VI/2007 RSUD Dr. Saiful Anwar ditetapkan sebagai rumah sakit kelas A. pada tanggal 30 Desember 2008 ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dengan Keputusan Gubernur Provinsi Jawa Timur No. 188/439/KPTS/013/2008.

Dalam proses bisnisnya, elemen penting yang terlibat meliputi penanam modal, karyawan, pelanggan, *supplier,* regulator, dan masyarakat. Keenam elemen tersebut memegang elemen penting untuk menjaga agar rumah sakit tetap bertahan.

4. Level Aktivitas

Level aktivitas pada penelitian ini adalah seluruh kegiatan operasional yang dilakukan oleh pihak-pihak yang beraktivitas di RSU Dr. Saiful Anwar setiap harinya.

4.4 Identifikasi *Stakeholder*

Setelah dilakukan pembagian level perusahaan, tahapan selanjutnya adalah pengidentifikasian *stakeholder* untuk mengetahui siapa saja yang menjadi *stakeholder* kunci dari RSUD Dr. Saiful Anwar. Dari hasil wawancara yang dilakukan, dapat diketahui *stakeholder* kunci rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. *Investor*

Pemerintah merupakan *stakeholder* yang amat penting keberadaannya karena merupakan satu-satunya *investor* yang ada di RSUD Dr. Saiful Anwar. RSUD Dr. Saiful Anwar tidak memiliki pemegang saham lain selain pemerintah karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit milik pemerintah propinsi.

2. *Customer*

Customer dari RSUD Dr. Saiful Anwar adalah masyarakat yang merasakan pelayanan dari RSUD Dr. Saiful Anwar itu sendiri, meliputi pasien pelayanan medis, pasien instalasi rawat jalan, pasien instalasi rawat inap, dan pasien pelayanan

penunjang medis. Pasien pelayanan medis meliputi pasien poli penyakit dalam, bedah, onkologi, IKA, kebidanan dan kandungan, THT, mata, kulit dan kelamin, syaraf, jiwa, paru, jantung, komplementer, konsultasi gizi, serta *general check up.* Pasien pelayanan penunjang medis meliputi pasien pelayanan farmasi, laboratorium sentral, laboratorium patologi anatomi, rehabilitasi medik, dan radiologi.

3. *Employee*

RSUD Dr. Saiful Anwar memandang sumber daya manusia sebagai aset yang sangat berharga demi terwujudnya visi misi rumah sakit sehingga perlu adanya pengelolaan sebaik-baiknya. Karyawan merupakan pelaksana kativitas rumah sakit yang mementukan kapabilitas dalm menjalankan proses bisnis rumah sakit. Berikut ini merupakan komposisi ketenagaan di RSUD Dr. Saiful Anwar menurut jenis dan status tenaga tahun 2011. Data tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.1 dan Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.1 Kepegawaian RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2011 Berdasarkan Jenis Penugasan

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Tenaga Medis	273
2	Tenaga Keperawatan	826
3	Tenaga Gizi	43
4	Tenaga Kefarmasian	135
5	Tenaga Kesehatan Masyarakat	23
6	Tenaga Keteknisian Medis	115
7	Tenaga Keterapian Fisik	14
8	Non Tenaga Kesehatan	877
Jumlah Tenaga		2306

Sumber : Laporan Tahunan Kepegawaian RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2011

Tabel 4.2 Kepegawaian RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2011 Berdasarkan Status

No	Status	Jumlah
1	Pegawai Negeri Sipil Daerah	1540
2	Pegawai FK-UB/ Diknas	96
3	Pegawai Kontrak	659
4	Pegawai Tidak Tetap	9
5	Pegawai Titipan	2
Jumlah Tenaga		2306

Sumber : Laporan Tahunan Kepegawaian RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2011

4. *Supplier*

Supplier dari RSUD Dr. Saiful Anwar merupakan pihak-pihak yang memenuhi kebutuhan rumah sakit, antara lain *supplier* kebutuhan farmasi, alat-alat kesehatan, makanan pasien, dan alat tulis kantor. Proses pengadaan kebutuhan rumah sakit

dilakukan dengan beberapa cara, antara lain pengadaan langsung, lelang (tender), dan penunjukan langsung.

5. *Regulator and community*

Definisi masyarakat adalah pihak-pihak yang berhubungan secara langsung atau tidak langsung dengan aktivitas perusahaan, meliputi masyarakat sekitar lingkungan rumah sakit, masyarakat kota Malang, unit usaha yang beroperasi di rumah sakit, dan mahasiswa yang sedang melakukan kerja praktek atau penelitian di rumah sakit. Regulator dari RSUD Dr. Saiful Anwar adalah Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

4.5 Identifikasi *Stakeholder Requirement*

Dari semua stakeholder yang telah disebutkan di atas, kemudian dilakukan identifikasi *requirements* atau kebutuhan masing-masing dari *stakeholder*. Tahap ini dilakukan untuk menggali dan mengetahui kebutuhan dan keinginan dari tiap-tiap *stakeholder* terhadap bisnis perusahaan. Adapun hasil identifikasi tersebut dapat ditampilkan pada Tabel 4.3 hingga Tabel 4.7 berikut :

Tabel 4.3 *Stakeholder Requirement* untuk *Investor*

Kode	***Requirement***
I1	Peningkatan pendapatan dan keuntungan
I2	Penyerahan laporan keuangan tepat waktu
I3	Efisiensi pengelolaan rumah sakit
I4	Peningkatan jumlah pelanggan
I5	Adanya evaluasi keuangan yang terjadwal
I6	Adanya pengendalian anggaran
I7	Pelanggan setia dalam memilih rumah sakit
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien
I9	Adanya perbaikan rasio keuangan rumah sakit

Tabel 4.4 *Stakeholder Requirement* untuk *Customer*

Kode	***Requirement***
C1	Pelayanan yang cepat dan tepat
C2	Pelayanan yang diberikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
C3	Jaminan keamanan pelayanan yang diberikan
C4	Adanya pelayanan khusus bagi masyarakat kurang mampu
C5	Kemudahan pada alur pelayanan
C6	Kejelasan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan
C7	Pelayanan yang ramah terhadap pasien
C8	Kondisi rumah sakit yang bersih, nyaman, dan aman

Tabel 4.4 *Stakeholder Requirement* untuk *Customer* (Lanjutan)

Kode	***Requirement***
C9	Keadilan antara pelayanan yang diberikan pasien yang satu dengan yang lain
C10	Kesesuaian tarif dengan fasilitas dan pelayanan yang diberikan
C11	Petugas yang memberikan pelayanan benar-benar ahli dan kompeten
C12	Besarnya biaya yang ditetapkan oleh rumah sakit masih dalam jangkauan
C13	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan
C14	Sarana dan prasarana pelayanan yang baik, bersih, rapi, dan teratur
C15	Adanya kepastian petugas yang melayani

Tabel 4.5 *Stakeholder Requirement* untuk *Employee*

Kode	***Requirement***
E1	Adanya tunjangan karyawan
E2	Adanya penghargaan terhadap karyawan berprestasi
E3	Gaji dibayarkan tepat waktu
E4	Adanya sistem penggajian yang jelas
E5	Adanya evaluasi hasil kinerja karyawan
E6	Adanya kesempatan promosi internal
E7	Komunikasi yang baik antar karyawan
E8	Adanya hubungan yang baik antara pimpinan dengan karyawan
E9	Tersedianya fasilitas yang memadai untuk keperluan kerja
E10	Kesesuaian jumlah pegawai untuk tiap unit pelayanan
E11	Adanya sistem informasi yang baik
E12	Adanya pelatihan dan pengembangan karyawan
E13	Adanya pengembangan pengetahuan karyawan

Tabel 4.6 *Stakeholder Requirement* untuk *Supplier*

Kode	***Requirement***
S1	Pembayaran tepat waktu
S2	Adanya peningkatan volume pemesanan
S3	Ketepatan waktu pengiriman
S4	Proses pelelangan (tender) yang tidak terlalu lama
S5	Mutu/jenis barang sesuai dengan kesepakatan/perjanjian yang telah dibuat
S6	Kedua pihak saling menaati perjanjian yang telah dibuat sebelumnya
S7	Aplikasi *e-procurement*
S8	Adanya data persediaan barang

Tabel 4.7 *Stakeholder Requirement* untuk *Regulator and Community*

Kode	***Requirement***
RC1	Kesesuaian terhadap peraturan yang ada
RC2	Adanya standarisasi kualitas rumah sakit
RC3	Jaminan kesehatan lingkungan sekitar akibat aktivitas rumah sakit
RC4	Ketersediaan lapangan kerja
RC5	Terdapat program bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat
RC6	Adanya kesempatan penelitian bagi pelajar dan mahasiswa

Secara garis besar *stakeholder requirement* investor berkaitan dengan pengelolaa keuangan rumah sakit, sedangkan *stakeholder requirement customer* berkenaan dengan tuntutan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Secara umum *stakeholder requirement* pada *employee* lebih berhubungan pada kesejahteraan karyawan, sedangkan *supplier* lebih menuntut pemrosesan pengadaan yang lebih cepat dan ketepatan perjanjian sesuai dengan kesepakatan. *Stakeholder requirement* pada *regulator and community* menginginkan keseimbangan pada kualitas pelayanan yang sesuai dengan Kepmekes, kesehatan lingkungan rumah sakit, dan sumbangsih rumah sakit terhadap dunia pendidikan serta lapangan pekerjaan.

Dari identifikasi *requirement* pada masing-masing stakeholder yang dimiliki RSUD Dr. Saiful Anwar melalui diskusi dengan beberapa kasubbag, ketua panitia pengadaan, dan beberapa staf rumah sakit tersebut didapatkan 9 *stakeholder requirement* untuk investor, 15 *stakeholder requirement* untuk *customer*, 13 *stakeholder requirement* untuk *employee*, 8 *stakeholder requirement* untuk *supplier*,dan 6 *stakeholder requirement* untuk *regulator and community*.

4.6 Identifikasi *External Monitor*

Setelah dilakukan identifikasi *requirement* dari masing-masing *stakeholder*, langkah selanjutnya adalah melakukan identifikasi *external monitor*. Tahap ini dilakukan untuk mengetahui posisi rumah sakit dengan pesaing sejenis sehingga perusahaan bisa mengetahui kekurangan dan kelebihan. Namun, tahap ini tidak dilakukan karena disebabkan beberapa alasan yang selanjutnya akan dibahas pada bab V.

4.7 Identifikasi *Objectives*

Setelah melakukan identifikasi *stakeholder requirement* maka langkah selanjutnya adalah melakukan identifikasi *objectives.* Penetapan *objectives* sendiri berdasarkan dari *stakeholder requirement* yang memiliki kemiripan sehingga dapat digolongkan . Adapun *objectives* dari masing-masing *stakeholder* ditunjukkan pada Tabel 4.8 hingga Tabel 4.12 berikut :

Tabel 4.8 *Objectives* untuk *Investor*

Kode	***Requirement***	***Objectives***
I1	Peningkatan pendapatan dan keuntungan	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan

Tabel 4.8 *Objectives* untuk *Investor* (Lanjutan)

Kode	*Requirement*	*Objectives*
I4	Peningkatan jumlah pelanggan	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit
I7	Pelanggan setia dalam memilih rumah sakit	
I2	Penyerahan laporan keuangan tepat waktu	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit
I3	Efisiensi pengelolaan rumah sakit	
I5	Adanya evaluasi keuangan yang terjadwal	
I6	Adanya pengendalian anggaran	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit
I9	Adanya perbaikan rasio keuangan rumah sakit	Meningkatkan rasio likuiditas
		Meningkatkan rasio solvabilitas
		Meningkatkan rasio rentabilitas

Tabel 4.9 *Objectives* untuk *Customer*

Kode	*Requirement*	*Objectives*
C1	Pelayanan yang cepat dan tepat	Mengutamakan keselamatan pasien
C2	Pelayanan yang diberikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan	
C3	Jaminan keamanan pelayanan yang diberikan	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan
C4	Adanya pelayanan khusus bagi masyarakat kurang mampu	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
C5	Kemudahan pada alur pelayanan	Meningkatkan kepuasan pasien
C6	Kejelasan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan	
C7	Pelayanan yang ramah terhadap pasien	
C8	Kondisi rumah sakit yang bersih, nyaman, dan aman	
C9	Keadilan antara pelayanan yang diberikan pasien yang satu dengan yang lain	
C11	Petugas yang memberikan pelayanan benar-benar ahli dan kompeten	
C14	Sarana dan prasarana pelayanan yang baik, bersih, rapi, dan teratur	
C15	Adanya kepastian petugas yang melayani	
C10	Kesesuaian tarif dengan fasilitas dan pelayanan yang diberikan	

Tabel 4.9 *Objectives* untuk *Customer* (Lanjutan)

Kode	*Requirement*	*Objectives*
C12	Besarnya biaya yang ditetapkan oleh rumah sakit masih dalam jangkauan	Meningkatkan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit
C13	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan	

Tabel 4.10 *Objectives* untuk *Employee*

Kode	*Requirement*	*Objectives*
E1	Adanya tunjangan karyawan	Meningkatkan kepuasan karyawan
E2	Adanya penghargaan terhadap karyawan berprestasi	
E3	Gaji dibayarkan tepat waktu	
E4	Adanya sistem penggajian yang jelas	
E5	Adanya evaluasi hasil kinerja karyawan	
E6	Adanya kesempatan promosi internal	
E7	Komunikasi yang baik antar karyawan	
E8	Adanya hubungan yang baik antara pimpinan dengan karyawan	
E9	Tersedianya fasilitas yang memadai untuk keperluan kerja	Meningkatkan produktivitas karyawan
E10	Kesesuaian jumlah pegawai untuk tiap unit pelayanan	
E11	Adanya sistem informasi yang baik	
E12	Adanya pelatihan dan pengembangan karyawan	Meningkatkan motivasi pengembangan diri bagi karyawan
E13	Adanya pengembangan pengetahuan karyawan	

Tabel 4.11 *Objectives* untuk *Supplier*

Kode	*Requirement*	*Objectives*
S1	Pembayaran tepat waktu	Meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier*
S2	Adanya peningkatan volume pemesanan	
S3	Ketepatan waktu pengiriman	
S4	Proses pelelangan (tender) yang tidak terlalu lama	
S5	Mutu/jenis barang sesuai dengan kesepakatan/perjanjian yang telah dibuat	
S6	Kedua pihak saling menaati perjanjian yang telah dibuat sebelumnya	
S7	Aplikasi *e-procurement*	Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit
S8	Adanya data persediaan barang	

Tabel 4.12 *Objectives* untuk *Regulator and Community*

Kode	*Requirement*	*Objectives*
RC1	Kesesuaian terhadap peraturan yang ada	Menciptakan rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan medis yang dipercaya
RC2	Adanya standarisasi kualitas rumah sakit	
RC3	Jaminan kesehatan lingkungan sekitar akibat aktivitas rumah sakit	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit
RC4	Ketersediaan lapangan kerja	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja
RC5	Terdapat program bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit
RC6	Adanya kesempatan penelitian bagi pelajar dan mahasiswa	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan

Dari tabel hasil identifikasi *objectives* dari masing-masing *stakeholder* yang dimiliki oleh RSUD Dr. Saiful Anwar melalui diskusi dengan pihak yang terkait didapatkan 8 *objectives* untuk *investor,* 5 *objectives* untuk *customer,* 4 *objectives* untuk *employee,* 2 *objectives* untuk *supplier*, dan 5 *objectives* untuk *regulator and community.*

4.8 Identifikasi dan Verifikasi *Key Performance Indicator*

Objectives telah ditetapkan berdasarkan *requirements* yang telah teridentifikasi. Selanjutnya dilakukan pengukuran untuk masing-masing *objective* dengan tujuan untuk mengetahui tingkat pencapaian tiap-tiap *objective.* Cara pengukuran tingkat pencapaian *objective* adalah dengan menentukan indikator keberhasilannya, yaitu yang disebut dengan *Key Performance Indicator (KPI).*

Setelah dilakukan pengklasifikasian KPI, maka dilakukan verifikasi KPI yang bertujuan agar hasil KPI yang dikumpulkan benar-benar akurat dan handal untuk dijadikan indikator kinerja rumah sakit. Verifikasi KPI ini dilakukan dengan cara mendiskusikan kembali KPI-KPI yang telah dibentuk kepada masing-masing staf dan kasubbag. *Key Performance Indicator* untuk masing-masing *stakeholder* dapat dilihat pada Tabel 4.13 hingga Tabel 4.17.

Tabel 4.13 *Key Performance Indicator* untuk *Investor*

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
I1	Peningkatan pendapatan dan keuntungan	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	1. *Sales Growth Rate* 2. Tingkat kemandirian
I4	Peningkatan jumlah pelanggan	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	1. Kenaikan jumlah pasien IGD 2. Kenaikan jumlah pasien IRI
I7	Pelanggan setia dalam memilih rumah sakit		

Tabel 4.13 *Key Performance Indicator* untuk *Investor* (Lanjutan)

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
I2	Penyerahan laporan keuangan tepat waktu	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	1. Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan 2. Akurasi data laporan keuangan 3. Frekuensi evaluasi keuangan
I3	Efisiensi pengelolaan rumah sakit		
I5	Adanya evaluasi keuangan yang terjadwal		
I6	Adanya pengendalian anggaran	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit	*Cost Recovery Rate*
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	1. *Bed Occupancy Ratio* 2. *Bed Turn Over* 3. *Average Length of Stay* 4. *Turn Over Interval*
I9	Adanya perbaikan rasio keuangan rumah sakit	Meningkatkan rasio likuiditas	1. *Cash Ratio* 2. *Quick Ratio* 3. *Current Ratio*
		Meningkatkan rasio solvabilitas	1. *Total debt to equity ratio* 2. *Total asset ratio to debt*
		Meningkatkan rasio rentabilitas	1. *Return on Assets (ROA)* 2. *Return on Investment*

Tabel 4.14 *Key Performance Indicator* untuk *Customer*

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
C1	Pelayanan yang cepat dan tepat	Mengutamakan keselamatan pasien	1. Nilai kecepatan pelayanan 2. Nilai kepastian jadwal pelayanan 3. Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD) 4. Nilai kedisiplinan petugas pelayanan
C2	Pelayanan yang diberikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan		
C4	Adanya pelayanan khusus bagi masyarakat kurang mampu	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	1. Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi) 2. Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS
C3	Jaminan keamanan pelayanan yang diberikan	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan	1. Nilai keamanan pelayanan 2. Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)

Tabel 4.14 *Key Performance Indicator* untuk *Customer* (Lanjutan)

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
			3. Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD) 4. Angka infeksi luka operasi (AILO) 5. Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
C5	Kemudahan pada alur pelayanan	Meningkatkan kepuasan pasien	1. Nilai prosedur pelayanan 2. Nilai persyaratan pelayanan 3. Nilai kesopanan dan keramahan petugas 4. Nilai kenyamanan lingkungan 5. Nilai keadilan mendapatkan pelayanan 6. Nilai kemampuan petugas pelayanan 7. Nilai kejelasan petugas pelayanan
C6	Kejelasan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan		
C7	Pelayanan yang ramah terhadap pasien		
C8	Kondisi rumah sakit yang bersih, nyaman, dan aman		
C9	Keadilan antara pelayanan yang diberikan pasien yang satu dengan yang lain		
C11	Petugas yang memberikan pelayanan benar-benar ahli dan kompeten		
C14	Sarana dan prasarana pelayanan yang baik, bersih, rapi, dan teratur		
C15	Adanya kepastian petugas yang melayani		
C12	Besarnya biaya yang ditetapkan oleh rumah sakit masih dalam jangkauan	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit	1. Nilai kewajaran biaya pelayanan 2. Nilai kepastian biaya pelayanan

Tabel 4.15 *Key Performance Indicator* untuk *Employee*

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
E1	Adanya tunjangan karyawan	Meningkatkan kepuasan karyawan	1. Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan 2. Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi 3. Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaj 4. Tingkat kejelasan sistem penggajian 5. Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
E2	Adanya penghargaan terhadap karyawan berprestasi		
E3	Gaji dibayarkan tepat waktu		
E4	Adanya sistem penggajian yang jelas		
E5	Adanya evaluasi hasil kinerja karyawan		

Tabel 4.15 *Key Performance Indicator* untuk *Employee* (Lanjutan)

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
E6	Adanya kesempatan promosi internal		6. Jumlah pelanggaran kedisiplinan 7. Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS 8. Jumlah kenaikan pangkat pilihan 9. Tingkat komunikasi antar karyawan 10. Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E7	Komunikasi yang baik antar karyawan		
E8	Adanya hubungan yang baik antara pimpinan dengan karyawan		
E9	Tersedianya fasilitas yang memadai untuk keperluan kerja	Meningkatkan produktivitas karyawan	1. Tingkat pemenuhan fasilitas kerja 2. Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian 3. Persentase kesesuaian pegawai 4. Tingkat penggunaan sistem informasi
E10	Kesesuaian jumlah pegawai untuk tiap unit pelayanan		
E11	Adanya sistem informasi yang baik		
E12	Adanya pelatihan dan pengembangan karyawan	Meningkatkan motivasi pengembangan diri bagi karyawan	1. Jumlah jenis pelatihan karyawan 2. Jumlah penelitian yang dilakukan dokter

Tabel 4.16 *Key Performance Indicator* untuk *Supplier*

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
S1	Pembayaran tepat waktu	Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier*	1. Tingkat keterlambatan pembayaran 2. Peningkatan volume pemesanan 3. Waktu proses pelelangan (tender) 4. Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian 5. Persentase pelanggaran perjanjian
S2	Adanya peningkatan volume pemesanan		
S3	Ketepatan waktu pengiriman		
S4	Proses pelelangan (tender) yang tidak terlalu lama		
S5	Mutu/jenis barang sesuai dengan kesepakatan/perjanjian yang telah dibuat		
S6	Kedua pihak saling menaati perjanjian yang telah dibuat sebelumnya		

Tabel 4.16 *Key Performance Indicator* untuk *Supplier* (Lanjutan)

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
S7	Aplikasi *e-procurement*	Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit	1. Persentase penggunaan *e-procurement* 2. Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang
S8	Adanya data persediaan barang		

Tabel 4.17 *Key Performance Indicator* untuk *Regulator and Community*

Kode	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*
RC1	Kesesuaian rumah sakit terhadap peraturan yang ada	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	1. Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan 2. Frekuensi audit internal
RC2	Adanya standarisasi kualitas rumah sakit		
RC3	Jaminan kesehatan lingkungan sekitar akibat aktivitas rumah sakit	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	1. Persentase kualitas limbah cair 2. Pengelolaan sampah medis
RC4	Ketersediaan lapangan kerja	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja	1. Jumlah lapangan kerja 2. Jumlah tenaga kerja yang berasal dari kota Malang 3. Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit
RC5	Terdapat program bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar
RC6	Adanya kesempatan penelitian bagi pelajar dan mahasiswa	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan	1. Jumlah mahasiswa kerja praktek 2. Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian

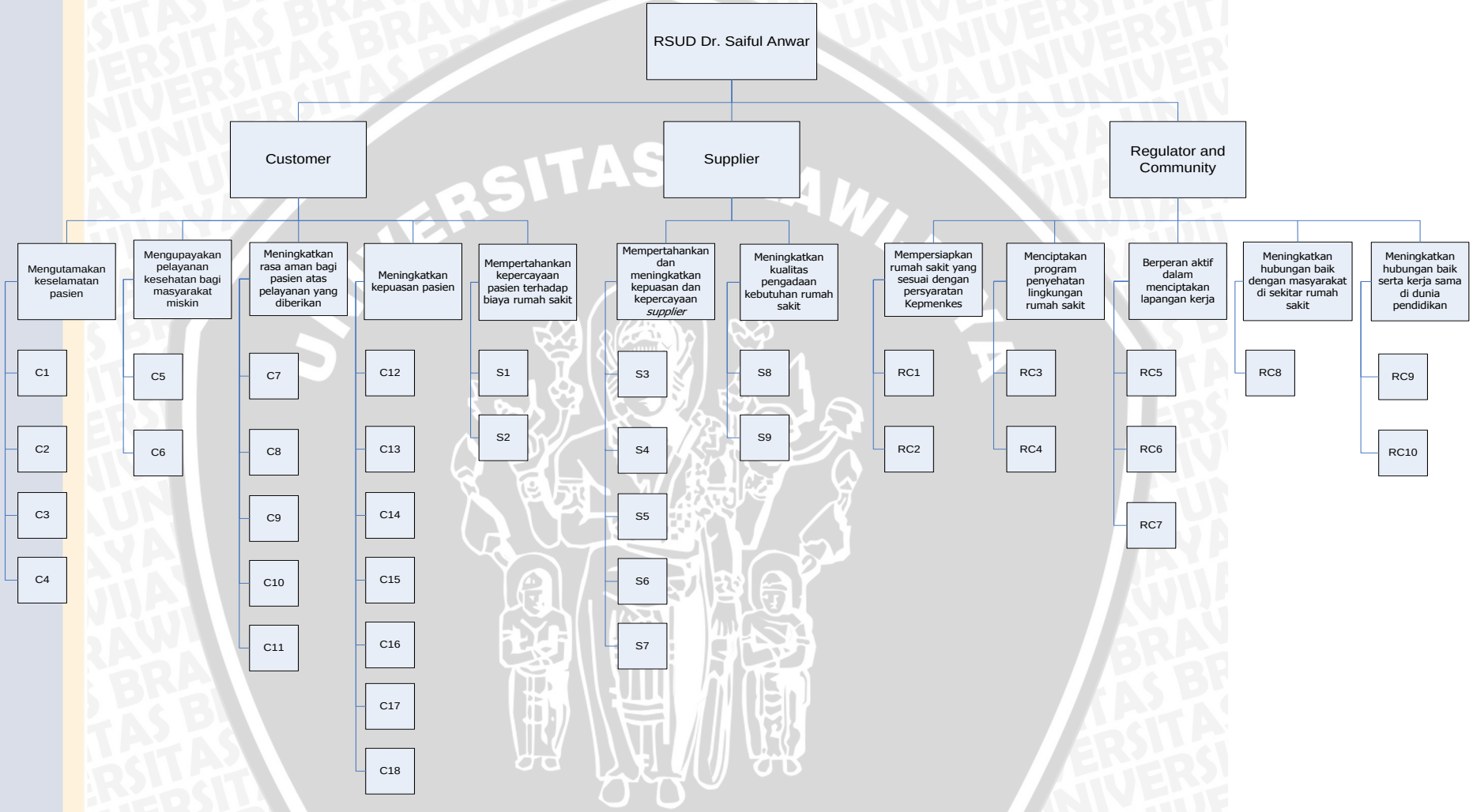
KPI untuk investor antara lain mengukur *Bed Occupancy Ratio, Bed Turn Over, Average Length of Stay, dan Turn Over Internal,* yang merupakan indikator untuk mengukur tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit. KPI pada *customer* antara lain mengukur nilai kecepatan pelayanan, nilai kemampuan petugas pelayanan, nilai kejelasan petugas, dan nilai-nilai lain yang merupakan unsur penilaian pada Indeks Kepuasan Masyarakat. KPI pada *employee* antara lain mengukur tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji, tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan, persentase kesesuaian pegawai, dan lain-lain, sedangkan pada *supplier* antara lain tingkat keterlambatan pembayaran, peningkatan volume pemesanan, persentase pelanggaran perjanjian, dan lain-lain. KPI pada *regulator and community* antara lain mengukur persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan dan audit internal yang dilaksanakan oleh

tim akreditasi sebagai regulator , selain itu juga mengukur jumlah lapangan kerja, jumlah tenaga yang berasal dari kota Malang, dan lain-lain. Dari hasil pengidentifikasian indikator untuk masing-masing *stakeholder* diperoleh sebanyak 72 KPI, yaitu 19 KPI untuk *investor*, 20 KPI untuk *customer*, 16 KPI untuk *employee*, 7 KPI untuk *supplier*, dan 10 KPI untuk *regulator and community*.

4.9 Pembobotan dan Pengkategorian KPI

Setelah KPI-KPI dari masing-masing *stakeholder* didapatkan, dilakukan penyusunan KPI ke dalam bentuk hierarki. Level teratas dari hierarki yang dibentuk adalah kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar, level di bawahnya adalah *stakeholder* yang mempengaruhi kinerja tersebut, sedangkan level terbawah adalah KPI dari masing-masing *objective* yang dimiliki setiap *stakeholder*. Selanjutnya, KPI-KPI tersebut dimasukkan ke dalam kuesioner dan diserahkan ke masing-masing kasubbag dan ketua panitia pengadaan untuk diberi bobot sesuai dengan kebutuhan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Dalam pengisian kuisoner tersebut, pihak responden diwawancarai secara langsung sehingga responden melakukan pembobotan pada saat yang bersamaan.

Pembobotan pada tahap ini dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu pembobotan antar *stakeholder*, pembobotan antar *objectives*, dan pembobotan KPI. Pembobotan dari masing-masing kategori yang telah diisi kemudian diolah dengan menggunakan AHP dengan bantuan *software Expert Choice* untuk menentukan tingkat kepentingan perusahaan terhadap parameter-parameter dari masing-masing *stakeholder*. Bagan pembobotan yang dilakukan dalam penelitian ini dapat digambarkan pada Gambar 4.3. Nilai pembobotan diperoleh dengan bantuan software *Expert Choice* yang kemudian menghasilkan nilai *inconsistency ratio*. Setelah dihasilkan nilai pembobotan, selanjutnya nilai tersebut akan digunakan dalam perhitungan *scoring system*.

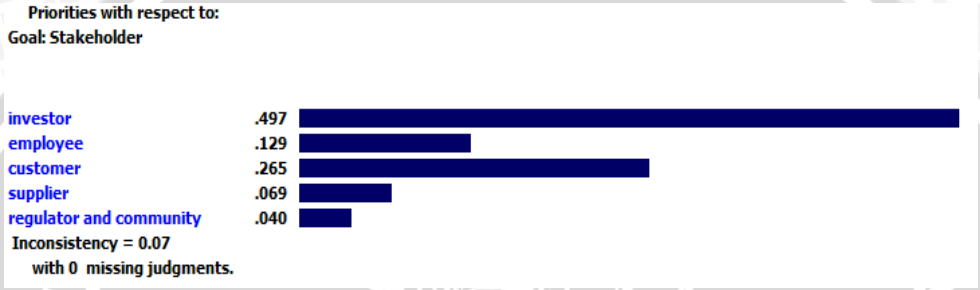


Gambar 4.3 Bagan Pembobotan pada RSUD Dr. Saiful Anwar

Output hasil perhitungan pembobotan pada RSUD Dr. Saiful Anwar dengan menggunakan *Analytical Hierarchy Process* yang dibantu *software Expert Choice* dapat dilihat selengkapnya pada lampiran 6 halaman 115. Hasil perhitungan pembobotan tersebut juga dapat dilihat pada Tabel 4.18 hingga 4.33.

1. Pembobotan antar *stakeholder*

Karena setiap *stakeholder* memiliki tingkat kepentingan yang berbeda, maka perlu dilakukan pembobotan antar *stakeholder.* Dengan kuesioner pembobotan yang selanjutnya diolah dengan menggunakan software *Expert Choice* yang menghasilkan *output* berikut:



Gambar 4.4 *Output* Pembobotan *Stakeholder*

Dari Gambar 4.4 di atas dapat diketahui bahwa total pembobotan *stakeholder* harus bernilai 1. *Stakeholder investor* memiliki tingkat kepentingan paling tinggi dengan bobot sebesar 0.497. Hal ini berarti RSUD enganggap *investor* memiliki tingkat kepentingan yang harus lebih diprioritaskan. Selanjutnya berturut-turut diikuti oleh *customer*, *employee*, *supplier*, dan *regulator and community*. Hasil pembobotan antar *stakeholder* ini memiliki nilai *inconsistency ratio* sebesar 0.07 sehingga dapat diartikan bahwa pembobotan tersebut dapat diterima atau konsisten karena masih di bawah nilai 0,1.

Hasil dari pembobotan antar *stakeholder* RSUD Dr. Saiful Anwar dapat diringkas pula pada Tabel 4.18.

Tabel 4.18 Pembobotan Antar Stakeholder RSUD Dr. Saiful Anwar

Stakeholder	**Bobot**
Investor	0.497
Customer	0.265
Employee	0.129
Supplier	0.069
Regulator and community	0.040
Jumlah	1
Inconsistency Ratio	0.07
Kesimpulan	Konsisten

2. Pembobotan antar *objectives*

Sama halnya dengan pembobotan antar *stakeholder*, antar *objective* juga memiliki tingkat kepentingan yang berbeda-beda sehingga perlu dilakukan pembobotan. Hasil dari pembobotan *objectives* ditunjukkan pada Tabel 4.19 berikut.

Tabel 4.19 Pembobotan *Objectives Stakeholder Investor* RSUD Dr. Saiful Anwar

Stakeholder Investor		
Kode	***Objectives***	**Bobot**
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	0.351
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	0.028
I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	0.227
I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit	0.117
I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	0.064
I6	Meningkatkan rasio likuiditas	0.048
I7	Meningkatkan rasio solvabilitas	0.048
I8	Meningkatkan rasio rentabilitas	0.117
Jumlah		1
Inconsistency Ratio		0.05
Kesimpulan		Konsisten

Tabel 4.20 Pembobotan *Objectives Stakeholder Customer* RSUD Dr. Saiful Anwar

Stakeholder Customer		
Kode	***Objectives***	**Bobot**
C1	Mengutamakan keselamatan pasien	0.447
C2	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	0.049
C3	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan	0.231
C4	Meningkatkan kepuasan pasien	0.191
C5	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit	0.081
Jumlah		1
Inconsistency Ratio		0.06
Kesimpulan		Konsisten

Tabel 4.21 Pembobotan *Objectives Stakeholder Employee* RSUD Dr. Saiful Anwar

Stakeholder Employee		
Kode	***Objectives***	**Bobot**
E1	Meningkatkan kepuasan karyawan	0.637
E2	Meningkatkan produktivitas karyawan	0.105
E3	Meningkatkan motivasi pengembangan diri bagi karyawan	0.258
Jumlah		1
Inconsistency Ratio		0.04
Kesimpulan		Konsisten

Tabel 4.22 Pembobotan *Objectives Stakeholder Supplier* RSUD Dr. Saiful Anwar

Stakeholder Supplier		
Kode	***Objectives***	**Bobot**
S1	Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier*	0.8
S2	Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit	0.2
Jumlah		1
Inconsistency Ratio		0
Kesimpulan		Konsisten

Tabel 4.23 Pembobotan *Objectives Stakeholder Regulator and Community* RSUD Dr. Saiful Anwar

Stakeholder Regulator and Community		
Kode	***Objectives***	**Bobot**
RC1	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	0.466
RC2	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	0.23
RC3	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja	0.046
RC4	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit	0.106
RC5	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan	0.152
Jumlah		1
Inconsistency Ratio		0.09
Kesimpulan		Konsisten

Tabel 4.19 hingga Tabel 4.23 merupakan tabel pembobotan *objectives* pada RSUD Dr. Saiful Anwar. Total nilai pembobotan *objectives* pada masing-masing *stakeholder* harus bernilai 1. Pada masing-masing pembobotan setiap *stakeholder* tersebut dihasilkan nilai *inconsistency ratio* di bawah 0,1 yang menunjukkan ketidakkonsistensian pembobotan tersebut masih dapat diterima. Semakin kecil nilai *inconsistency ratio* maka semkain konsisten pembobotan tersebut.

3. Pembobotan antar KPI

Setelah dilakukan pembobotan *objectives* maka langkah selanjutnya adalah pembobotan KPI dalam setiap *stakeholder* untuk mengetahui tingkat kepentingan dari masing-masing KPI. Pada pembobotan ini setiap *objective* akan menghasilkan pembobotan KPI yang memiliki nilai total 1. Hasil pembobotan KPI dalam setiap *stakeholder* yang ditunjukkan pada Tabel 4.24 hingga Tabel 4.28 berikut :

Tabel 4.24 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Investor*

Stakeholder Investor	**Bobot**
***Objective* : Meningkatkan pendapatan dan keuntungan**	
Sales Growth Rate	0.25
Tingkat kemandirian	0.75
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit**	
Kenaikan jumlah pasien IGD	0.5
Kenaikan jumlah pasien IRI	0.5
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit**	
Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan	0.105
Akurasi data laporan keuangan	0.637
Frekuensi evaluasi keuangan	0.258
Inconsistency Ratio	0.04
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan Cost Recovery Rate rumah sakit**	
Cost Recovery Rate	1
Inconsistency Ratio	0
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit**	
Bed Occupancy Ratio	0.25
Bed Turn Over	0.25
Average Length of Stay	0.25
Turn Over Interval	0.25
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan rasio likuiditas**	
Cash Ratio	0.33
Quick Ratio	0.33
Current Ratio	0.33
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan rasio solvabilitas**	
Total debt to equity ratio	0.67
Total asset ratio to debt	0.33
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten

Tabel 4.24 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Investor* (Lanjutan)

Stakeholder Investor	**Bobot**
***Objective* : Meningkatkan rasio rentabilitas**	
Return on Assets (ROA)	0.5
Return on Investment	0.5
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten

Tabel 4.25 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Customer*

Stakeholder Customer	**Bobot**
***Objective* : Mengutamakan keselamatan pasien**	
Nilai kecepatan pelayanan	0.279
Nilai kepastian jadwal pelayanan	0.064
Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)	0.527
Nilai kedisiplinan petugas pelayanan	0.131
Inconsistency Ratio	0.07
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin**	
Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)	0.25
Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS	0.75
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan rasa aman bagi pasien**	
Nilai keamanan pelayanan	0.077
Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)	0.231
Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)	0.231
Angka infeksi luka operasi (AILO)	0.231
Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)	0.231
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan kepuasan pasien**	
Nilai prosedur pelayanan	0.103
Nilai persyaratan pelayanan	0.115
Nilai kesopanan dan keramahan petugas	0.254
Nilai kenyamanan lingkungan	0.065
Nilai keadilan mendapatkan pelayanan	0.039
Nilai kemampuan petugas pelayanan	0.401
Nilai kejelasan petugas pelayanan	0.024
Inconsistency Ratio	0.10
Kesimpulan	Konsisten

Tabel 4.25 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Customer* (Lanjutan)

Stakeholder Customer	**Bobot**
***Objective* : Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit**	
Nilai kewajaran biaya pelayanan	0.75
Nilai kepastian biaya pelayanan	0.25
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten

Tabel 4.26 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Employee*

Stakeholder Employee	**Bobot**
***Objective* : Meningkatkan kepuasan karyawan**	
Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	0.159
Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	0.107
Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	0.244
Tingkat kejelasan sistem penggajian	0.244
Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	0.045
Jumlah pelanggaran kedisiplinan	0.016
Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS	0.067
Jumlah kenaikan pangkat pilihan	0.067
Tingkat komunikasi antar karyawan	0.025
Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan	0.025
Inconsistency Ratio	0.09
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan produktivitas karyawan**	
Tingkat pemenuhan fasilitas kerja	0.122
Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian	0.544
Persentase kesesuaian pegawai	0.271
Tingkat penggunaan sistem informasi	0.064
Inconsistency Ratio	0.07
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan produktivitas karyawan**	
Jumlah jenis pelatihan karyawan	0.75
Jumlah penelitian yang dilakukan dokter	0.25
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten

Tabel 4.27 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Supplier*

Stakeholder Supplier	**Bobot**
Objective* : Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier	
Tingkat keterlambatan pembayaran	0.475
Peningkatan volume pemesanan	0.085

Tabel 4.27 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Supplier* (Lanjutan)

Stakeholder Supplier	**Bobot**
Waktu proses pelelangan (tender)	0.041
Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian	0.199
Persentase pelanggaran perjanjian	0.199
Inconsistency Ratio	0.02
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit**	
Persentase penggunaan LPSE	0.167
Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang	0.833
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten

Tabel 4.28 Pembobotan Antar KPI *Stakeholder Regulator and Community*

Stakeholder Regulator and Community	**Bobot**
***Objective* : Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes**	
Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan	0.25
Frekuensi audit internal	0.75
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit**	
Persentase kualitas limbah cair	0.25
Pengelolaan sampah medis	0.75
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja**	
Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan	0.614
Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang	0.117
Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit	0.268
Inconsistency Ratio	0.07
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit**	
Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar	1
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten
***Objective* : Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan**	
Jumlah mahasiswa kerja praktek	0.5
Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian	0.5
Inconsistency Ratio	0
Kesimpulan	Konsisten

Setelah dilakukan pembobotan KPI, maka dapat diketahui bahwa terdapat 72 KPI pada sistem pengukuran kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar yang dapat disusun ke dalam Tabel 4.29 hingga Tabel 4.33.

Tabel 4.29 *Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Investor*

Stakeholder Investor	**Kode KPI**
Sales Growth Rate	I1
Tingkat kemandirian	I2
Kenaikan jumlah pasien IGD	I3
Kenaikan jumlah pasien IRI	I4
Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan	I5
Akurasi data laporan keuangan	I6
Frekuensi evaluasi keuangan	I7
Cost Recovery Rate	I8
Bed Occupancy Ratio	I9
Bed Turn Over	I10
Average Length of Stay	I11
Turn Over Interval	I12
Cash Ratio	I13
Quick Ratio	I14
Current Ratio	I15
Total debt to equity ratio	I16
Total asset ratio to debt	I17
Return on Assets (ROA)	I18
Return on Investment	I19

Tabel 4.30 *Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Customer*

Stakeholder Customer	**Kode KPI**
Nilai kecepatan pelayanan	C1
Nilai kepastian jadwal pelayanan	C2
Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)	C3
Nilai kedisiplinan petugas pelayanan	C4
Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)	C5
Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS	C6
Nilai keamanan pelayanan	C7
Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)	C8
Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)	C9
Angka infeksi luka operasi (AILO)	C10
Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)	C11
Nilai prosedur pelayanan	C12
Nilai persyaratan pelayanan	C13
Nilai kesopanan dan keramahan petugas	C14
Nilai kenyamanan lingkungan	C15
Nilai keadilan mendapatkan pelayanan	C16
Nilai kemampuan petugas pelayanan	C17
Nilai kejelasan petugas pelayanan	C18

Tabel 4.30 *Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Customer* (Lanjutan)

Stakeholder Customer	**Kode KPI**
Nilai kewajaran biaya pelayanan	C19
Nilai kepastian biaya pelayanan	C20

Tabel 4.31 *Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Employee*

Stakeholder Employee	**Kode KPI**
Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	E1
Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	E2
Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	E3
Tingkat kejelasan sistem penggajian	E4
Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	E5
Jumlah pelanggaran kedisiplinan	E6
Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS	E7
Jumlah kenaikan pangkat pilihan	E8
Tingkat komunikasi antar karyawan	E9
Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan	E10
Tingkat pemenuhan fasilitas kerja	E11
Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian	E12
Persentase kesesuaian pegawai	E13
Tingkat penggunaan sistem informasi	E14
Jumlah jenis pelatihan karyawan	E15
Jumlah penelitian yang dilakukan dokter	E16

Tabel 4.32 *Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Supplier*

Stakeholder Supplier	**Kode KPI**
Tingkat keterlambatan pembayaran	S1
Peningkatan volume pemesanan	S2
Waktu proses pelelangan (tender)	S3
Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian	S4
Persentase pelanggaran perjanjian	S5
Persentase penggunaan LPSE	S6
Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang	S7

Tabel 4.33 *Key Performance Indicator* untuk *Stakeholder Regulator and Community*

Stakeholder Regulator and Community	**Kode KPI**
Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan	RC1
Frekuensi audit internal	RC2
Persentase kualitas limbah cair	RC3
Pengelolaan sampah medis	RC4
Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan	RC5
Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang	RC6
Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit	RC7
Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar	RC8
Jumlah mahasiswa kerja praktek	RC9
Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian	RC10

Untuk mendapatkan nilai bobot KPI dari RSUD Dr. Saiful Anwar dapat dilakukan dengan cara:

KPI I1 = Nilai bobot *stakeholder investor* x nilai bobot *objective* x nilai bobot KPI

= 0.497 x 0.351 x 0.25

= 0.0436

Langkah ini dilakukan pada setiap KPI berdasarkan bagan pembobotan yang terdapat pada Gambar 4.3. Keseluruhan nilai bobot KPI dapat dilihat pada Tabel 4.34 berikut ini :

Tabel 4.34 Nilai Bobot KPI RSUD Dr. Saiful Anwar

Kode KPI	Bobot	Kode KPI	Bobot	Kode KPI	Bobot	Kode KPI	Bobot	Kode KPI	Bobot
I1	0.044	E1	0.013	C1	0.033	S1	0.026	RC1	0.005
I2	0.131	E2	0.009	C2	0.008	S2	0.005	RC2	0.014
I3	0.007	E3	0.020	C3	0.062	S3	0.002	RC3	0.002
I4	0.007	E4	0.020	C4	0.016	S4	0.011	RC4	0.007
I5	0.012	E5	0.004	C5	0.003	S5	0.011	RC5	0.001
I6	0.072	E6	0.001	C6	0.010	S6	0.002	RC6	0.000
I7	0.029	E7	0.006	C7	0.005	S7	0.011	RC7	0.000
I8	0.058	E8	0.006	C8	0.014			RC8	0.004
I9	0.008	E9	0.002	C9	0.014			RC9	0.003
I10	0.008	E10	0.002	C10	0.014			RC10	0.003
I11	0.008	E11	0.002	C11	0.014				
I12	0.008	E12	0.007	C12	0.005				
I13	0.008	E13	0.004	C13	0.006				
I14	0.008	E14	0.001	C14	0.013				
I15	0.008	E15	0.025	C15	0.003				
I16	0.016	E16	0.008	C16	0.002				
I17	0.008			C17	0.020				
I18	0.029			C18	0.001				
I19	0.029			C19	0.016				
				C20	0.005				
Total Nilai Bobot Seluruh KPI									**1**

4.10 Penyusunan *Performance Measurement Record Sheet*

Setelah diketahui nilai bobot KPI keseluruhan dari perusahaan, langkah selanjutnya ialah menyusun *Performance Measurement Record Sheet* untuk masing-masing KPI yang telah ditentukan sebelumnya. *Performance Measurement Record Sheet* disusun berdasarkan hasil wawancara dengan pihak rumah sakit. Wawancara

tersebut membahas mengenai tujuan, rumus KPI, target level perusahaan, frekuensi pengukuran KPI, sumber data, dan pihak yang mengukur.

Tabel 4.35 Contoh *Performance Measurement Record Sheet.*untuk KPI I1

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-1**
Measure	*Sales Growth Rate*
Purpose	Untuk mengetahui persentase tingkat pertumbuhan penjualan dan laba rumah sakit.
Metric/Formula	(Pendapatan tahun (k+1) – pendapatan tahun (k))/ pendapatan tahun k
Target level	≥150%
Frequency	Tiap semester
Source Data	Laporan keuangan
Who Measure	Bagian keuangan

Tabel 4.35 di atas merupakan salah satu contoh penyusunan *Performance Measurement Record Sheet* untuk KPI I-1. KPI I-1 merupakan indikator untuk mengukur persentase tingkat pertumbuhan penjualan dan laba rumah sakit. Untuk menghitung KPI ini, formula yang digunakan adalah (Pendapatan tahun (k+1) – pendapatan tahun (k))/ pendapatan tahun k. Pengukuran *Sales Growth Rate* dilakukan oleh bagian keuangan setiap enam bulan sekali yang kemudian didokumentasikan pada laporan keuangan. *Performance Measurement Recordsheet* untuk KPI-KPI yang lain selengkapnya dapat dilihat pada Lampiran 5 halaman 102.

4.11 Pengukuran Kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar

Setelah penyusunan *Performance Measurement Recordsheet*, maka langkah berikutnya adalah mengumpulkan data-data yang berkaitan dengan target serta pencapaian untuk masing-masing KPI. Berikut ini merupakan hasil pengumpulan data yang dilakukan.

Tabel 4.36 Target dan Pencapaian KPI RSUD Dr. Saiful Anwar

Kode KPI	***Key Performance Indicator* (KPI)**	**Target**	**Real (2010)**	**Keterangan**
I1	*Sales Growth Rate*	≥150%	225,45%	Tidak Tercapai
I2	Tingkat kemandirian	≥50%	60,16%	Tercapai
I3	Kenaikan jumlah pasien IGD	≥5%	0,98%	Tidak Tercapai
I4	Kenaikan jumlah pasien IRI	≥1,48%	1,47%	Tidak Tercapai
I5	Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan	100%	90%	Tidak Tercapai

Tabel 4.36 Target dan Pencapaian KPI RSUD Dr. Saiful Anwar (Lanjutan)

Kode KPI	*Key Performance Indicator* (KPI)	Target	Real (2010)	Keterangan
I6	Akurasi data laporan keuangan	100%	90%	Tidak Tercapai
I7	Frekuensi evaluasi keuangan	≥3	3	Tercapai
I8	*Cost Recovery Rate*	≥70%	73,29%	Tercapai
I9	*Bed Occupancy Ratio*	60-85%	73,41%	Tercapai
I10	*Bed Turn Over*	40-50 kali	39,18 kali	Tidak Tercapai
I11	*Average Length of Stay*	6-9 hari	7,06 hari	Tercapai
I12	*Turn Over Interval*	Maks 3 hari	2,47 hari	Tercapai
I13	*Cash Ratio*	4,5-6 kali	2,28 kali	Tidak Tercapai
I14	*Quick Ratio*	13-15 kali	5 kali	Tidak Tercapai
I15	*Current Ratio*	13-15 kali	5 kali	Tidak Tercapai
I16	*Total debt to equity ratio*	0%	4%	Tidak Tercapai
I17	*Total asset ratio to debt*	0%	4,26%	Tidak Tercapai
I18	*Return on Assets (ROA)*	25%	6,40%	Tidak Tercapai
I19	*Return on Investment*	25%	6,71%	Tidak Tercapai
C1	Nilai kecepatan pelayanan	≥ 3,01	2,98	Tidak Tercapai
C2	Nilai kepastian jadwal pelayanan	≥ 3,01	3,008	Tercapai
C3	Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)	0%	0,10%	Tidak Tercapai
C4	Nilai kedisiplinan petugas pelayanan	≥ 3,01	3,066	Tercapai
C5	Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)	0%	0,70%	Tidak Tercapai
C6	Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS	100%	80%	Tidak Tercapai
C7	Nilai keamanan pelayanan	≥ 3,01	3,026	Tercapai
C8	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)	0%	0%	Tercapai
C9	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)	0%	0%	Tercapai
C10	Angka infeksi luka operasi (AILO)	0%	0,16%	Tidak Tercapai
C11	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)	0%	0%	Tercapai
C12	Nilai prosedur pelayanan	≥ 3,01	3,01	Tercapai
C13	Nilai persyaratan pelayanan	≥ 3,01	3,054	Tercapai
C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas	≥ 3,01	3,087	Tercapai
C15	Nilai kenyamanan lingkungan	≥ 3,01	3,018	Tercapai
C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan	≥ 3,01	3,049	Tercapai
C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan	≥ 3,01	3,088	Tercapai
C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan	≥ 3,01	3,045	Tercapai
C19	Nilai kewajaran biaya pelayanan	≥ 3,01	3,026	Tercapai

Tabel 4.36 Target dan Pencapaian KPI RSUD Dr. Saiful Anwar (Lanjutan)

Kode KPI	*Key Performance Indicator* (KPI)	Target	Real (2010)	Keterangan
C20	Nilai kepastian biaya pelayanan	≥ 3,01	3,008	Tidak Tercapai
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	100%	100%	Tercapai
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	≥12 kali	12 kali	Tercapai
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	100%	100%	Tercapai
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	100%	100%	Tercapai
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	≥12	12	Tercapai
E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan	0	3	Tidak Tercapai
E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS	100%	82,90%	Tidak Tercapai
E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan	≥200 orang	205	Tercapai
E9	Tingkat komunikasi antar karyawan	≥4	4	Tercapai
E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan	≥4	4	Tercapai
E11	Tingkat pemenuhan fasilitas kerja	≥4	4	Tercapai
E12	Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian	≥	74,80%	Tidak Tercapai
E13	Persentase kesesuaian pegawai	100%	80%	Tidak Tercapai
E14	Tingkat penggunaan sistem informasi	≥3	3	Tercapai
E15	Jumlah jenis pelatihan karyawan	≥18	18	Tercapai
E16	Jumlah penelitian yang dilakukan dokter	≥10	12	Tercapai
S1	Tingkat keterlambatan pembayaran	0%	0%	Tercapai
S2	Peningkatan volume pemesanan	3-5%	1,74%	Tidak Tercapai
S3	Waktu proses pelelangan (tender)	Maks 30 hari	30 hari	Tercapai
S4	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian	0%	2%	Tidak Tercapai
S5	Persentase pelanggaran perjanjian	0%	0%	Tercapai
S6	Persentase penggunaan LPSE	10-20%	8,60%	Tidak Tercapai
S7	Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang	Min 4 kali	4 kali	Tercapai
RC1	Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan	100%	100%	Tercapai
RC2	Frekuensi audit internal	4-5 kali	4 kali	Tercapai
RC3	Persentase kualitas limbah cair	100%	87,5%	Tidak Tercapai
RC4	Pengelolaan sampah medis	100%	100%	Tercapai
RC5	Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan	≥175	178	Tercapai
RC6	Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang	≥ 60%	60%	Tercapai
RC7	Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit	≥10	11	Tercapai
RC8	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar	≥ 3	4	Tercapai
RC9	Jumlah mahasiswa kerja praktek	≥1200	1235	Tercapai
RC10	Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian	≥120	128	Tercapai

4.12 *Scoring System* dengan OMAX dan *Traffic Light*

Scoring system dilakukan setelah diketahui target dan pencapaian kinerja dari perusahaan. *Scoring system* menggunakan OMAX yang berfungsi untuk menyamakan skala nilai untuk masing-masing indikator sehingga dapat diketahui pencapaian dari tiap parameter yang ada dan dapat diketahui kinerja perusahaan secara keseluruhan. Berikut ini merupakan contoh perhitungan pencapaian KPI I1 dengan menggunakan metode OMAX :

Target RSUD Dr. Saiful Anwar : 300%

Tahun 2009 : 18.64%

Tahun 2010 : 225,45%

Target yang telah ditetapkan RSUD Dr. Saiful Anwar adalah sebesar 300% sehingga target tersebut diletakkan pada level 10. Level 8 merupakan batas minimum KPI dapat dikatakan aman. Untuk level 3 diisi dengan nilai kinerja tahun sebelumnya atau nilai batas minimum KPI tersebut harus diperbaiki. Oleh karena itu level 3 diisi 18,64%. Level 0 diisi dengan ccdengan nilai terendah yang mungkin dicapai oleh perusahaan. Untuk menghitung interval masing-masing level dapat dilakukan perhitungan berikut :

1. Interval antara level 9-10 = (300%-150%)/(10-8) = 75%
   Sehingga nilai pada level 9 adalah 300%-75% = 225%
2. Interval antara level 7-8 = (150%-18,64%)/(8-3) = 26.27%
   Sehingga nilai pada level 7 adalah 150% - 26.27% = 123.73%
3. Interval antara level 6-7 = (123.73%-18.64%)-(7-3) = 26.27%
   Sehingga nilai pada level 6 adalah 123.73&-26.27% = 97,46%

Demikian seterusnya hingga level 1.

Setelah diperoleh nilai untuk setiap level (dari level 0 hingga 10), langkah selanjutnya adalah mengisi tabel *performance* yang merupakan kinerja yang telah diukur untuk tahun 2010. Kemudian level pada bagian monitoring dapat diisi berdasarkan posisi level pada angka *performance.*

Pengisian level pada bagian monitoring menggunakan rumus interpolasi. Adapun rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

KPI I1

Level 10 = 300%

Level 9 = 225%

Maka nilai 225% berada pada level =

$$\frac{300\% - 225\%}{225{,}45\% - 225\%} = \frac{10 - 9}{x - 9}$$

$$\frac{75\%}{0{,}45\%} = \frac{1}{x - 9}$$

75%x - 675% = 0,45%

75% x = 675,45%

x = 9.006 = 9.01

Nilai x adalah level yang akan diisi di bagian monitoring. Untuk *weight* diisi dengan nilai bobot KPI I1 yang ada pada Tabel 4.34, yaitu 0.044. Nilai *value* merupakan perkalian antara level dan *weight*. Demikian seterusnya hingga bagian monitoring semua KPI terisi, sehingga diperoleh nilai indeks total kinerja dari RSUD Dr. Saiful Anwar sebesar 7,8863. Nilai indeks total didapatkan dari penjumlahan semua *value*. Dari keseluruhan dengan perhitungan dengan tahapan-tahapan OMAX, maka diperoleh skema penilaian kinerja untuk RSUD Dr. Saiful Anwar seperti terlihat pada Tabel 4.37 sampai dengan Tabel 4.41.

Tabel 4.37 Skema Penilaian *Investor* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX

KPI No.		I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19
Performance		**225.45%**	**60.16%**	**0.98%**	**1.48%**	**90%**	**90%**	**3**	**73.29%**	**73.41%**	**39.18**	**7.06**	**2.47**	**2.28**	**5**	**5**	**4%**	**4.26%**	**6.40%**	**6.71%**
LEVEL	**10**	300%	80%	10%	6%	100%	100%	4	100%	85%	50	9	1	6	15	15	0%	0%	25%	25%
	9	225%	65%	8%	5%	95%	95%	3	85%	73%	45	8	2	5.25	14	14	2.5%	2.5%	20%	20%
	8	150%	50%	5%	4%	90%	90%	3	70%	60%	40	6	3	4.50	13	13	5.0%	5.0%	15%	15%
	7	123.73%	47.73%	4.47%	3.40%	88%	88%	2	67.67%	58%	39	5.6	3.4	3.70	11.6	11.8	6.00%	6.00%	13%	13%
	6	97.46%	45.46%	3.94%	2.80%	86%	86%	2	65.34%	56%	38	5.2	3.8	2.89	10.2	10.6	7.00%	7.00%	11%	11%
	5	71.18%	43.18%	3.40%	2.20%	84%	84%	2	63.00%	54%	37	4.8	4.2	2.09	8.8	9.4	8.00%	8.00%	9%	9%
	4	44.91%	40.91%	2.87%	1.60%	82%	82%	2	60.67%	52%	36	4.4	4.6	1.28	7.4	8.2	9.00%	9.00%	7%	7%
	3	18.64%	38.64%	2.34%	1%	80%	80%	1	58.34%	50%	35	4	5	0.48	6	7	10.00%	10.00%	5%	5%
	2	15.91%	35.76%	1.56%	0.67%	76.67%	76.67%	1	52.23%	46.67%	33.33	3.67	5.67	0.32	4	6.33	11.67%	11.67%	3.33%	3.33%
	1	13.18%	32.88%	0.78%	0.33%	73.33%	73.33%	1	46.11%	43.33%	31.67	3.33	6.33	0.16	2	5.67	13.33%	13.33%	1.67%	1.67%
	0	10.45%	30%	0%	0%	70%	70%	0	40%	40%	30	3	7	0	0	5	15%	15%	0%	0%

Level		9.01	8.68	1.26	3.80	8	8	8	8.22	9.07	7.18	8.71	8.53	5.24	2.50	0	8.40	8.30	3.26	1.01
Weight		0.044	0.131	0.007	0.007	0.012	0.072	0.029	0.058	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.008	0.016	0.008	0.029	0.029
Value		0.393	1.135	0.009	0.026	0.095	0.575	0.233	0.478	0.072	0.057	0.069	0.068	0.042	0.020	0.000	0.134	0.066	0.095	0.029

64

Tabel 4.38 Skema Penilaian *Customer* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX

KPI No.		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20
Performance		**2.98**	**3.008**	**0.10%**	**3.066**	**0.70%**	**80%**	**3.026**	**0%**	**0%**	**0.16%**	**0%**	**3.01**	**3.054**	**3.087**	**3.018**	**3.049**	**3.088**	**3.045**	**3.026**	**3.008**
LEVEL	**10**	4	4	0%	4	0%	100%	4	0%	0%	0%	0%	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	9	3.51	3.505	0.06%	3.505	0.15%	90%	3.505	0.0005%	0.0005%	0.05%	0.0005%	3.505	3.505	3.505	3.505	3.505	3.505	3.505	3.505	3.505
	8	3.01	3.01	0.12%	3.01	0.30%	80%	3.01	0.0010%	0.0010%	0.10%	0.0010%	3.01	3.01	3.01	3.01	3.01	3.01	3.01	3.01	3.01
	7	2.986	2.986	0.15%	2.997	0.36%	74%	2.991	0.0015%	0.0015%	0.13%	0.0015%	2.991	2.994	3.002	2.994	2.996	3.003	2.995	2.991	2.986
	6	2.962	2.961	0.17%	2.984	0.42%	68%	2.973	0.0020%	0.0020%	0.16%	0.0020%	2.972	2.978	2.993	2.978	2.982	2.996	2.979	2.973	2.961
	5	2.937	2.937	0.20%	2.972	0.48%	62%	2.954	0.0025%	0.0025%	0.19%	0.0025%	2.952	2.963	2.985	2.961	2.967	2.988	2.964	2.954	2.937
	4	2.913	2.912	0.22%	2.959	0.54%	56%	2.936	0.0030%	0.0030%	0.22%	0.0030%	2.933	2.947	2.976	2.945	2.953	2.981	2.948	2.936	2.912
	3	2.889	2.888	0.25%	2.946	0.60%	50%	2.917	0.0035%	0.0035%	0.25%	0.0035%	2.914	2.931	2.968	2.929	2.939	2.974	2.933	2.917	2.888
	2	2.763	2.762	0.30%	2.631	1.07%	33%	2.781	0.0040%	0.0040%	0.27%	0.0040%	2.779	2.791	2.815	2.789	2.796	2.819	2.792	2.781	2.762
	1	2.636	2.636	0.35%	2.315	1.53%	17%	2.646	0.0045%	0.0045%	0.28%	0.0045%	2.645	2.650	2.663	2.650	2.653	2.665	2.651	2.646	2.636
	0	2.51	2.51	0.40%	2	2%	0%	2.51	0.0050%	0.0050%	0.30%	0.0050%	2.51	2.51	2.51	2.51	2.51	2.51	2.51	2.51	2.51

Level	6.72	7.92	8.33	8.11	2.79	8.00	8.03	10.00	10.00	6.00	10.00	8.00	8.09	8.16	8.02	8.08	8.16	8.07	8.03	8.00
Weight	0.033	0.008	0.062	0.016	0.003	0.010	0.005	0.014	0.014	0.014	0.014	0.005	0.006	0.013	0.003	0.002	0.020	0.001	0.016	0.005
Value	0.222	0.060	0.520	0.126	0.009	0.078	0.038	0.141	0.141	0.085	0.141	0.042	0.047	0.105	0.026	0.016	0.166	0.010	0.129	0.043

Tabel 4.39 Skema Penilaian *Employee* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX

KPI No.		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
Performance		**100%**	**12**	**100%**	**100%**	**12**	**3**	**82.90%**	**205**	**4**	**4**	**4**	**74.80%**	**80.00%**	**3**	**18**	**12**
LEVEL	**10**	100%	13	100%	100%	14	0	100.00%	280	5	5	5	100.00%	100%	5	20	17
	9	80%	11	82.50%	82.50%	13	3	90.00%	240	4	4	4	86.00%	90%	4	18	14
	8	90%	12	95%	95%	12	5	80.00%	200	4	4	4	72.00%	80%	3	16	10
	7	88%	11	94%	94%	10.4	6.4	77%	190	3	3	4	70.00%	77%	2	15	9
	6	86%	9	93%	93%	8.8	7.8	74%	180	3	3	3	68.00%	74%	2	15	9
	5	84%	8	92%	92%	7.2	9.2	71%	170	3	3	3	66.00%	71%	2	14	8
	4	82%	7	91%	91%	5.6	10.6	68%	160	3	3	2	64.00%	68%	2	14	8
	3	80%	4	90%	90%	4	12	65.00%	150	2	2	2	62.00%	65%	1	13	7
	2	78.33%	3	86.67%	86.67%	3	13	63.33%	145	2	2	2	60.33%	60%	1	12	6
	1	76.67%	1	83.33%	83.33%	3	14	61.67%	140	1	1	1	58.67%	55%	1	11	6
	0	75%	0	80%	80%	2	15	60.00%	135	1	1	1	57.00%	50%	1	10	5

Level	10	8	10	10	8	9	8.29	8.13	8	8	8	8.2	8	8	9	8.57
Weight	0.013	0.009	0.020	0.020	0.004	0.001	0.006	0.006	0.002	0.002	0.002	0.007	0.004	0.001	0.025	0.008
Value	0.131	0.070	0.201	0.201	0.030	0.012	0.046	0.045	0.016	0.016	0.013	0.060	0.029	0.007	0.225	0.071

Tabel 4.40 Skema Penilaian *Supplier* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX

KPI No.		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Performance		0%	1.74%	30	2%	0%	8.60%	4
LEVEL	10	0%	5%	25	0%	0%	20%	5
	9	0.10%	4%	27.50	1.25%	0.50%	15.00%	4
	8	0.20%	3%	30	2.50%	1%	10%	4
	7	0.24%	2.68%	31	2.80%	1.20%	9%	3
	6	0.28%	2.36%	32	3.10%	1.40%	8%	3
	5	0.32%	2.04%	33	3.40%	1.60%	7%	2
	4	0.36%	1.72%	34	3.70%	1.80%	6%	2
	3	0.40%	1.40%	35	4%	2%	5%	1
	2	0.43%	0.93%	37	4.33%	2.33%	3.33%	1
	1	0.47%	0.47%	38	4.67%	2.67%	1.67%	1
	0	0.50%	0%	40	5%	3%	0%	0

Level	10	4.06	8	8.4	10	6.60	9
Weight	0.026	0.005	0.002	0.011	0.011	0.002	0.011
Value	0.262	0.019	0.018	0.092	0.110	0.015	0.103

Tabel 4.41 Skema Penilaian *Regulator and Community* RSUD Dr. Saiful Anwar berdasarkan OMAX

KPI No.		RC1	RC2	RC3	RC4	RC5	RC6	RC7	RC8	RC9	RC10
Performance		100%	4	87.5%	100%	178	60%	11	4	1235	128
LEVEL	10	100%	5	100%	100%	200	65%	13	5	1275	150
	9	87.5%	4	87.5%	92.5%	188	60%	12	4	1238	135
	8	75%	4	85%	95%	175	55%	10	3	1200	120
	7	66%	3	82%	94%	169	0.53	9	3	1196	111
	6	58%	3	79%	92%	164	0.51	9	2	1191	103
	5	49%	3	76%	91%	158	0.49	8	2	1187	94
	4	40%	3	73%	89%	153	0.47	8	2	1182	86
	3	31.25%	2	70%	88%	147	45%	7	2	1178	77
	2	29%	1	67%	85%	138	43%	6	1	1129	75
	1	27%	1	63%	83%	129	42%	5	1	1055	72
	0	25%	0	60%	80%	120	40%	5	0	1030	70

Level	10	8	9	10	8.24	9	9	9	8.93	8.53
Weight	0.005	0.014	0.005	0.005	0.001	0.000	0.000	0.004	0.003	0.003
Value	0.047	0.112	0.041	0.046	0.009	0.002	0.004	0.038	0.027	0.026

Indeks Total	7.8863

Dari Tabel 4.39 didapatkan nilai indeks total sebesar 7.8863. Apabila dianalisis dengan menggunakan *Traffic Light System*, maka dapat diambil kesimpulan bahwa kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar secara keseluruhan dapat dikatakan belum mencapai performa yang diharapkan karena masih berada pada kategori kuning. Kategori kuning mengindikasikan bahwa *achievement* dari suatu indikator kinerja belum tercapai meskipun nilai sudah mendekati target. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan untuk beberapa KPI yang belum mencapai target.

BAB V
ANALISIS HASIL DAN REKOMENDASI PERBAIKAN

Bab ini berisi analisis hasil pengukuran kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar yang telah diperoleh pada bab sebelumnya. Dari hasil pengukuran kinerja tersebut dapat diketahui KPI-KPI mana saja yang memiliki hasil pencapaian kinerja di bawah target yang telah ditetapkan RSUD Dr. Saiful Anwar sehingga diperlukan rekomendasi perbaikan yang sesuai untuk meningkatkan hasil pencapaian kinerja KPI-KPI tersebut.

5.1 Analisis Hasil

Berdasarkan metode *Integrated Performance Measurement System* (IPMS) yang telah dibahas sebelumnya, didapatkan 72 parameter kinerja (KPI). Parameter kinerja ini dapat digunakan RSUD Dr. Saiful Anwar untuk memantau dan mengevaluasi kinerja rumah sakit. Diharapkan rumah sakit akan dapat mengevaluasi kinerjanya serta mengambil langkah perbaikan dan pencegahan.

Dengan menggunakan OMAX didapatkan nilai indeks total RSUD Dr. Saiful Anwar sebesar 7,8863. Berdasarkan *Traffic Light System*, maka nilai tersebut masuk pada kategori kuning yang mengindikasikan bahwa kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar secara keseluruhan belum mencapai performa yang diharapkan. Adapun hasil pengkategorian KPI yang tergolong hijau, kuning, dan merah dapat dilihat pada Tabel 5.1 hingga Tabel 5.3 berikut ini :

Tabel 5.1 Daftar KPI yang Termasuk dalam Kategori Hijau

KPI No.	***Key Performance Indicator***
I1	*Sales Growth Rate*
I2	Tingkat kemandirian
I5	Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan
I6	Akurasi data laporan keuangan
I7	Frekuensi evaluasi keuangan
I8	Cost Recovery Rate
I9	*Bed Occupancy Ratio*
I11	*Average Length of Stay*
I12	*Turn Over Interval*
I16	*Total debt to equity ratio*
I17	*Total asset ratio to debt*
C3	Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)
C4	Nilai kedisiplinan petugas pelayanan
C6	Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS

Tabel 5.1 Daftar KPI yang Termasuk dalam Kategori Hijau (Lanjutan)

KPI No.	*Key Performance Indicator*
C7	Nilai keamanan pelayanan
C8	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)
C9	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)
C11	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
C12	Nilai prosedur pelayanan
C13	Nilai persyaratan pelayanan
C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas
C15	Nilai kenyamanan lingkungan
C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan
C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan
C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C19	Nilai kewajaran biaya pelayanan
C20	Nilai kepastian biaya pelayanan
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E11	Tingkat pemenuhan fasilitas kerja
E12	Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian
E13	Persentase kesesuaian pegawai
E14	Tingkat penggunaan sistem informasi
E15	Jumlah jenis pelatihan karyawan
E16	Jumlah penelitian yang dilakukan dokter
S1	Tingkat keterlambatan pembayaran
S3	Waktu proses pelelangan (tender)
S4	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian
S5	Persentase pelanggaran perjanjian
S7	Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang
RC1	Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan
RC2	Frekuensi audit internal
RC3	Persentase kualitas limbah cair
RC4	Pengelolaan sampah medis
RC5	Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan
RC6	Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang
RC7	Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit
RC8	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar

Tabel 5.1 Daftar KPI yang Termasuk dalam Kategori Hijau (Lanjutan)

KPI No.	*Key Performance Indicator*
RC9	Jumlah mahasiswa kerja praktek
RC10	Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian

Tabel 5.2 Daftar KPI yang Termasuk dalam Kategori Kuning

KPI No.	*Key Performance Indicator*
I10	*Bed Turn Over*
C1	Nilai Kecepatan Pelayanan
C2	Nilai Kepastian Jadwal Pelayanan
C10	Angka Infeksi Luka Operasi
S2	Peningkatan volume pemesanan

Tabel 5.3 Daftar KPI yang Termasuk dalam Kategori Merah

KPI No.	*Key Performance Indicator*
I3	Kenaikan jumlah pasien IGD
I4	Kenaikan jumlah pasien IRI
I13	*Cash Ratio*
I14	*Quick Ratio*
I15	*Current Ratio*
I18	*Return on Assets (ROA)*
I19	*Return on Investment*
C5	Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)
S6	Persentase penggunaan LPSE

Dari Tabel 5.1 hingga Tabel 5.3 dapat diketahui bahwa KPI yang termasuk dalam kategori hijau sebanyak 59 KPI, kategori kuning sebanyak 2 KPI, dan sisanya, yaitu 11 KPI merupakan kategori merah. KPI yang tergolong kategori hijau menandakan bahwa indikator kinerja sudah tercapai. KPI yang tergolong kategori kuning menandakan bahwa indikator kinerja belum tercapai sehingga pihak manajemen perlu berhati-hati dengan adanya berbagai macam kemungkinan. KPI yang tidak masuk pada kedua kategori tersebut berarti tergolong pada kategori merah yang berarti indikator kinerja benar-benar di bawah target yang telah ditetapkan memerlukan perbaikan dengan segera. Sebagian besar KPI yang perlu dan harus diperbaiki merupakan milik *investor*, kemudian menyusul *customer*, dan *supplier* sehingga dapat dikatakan bahwa *objectives* ketiga *stakeholder* tersebut belum tercapai. Dengan kata lain *requirement* untuk ketiga *stakeholder* tersebut belum terpenuhi. Sedangkan *requirement* untuk *stakeholder employee, regulator, and community* sudah terpenuhi.

KPI-KPI yang termasuk dalam kategori kuning dan merah sama-sama memerlukan perbaikan untuk meningkatkan kinerjanya, tetapi KPI kategori merah harus

mendapatkan prioritas dari pihak manajemen terlebih dahulu karena performansi yang benar-benar jauh dari target. Oleh karena itu, usulan rekomendasi perbaikan diprioritaskan untuk KPI yang tergolong kategori merah,baru kemudian usulan rekomendasi untuk kategori kuning.

5.2 Rekomendasi Perbaikan untuk KPI Kategori Merah

Setelah diidentifikasi dengan menggunakan OMAX dan *Traffic Light System*, diketahui bahwa terdapat 9 KPI yang masuk ke dalam kategori merah. KPI tersebut terdapat pada *stakeholder investor, customer,* dan *supplier.* KPI-KPI yang berada pada kategori merah, antara lain :

1. Kenaikan jumlah pasien IGD

KPI ini digunakan untuk mengukur tingkat penambahan jumlah pasien di instalasi gawat darurat. Target dari indikator ini adalah sebesar 5-10%, sedangkan realisasinya pada tahun 2010 hanya sebesar 0,98%. Apabila dihitung dengan menggunakan metode *Objective Matrix* (OMAX), KPI ini berada pada level 1,26 atau dengan kata lain indikator tersebut jauh dari target yang diharapkan.

Kenaikan jumlah pasien IGD sebesar 0,98% sebenarnya dapat dikatakan baik. Hal ini dikarenakan kenaikan bersifat positif meskipun tidak sesuai dengan target yang diharapkan. Pada tahun 2010, jumlah pasien baru IGD mengalami penurunan yang drastis, yaitu pada tahun 2009 sebanyak 86.674 pasien menjadi 81.669 pasien, padahal jumlah pasien lama mengalami kenaikan dari 144.519 pasien menjadi 147.258 pasien. Jumlah pasien baru yang justru mengalami penurunan mengakibatkan kondisi tersebut perlu mendapatkan perhatian.

Rekomendasi perbaikan yang diusulkan adalah meningkatkan kecepatan pelayanan pada IGD antara lain dengan mengoptimalkan jaringan rujukan, khususnya bagi daerah se-Malang raya agar rumah sakit/unit kesehatan lain yang memberi rujukan kepada pasiennya langsung menghubungi RSUD Dr. Saiful Anwar sehingga tenaga medis dan alat-alat medis bisa langsung dipersiapkan sebelum pasien yang dirujuk tiba. Selain itu perlu pula ditambahkan pula kamar operasi di IGD yang sebelumnya hanya 3 kamar menjadi 4 hingga 5 kamar. Hal itu perlu dilakukan karena waktu tunggu operasi di IGD yang lama, yaitu 1-2 jam. Penambahan kamar operasi tentunya juga memerlukan penambahan tenaga medis pula. Dengan pelayanan yang cepat dari IGD RSUD Dr. Saiful Anwar diharapkan dapat meningkatkan jumlah pasien di tempat tersebut.

2. Kenaikan jumlah pasien IRI

KPI ini digunakan untuk mengukur tingkat penambahan jumlah pasien di instalasi rawat inap. Target dari indikator kinerja ini adalah sebesar 4 -6%, sedangkan pada kenyataannya di tahun 2010 hanya meningkat sebesar 1,48%. Kenaikan jumlah pasien IRI menduduki level 3,80 pada OMAX sehingga dapat dikatakan bahwa indikator tersebut berada pada kategori merah, meskipun mendekati target pada kategori kuning.

Sebenarnya kenaikan jumlah IRI dikatakan lumayan baik karena tidak mengalami penurunan jumlah pasien, namun pencapaiannya masih belum sesuai dengan yang ditargetkan. Pada tahun 2008 jumlah pasien IRI sebanyak 31.738 orang, sedangkan jumlah pasien pada tahun 2009 sebanyak 33.068 pasien atau dengan kata lain meningkat sebesar 4,19%. Jumlah pasien IRI meningkat lagi pada tahun 2010 menjadi 33.542 orang atau dengan kata lain peningkatannya sebesar 1,43%. Kenaikan jumlah pasien IRI yang belum mencapai target disebabkan jumlah perawat yang bertugas masih kurang memadai. Hal ini dikarenakan rasio perawat terhadap pasien rawat inap hanya sebesar 1: 1,57 atau 1 perawat untuk 2 tempat tidur, sedangkan tugas perawat adalah 3 giliran jaga *(shift)*

Rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan jumlah pasien di instalasi rawat inap antara lain dengan penambahan tenaga perawat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Sehingga perawat tidak kewalahan dalam melayani pasien serta tidak ada pasien yang merasa kurang diperhatikan. Selain itu kondisi RSUD Dr. Saiful Anwar juga terkesan tidak rapi dikarenakan keluarga pasien yang tidur di luar sambil membawa peralatan yang banyak sehingga tidak sedap dipandang mata. Oleh karena itu, manajemen RSUD Dr. Saiful Anwar perlu bersikap tegas untuk merapikan kondisi tersebut dengan bersikap tegas dalam menentukan waktu berkunjung bagi pasien serta perlu pula pemeriksaan rutin kondisi di area IRI oleh petugas RSUD Dr. Saiful Anwar.

3. Cash Ratio

Cash ratio merupakan salah satu rasio likuiditas, selain *quick ratio* dan *current ratio*. Likuiditas adalah kemampuan perusahaan dalam memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Perusahaan dikatakan likuiditasnya sehat apabila paling tidak memiliki rasio lancar sebesar 100% atau 1 kali. *Cash ratio* merupakan indikator untuk mengukur kemampuan rumah sakit dalam membayar hutang.

Formula untuk mengukur *cash ratio* adalah membandingkan jumlah kas yang tersedia dengan hutang lancar.

Target dari KPI ini adalah berkisar antara 4,5 hingga 6 kali. Pada tahun 2010 *cash ratio* rumah sakit hanya mencapai 2,28 kali. Apabila dihitung dengan menggunakan metode OMAX, pencapaian ini terletak pada level 2,50. Pada tahun 2009 *cash ratio* RSUD Dr. Saiful Anwar bernilai 0,48 kali kemudian meningkat di tahun 2010 menjadi 2,28 kali, namun kenaikan ini masih di bawah target yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit. Penyebab indikator ini masih di bawah target adalah jumlah hutang yang cukup besar namun masih ditunda pembayarannya sehingga jumlah kas tetap.

Rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan *cash ratio* adalah dengan pembayaran segera hutang lancar dengan menggunakan kas yang ada. Hal ini disebabkan karena keterlambatan pembayaran hutang tentunya akan meningkatkan jumlah bunga. Selain itu, juga perlu dilakukan peningkatan jumlah kas yang tersedia dengan mengupayakan kenaikan pendapatan, antara lain mempercepat pelayanan di rumah sakit sehingga menarik jumlah pasien yang lebih banyak serta bekerja sama dengan beberapa perusahaan asuransi, seperti AIA, ACE, Prudential, dan lain-lain yang secara otomatis mencarikan pasien bagi rumah sakit. Penambahan jumlah kas juga dapat ditingkatkan dengan pengendalian pengeluaran belanja dengan memprioritaskan kebutuhan yang paling penting, seperti alat-alat kedokteran, alat kesehatan pakai habis, bahan kimia, dan makanan serta minuman untuk pasien.

4. *Quick Ratio*

Sama halnya dengan *cash ratio, quick ratio* juga merupakan salah satu rasio yang mengukur likuiditas. *Quick ratio* berfungsi untuk mengukur sejauh mana tagihan-tagihan jangka pendek dari para kreditor dapat dipenuhi dengan aktiva yang diharapkan. Formula untuk mengukur *quick ratio* adalah persentase dari penjumlahan kas dan piutang dibandingkan dengan hutang lancar. Target dari KPI ini adalah sebesar 13 hingga 15 kali, namun realisasi pada tahun 2010 hanya 5 kali. Pada saat dilakukan perhitungan dengan metode OMAX, maka nilai tersebut berada pada level 2,50.

Sebenarnya *quick ratio* memiliki nilai ideal 1, apabila kurang dari 1 maka dianggap memiliki masalah keuangan. Pada tahun 2009 *quick ratio* RSUD Dr. Saiful Anwar sebesar 6 kali dan menurun pada tahun 2010 menjadi 5 kali.

Sebenarnya pencapaian tersebut sudah dikatakan cukup baik karena melebihi nilai ideal, namun karena mengalami penurunan dibandingkan tahun lalu serta masih jauh dari target yang diharapkan maka perlu dilakukan tindakan perbaikan. Penurunan *quick ratio* ini disebabkan karena penurunan nilai kas dan nilai piutang yang berbanding terbalik dengan nilai hutang lancar yang makin naik.

Rekomendasi perbaikan yang dapat diusulkan pada indikator *quick ratio* adalah dengan menaikkan jumlah pendapatan, yaitu dengan upaya peningkatan kualitas rumah sakit sehingga meningkatkan jumlah pasien serta bekerja sama dengan beberapa perusahaan asuransi yang secara otomatis mencarikan pasien bagi rumah sakit. Selain itu penagihan kepada pihak-pihak yang berhutang kepada rumah sakit juga harus dilakukan sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan. Piutang tersebut dapat dialokasikan untuk pembayaran hutang lancar.

5. *Current Ratio*

Current ratio merupakan salah satu rasio untuk mengukur kemampuan perusahaan dalam memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Formula dari *current ratio* adalah persentase dari perbandingan aktiva lancar dengan hutang lancar. Target dari KPI ini adalah 13 hingga 15 kali, namun realisasinya pada tahun 2010 hanya 5 kali. Pencapaian ini merupakan pencapaian terburuk sehingga menempatkan kondisi tersebut pada level 0.

Current ratio dapat dikatakan *liquid* apabila mencapai nilai ≥ 1. Apabila kurang dari 1 maka dapat dikatakan mengalami kesulitan dalam melunasi hutang jangka pendeknya. Pada tahun 2009, *current ratio* sebesar 7 kali, selanjutnya pada tahun 2010 menurun menjadi 5 kali. Penurunan *current ratio* ini disebabkan oleh kenaikan hutang lancar yang besar namun tidak diimbangi dengan kenaikan aktiva lancar yang besar pula. Aktiva lancar memang mengalami kenaikan namun tidak begitu besar. Selain itu ada beberapa piutang pada tahun 2009 yang belum terbayarkan hingga tahun 2010.

Rekomendasi perbaikan yang diusulkan adalah dengan menaikkan jumlah pendapatan, yaitu dengan upaya peningkatan kualitas rumah sakit, baik dari segi kecepatan pelayanan, kelengkapan fasilitas kedokteran, serta tenaga medis yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Selain itu penagihan kepada pihak-pihak yang berhutang kepada rumah sakit juga harus dilakukan secara tegas sesuai dengan waktu yang telah dijanjikan. Piutang tersebut dapat dialokasikan untuk pembayaran hutang lancar.

6. *Return on Asset* (ROA)

Return on Asset (ROA) merupakan salah satu indikator untuk mengukur rasio rentabilitas. Rentabilitas merupakan kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan laba. Formula dari *Return on Asset* adalah persentase perbandingan antara pendapatan bersih dengan total aktiva. Semakin tinggi nilai ROA yang dihasilkan maka semakin tinggi pula kemampuan untuk menghasilkan keuntungan dari aktiva yang digunakan. Target dari KPI ini adalah 25%, namun kenyataannya pada tahun 2010 hanya tercapai sebesar 6,4%. KPI ini tergolong pada kategori merah dengan level 3,26.

Pencapaian *Return on Asset* (ROA) tidak sesuai dengan target disebabkan karena adanya pembangunan untuk Depo Farmasi sehingga mengurangi total kekayaan. Selebihnya tidak ada yang dipermasalahan pada KPI ini selain perlu adanya pemanfaatan yang optimal pada kekayaan rumah sakit untuk menghasilkan laba.

7. *Return on Investment*

Selain *Return on Asset* (ROA), *Return on Investment* (ROI) juga merupakan salah satu KPI untuk mengukur rasio rentabilitas. Formula dari *Return on Investment* adalah persentase perbandingan antara laba bersih dengan jumlah investasi yang dikeluarkan. Semakin tinggi nilai ROI maka semakin besar pula keuntungan yang didapatkan. Pada tahun 2010, nilai ROI adalah sebesar 6,71% dan menempati level 1,01 karena sangat jauh dengan target yang ingin dicapai,, yaitu 25%. Kegagalan pencapaian target tersebut disebabkan penurunan laba dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Penurunan laba itu sendiri disebabkan karena penerimaan pendapatan fungsional turun.

Rekomendasi perbaikan yang diusulkan untuk menaikkan *Return on Investment* adalah dengan meningkatkan penjualan. Peningkatan penjualan yang dimaksudkan disini, antara lain peningkatan penjualan obat serta peralatan medis lainnya. Dengan penjualan kebutuhan-kebutuhan pasien yang lebih memadai dan lengkap, diharapkan dapat meningkatkan laba rumah sakit pula sehingga menaikkan nilai *Return on Investment* pula. Selain itu, rumah sakit juga dapat mengupayakan efisiensi biaya dengan memilih supplier dengan harga paling terjangkau pada saat membeli kebutuhan rumah sakit, tanpa mengesampingkan kualitas dari barang tersebut.

8. Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)

Persentase keluhan masyarakat merupakan salah satu KPI yang berfungsi untuk mengukur pelayanan rumah sakit terhadap masyarakat miskin. Pada KPI ini,rumah sakit mentargetkan persentase keluhan masyarakat miskin adalah sebanyak 0%, namun pada kenyataannya persentase keluhan sebanyak 0,7% pada tahun 2010, sedangkan pada tahun sebelumnya sebanyak 0,6%. Tidak tercapainya target ini menempatkan KPI ini pada level 2,79.

Masyarakat miskin yang paling banyak mengeluh terhadap pelayanan rumah sakit adalah pasien rawat inap, yaitu sebanyak 414 orang, kemudian diikuti pasien rawat jalan sebanyak 127 orang, dan 1 orang berasal dari pasien rawat darurat. Jumlah masyarakat miskin yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar sebanyak 74.640 orang. Pasien maskin rawat inap banyak mengeluhkan mengenai pelayanan perawat yang terkesan cuek. Pasien cenderung mengharapkan interaksi yang baik, sopan, ramah, nyaman dari perawat. Sedangkan pasien rawat jalan banyak mengeluhkan pelayanan administrasi yang kurang cepat dikarenakan terlalu lama dalam pencarian arsip pasien.

Rekomendasi perbaikan yang diusulkan untuk permasalahan pada pasien maskin rawat inap adalah adanya pelatihan kembali bagi perawat tentang pemahaman terhadap pasien. Perawat perlu dilatih kembali mengenai ketanggapan dan kepedulian terhadap semua pasien, baik itu pasien secara umum ataupun pasien maskin. Selain itu juga perlu adanya *punishment* bagi perawat yang terbukti kurang tanggap dan bersikap kurang menyenangkan terhadap pasien maskin. Hal ini bertujuan agar tidak ada pasien maskin yang merasa dianaktirikan. Hal ini harus diperhatikan karena fungsi RSUD tidak hanya sebagai badan yang mencari keuntungan semata, namun juga memiliki fungsi sosial. Sedangkan rekomendasi perbaikan untuk keluhan pasien maskin di rawat jalan yang sebenarnya juga keluhan pasien pada umumnya adalah dengan mengefektifkan dan memperbarui sistem informasi yang ada serta penambahan tenaga kerja untuk mempercepat proses administrasi.

9. Persentase penggunaan LPSE

LPSE atau Layanan Pengadaan Secara Elektronik adalah unit kerja yang dibentuk di seluruh kementerian/lembaga/satuan kerja perangkat daerah/ institusi lainnya untuk menyelenggarakan sistem pelayanan pengadaan barang/jasa secara

elektronik serta memfasilitasi dalam pelaksanaan pengadaan barang/jasa secara elektronik. Beberapa keuntungan pengadaan barang/jasa secara elektronik, antara lain :

a. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas.
b. Meningkatkan akses pasar dan persaingan yang sehat
c. Memperbaiki tingkat efisiensi proses pengadaan
d. Mendukung proses monitoring dan audit

Pemanfaatan LPSE di RSUD Dr. Saiful Anwar diperuntukkan untuk pengadaan barang seharga di atas Rp 200.000.000. Persentase penggunaan LPSE pada proses pengadaan rumah sakit adalah sebesar 1,74%. Kondisi tersebut masih jauh dari target yang ditetapkan sebelumnya, yaitu ≥ 3% sehingga menempatkan KPI tersebut pada level 4,06.

Banyaknya keuntungan pengadaan dengan menggunakan LPSE, sedangkan target yang ditentukan tidak tercapai mengakibatkan perlu adanya rekomendasi perbaikan. Rekomendasi tersebut adalah mengoptimalkan penggunaaan LPSE dengan cara mengelompokkan paket pengadaan yang berkaitan sehingga jumlahnya bisa mencapai Rp 200.00.000 atau dengan kata lain pengadaan dengan LPSE bisa diperbanyak.

5.3 Rekomendasi Perbaikan untuk KPI Kategori Kuning

Dari hasil pengolahan yang dilakukan sebelumnya menghasilkan KPI yang masuk kategori kuning sebanyak 5 buah. Berikut merupakan KPI yang masuk pada kategori kuning beserta rekomendasi perbaikannya :

1. *Bed Turn Over*

Bed Turn Over merupakan salah satu indikator pelayanan rumah sakit terhadap pasien. *Bed Turn Over* mengukur rata-rata tempat tidur terisi dalam satu tahun. Idealnya *Bed Turn Over* adalah 40 hingga 50 kali, namun pada tahun 2010 hanya sebanyak 39,18 kali. Kondisi tersebut hampir saja mendekati nilai ideal. KPI ini berada pada kategori kuning dengan level 7,18. Oleh sebab itu perlu diadakan perbaikan agar angka realisasi rasio ini dapat mencapai target.

Rekomendasi perbaikan yang diusulkan adalah dengan meningkatkan kecepatan kesembuhan bagi pasien, yaitu pemilihan obat-obatan yang terbukti manjur serta adanya pelatihan bagi dokter. Pelatihan yang dimaksudkan di sini bukan hanya penyembuhan pasien secara medis, namun juga secara psikis, yaitu

dengan keterampilan bahasa tubuh dan ekspresi wajah dalam memotivasi pasien untuk segera sembuh.

2. Nilai Kecepatan Pelayanan

Nilai kecepatan pelayanan merupakan salah satu unsur yang terdapat pada Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Indikator ini merupakan salah satu indikator untuk mengukur kinerja rumah sakit dalam mengutamakan keselamatan pasien, yaitu seberapa cepat petugas dalam memberikan pelayanan. Nilai kecepatan pelayanan pada tahun 2010 adalah 2,979 yang masih dapat dikategorikan baik. Namun nilai ini masih kurang dari target yang diinginkan, yaitu 3,01 hingga 4,00. Kecepatan pelayanan yang masih dirasa kurang mencapai target disebabkan oleh masih kurangnya tenaga yang melayani.

Rekomendasi perbaikan yang dapat diusulkan untuk meningkatkan kecepatan pelayanan terhadap pasien adalah dengan menambahkan jumlah tenaga, baik dokter, perawat, maupun staf medis lainnya. Selain itu, perlu juga adanya penambahan peralatan untuk pemeriksaan histologi dan sitologi di Laboratorium Patologi Anatomi karena respon time dalam hasil peemriksaan masih di bawah standar.

3. Nilai kepastian jadwal pelayanan

Sama halnya dengan nilai kecepatan pelayanan, nilai kepastian jadwal pelayanan juga merupakan salah satu unsur IKM. Indikator tersebut mengukur kesesuaian pemberian pelayanan dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Nilai kepastian jadwal pelayanan pada tahun 2010 adalah sebesar 3,008 yang masih dapat dikategorikan baik, meskipun hampir sedikit lagi mencapai target aman, yaitu 3,01.

Rekomendasi perbaikan yang dapat diusulkan untuk meningkatkan nilai kepastian jadwal pelayanan adalah dengan adanya sistem *reward* berupa bonus serta penghargaan bagi petugas pelayanan yang disiplin sehingga petugas tersebut termotivasi untuk meningkatkan kedisiplinan. Selain itu juga perlu adanya *punishment* bagi petugas yang terbukti tidak melayani pasien sesuai dengan waktu yang dijadwalkan. Dengan adanya *punishment* tersebut diharapkan petugas pelayanan lebih bertindak disiplin.

4. Angka Infeksi Luka Operasi

Angka infeksi luka operasi merupakan indikator untuk mengukur keamanan pelayanan rumah sakit terhadap pasien. Infeksi luka operasi terjadi ketika

mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh lain, atau lingkungan masuk ke dalam tempat pembedahan. Target yang ditetapkan oleh rumah sakit untuk indikator ini adalah 0%, namun pada tahun 2010 terdapat 5 kejadian (0,16%) infeksi luka operasi, sedangkan pada tahun 2009 kasus tersebut terjadi sebanyak 8 operasi (0,25%). Angka tersebut menempatkan indikator ini berada pada level 6.

Infeksi luka operasi bisa disebabkan dari kondisi pasien maupun tindakan operasi itu sendiri. Tindakan operasi yang dapat mengakibatkan infeksi adalah penggunaan benda asing pada saat operasi, seperti benang operasi, *drain*, dan juga *protesis*. Rekomendasi perbaikan untuk mengurangi kasus ini adalah memilih dokter bedah yang telah memiliki kompetensi tinggi. Begitu juga dengan kasus yang teramat sub spesialistis, selayaknya seorang ahli bedah umum juga dapat merujuk pasiennya ke dokter yang lebih ahli, seperti bedah digestif, bedah urologi, dan lain-lain. Selain itu, perlu digalakkan pula program wajib kontrol untuk pasien yang selesai menjalani operasi. Biaya program wajib kontrol tersebut sudah dimasukkan pada biaya operasi sehingga tidak ada pasien yang keberatan untuk kontrol dengan alasan mengeluarkan biaya kembali.

5. Peningkatan Volume Pemesanan

Peningkatan volume pemesanan merupakan salah satu indikator untuk mengukur kepuasan *supplier* terhadap rumah sakit. Target yang ingin dicapai pada tahun 2010 untuk peningkatan volume pemesanan sebesar ≥ 10% dari tahun sebelumnya. Namun pada tahun tersebut peningkatan hanya sebesar 8,60% sehingga target belum tercapai. Peningkatan volume pemesanan yang tidak mencapai target menempatkan KPI ini pada level 6,60 sehingga masih perlu dilakukan perbaikan.

Rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan volume pemesanan adalah dengan meningkatkan jumlah pasien sehingga menaikkan jumlah kebutuhan rumah sakit. Peningkatan jumlah pasien tentunya akan menaikkan pendapatan rumah sakit sehingga menaikkan pula realisasi pembelian kebutuhan rumah sakit. Tentunya dalam memilih supplier juga perlu dipertimbangkan beberapa faktor, antara lain kualitas, harga, waktu pengiriman, fleksibilitas, dan tingkat respon *supplier*.

5.4 Pembahasan

Pada tahun 2010, RSUD Dr. Saiful Anwar diukur kinerjanya oleh Rahmawati (2010) dengan menggunakan metode *Balance Scorecard*. Pada pengukuran tersebut,

stakeholder yang diukur lebih condong kepada *stakeholder* internal. Padahal bukan hanya *stakeholder* internal yang memberikan andil dalam mencapai keberhasilan, melainkan juga *stakeholder* eksternal, seperti kompetitor, masyarakat di sekitar rumah sakit, masyarakat kota Malang, dan lembaga pendidikan. Untuk mengukur kinerja *stakeholder* internal maupun eksternal, digunakan metode *Integrated Performance Measurement System.*

Pengukuran kinerja menggunakan metode *Integrated Performance Measurement System* diawali dengan mengidentifikasi *stakeholder requirement* pada *investor, customer, employee, supplier,* serta *regulator and community.* Pengidentifikasian *stakeholder requirement dilakukan d*engan wawancara dengan beberapa pihak yang terkait. Dari hasil pengidentifikasian tersebut diperoleh 9 *requirement* untuk *investor,* 15 *requirement* untuk *customer,* 13 *requirement* untuk *employee,* 8 *requirement* untuk *supplier,* 6 *requirement* untuk *regulator and community.* Selanjutnya dari *stakeholder requiremet* tersebut dikelompokkan menjadi beberapa *objective* yang lebih spesifik sehingga dihasilkan 9 *objectives* untuk investor, 13 *objectives* untuk *customer,* 13 *objectives* untuk *employee,* 8 *objectives* untuk *supplier,* dan 6 *objectives* untuk *regulator and community*. *Objectives* tersebut kemudian digunakan sebagai bahan penentuan *Key Performance Indicator* (KPI) yang selanjutnya diverifikasi olah pihak-pihak yang terkait tersebut. Selanjutnya melalui verifikasi, diperoleh sebanyak 72 KPI yang terdiri dari 19 KPI *investor,* 20 KPI *customer,* 16 KPI *employee,* 7 KPI *supplier,* dan 10 KPI *regulator and community.* KPI-KPI tersebut selanjutnya diolah dengan menggunakan OMAX dan *traffic light.*

Pada pengukuran kinerja dengan metode IPMS, terdapat tahap yang tidak dilakukan, yaitu pengidentifikasian *external monitor.* Penelitian ini tidak membahas mengenai *external monitor* dengan rumah sakit kompetitor dikarenakan beberapa alasan di antara lain :

1. Perbedaan karakteristik rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta
2. Perbedaan jumlah pelayanan dan akreditasi
3. Batasan penelitian hanya di RSUD DR. Saiful Anwar

Berdasarkan kepemilikannya, rumah sakit dapat dibedakan menjadi rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah adalah rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan ataupun milik pemerintah daerah, sedangkan rumah sakit swasta langsung dikelola oleh masyarakat. RSUD Dr. Saiful Anwar yang merupakan rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah propinsi tidak bisa

dibandingkan dengan rumah sakit swasta di kota Malang, seperti RS Panti Nirmala, RS Panti Waluya Sawahan, RS Lavalette, dan lain-lain karena berbeda karakteristik, baik dari segi fungsi rumah sakit dan manajemen pengelolaan. Rumah sakit tersebut cenderung bersifat profit atau mencari keuntungan sebanyak mungkin, sedangkan RSUD Dr. Saiful Anwar dalam melakukan fungsinya sebagai rumah sakit yang mencari keuntungan, namun juga berfungsi sosial, yaitu juga melayani masyarakat miskin.

Jumlah pelayanan yang disediakan di RSUD Dr. Saiful Anwar adalah sebanyak 16 pelayanan. Sedangkan setiap rumah sakit memiliki jumlah tingkat pelayanan berbeda. Tingkat pelayanan di rumah sakit terdapat tiga jenis, yaitu 5 pelayanan, 12 pelayanan, dan 16 pelayanan. *Benchmarking* harus dilakukan pada rumah sakit yang memiliki jumlah pelayanan yang sama sehingga standar pelayanan yang diberikan juga sama. Selain itu kedua rumah sakit harus berakreditasi sama sebagai petunjuk bahwa kualitas kedua rumah sakit tidak berbeda jauh.

Karena kedua faktor yang telah dijelaskan sebelumnya, maka tidak semua rumah sakit bisa menjadi pembanding. Hanya terdapat satu kompetitor yang seharusnya menjadi pembanding, yaitu RSUD Dr. Soetomo. RSUD DR. Soetomo merupakan rumah sakit milik pemerintah propinsi dengan 16 jumlah pelayanan serta berakreditasi A yang kondisinya sama persis dengan RSUD Dr. Soetomo. Namun *benchmarking* tersebut tidak bisa dilakukan karena batasan pengukuran kinerja hanya pada RSUD Dr. Saiful Anwar.

BAB VI
PENUTUP

Pada bab penutup ini akan dijabarkan kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan. Kesimpulan merupakan jawaban dari tujuan penelitian yang telah dirumuskan. Saran merupakan masukan yang diberikan, baik untuk rumah sakit maupun untuk penelitian selanjutnya.

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar, dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengukuran kinerja yang mengintegrasikan seluruh *stakeholder* dengan menggunakan metode *Integrated Performance Measurement System* diperoleh sebanyak 72 KPI yang meliputi 19 KPI untuk *stakeholder investor,* 20 KPI untuk *stakeholder customer,* 16 KPI untuk *stakeholder employee,* 7 KPI untuk *stakeholder supplier,* dan 10 KPI untuk *stakeholder regulator and community.* Dengan menggunakan metode *Objective Matrix (*OMAX) dan *traffic light* dihasilkan sebanyak 59 KPI merupakan kategori hijau, 5 KPI tergolong kuning, dan 9 KPI merupakan kategori merah. Sebagian besar KPI yang perlu dan harus diperbaiki merupakan milik *investor,* kemudian menyusul *customer,* dan *supplier* sehingga dapat dikatakan bahwa *objectives* ketiga *stakeholder* tersebut belum tercapai. Dengan kata lain *requirement* untuk ketiga *stakeholder* tersebut belum terpenuhi. Sedangkan *requirement* untuk *stakeholder employee*, *regulator, and community* sudah terpenuhi. Dari hasil pengolahan keseluruhan KPI didapatkan nilai indeks kinerja total sebesar 7,8863 yang artinya kinerja kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar secara keseluruhan dapat dikatakan belum mencapai performa yang diharapkan karena berada pada kategori kuning.
2. Rekomendasi perbaikan diberikan untuk 9 KPI yang masuk dalam kategori merah dan 5 KPI yang masuk dalam kategori kuning. Rekomendasi perbaikan untuk KPI kategori merah antara lain :
   a. Kenaikan jumlah pasien IGD: mengoptimalkan jaringan rujukan, khususnya bagi daerah se-Malang raya dan menambah jumlah kamar operasi serta tenaga medis di IGD.

b. Kenaikan jumlah pasien IRI: menambah jumlah tenaga perawat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, menegaskan kembali mengenai jam berkunjung pasien, serta memeriksa rutin kondisi di area IRI.
c. *Cash ratio, quick ratio,* dan *current ratio*: membayar segera hutang lancar dengan menggunakan kas yang ada, bekerja sama dengan beberapa perusahaan asuransi, pengendalian pengeluaran belanja dengan memprioritaskan kebutuhan yang paling penting.
d. *Return on Asset* (ROA): pemanfaatan optimal kekayaan rumah sakit untuk menghasilkan laba.
e. *Return on Investment*: meningkatkan penjualan obat dan peralatan medis lainnya, serta memilih *supplier* dengan harga optimal tanpa mengesampingkan kualitas dari barang tersebut.
f. Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi): pelatihan kembali bagi perawat serta adanya *punishment* bagi perawat yang terbukti kurang tanggap dan bersikap kurang menyenangkan terhadap pasien.
g. Persentase penggunaan LPSE: mengoptimalkan penggunaan LPSE dengan cara mengelompokkan pengadaan menjadi satu paket sehingga jumlahnya mencapai Rp 200.00.000.

Sedangkan rekomendasi perbaikan untuk kategori kuning, antara lain :

a. *Bed Turn Over*: memilih obat-obatan yang terbukti manjur serta pelatihan bagi dokter baik secara medis, maupun psikis.
b. Nilai kecepatan pelayanan: menambahkan jumlah tenaga, baik dokter, perawat, maupun staf medis lain serta peralatan untuk histologi dan sitologi di Laboratorium Patologi Anatomi.
c. Nilai kepastian jadwal pelayanan: adanya sistem *reward* berupa bonus serta penghargaan bagi petugas yang disiplin dan *punishment* bagi yang tidak.
d. Angka Infeksi Luka Operasi: memilih dokter bedah yang memiliki kompetensi tinggi dan menggalakkan program wajib kontrol untuk pasien yang selesai menjalani operasi.
e. Peningkatan volume pemesanan: meningkatkan jumlah pasien sehingga menaikkan jumlah kebutuhan rumah sakit serta pemilihan *supplier* yang mempertimbangkan faktor-faktor tertentu.

6.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini dan dapat dilakukan untuk perbaikan pada penelitian selanjutnya adalah sebagai berikut :

1. Pengukuran kinerja dengan menggunakan metode *Integrated Performance Measurement System* ini perlu ditinjau secara periodic agar indikator kinerja dan target KPI yang ada dapat disesuaikan dengan perkembangan terbaru, baik menyangkut tuntutan masyarakat, regulasi pemerintah, perkembangan kebutuhan pasien, perkembangan teknologi terbaru, serta perkembangan pencapaian kinerja.
2. Perlu dilakukan perbaikan secara terus menerus untuk mencapai kinerja yang optimal.
3. Perlu dilakukan peningkatan nilai target KPI apabila indikator kinerja sudah mencapai target yang ada.
4. Pada penelitian selanjutnya diharapkan ada penelitian mengenai *external monitor* atau *benchmarking* untuk membandingkan kinerja RSUD Dr. Saiful Anwar dengan kompetitor.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim, 2007. *Konsep Hasil Pemeriksaan Kinerja Pelayanan Kesehatan Tahun Anggaran 2005-2007 pada RSUD Sanjiwani Kabupaten Gianyar.*

_____, 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.* Jakarta.

Artley, Will. 1993. *The Performance Based Management Handbook: Establish an Integrated Performance Measurement Systems. PBM Sig: University of California.*

Asropi, 2007. *Membangun Key Performance Indicator Lembaga Pelayanan Publik* Manajemen Pembangunan. XVI(I) : 1-6.

Citrasari, P.D. 2010. *Pengukuran Kinerja Perusahaan dengan Menggunakan Metode Integrated Performance Measurement System.* Skripsi ini tidak dipublikasikan. Malang: Universitas Brawijaya.

Kadarsyah. 1998. *Sistem Pendukung Keputusan : Suatu Wacana Struktural Idealisasi dan Implementasi Konsep Pengambilan Keputusan.* Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

KARS. Komite Akreditasi Rumah Sakit. http://kars.or.id/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=27. (diakses 25 Januari 2012).

Kusdriana, 2010. *Daftar Peraturan Rumah Sakit di Indonesia.* Media Data Riset. http://www.docstoc.com/docs/45527801/PERATURAN-RUMAH-SAKIT-2010. (diakses 23 Januari 2012)

Oktavianty, O.2008. *Rekayasa Kerangka Kerja (framework) Sistem Pengukuran Kinerja Perusahaan dengan Mengintegrasikan Metode Balance Scorecard, Economic Value Added and Performance Prism,I h: 26-34.* Program Pasca Sarjana Universitas Brawijaya Malang.

Parmenter, David. 2010.*Key Performance Indicator.* Jakarta : Gramedia.

Rahmawati, V.A. 2010. *Penerapan Balanced Scorecard untuk Mengukur Kinerja Rumah Sakit (Studi Kasus RSU. Dr. Saiful Anwar Malang).* Skripsi ini tidak untuk dipublikasikan. Malang : Universitas Brawijaya

Riggs, J.L. 1987. *Production System : Production Analysis and Control.* New York : John Wiley and Sons Inc.

Rivai, dkk. 2005. *Performance Appraisal.* Jakarta : Raja Grafindo Persada.

Seponada, Firman. Menggugat Pelayanan Rumah Sakit Daerah.

http://birokrasi.kompasiana.com/2011/01/17/menggugat-pelayanan-rumah-sakit-daerah/. (diakses 30 April 2012).

Suartika, I.M. 2007. *Perancangan dan Implementasi Sistem Pengukuran Kinerja Dengan Metode Integrated Performance MeasurementSsystems (Studi Kasus : Jurusan Teknik Mesin Universitas Mataram).* Jurnal Teknik Industri. 9 (2): 131-143.

Vanany, Iwan.2009.*Performance Measurement Model dan Aplikasi*. Surabaya. ITS Press.

Lampiran 1. *Kuesioner Stakeholder Requirement*

STAKEHOLDER REQUIREMENT

RSSA

Stakeholder merupakan pihak-pihak yang berkepentingan dalam menentukan keberhasilan perusahaan/organisasi tersebut, seperti *investor, employee, customer, supplier,* masyarakat, dan regulator. Kuisioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan dari masing-masing *stakeholder* Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang yang merupakan langkah awal penerapan metode *Integrated Performance Measurement System.*

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *investor?*

No	*Requirement*	Verifikasi	
		Ya	Tidak
I1	Peningkatan pendapatan dan keuntungan	√	
I2	Penyerahan laporan keuangan tepat waktu	√	
I3	Efisiensi pengelolaan rumah sakit	√	
I4	Peningkatan jumlah pelanggan	√	
I5	Adanya evaluasi keuangan yang terjadwal	√	
I6	Adanya pengendalian anggaran	√	
I7	Pelanggan setia dalam memilih rumah sakit	√	
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien	√	
I9	Adanya perbaikan rasio keuangan rumah sakit	√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder requirement* dari *investor* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Akuntansi dan Verifikasi

Drs. Edy Sulistiyono

STAKEHOLDER REQUIREMENT

RSSA

Stakeholder merupakan pihak-pihak yang berkepentingan dalam menentukan keberhasilan perusahaan/organisasi tersebut, seperti *investor, employee, customer, supplier,* masyarakat, dan regulator. Kuisioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan dari masing-masing *stakeholder* Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang yang merupakan langkah awal penerapan metode *Integrated Performance Measurement System.*

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *customer?*

No	*Requirement*	Verifikasi	
		Ya	Tidak
C1	Pelayanan yang cepat dan tepat	√	
C2	Pelayanan yang diberikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan	√	
C3	Jaminan keamanan pelayanan yang diberikan	√	
C4	Adanya pelayanan khusus bagi masyarakat kurang mampu	√	
C5	Kemudahan pada alur pelayanan	√	
C6	Kejelasan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan	√	
C7	Pelayanan yang ramah terhadap pasien	√	
C8	Kondisi rumah sakit yang bersih, nyaman, dan aman	√	
C9	Keadilan antara pelayanan yang diberikan pasien yang satu dengan yang lain	√	
C10	Kesesuaian tarif dengan fasilitas dan pelayanan yang diberikan	√	
C11	Petugas yang memberikan pelayanan benar-benar ahli dan kompeten	√	
C12	Besarnya biaya yang ditetapkan oleh rumah sakit masih dalam jangkauan	√	
C13	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan	√	
C14	Sarana dan prasarana pelayanan yang baik, bersih, rapi, dan teratur	√	
C15	Adanya kepastian petugas yang melayani	√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder requirement* dari *customer* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Humas dan Pemasaran

STAKEHOLDER REQUIREMENT

Stakeholder merupakan pihak-pihak yang berkepentingan dalam menentukan keberhasilan perusahaan/organisasi tersebut, seperti *investor, employee, customer, supplier,* masyarakat, dan regulator. Kuisioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan dari masing-masing *stakeholder* Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang yang merupakan langkah awal penerapan metode *Integrated Performance Measurement System.*

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *employee?*

No	*Requirement*	Verifikasi	
		Ya	Tidak
E1	Adanya tunjangan karyawan	√	
E2	Adanya penghargaan terhadap karyawan berprestasi	√	
E3	Gaji dibayarkan tepat waktu	√	
E4	Adanya sistem penggajian yang jelas	√	
E5	Adanya evaluasi hasil kinerja karyawan	√	
E6	Adanya kesempatan promosi internal	√	
E7	Komunikasi yang baik antar karyawan	√	
E8	Adanya hubungan yang baik antara pimpinan dengan karyawan	√	
E9	Tersedianya fasilitas yang memadai untuk keperluan kerja	√	
E10	Kesesuaian jumlah pegawai untuk tiap unit pelayanan	√	
E11	Adanya sistem informasi yang baik	√	
E12	Adanya pelatihan dan pengembangan karyawan	√	
E13	Adanya pengembangan pengetahuan karyawan	√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder requirement* dari *employee* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Kepegawaian

M. Agus Effendi, SKM

STAKEHOLDER REQUIREMENT

Stakeholder merupakan pihak-pihak yang berkepentingan dalam menentukan keberhasilan perusahaan/organisasi tersebut, seperti *investor, employee, customer, supplier,* masyarakat, dan regulator. Kuisioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan dari masing-masing *stakeholder* Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang yang merupakan langkah awal penerapan metode *Integrated Performance Measurement System.*

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *supplier?*

No	*Requirement*	Verifikasi	
		Ya	Tidak
S1	Pembayaran tepat waktu	√	
S2	Adanya peningkatan volume pemesanan	√	
S3	Ketepatan waktu pengiriman	√	
S4	Proses pelelangan (tender) yang tidak terlalu lama	√	
S5	Mutu/jenis barang sesuai dengan kesepakatan/perjanjian yang telah dibuat	√	
S6	Kedua pihak saling menaati perjanjian yang telah dibuat sebelumnya	√	
S7	Aplikasi *e-procurement*	√	
S8	Adanya data persediaan barang	√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder requirement* dari *supplier* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Ketua Panitia Pengadaan

Wahyu Setyo, SH.

STAKEHOLDER REQUIREMENT

Stakeholder merupakan pihak-pihak yang berkepentingan dalam menentukan keberhasilan perusahaan/organisasi tersebut, seperti *investor, employee, customer, supplier,* masyarakat, dan regulator. Kuisioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan dari masing-masing *stakeholder* Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Saiful Anwar Malang yang merupakan langkah awal penerapan metode *Integrated Performance Measurement System*.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *regulator and community?*

No	*Requirement*	Verifikasi	
		Ya	Tidak
RC1	Kesesuaian terhadap peraturan yang ada	✓	
RC2	Adanya standarisasi kualitas rumah sakit	✓	
RC3	Jaminan kesehatan lingkungan sekitar akibat aktivitas rumah sakit	✓	
RC4	Ketersediaan lapangan kerja	✓	
RC5	Terdapat program bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat	✓	
RC6	Adanya kesempatan penelitian bagi pelajar dan mahasiswa	✓	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder requirement* dari *regulator and community* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Sekretaris Tim Akreditasi RSSA

Sri Endah Noviani, SH, M. Sc

Lampiran 2. Kuesioner *Objective*

KUESIONER OBJECTIVES

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah masing-masing rancangan *objectives* yang mewakili masing-masing *stakeholder requirement* ini sudah sesuai dan tepat untuk dijadikan *objectives* dalam pengukuran kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *investor?*

No	*Requirement*	*Objectives*	Verifikasi	
			Ya	Tidak
I1	Peningkatan pendapatan dan keuntungan	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	√	
I4	Peningkatan jumlah pelanggan	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	√	
I7	Pelanggan setia dalam memilih rumah sakit			
I2	Penyerahan laporan keuangan tepat waktu	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	√	
I3	Efisiensi pengelolaan rumah sakit			
I5	Adanya evaluasi keuangan yang terjadwal			
I6	Adanya pengendalian anggaran	Meningkatkan Cost Recovery Rate rumah sakit	√	
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	√	
I9	Adanya perbaikan rasio keuangan rumah sakit	Meningkatkan rasio likuiditas	√	
		Meningkatkan rasio solvabilitas	√	
		Meningkatkan rasio rentabilitas	√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *investor objectives* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Akuntansi dan Verifikasi

Drs. Edy Sulistiyono

KUESIONER OBJECTIVES

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah masing-masing rancangan *objectives* yang mewakili masing-masing *stakeholder requirement* ini sudah sesuai dan tepat untuk dijadikan *objectives* dalam pengukuran kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *customer?*

Kode	*Requirement*	*Objectives*	Verifikasi	
			Ya	Tidak
C1	Pelayanan yang cepat dan tepat	Mengutamakan keselamatan pasien	√	
C2	Pelayanan yang diberikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan			
C4	Adanya pelayanan khusus bagi masyarakat kurang mampu	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	√	
C3	Jaminan keamanan pelayanan yang diberikan	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan	√	
C5	Kemudahan pada alur pelayanan	Meningkatkan kepuasan pasien	√	
C6	Kejelasan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan			
C7	Pelayanan yang ramah terhadap pasien			
C8	Kondisi rumah sakit yang bersih, nyaman, dan aman			
C9	Keadilan antara pelayanan yang diberikan pasien yang satu dengan yang lain			
C11	Petugas yang memberikan pelayanan benar-benar ahli dan kompeten			
C14	Sarana dan prasarana pelayanan yang baik, bersih, rapi, dan teratur			
C15	Adanya kepastian petugas yang melayani			
C12	Besarnya biaya yang ditetapkan oleh rumah sakit masih dalam jangkauan	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit	√	
C10	Kesesuaian tarif dengan fasilitas dan pelayanan yang diberikan			
C13	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan			

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *customer objectives* sudah/**belum** memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Hukmas dan Pemasaran

KUESIONER OBJECTIVES

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah masing-masing rancangan *objectives* yang mewakili masing-masing *stakeholder requirement* ini sudah sesuai dan tepat untuk dijadikan *objectives* dalam pengukuran kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *employee?*

No	*Requirement*	*Objectives*	Verifikasi	
			Ya	Tidak
E1	Adanya tunjangan karyawan	Meningkatkan kepuasan karyawan	√	
E2	Adanya penghargaan terhadap karyawan berprestasi			
E3	Gaji dibayarkan tepat waktu			
E4	Adanya sistem penggajian yang jelas			
E5	Adanya evaluasi hasil kinerja karyawan			
E6	Adanya kesempatan promosi internal			
E7	Komunikasi yang baik antar karyawan			
E8	Adanya hubungan yang baik antara pimpinan dengan karyawan			
E9	Tersedianya fasilitas yang memadai untuk keperluan kerja	Meningkatkan produktivitas karyawan	√	
E10	Kesesuaian jumlah pegawai untuk tiap unit pelayanan			
E11	Adanya sistem informasi yang baik			
E12	Adanya pelatihan dan pengembangan karyawan	Meningkatkan motivasi pengembangan diri bagi karyawan	√	
E13	Adanya pengembangan pengetahuan karyawan			

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *employee objectives* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Kepegawaian

KUESIONER OBJECTIVES

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah masing-masing rancangan *objectives* yang mewakili masing-masing *stakeholder requirement* ini sudah sesuai dan tepat untuk dijadikan *objectives* dalam pengukuran kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *supplier?*

No	*Requirement*	*Objectives*	Verifikasi	
			Ya	Tidak
S1	Pembayaran tepat waktu	Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier*	√	
S2	Adanya peningkatan volume pemesanan			
S3	Ketepatan waktu pengiriman			
S4	Proses pelelangan (tender) yang tidak terlalu lama			
S5	Mutu/jenis barang sesuai dengan kesepakatan/perjanjian yang telah dibuat			
S6	Kedua pihak saling menaati perjanjian yang telah dibuat sebelumnya			
S7	Aplikasi *e-procurement*	Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit	√	
S8	Adanya data persediaan barang			

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *supplier objectives* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kepala Panitia Pengadaan

KUESIONER OBJECTIVES

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi apakah masing-masing rancangan *objectives* yang mewakili masing-masing *stakeholder requirement* ini sudah sesuai dan tepat untuk dijadikan *objectives* dalam pengukuran kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing poin di bawah ini sudah dapat mewakili *stakeholder requirement* dari *regulator and community?*

No	*Requirement*	*Objectives*	Verifikasi	
			Ya	Tidak
RC1	Kesesuaian rumah sakit terhadap peraturan yang ada	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	✓	
RC2	Adanya standarisasi kualitas rumah sakit			
RC3	Jaminan kesehatan lingkungan sekitar akibat aktivitas rumah sakit	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	✓	
RC4	Ketersediaan lapangan kerja	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja	✓	
RC5	Terdapat program bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit	✓	
RC6	Adanya kesempatan penelitian bagi pelajar dan mahasiswa	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan	✓	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *regulator and community objectives* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Sekretaris Tim Akreditasi RSSA

Sri Endah Noviani, SH, M. Sc

Lampiran 3. Kuesioner *Key Performance Indicator*

KUESIONER *KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)* RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi masing-masing *key performance indicator* apakah cukup efektif dan tepat sasaran untuk dijadikan indikator kinerja dalam pengukuran kinerja RSUD DR. Saiful Anwar serta dapat mewakili *requirement* dan *objective* masing-masing *stakeholder*.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!

Pertanyaan : Apakah masing-masing *key performance indicator* di bawah ini sudah relevan untuk dijadikan indikator kinerja dari *investor*?

No	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*	Verifikasi	
				Ya	Tidak
I1	Peningkatan pendapatan dan keuntungan	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	1. *Sales Growth Rate* 2. Tingkat kemandirian	√ √	
I4	Peningkatan jumlah pelanggan	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	1. Kenaikan jumlah pasien IGD 2. Kenaikan jumlah pasien IRI	√ √	
I7	Pelanggan setia dalam memilih rumah sakit				
I2	Penyerahan laporan keuangan tepat waktu	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	1. Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan 2. Akurasi data laporan keuangan 3. Frekuensi evaluasi keuangan	√ √ √	
I3	Efisiensi pengelolaan rumah sakit				
I5	Adanya evaluasi keuangan yang terjadwal				
I6	Adanya pengendalian anggaran	Meningkatkan Cost Recovery Rate rumah sakit	Cost Recovery Rate	√	
I8	Adanya pelayanan sebaik-baiknya terhadap pasien	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	1. *Bed Occupancy Ratio* 2. *Bed Turn Over* 3. *Average Length of Stay* 4. *Turn Over Interval*	√ √ √ √	
I9	Adanya perbaikan rasio keuangan rumah sakit	Meningkatkan rasio likuiditas	1. *Cash Ratio* 2. *Quick Ratio* 3. *Current Ratio*	√ √ √	
		Meningkatkan rasio solvabilitas	1. *Total debt to equity ratio* 2. *Total asset ratio to debt*	√ √	
		Meningkatkan rasio rentabilitas	1. *Return on Assets (ROA)* 2. *Return on Investment*	√ √	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder requirement* dari *investor* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.

*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Akuntansi dan Verifikasi

Drs. Edy Sulistiyono

KUESIONER *KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)* RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi masing-masing *key performance indicator* apakah cukup efektif dan tepat sasaran untuk dijadikan indikator kinerja dalam pengukuran kinerja RSUD DR. Saiful Anwar serta dapat mewakili *requirement* dan *objective* masing-masing *stakeholder*.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!

Pertanyaan : Apakah masing-masing *key performance indicator* di bawah ini sudah relevan untuk dijadikan indikator kinerja dari *customer*?

No	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*	Verifikasi	
				Ya	Tidak
C1	Pelayanan yang cepat dan tepat	Mengutamakan keselamatan pasien	1. Nilai kecepatan pelayanan 2. Nilai kepastian jadwal pelayanan 3. Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD) 4. Nilai kedisiplinan petugas pelayanan	√ √ √ √	
C2	Pelayanan yang diberikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan				
C4	Adanya pelayanan khusus bagi masyarakat kurang mampu	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	1. Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi) 2. Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS	√ √	
C3	Jaminan keamanan pelayanan yang diberikan	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan	1. Nilai keamanan pelayanan 2. Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ) 3. Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD) 4. Angka infeksi luka operasi (AILO) 5. Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)	√ √ √ √ √	
C5	Kemudahan pada alur pelayanan	Meningkatkan kepuasan pasien	1. Nilai prosedur pelayanan 2. Nilai persyaratan pelayanan 3. Nilai kesopanan dan keramahan petugas 4. Nilai kenyamanan lingkungan 5. Nilai keadilan mendapatkan pelayanan 6. Nilai kemampuan petugas pelayanan 7. Nilai kejelasan petugas pelayanan	√ √ √ √ √ √ √	
C6	Kejelasan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan				
C7	Pelayanan yang ramah terhadap pasien				
C8	Kondisi rumah sakit yang bersih, nyaman, dan aman				
C9	Keadilan antara pelayanan yang diberikan pasien yang satu dengan yang lain				
C11	Petugas yang memberikan pelayanan benar-benar ahli dan kompeten				
C14	Sarana dan prasarana pelayanan yang baik, bersih, rapi, dan teratur				
C15	Adanya kepastian petugas yang melayani				
C12	Besarnya biaya yang ditetapkan oleh rumah sakit masih dalam jangkauan	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit	1. Nilai kewajaran biaya pelayanan 2. Nilai kepastian biaya pelayanan	√ √	
C10	Kesesuaian tarif dengan fasilitas dan pelayanan yang diberikan				
C13	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan				

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *Key Performance Indicator* (KPI) dari *customer* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.

*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kasubbag Humas dan Pemasaran

KUESIONER *KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)* RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi masing-masing *key performance indicator* apakah cukup efektif dan tepat sasaran untuk dijadikan indikator kinerja dalam pengukuran kinerja RSUD DR. Saiful Anwar serta dapat mewakili *requirement* dan *objective* masing-masing *stakeholder*.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing *key performance indicator* di bawah ini sudah relevan untuk dijadikan indikator kinerja dari *employee*?

No	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*	Verifikasi Ya	Verifikasi Tidak
E1	Adanya tunjangan karyawan	Meningkatkan kepuasan karyawan	1. Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan 2. Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi 3. Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji 4. Tingkat kejelasan sistem penggajian 5. Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun 6. Jumlah pelanggaran kedisiplinan 7. Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS 8. Jumlah kenaikan pangkat pilihan 9. Tingkat komunikasi antar karyawan 10. Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan	√	
E2	Adanya penghargaan terhadap karyawan berprestasi			√	
E3	Gaji dibayarkan tepat waktu			√	
E4	Adanya sistem penggajian yang jelas			√	
E5	Adanya evaluasi hasil kinerja karyawan			√	
E6	Adanya kesempatan promosi internal			√	
E7	Komunikasi yang baik antar karyawan			√	
E8	Adanya hubungan yang baik antara pimpinan dengan karyawan			√	
E9	Tersedianya fasilitas yang memadai untuk keperluan kerja	Meningkatkan produktivitas karyawan	1. Tingkat pemenuhan fasilitas kerja 2. Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian 3. Persentase kesesuaian pegawai 4. Tingkat penggunaan sistem informasi	√	
E10	Kesesuaian jumlah pegawai untuk tiap unit pelayanan			√	
E11	Adanya sistem informasi yang baik			√	
E12	Adanya pelatihan dan pengembangan karyawan	Meningkatkan motivasi pengembangan diri bagi karyawan	1. Jumlah jenis pelatihan karyawan 2. Jumlah penelitian yang dilakukan dokter	√	
E13	Adanya pengembangan pengetahuan karyawan			√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *Key Performance Indicator* (KPI) dari *employee* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Kanubbag Kepegawaian

KUESIONER *KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)* RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi masing-masing *key performance indicator* apakah cukup efektif dan tepat sasaran untuk dijadikan indikator kinerja dalam pengukuran kinerja RSUD DR. Saiful Anwar serta dapat mewakili *requirement* dan *objective* masing-masing *stakeholder*.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!
Pertanyaan : Apakah masing-masing *key performance indicator* di bawah ini sudah relevan untuk dijadikan indikator kinerja dari *supplier*?

No	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*	Verifikasi Ya	Verifikasi Tidak
S1	Pembayaran tepat waktu	Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier*	1. Tingkat keterlambatan pembayaran 2. Peningkatan volume pemesanan 3. Waktu proses pelelangan (tender) 4. Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian 5. Persentase pelanggaran perjanjian	√	
S2	Adanya peningkatan volume pemesanan			√	
S3	Ketepatan waktu pengiriman			√	
S4	Proses pelelangan (tender) yang tidak terlalu lama			√	
S5	Mutu/jenis barang sesuai dengan kesepakatan/perjanjian yang telah dibuat			√	
S6	Kedua pihak saling menaati perjanjian yang telah dibuat sebelumnya			√	
S7	Aplikasi *e-procurement*	Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit	1. Persentase penggunaan LPSE 2. Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang	√	
S8	Adanya data persediaan barang			√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *Key Performance Indicator* (KPI) dari *supplier* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.
*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Ketua Panitia Pengadaan

KUESIONER *KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)* RSUD Dr. SAIFUL ANWAR

Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi masing-masing *key performance indicator* apakah cukup efektif dan tepat sasaran untuk dijadikan indikator kinerja dalam pengukuran kinerja RSUD DR. Saiful Anwar serta dapat mewakili *requirement* dan *objective* masing-masing *stakeholder*.

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda!

Pertanyaan : Apakah masing-masing *key performance indicator* di bawah ini sudah relevan untuk dijadikan indikator kinerja dari *regulator and community*?

No	*Requirement*	*Objectives*	*Key Performance Indicator*	Verifikasi	
				Ya	Tidak
RC1	Kesesuaian rumah sakit terhadap peraturan yang ada	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	1. Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan	√	
RC2	Adanya standarisasi kualitas rumah sakit		2. Frekuensi audit internal	√	
RC3	Jaminan kesehatan lingkungan sekitar akibat aktivitas rumah sakit	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	1. Persentase kualitas limbah cair	√	
			2. Pengelolaan sampah medis	√	
RC4	Ketersediaan lapangan kerja	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja	1. Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan	√	
			2. Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang	√	
			3. Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit	√	
RC5	Terdapat program bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar	√	
RC6	Adanya kesempatan penelitian bagi pelajar dan mahasiswa	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan	1. Jumlah mahasiswa kerja praktek	√	
			2. Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian	√	

Berdasarkan hasil pengisian kuisioner di atas dapat disimpulkan bahwa *Key Performance Indicator* (KPI) dari *regulator and community* sudah/~~belum~~ memenuhi verifikasi.

*) coret yang tidak perlu

Menyetujui,
Sekretaris Tim Akreditasi

Sri Endah Noviani, SH, M. Sc

Lampiran 4. Kuesioner Pembobotan

KUESIONER PERBANDINGAN BERPASANGAN SISTEM PENGUKURAN KINERJA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) Dr. SAIFUL ANWAR

RSSA

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui bobot kepentingan masing-masing *stakeholder objectives* dari sistem pengukuran kinerja yang dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, Skala nilai yang digunakan untuk penilaian bobot kepentingan adalah sebagai berikut :

Tingkat Kepentingan	Definisi
1 (sama)	Kedua elemen sama penting
3 (lemah)	Satu elemen sedikit lebih penting dari pada elemen yang lain
5 (kuat)	Satu elemen sesungguhnya lebih penting dari elemen yang lain
7 (sangat kuat)	Satu elemen jelas lebih penting dari elemen yang lain
9 (mutlak kuat)	Satu elemen mutlak lebih penting dari pada elemen yang lain
2,4,6,8	Nilai tengah diantara dua penilaian yang berdampingan

Contoh pengisian kuesioner :

Stakeholder	Skala Penilaian																	Stakeholder
Investor	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Employee

Pengisian kuisioner di atas menunjukkan bahwa *investor* sesungguhnya lebih penting dibandingkan dengan *employee*.

Pertanyaan : Berapakah bobot kepentingan masing-masing *stakeholder* di bawah ini apabila dibandingkan dengan *stakeholder* yang lain?

Stakeholder	Skala Penilaian																	Stakeholder
Investor	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Employee
Investor	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Customer
Investor	9	8	7	(6)	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Supplier
Investor	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Regulator and Community
Employee	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	Customer
Employee	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Supplier
Employee	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Regulator and Community
Customer	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Supplier
Customer	9	8	7	(6)	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Regulator and Community
Supplier	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Regulator and Community

Pertanyaan : Berapakah bobot kepentingan masing-masing *objectives* di bawah ini apabila dibandingkan dengan *objectives* yang lain?

1. Investor

No	Objectives	Skala Penilaian																	No	Objectives
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I6	Meningkatkan rasio likuiditas
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I7	Meningkatkan rasio solvabilitas
I1	Meningkatkan pendapatan dan keuntungan	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I6	Meningkatkan rasio likuiditas
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I7	Meningkatkan rasio solvabilitas
I2	Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas
I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit
I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit
I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I6	Meningkatkan rasio likuiditas
I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I7	Meningkatkan rasio solvabilitas
I3	Meningkatkan kinerja finansial rumah sakit	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas
I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit
I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I6	Meningkatkan rasio likuiditas
I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah sakit	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I7	Meningkatkan rasio solvabilitas
I4	Meningkatkan *Cost Recovery Rate* rumah	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas

	sakit																	
I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	(2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I6	Meningkatkan rasio likuiditas
I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	(2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I7	Meningkatkan rasio solvabilitas
I5	Meningkatkan indikator pelayanan rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas
I6	Meningkatkan rasio likuiditas	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I7	Meningkatkan rasio solvabilitas
I6	Meningkatkan rasio likuiditas	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas
I7	Meningkatkan rasio solvabilitas	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I8	Meningkatkan rasio rentabilitas

2. Employee

E1	Meningkatkan kepuasan karyawan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E2	Meningkatkan motivasi pengembangan diri bagi karyawan
E1	Meningkatkan kepuasan karyawan	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E3	Meningkatkan produktivitas karyawan
E2	Meningkatkan kepuasan karyawan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	E3	Meningkatkan produktivitas karyawan

3. Customer

C1	Mengutamakan keselamatan pasien	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	C2	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
C1	Mengutamakan keselamatan pasien	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	C3	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan
C1	Mengutamakan keselamatan pasien	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	C4	Meningkatkan kepuasan pasien
C1	Mengutamakan keselamatan pasien	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	C5	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit
C2	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	C3	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan
C2	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	C4	Meningkatkan kepuasan pasien
C2	Mengupayakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	C5	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit
C3	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	C4	Meningkatkan kepuasan pasien
C3	Meningkatkan rasa aman bagi pasien atas pelayanan yang diberikan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	C5	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit
C4	Meningkatkan kepuasan pasien	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	C5	Mempertahankan kepercayaan pasien terhadap biaya rumah sakit

4. Supplier

S1	Mempertahankan dan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan *supplier*	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S2	Meningkatkan kualitas pengadaan kebutuhan rumah sakit

5. Regulator and Community

RC1	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RC2	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit
RC1	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RC3	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja
RC1	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RC4	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit
RC1	Mempersiapkan rumah sakit yang sesuai dengan persyaratan Kepmenkes	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RC5	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan
RC2	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	RC3	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja
RC2	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	RC4	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit
RC2	Menciptakan program penyehatan lingkungan rumah sakit	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	RC5	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan
RC3	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	RC4	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit
RC3	Berperan aktif dalam menciptakan lapangan kerja	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RC5	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan
RC4	Meningkatkan hubungan baik dengan masyarakat di sekitar rumah sakit	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RC5	Meningkatkan hubungan baik serta kerja sama di dunia pendidikan

Pertanyaan : Berapakah bobot kepentingan masing-masing *key performance indicator* di bawah ini apabila dibandingkan dengan *key performance indicator* yang lain?

1. Key Performance Indicator untuk stakeholder investor

No	Key Performance Indicator	Skala Penilaian																	No	Key Performance Indicator
I1	*Sales Growth Rate*	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I2	Tingkat kemandirian
I3	Kenaikan jumlah pasien IGD	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I4	Kenaikan jumlah pasien IRI
I5	Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	I6	Akurasi data laporan keuangan
I5	Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	I7	Frekuensi evaluasi keuangan
I6	Akurasi data laporan keuangan	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I7	Frekuensi evaluasi keuangan
I8	Cost Recovery Rate	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I8	Cost Recovery Rate
I9	*Bed Occupancy Ratio*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I10	*Bed Turn Over*
I9	*Bed Occupancy Ratio*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I11	*Average Length of Stay*
I9	*Bed Occupancy Ratio*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I12	*Turn Over Interval*
I10	*Bed Turn Over*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I11	*Average Length of Stay*
I10	*Bed Turn Over*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I12	*Turn Over Interval*
I1	*Average Length of Stay*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I12	*Turn Over Interval*
I13	*Cash Ratio*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I14	*Quick Ratio*
I13	*Cash Ratio*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I15	*Current Ratio*
I14	*Quick Ratio*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I15	*Current Ratio*
I16	*Total debt to equity ratio*	9	8	7	6	5	4	3	(2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I17	*Total asset ratio to debt*
I18	*Return on Assets (ROA)*	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	I19	*Return on Investment*

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

2. Key Performance Indicator untuk stakeholder employee

No	Key Performance Indicator	Skala Penilaian																No	Key Performance Indicator
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E1	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	(6)	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E2	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E3	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E4	Tingkat kejelasan sistem penggajian	9	8	(7)	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E5	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E6	Jumlah pelanggaran kedisiplinan	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan
E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E7	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E9	Tingkat komunikasi antar karyawan
E8	Jumlah kenaikan pangkat pilihan	9	8	7	6	5	(4)	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E9	Tingkat komunikasi antar karyawan	9	8	7	6	5	4	3	2	(1)	2	3	4	5	6	7	8	9	E10	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
E11	Tingkat pemenuhan fasilitas kerja	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	E12	Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian
E11	Tingkat pemenuhan fasilitas kerja	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	(3)	4	5	6	7	8	9	E13	Persentase kesesuaian pegawai
E11	Tingkat pemenuhan fasilitas kerja	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E14	Tingkat penggunaan sistem informasi
E12	Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E13	Persentase kesesuaian pegawai
E12	Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E14	Tingkat penggunaan sistem informasi
E13	Persentase kesesuaian pegawai	9	8	7	6	(5)	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E14	Tingkat penggunaan sistem informasi
E15	Jumlah jenis pelatihan karyawan	9	8	7	6	5	4	(3)	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E16	Jumlah penelitian yang dilakukan dokter

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

3. Key Performance Indicator untuk stakeholder customer

No	Key Performance Indicator	Skala Penilaian	No	Key Performance Indicator
C1	Nilai kecepatan pelayanan	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1	C2	Nilai kepastian jadwal pelayanan
C1	Nilai kecepatan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C3	Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)
C1	Nilai kecepatan pelayanan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1	C4	Nilai kedisiplinan petugas pelayanan
C2	Nilai kepastian jadwal pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C3	Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)
C2	Nilai kepastian jadwal pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C4	Nilai kedisiplinan petugas pelayanan
C3	Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)	9 8 7 6 5 **4** 3 2 1	C4	Nilai kedisiplinan petugas pelayanan
C5	Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi layanan RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1	C6	Tingkat perbaikan pelayanan maskin di RS
C7	Nilai keamanan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C8	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)
C7	Nilai keamanan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C9	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)
C7	Nilai keamanan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C10	Angka infeksi luka operasi (AILO)
C7	Nilai keamanan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C11	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
C8	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C9	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)
C8	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C10	Angka infeksi luka operasi (AILO)
C8	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C11	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
C9	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C10	Angka infeksi luka operasi (AILO)
C9	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C11	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
C10	Angka infeksi luka operasi (AILO)	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C11	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
C12	Nilai prosedur pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 **1**	C13	Nilai persyaratan pelayanan
C12	Nilai prosedur pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas
C12	Nilai prosedur pelayanan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1	C15	Nilai kenyamanan lingkungan
C12	Nilai prosedur pelayanan	9 8 7 6 5 **4** 3 2 1	C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan
C12	Nilai prosedur pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan

C12	Nilai prosedur pelayanan	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1	C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C13	Nilai persyaratan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas
C13	Nilai persyaratan pelayanan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1	C15	Nilai kenyamanan lingkungan
C13	Nilai persyaratan pelayanan	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1	C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan
C13	Nilai persyaratan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan
C13	Nilai persyaratan pelayanan	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1	C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1	C15	Nilai kenyamanan lingkungan
C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas	9 8 7 **6** 5 4 3 2 1	C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan
C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan
C14	Nilai kesopanan dan keramahan petugas	9 8 **7** 6 5 4 3 2 1	C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C15	Nilai kenyamanan lingkungan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1	C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan
C15	Nilai kenyamanan lingkungan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan
C15	Nilai kenyamanan lingkungan	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1	C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1	C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan
C16	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan	9 8 7 6 5 **4** 3 2 1	C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C17	Nilai kemampuan petugas pelayanan	9 8 **7** 6 5 4 3 2 1	C18	Nilai kejelasan petugas pelayanan
C19	Nilai kewajaran biaya pelayanan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1	C20	Nilai kepastian biaya pelayanan

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR

4. Key Performance Indicator untuk stakeholder supplier

No	Key Performance Indicator	Skala Penilaian	No	Key Performance Indicator
S1	Tingkat keterlambatan pembayaran	9 8 7 6 **5** 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	S2	Peningkatan volume pemesanan
S1	Tingkat keterlambatan pembayaran	9 **8** 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	S3	Waktu proses pelelangan (tender)
S1	Tingkat keterlambatan pembayaran	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	S4	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian
S1	Tingkat keterlambatan pembayaran	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	S5	Persentase pelanggaran perjanjian
S2	Peningkatan volume pemesanan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	S3	Waktu proses pelelangan (tender)
S2	Peningkatan volume pemesanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9	S4	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian
S2	Peningkatan volume pemesanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9	S5	Persentase pelanggaran perjanjian
S3	Waktu proses pelelangan (tender)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 **5** 6 7 8 9	S4	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian
S3	Waktu proses pelelangan (tender)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 **5** 6 7 8 9	S5	Persentase pelanggaran perjanjian
S4	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian	9 8 7 6 5 4 3 2 **1** 2 3 4 5 6 7 8 9	S5	Persentase pelanggaran perjanjian
S6	Persentase penggunaan *e-procurement*	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 **5** 6 7 8 9	S7	Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR

5. Key Performance Indicator untuk stakeholder regulator and community

No	Key Performance Indicator	Skala Penilaian	No	Key Performance Indicator
RC1	Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9	RC2	Frekuensi audit internal
RC3	Persentase kualitas limbah cair	9 8 7 6 5 4 3 2 **1** 2 3 4 5 6 7 8 9	RC4	Pengelolaan sampah medis
RC5	Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan	9 8 7 6 5 **4** 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	RC6	Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang
RC5	Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan	9 8 7 6 5 4 **3** 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9	RC7	Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit
RC6	Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9	RC7	Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit
RC8	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar	9 8 7 6 5 4 3 2 **1** 2 3 4 5 6 7 8 9	RC8	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar
RC9	Jumlah mahasiswa kerja praktek	9 8 7 6 5 4 3 2 **1** 2 3 4 5 6 7 8 9	RC10	Jumlah mahasiswa kerja praktek

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR

Lampiran 5. *Performance Measurement Record Sheet*

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-2**
Measure	Tingkat Kemandirian
Purpose	Mengetahui tingkat perbandingan antara pendapatan dan pengeluaran
Metric/Formula	Pendapatan/Total belanja
Target level	≥50%
Frequency	Tiap semester
Source Data	Data Akuntansi dan Verifikasi
Who Measure	Bagian Akuntansi dan Verifikasi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-3**
Measure	Kenaikan jumlah pasien IGD
Purpose	Mengetahui tingkat penambahan jumlah pasien di instalasi gawar darurat
Metric/Formula	(Jjumlah pasien IGD tahun ini - jumlah pasien IGD tahun lalu)/ Jumlah pasien IGD tahun lalu) x 100%
Target level	≥5%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Intalasi Gawat Darurat
Who Measure	Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-4**
Measure	Kenaikan jumlah pasien IRI
Purpose	Mengetahui tingkat penambahan jumlah pasien di instalasi rawat inap
Metric/Formula	((Jumlah pasien IRI tahun ini – jumlah pasien IRI tahun lalu)/ Jumlah pasien IRI tahun lalu) x 100%
Target level	≥1,48%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Intalasi Rawat Inap
Who Measure	Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-5**
Measure	Tingkat ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan
Purpose	Mengetahui ketepatan waktu pengumpulan laporan keuangan
Metric/Formula	(Jumlah pengumpulan laporan keuangan secara tepat waktu/ Jumlah pengumpulan laporan keuangan) x 100%
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Akuntansi dan Verifikasi
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-6**
Measure	Akurasi Data Laporan Keuangan
Purpose	Mengetahui tingkat keakuratan laporan keuangan
Metric/Formula	-
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun

Source Data	Data Akuntansi dan Verifikasi
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-7**
Measure	Frekuensi evaluasi keuangan
Purpose	Mengetahui frekuensi evaluasi keuangan rumah sakit dilakukan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 3
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Akuntansi dan Verifikasi
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-8**
Measure	*Cost Recovery Rate*
Purpose	Untuk menggambarkan kemampuan rumah sakit membiayai seluruh biaya operasionalnya dari pendapatan rumah sakit.
Metric/Formula	(Total pendapatan/ total biaya) x 100%
Target level	≥ 70%
Frequency	Tiap semester
Source Data	Data Akuntansi dan Verifikasi
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-9**
Measure	*Bed Occupancy Rate*
Purpose	Untuk mengukur persentase pemakaian tempat tidur dalam satu tahun
Metric/Formula	(Jumlah hari perawatan rumah sakit/ (jumlah tempat tidur x jumlah hari dalam satu satuan periode)) x 100%
Target level	60-85%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Seksi Rekam Medik
Who Measure	Seksi Rekam Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-10**
Measure	*Bed Turn Over*
Purpose	Untuk mengukur rata-rata tempat tidur terisi dalam satu tahun
Metric/Formula	Jumlah pasien keluar, baik hidup atau meninggal/ jumlah tempat tidur
Target level	40-50 kali
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Seksi Rekam Medik
Who Measure	Seksi Rekam Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-11**
Measure	*Average Length of Stay*
Purpose	Untuk mengukur rata-rata lama rawat seorang pasien
Metric/Formula	(Jumlah lama dirawat/ Jumlah pasien keluar baik hidup ataupun meninggal)
Target level	6-9 hari

Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Seksi Rekam Medik
Who Measure	Seksi Rekam Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-12**
Measure	*Turn Over Interval*
Purpose	Untuk mengukur rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya
Metric/Formula	((Jumlah tempat tidur x periode) – hari perawatan) / jumlah pasien keluar baik hidup ataupun meninggal
Target level	Maks 3 hari
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Seksi Rekam Medik
Who Measure	Seksi Rekam Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-13**
Measure	*Cash Ratio*
Purpose	Untuk mengukur jumlah kas tersedia dibanding hutang lancar
Metric/Formula	(Jumlah kas/hutang lancar) x 100%
Target level	4,5-6 kali
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Laporan Keuangan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-14**
Measure	*Quick Ratio*
Purpose	Untuk mengukur sejauh mana tagihan-tagihan jangka pendek dari para kreditor dapat dipenuhi dengan aktiva yang diharapkan
Metric/Formula	((Kas + piutang)/ hutang lancar) x 100%
Target level	13-15 kali
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Laporan Keuangan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-15**
Measure	*Current Ratio*
Purpose	Untuk mengukur posisi aktiva lancar perusahaan dan kemampuan memenuhi hutang jangka pendek
Metric/Formula	(Aktiva lancar/ hutang lancar) x 100%
Target level	13-15 kali
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Laporan Keuangan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-16**
Measure	*Total debt to equity ratio*
Purpose	Untuk mengukur perbandingan antara hutang dengan ekuitas
Metric/Formula	(Total hutang / ekuitas) x 100%
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun

Source Data	Laporan Keuangan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-17**
Measure	*Total asset ratio to debt*
Purpose	Untuk mengukur perbandingan modal sendiri dengan hutang
Metric/Formula	(Jumlah hutang/ aktiva lancar) x 100%
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Laporan Keuangan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I-18**
Measure	*Return on Assets (ROA)*
Purpose	Untuk mengukur kemampuan dalam menghasilkan laba dengan semua aktiva yang dimiliki
Metric/Formula	(Pendapatan bersih/ total aktiva) x 100%
Target level	25%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Laporan Realisasi Anggaran
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI I19**
Measure	*Return on Investment*
Purpose	Untuk mengukur kemampuan dalam menghasilkan laba untuk menutupi investasi yang dikeluarkan
Metric/Formula	(Pendapatan bersih/ total kekayaan) x 100%
Target level	25%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Laporan Realisasi Anggaran
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C1**
Measure	Nilai kecepatan pelayanan
Purpose	Untuk mengukur seberapa cepat petugas dalam memberikan pelayanan
Metric/Formula	Total nilai kecepatan pelayanan semua responden/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C2**
Measure	Nilai kepastian jadwal pelayanan
Purpose	Untuk mengukur keseuaian pemberian pelayanan dengan ketentuan yang telah ditetapkan
Metric/Formula	Total nilai kepastian pelayanan semua responden/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat

Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C3**
Measure	Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)
Purpose	Untuk mengukur tingkat keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (AKPGD)
Metric/Formula	(Jumlah penderita yang dilayani > 15 menit/ total penderita gawat darurat) x 100%
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Data Pelayanan Nonbedah
Who Measure	Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C4**
Measure	Nilai kedisiplinan petugas pelayanan
Purpose	Untuk mengukur konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku
Metric/Formula	Total nilai kedisiplinan petugas pelayanan/jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C5**
Measure	Persentase keluhan masyarakat miskin terhadap petugas pemberi pelayanan di RS (dokter, perawat, petugas, administrasi)
Purpose	Untuk mengukur tingkat pelayanan yang diberikan terhadap masyarakat miskin
Metric/Formula	(Jumlah keluhan maskin/ Jumlah pasien maskin) x 100%
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bidang Pelayanan Medik
Who Measure	Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C6**
Measure	Tingkat perbaikan pelayanan maskin di rumah sakit
Purpose	Untuk mengukur tingkat perbaikan pelayanan bagi masyarakat miskin
Metric/Formula	(Realisasi perbaikan pelayanan/ rencana perbaikan pelayanan) x 100%
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bidang Pelayanan Medik
Who Measure	Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C7**
Measure	Nilai keamanan pelayanan
Purpose	Untuk mengukur tingkat keamanan penyelenggaraan pelayanan
Metric/Formula	Total nilai keamanan pelayanan/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01

Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C8**
Measure	Angka kejadian infeksi karena jarum infus (AIKJ)
Purpose	Untuk mengukur persentase kejadian infeksi karena jarum infus
Metric/Formula	Total kejadian infeksi jarum infus/ pemasangan jarum infuse
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bidang Pelayanan Medik
Who Measure	Bidang Pelayanan Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C9**
Measure	Angka kejadian infeksi karena transfusi darah (AITD)
Purpose	Untuk mengukur angka kejadian infeksi karena transfusi darah
Metric/Formula	Total kejadian infeksi karena transfusi darah/ jumlah transfusi darah
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bidang Pelayanan Medik
Who Measure	Bidang Pelayanan Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C10**
Measure	Angka infeksi luka operasi (AILO)
Purpose	Untuk mengukur angka infeksi luka operasi
Metric/Formula	Total kejadian infeksi luka operasi/ jumlah operasi
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bidang Pelayanan Medik
Who Measure	Bidang Pelayanan Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C11**
Measure	Angka komplikasi pasca bedah (AKPB)
Purpose	Untuk mengukur angka komplikasi pasca bedah
Metric/Formula	Jumlah kejadian komplikasi pasca bedah /jumlah operasi pembedahan
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bidang Pelayanan Medik
Who Measure	Bidang Pelayanan Medik

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C12**
Measure	Nilai prosedur pelayanan
Purpose	Untuk mengukur tingkat kemudahan alur pelayanan
Metric/Formula	Total nilai prosedur pelayanan semua responden / jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C13**
Measure	Nilai persyaratan pelayanan
Purpose	Untuk mengukur tingkat kemudahan persyaratan teknis dan administrative yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan
Metric/Formula	Total nilai persyaratan pelayanan semua responden/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C14**
Measure	Nilai kesopanan dan keramahan petugas
Purpose	Untuk mengukur sikapa dan perilaku petugas dalam memberikan pelayan secara sopan dan ramah
Metric/Formula	Total nilai kesopanan dan keramahan petugas semua responden/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C15**
Measure	Nilai kenyamanan lingkungan
Purpose	Untuk mengukur kondisi sarana dan prasarana pelayanan sehingga dapat memberikan rasa nyaman
Metric/Formula	Total nilai kenyaman lingkungan semua responden/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C16**
Measure	Nilai keadilan mendapatkan pelayanan
Purpose	Untuk mengukur pelaksanaan pelayanan bukan berdasarkan golongan/ status masyarakat yang dilayani
Metric/Formula	Total nilai keadilan semua responden / jumalh nilai responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C17**
Measure	Nilai kemampuan petugas pelayanan
Purpose	Untuk mengukur tingkat keahlian dan keterampilan petugas
Metric/Formula	Total nilai kemampuan petugas pelayanan / jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C17**
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C18**
Measure	Nilai kejelasan petugas pelayanan
Purpose	Untuk mengukur kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan, kewenangan, dan tanggung jawab)
Metric/Formula	Total nilai kejelasan petugas pelayanan / jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C19**
Measure	Nilai kewajaran biaya pelayanan
Purpose	Untuk mengukur keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan
Metric/Formula	Total nilai kewajaran biaya pelayanan/ jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI C20**
Measure	Nilai kepastian biaya pelayanan
Purpose	Untuk mengukur kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan
Metric/Formula	Total nilai kepastian biaya pelayanan/jumlah responden
Target level	≥ 3,01
Frequency	Tiap bulan
Source Data	Data Indeks Kepuasan Masyarakat
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E1**
Measure	Presentase karyawan yang mendapatkan tunjangan
Purpose	Untuk mengukur persentase karyawan yang mendapatkan tunjangan
Metric/Formula	Jumlah karyawan yang mendapat tunjangan/ total karyawan
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E2**
Measure	Frekuensi reward yang diberikan terhadap karyawan berprestasi
Purpose	Untuk mengukur frekuensi reward bagi karyawan berprestasi
Metric/Formula	-
Target level	≥ 12 kali
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian

Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E3**
Measure	Tingkat ketepatan waktu pembayaran gaji
Purpose	Untuk mengukur ketepatan pembayaran gaji pegawai
Metric/Formula	Frekuensi ketepatan penggajian / Jumlah frekuensi penggajian
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Perbendaharaan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E4**
Measure	Tingkat kejelasan sistem penggajian
Purpose	Untuk mengukur tingkat kejelasan sistem penggajian
Metric/Formula	-
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Perbendaharaan
Who Measure	Bagian Keuangan dan Akuntansi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E5**
Measure	Jumlah evaluasi kinerja karyawan yang dilakukan setiap tahun
Purpose	Untuk mengukur kinerja karyawawan dalam setahun
Metric/Formula	-
Target level	≥ 12
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Evaluasi dan Pelaporan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E6**
Measure	Jumlah pelanggaran kedisiplinan
Purpose	Untuk mengukur tingkat kedispilinan pegawai
Metric/Formula	-
Target level	0
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E7**
Measure	Persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
Purpose	Untuk mengukur persentase pemrosesan usul kenaikan pangkat PNS
Metric/Formula	Kenaikan pangkat PNS yang terealisasi / jumlah usul kenaikan pangkat PNS
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E8**
Measure	Jumlah kenaikan pangkat pilihan

Purpose	Untuk mengukur tingkat kenaikan pangkat pilihan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 200 orang
Frequency	Tiap semester
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E9**
Measure	Tingkat komunikasi antar karyawan
Purpose	Untuk mengukur tingkat komunikasi antar karyawan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 4
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E10**
Measure	Tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
Purpose	Untuk mengukur tingkat komunikasi karyawan dengan pimpinan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 4
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E11**
Measure	Tingkat pemenuhan fasilitas kerja
Purpose	Untuk mengukur tingkat pemenuhan fasilitas kerja bagi karyawan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 4
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E12**
Measure	Tingkat keberhasilan kegiatan kepegawaian
Purpose	Untuk mengukur tingkat keberhasilan seluruh kegiaran kepegawaian
Metric/Formula	Jumlah kegiatan kepegawaian yang terealisasi / Jumlah rencana kegiatan kepegawaian
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E13**
Measure	Persentase kesesuaian pegawai
Purpose	Untuk mengukur kesesuaian jumlah pegawai dengan standar yang telah ditetapkan
Metric/Formula	(Jumlah tenaga yang ada / jumlah tenaga yang harus ada sesuai standar) x 100%

Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E14**
Measure	Tingkat penggunaan sistem informasi
Purpose	Untuk mengukur tingkat penggunaan sistem informasi
Metric/Formula	-
Target level	≥ 3
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E15**
Measure	Jumlah jenis pelatihan karyawan
Purpose	Untuk mengukur jumlah jenis pelatihan karyawan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 18
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI E16**
Measure	Jumlah penelitian yang dilakukan dokter
Purpose	Untuk mengukur tingkat pengembangan ilmu pengetahuan dokter
Metric/Formula	-
Target level	≥ 10
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S1**
Measure	Tingkat keterlambatan pembayaran
Purpose	Untuk mengukur kedisiplinan rumah sakit dalam pembayaran kebutuhan pengadaan
Metric/Formula	Frekuensi pembayaran yang terlambat/ frekuensi pembayaran yang seharusnya
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S2**
Measure	Peningkatan volume pemesanan
Purpose	Untuk mengukur tingkat penambahanvolume pemesanan
Metric/Formula	Frekuensi pembayaran yang terlambat/ frekuensi pembayaran yang seharusnya
Target level	3-5%
Frequency	Tiap tahun

Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S3**
Measure	Waktu proses pelelangan (tender)
Purpose	Untuk mengukur lama pemrosesan pelelangan
Metric/Formula	-
Target level	Maks 30 hari
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S4**
Measure	Persentase kualitas yang tidak sesuai dengan perjanjian
Purpose	Untuk mengukur kualitas barang yang tidak sesuai dengan perjanjian
Metric/Formula	Jumlah barang yang tidak sesuai perjanjian / Jumlah barang yang dipesan
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S5**
Measure	Persentase pelanggaran perjanjian
Purpose	Untuk mengukur persentase pelanggaran perjanjian
Metric/Formula	(Jumlah pelanggaran perjanjian/ jumlah perjanjian) x100%
Target level	0%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S6**
Measure	Persentase penggunaan LPSE
Purpose	Untuk mengukur penggunaan LPSE dalam pengadaan kebutuhan rumah sakit
Metric/Formula	(Jumlah pengadaan dengan menggunakan LPSE / jumlah seluruh pengadaan) x 100%
Target level	10-20%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI S7**
Measure	Frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang
Purpose	Untuk mengukur frekuensi penerbitan dokumen persediaan dan pengadaan barang
Metric/Formula	-
Target level	Min 4 kali
Frequency	Tiap tahun

Source Data	Panitia Pengadaan
Who Measure	Panitia Pengadaan

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC1**
Measure	Persentase kelulusan akreditasi 16 pelayanan
Purpose	Untuk mengukur pelayanan rumah sakit sudah diakreditasi
Metric/Formula	(Jumlah pelayanan yang sudah diakreditasi/ 16 pelayanan) x 100%
Target level	100%
Frequency	Tiap 3 tahun
Source Data	Tim Akreditasi
Who Measure	Tim Akreditasi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC2**
Measure	Frekuensi audit internal
Purpose	Untuk mengukur frekuensi audit internal
Metric/Formula	-
Target level	4-5 kali
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Tim Akreditasi
Who Measure	Tim Akreditasi

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC3**
Measure	Persentase kualitas limbah cair
Purpose	Untuk mengukur kualitas limbah cair
Metric/Formula	(Jumlah pengukuran limbah cair yang sesuai dengan standar / jumlah pengukuran limbah cair) x 100%
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Instalasi Pelayanan Limbah
Who Measure	Instalasi Pelayanan Limbah

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC4**
Measure	Pengelolaan sampah medis
Purpose	Untuk mengukur persentase pengelolaan sampah medis
Metric/Formula	(Sampah medis yang diolah / sampah medis yang harus diolah) x 100%

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC4**
Target level	100%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Instalasi Pelayanan Limbah
Who Measure	Instalasi Pelayanan Limbah

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC5**
Measure	Jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan
Purpose	Untuk mengukur jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan
Metric/Formula	-
Target level	≥ 175

Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC6**
Measure	Persentase tenaga kerja yang berasal dari kota Malang
Purpose	Untuk mengukur perbandingan tenaga kerja dari dalam kota Malang dengan luar Malang
Metric/Formula	(Jumlah karyawan yang berasal dari Malang/total karyawan) x 100%
Target level	≥ 60%
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Kepegawaian
Who Measure	Bagian Kepegawaian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC7**
Measure	Jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit
Purpose	Untuk mengukur jumlah unit usaha yang beroperasi di area rumah sakit
Metric/Formula	-
Target level	≥ 10
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Hukmas dan Pemasaran
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC8**
Measure	Jumlah kegiatan bakti peduli rumah sakit terhadap masyarakat sekitar
Purpose	Untuk mengukur kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat sekitar
Metric/Formula	-
Target level	≥ 3
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Hukmas dan Pemasaran
Who Measure	Bagian Hukmas dan Pemasaran

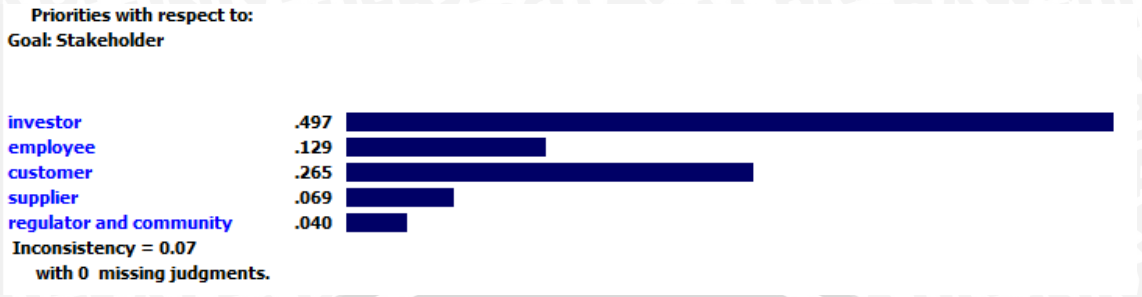
Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC9**
Measure	Jumlah mahasiswa kerja praktek
Purpose	Untuk mengukur pemanfaatan rumah sakit sebagai tempat kerja praktek pembelajaran
Metric/Formula	-
Target level	≥ 1200
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Pendidikan dan Penelitian
Who Measure	Bagian Pendidikan dan Penelitian

Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC10**
Measure	Jumlah mahasiswa yang melakukan penelitian
Purpose	Untuk mengukur pemanfaatan rumah sakit sebagai tempat penelitian

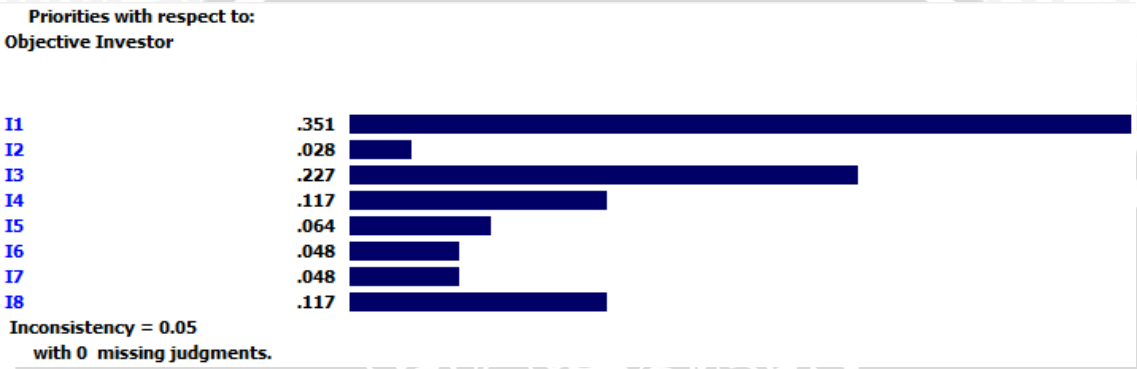
Performance Measurement Record Sheet	**KPI RC10**
	bagi mahasiswa
Metric/Formula	-
Target level	≥ 120
Frequency	Tiap tahun
Source Data	Bagian Pendidikan dan Penelitian
Who Measure	Bagian Pendidikan dan Penelitian

Lampiran 6. *Output* Perhitungan *Expert Choice 11*

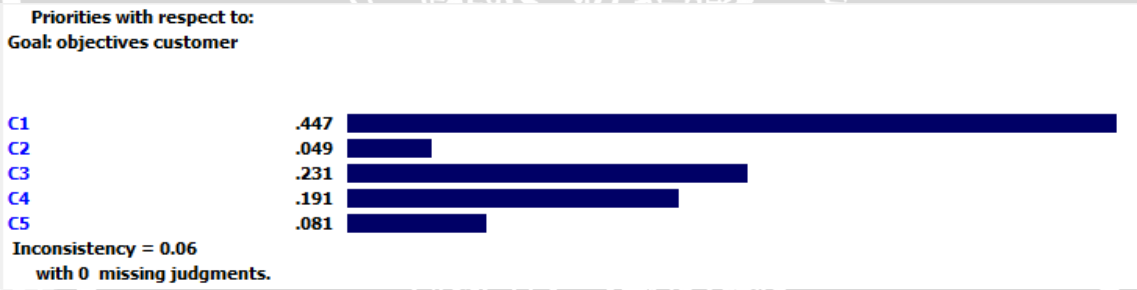
Pembobotan *Stakeholder*



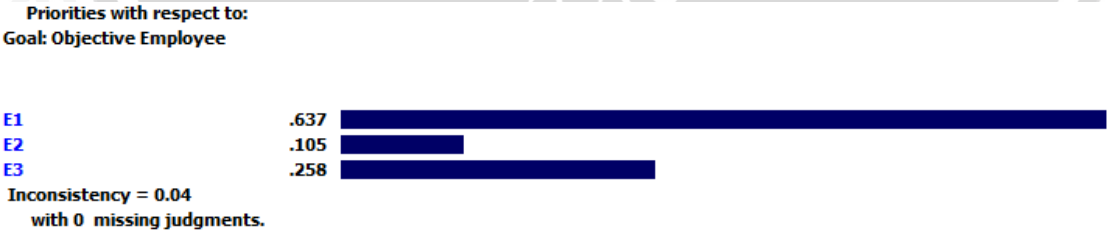
Pembobotan *Objective (Investor)*



Pembobotan *Objective (Customer)*

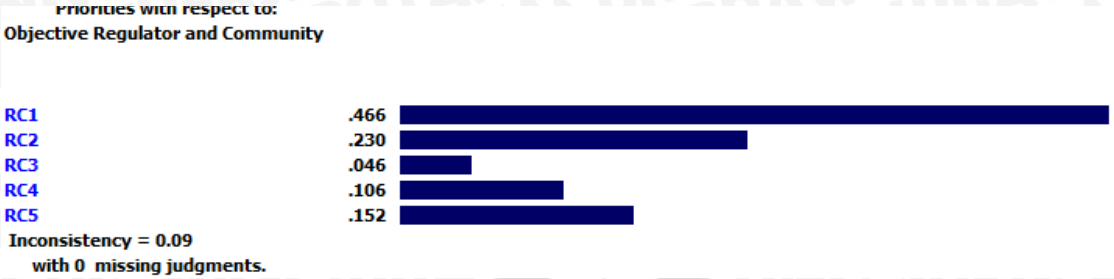


Pembobotan *Objective (Employee)*

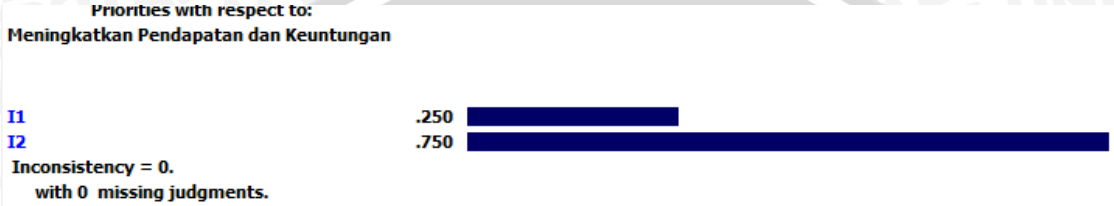


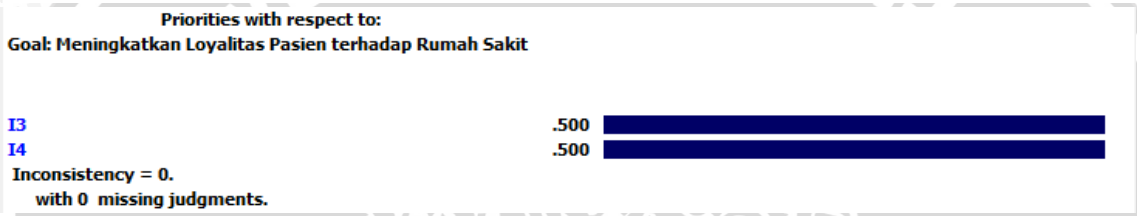
Pembobotan *Objective (Supplier)*

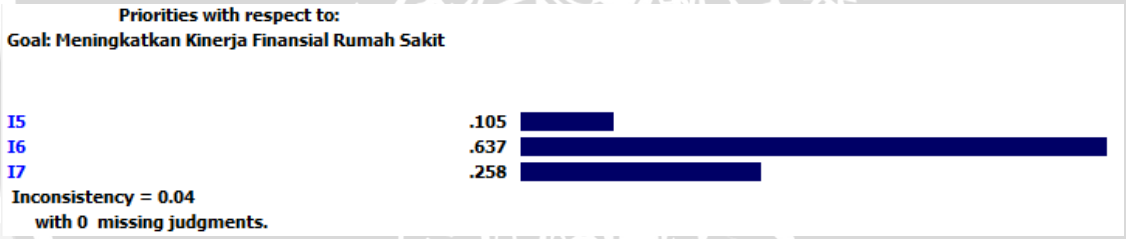
Pembobotan *Objective (Regulator and Community)*

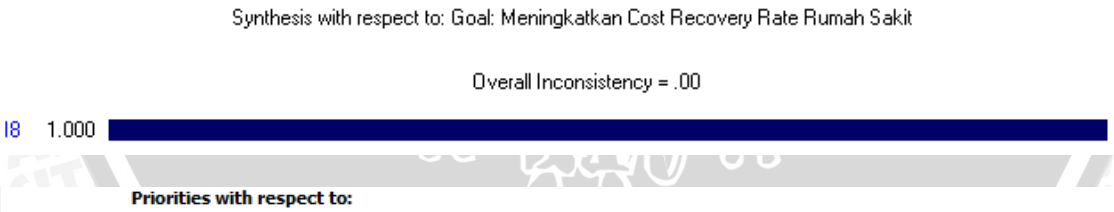


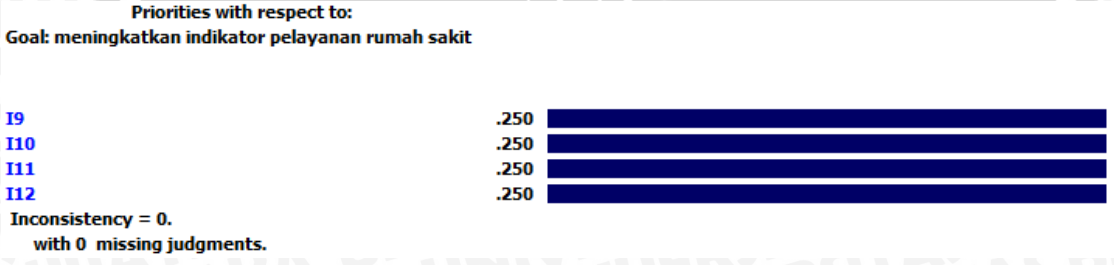
Pembobotan *Key Performance Indicator (Investor)*











Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Rasio Solvabilitas

Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Rasio Rentabilitas

Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Pembobotan *Key Performance Indicator (Customer)*

Priorities with respect to:
Goal: Mengutamakan Keselamatan Pasien

Inconsistency = 0.07
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Mengupayakan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Rasa Aman bagi Pasien atas Pelayanan yang Diberi...

Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Kepuasan Pasien

Inconsistency = 0.10
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Mempertahankan Kepercayaan Pasien terhadap Rumah Sakit

Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Pembobotan *Key Performance Indicator (Employee)*

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Kepuasan Karyawan

Inconsistency = 0.09
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Produktivitas Karyawan

Inconsistency = 0.07
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Motivasi Pengembangan Diri bagi Karyawan

Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Pembobotan *KeyPerformance Indicator (Supplier)*

Priorities with respect to:
Goal: Mempertahankan dan Meningkatkan Kepuasan dan Kepercayaan ...

Inconsistency = 0.02
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Kualitas Pengadaan Kebutuhan Rumah Sakit

S6 .167
S7 .833
Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Pembobotan *Key Performance Indicator (Regulator and Community)*

Priorities with respect to:
Goal: Mempersiapkan Rumah Sakit yang Sesuai dengan Persyaratan Ke...

RC1 .250
RC2 .750
Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Menciptakan Program Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit

RC3 .500
RC4 .500
Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.

Priorities with respect to:
Goal: Berperan Aktif dalam Menciptakan Lapangan Kerja

RC5 .614
RC6 .117
RC7 .268
Inconsistency = 0.07
with 0 missing judgments.

Synthesis with respect to: Goal: Meningkatkan Hubungan Baik dengan Masyarakat di Sekitar Rumah Sakit

Overall Inconsistency = .00

RC8 1.000

Priorities with respect to:
Goal: Meningkatkan Hubungan Baik serta Kerja Sama di Dunia Pendidikan

RC9 .500
RC10 .500
Inconsistency = 0.
with 0 missing judgments.