



**KAJIAN KINERJA MANAJERIAL PADA PERSPEKTIF PROSES BISNIS
INTERNAL DAN PELANGGAN / *CUSTOMER* PASCA PENERAPAN
PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH DI
RSU dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh :

**Yunita Zakiyatul Jannah
NIM 142110101172**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**KAJIAN KINERJA MANAJERIAL PADA PERSPEKTIF PROSES BISNIS
INTERNAL DAN PELANGGAN PASCA PENERAPAN PENGELOLAAN
KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH DI RSU dr. H.
KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Yunita Zakiyatul Jannah
NIM 142110101172**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, serta seluruh keluarga yang telah membantu dalam pemenuhan kebutuhan kuliah saya;
2. Para guru dan dosen yang telah mendidik saya dari Taman Kanak-kanak (TK) hingga Perguruan Tinggi;
3. Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Universitas Jember; dan
4. Almamater tercinta Universitas Jember.

MOTTO

“ Hai orang-orang yang beriman, jika kamu menolong (agama) Allah, niscaya Dia akan menolongmu dan meneguhkan kedudukanmu”.

(Terjemahan QS. Muhammad : 7)¹

“... Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri”.

(Terjemahan QS. Ar-Ra'd : 11)²

¹ Departemen Agama Republik Indonesia. 2004. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit J-ART. hlm. 507.

² Departemen Agama Republik Indonesia. 2004. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit J-ART. hlm. 250.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yunita Zakiyatul Jannah

NIM : 142110101172

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Kajian Kinerja Manajerial Pada Perspektif Proses Bisnis Internal dan Pelanggan Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 31 Januari 2019

Yang menyatakan,

Yunita Zakiyatul Jannah

NIM. 142110101172

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**KAJIAN KINERJA MANAJERIAL PADA PERSPEKTIF PROSES BISNIS
INTERNAL DAN PELANGGAN PASCA PENERAPAN PENGELOLAAN
KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH**

Oleh :

Yunita Zakiyatul Jannah
NIM 142110101172

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S. KM., M. Kes.
Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M. Kes

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kajian Kinerja Manajerial Pada Perspektif Proses Bisnis Internal Dan Pelanggan / Customer Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Studi Kualitatif di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 31 Januari 2019

Tempat : Ruang Ujian 1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Yennike Tri Herawati, S. KM., M. Kes. (.....)

NIP. 19781016200912201

2. DPA : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. (.....)

NIP. 198204162010122003

Penguji

1. Ketua : Eri Witcahyo, S. KM., M. Kes. (.....)

NIP. 198207232010121003

2. Sekretaris : Dr. dr. Candra Bumi, S. KM., M.Kes. (.....)

NIP. 197406082008011002

3. Anggota : Dr. Untung Kuzairi, M. Kes (MARS) (.....)

NIP. 197101211992031007

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

KAJIAN KINERJA MANAJERIAL PADA PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL DAN PELANGGAN/CUSTOMER PASCA PENERAPAN PPK BLUD; Yunita Zakiyatul Jannah; 142110101172; 2019: 70 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan yang merupakan strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menjadi perhatian bagi pembuat dan pelaksana kebijakan agar fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dapat meningkatkan kualitas pelayanan medis dan/atau non medis kepada masyarakat. Oleh sebab itu rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjutan membutuhkan biaya operasional yang besar dalam memberikan pelayanan medis dan non medis kepada masyarakat, namun dalam pelaksanaannya rumah sakit mengalami kendala pada pengelolaan dana, terutama rumah sakit milik pemerintah yang tidak memiliki keleluasaan untuk meningkatkan pendapatan dan tidak dapat memanfaatkan pendapatan tersebut secara langsung untuk dapat memenuhi kebutuhan dan permintaan masyarakat.

Pada tahun 2012-2016, AHH Kabupaten Bondowoso berada pada posisi terbawah, pada tahun 2017 AHH Kabupaten Bondowoso sebesar 65,89 yaitu 2,32 poin di bawah Kabupaten Situbondo (68,41) dan 2,48 poin di bawah Kabupaten Jember (68,37) (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, 2017). Oleh karena itu, urgensi PPK-BLUD di Rumah Sakit dan Puskesmas sangat diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan bagi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Bondowoso pada khususnya.

RSU dr. H. Koesnadi adalah satu-satunya Rumah Sakit Tipe B Non Pendidikan milik pemerintah yang telah berstatus BLUD sejak tahun 2011. Capaian standar pelayanan minimal RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso pada tahun 2017 secara keseluruhan mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Indeks Kepuasan

Masyarakat pada Tahun 2018 menunjukkan peningkatan dari triwulan 1-3, namun terdapat satu indikator yang tercapai <75% sejak triwulan 1-3 yaitu, ketepatan waktu pelayanan. Oleh karena itu perlu untuk dilakukan analisis kinerja pada perspektif proses bisnis internal dan pelanggan/*customer*.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan dilakukan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso selama bulan Oktober. Informan dalam penelitian ini terbagi menjadi tiga yakni informan kunci, informan utama dan informan tambahan. Memperoleh data yang dibutuhkan baik data primer maupun sekunder dilakukan dengan cara wawancara mendalam, dokumentasi dan observasi. Penelitian dilakukan untuk mengkaji bagaimana kinerja manajerial di RSUD dr. H. Koesnadi utamanya pada perspektif proses bisnis internal dan pelanggan.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa Kinerja proses bisnis internal meliputi BOR, Waktu Tunggu Rawat Jalan, Waktu Tunggu Operasi Elektif, Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi, Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium, Waktu Tunggu Resep Obat Jadi dan Pengembalian Berkas Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 24 Jam. Proses bisnis internal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso seringkali mengalami kendala yaitu memanjangnya waktu tunggu pelayanan yang disebabkan oleh kurang disiplinnya para petugas medis dan transporter berkas rekam medis, tidak lengkapnya berkas pendaftaran pasien, kurangnya SDM di beberapa instalasi dan kurangnya perhatian dan kesadaran SDM terhadap SOP.

Kinerja manajerial perspektif Pelanggan meliputi Kepuasan Pelanggan dan Kecepatan Respon Terhadap Komplain. Hasil survey kepuasan masyarakat RSUD dr. H. Koesnadi menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan telah tercapai dengan baik dan sebagian besar kepuasan pasien dan/atau keluarga pasien dipengaruhi oleh ketepatan pelayanan medis, kecepatan respon oleh SDM Rumah Sakit, kondisi sarana prasarana, waktu tunggu dan empati (sikap ramah dan peduli) dari SDM di Rumah Sakit. Manajemen komplain belum dilaksanakan, selama ini tidak ada

pengklasifikasian komplain, sudah menjadi rencana dan akan diterapkan sejak tahun 2019.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah melaksanakan kembali sosialisasi standar pelayanan minimal kepada setiap kepala urusan/ruang kemudian dilanjutkan kepada staf dan teknisi dengan memberdayakan kepala urusan/ruang untuk mensosialisasikan kepada staf, memberlakukan *reward and punishment* sebagai upaya kontrol di masing-masing bagian dan strategi menambah serta mempertahankan motivasi kerja pegawai serta memulai untuk menerapkan manajemen komplain sesuai dengan tingkat kepentingan komplain berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

SUMMARY

STUDY OF MANAGERIAL PERFORMANCE IN INTERNAL BUSINESS PROCESS AND CUSTOMER PERSPECTIVE AFTER IMPLEMENTATION OF FINANCIAL MANAGEMENT PATTERNS ON REGIONAL PUBLIC SERVICE AGENCY; Yunita Zakiyatul Jannah; 142110101172; 2019; 70 pages; Health Policy and Administration Department, Faculty of Public Health, University of Jember.

Increasing the distribution of health services as a strategy to improve public health status is a concern for policy actors, so that first-level health facilities and advanced health facilities can improve the quality of medical and / or non-medical services to the community. Therefore hospital as advanced health facility requires large operational costs in providing medical and non-medical services to the community, but there are encountered obstacles to fund management, especially government-owned hospital that does not have the flexibility to improve income and cannot utilize the income directly to suffice needs and demands of community

In 2012-2016, the Number of Life Expectancy (AHH) of Bondowoso District was at the lowest position, in 2017 the AHH of Bondowoso District was 65.89, which was 2.32 points below Situbondo District (68.41) and 2.48 points below Jember District (68,37) (East Java Provincial Statistics Agency, 2017). Therefore, the urgency of PPK-BLUD in hospitals and health centers is very necessary to improve the effectiveness and efficiency of services for the community in improving the health status of Bondowoso people in particular.

RSU dr. H. Koesnadi is the only Non-Educational Type B Hospital owned by the government that has been a BLUD status since 2011. Achievement of the minimum service standards of RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso in 2017 overall experienced an increase from the previous year. The Community Satisfaction Index in 2018 showed an increase from the 1-3 quarter, but there was one indicator that reached <75% since quarter 1-3, namely, the timeliness of service. Therefore it is

necessary to do a performance study on the internal business processes and customer's perspective.

This study used a qualitative approach and was conducted at RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso during October. Informants in this study were divided into three, namely key informants, main informants and additional informants. Obtaining the required data both primary and secondary data is done by in-depth interviews, documentation and observations. The study was conducted to examine how managerial performance at RSUD dr. H. Koesnadi mainly on internal business process and customer perspective.

The results of the study revealed that the internal business process performance of dr. H. Koesnadi hospital was mostly achieved under the minimum set of service standards due to the lack of awareness of the Human Resources (SDM) in the hospital towards the Standard Operating Procedure (SOP) and the Minimum Service Standard (SPM). Likewise, the customers' satisfaction was also still not achieved due to the punctuality in service that has not been achieved and the lack in managing the complaints submitted properly by the customers.

The suggestion based on the results of this study is to re-disseminate the minimum service standard (SPM) to each head of affairs/room then proceed to the staffs and the technicians by empowering the head of affairs/room to socialize it to the staffs, enforcing rewards and punishment as an effort to control each parts, also as a strategy to increase and to maintain the motivation of the employees' work and to start applying the complaint management in accordance with the importance of complaints based on the criteria established by the Ministry of Health.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT berkat rahmat, taufik dan hidayahNya serta sholawat dan salam tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Kajian Kinerja Manajerial Pada Perspektif Proses Bisnis Internal dan Pelanggan Pasca Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah”. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan program pendidikan S-1 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bimbingan, petunjuk, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Yennike Tri Herawati, S. KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama yang dengan ikhlas dan sabar serta telah meluangkan banyak waktu untuk memberikan arahan, saran, semangat dan membantu dalam proses penyelesaian skripsi. Kepada Christyana Sandra, S. KM., M. Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang dengan ikhlas dan sabar dalam memberikan arahan, saran dan motivasi dalam membimbing sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. dr. Suharto, Sp. PD., selaku Plt. Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso;
3. Eri Witcahyo, S. KM., M. Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;

4. Tim Penguji, Eri Witcahyo, S. KM., M. Kes., selaku Penguji Utama sekaligus Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Dr. dr. Candra Bumi, M. Si., selaku Sekretaris Penguji yang telah meluangkan waktu memberikan ilmu, saran dan koreksi yang membangun dan Dr. Untung Kuzairi, M. Kes (MARS), selaku Anggota Penguji yang telah meluangkan waktu memberikan ilmu, saran dan koreksi yang membangun;
5. Kedua orang tua yang selalu ikhlas dan sabar dalam menguatkan, mendoakan dan mendukung;
6. Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso selaku direktur rumah sakit tempat dilakukannya penelitian;
7. Seluruh sahabat pengurus Masjid Al-Hikmah Unej yang telah memberikan dukungan dan motivasi serta senantiasa mengingatkan akan tujuan hidup;
8. Teman-teman seperjuangan peminatan AKK dan Teman-teman PBL “Keluarga Kandar” yang selalu berbagi keceriaan dan saling memberikan semangat serta doa selama ini;
9. Rekan sejawat FKM UNEJ angkatan 2014 serta semua pihak yang membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan dan perlu diperbaiki. Oleh karena itu kami dengan terbuka menerima saran yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 31 Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

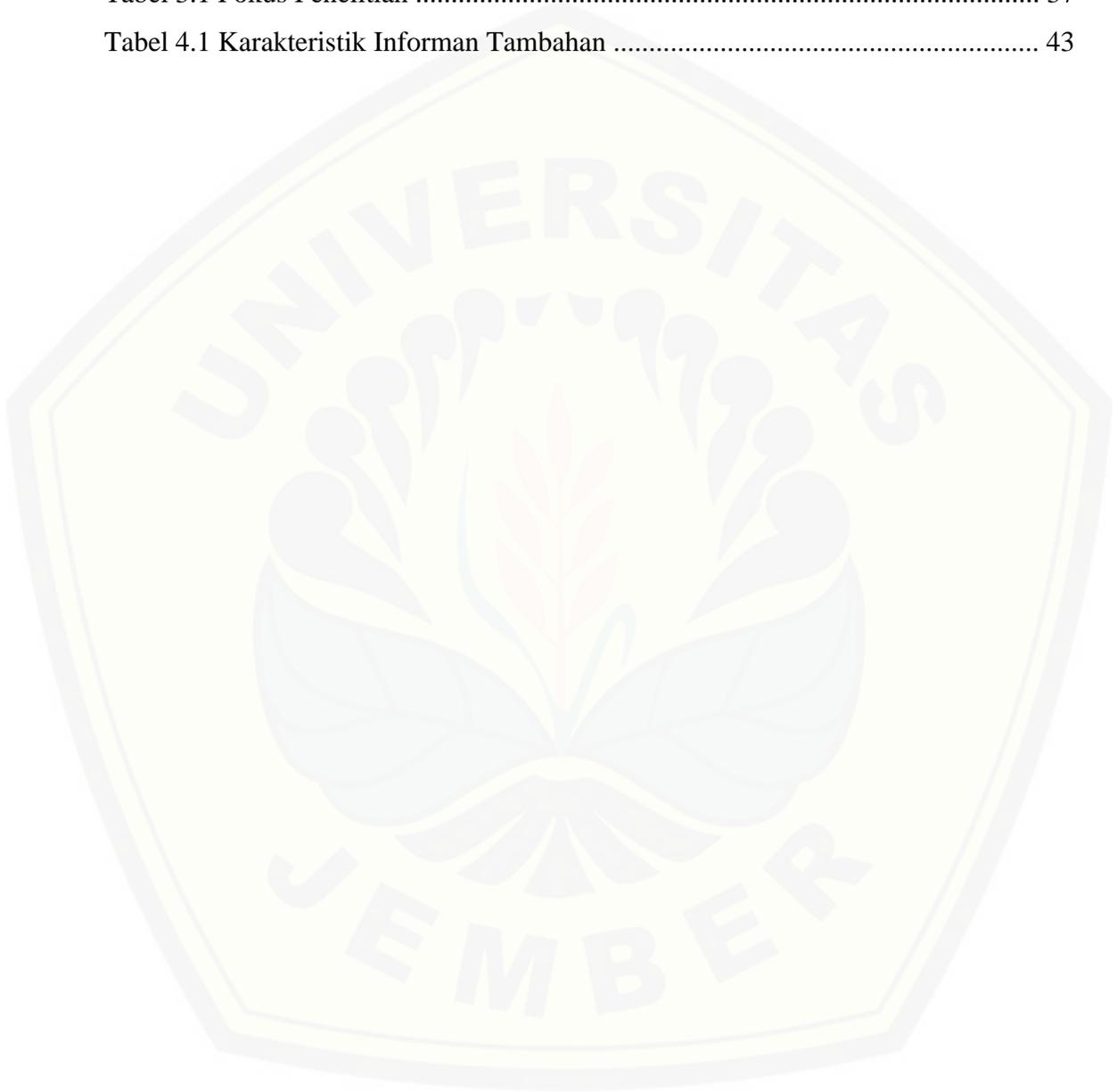
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	xi
PRAKATA.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Tujuan dan Azas PPK-BLUD	9
2.2 Rumah Sakit.....	10
2.2.1 Definisi.....	10

2.2.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	11
2.2.3 Klasifikasi Rumah Sakit	11
2.2.4 Organisasi Rumah Sakit.....	13
2.3 Paradigma Baru Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit.....	13
2.3.1 Desentralisasi Rumah Sakit	13
2.4 Kinerja dan Pengukuran Kinerja.....	14
2.4.1 Pengertian Kinerja	14
2.4.2 Pengertian Pengukuran Kinerja	15
2.4.3 Langkah-langkah Pengukuran Kinerja.....	15
2.4.4 Manfaat Pengukuran Kinerja	16
2.4.5 Tingkatan Pengukuran Kinerja	17
2.5 Indikator Kinerja Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum.....	18
2.6 Kerangka Teori.....	25
2.7 Kerangka Konseptual	26
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	28
3.1 Jenis Penelitian	28
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	28
3.3 Informan Penelitian.....	29
3.4 Fokus Penelitian.....	30
3.5 Data dan Sumber Data.....	31
3.5.1 Data Primer	31
3.5.2 Data Sekunder	32
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	32
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	32
3.6.2 Instrumen Penelitian	34
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	34
3.7.1 Penyajian Data	34
3.7.2 Analisis Data	35

3.8 Alur penelitian	37
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
4.1 Tahapan Hasil Pengerjaan Lapangan	38
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	38
4.1.2 Gambaran Informan Penelitian	42
4.2 Kinerja Perspektif Proses Bisnis Internal.....	44
4.2.1 Bed Occupancy Rate (BOR).....	44
4.2.2 Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ).....	46
4.2.3 Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTOE).....	49
4.2.4 Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR).....	51
4.2.5 Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL).....	52
4.2.6 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ).....	53
4.2.7 Pengembalian Berkas Rekam Medik Lengkap 1x24 Jam (PRM).....	55
4.3 Perspektif Pelanggan (<i>Customer</i>)	57
4.3.1 Kepuasan Pelanggan	57
4.3.2 Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	60
BAB 5. PENUTUP	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN.....	71

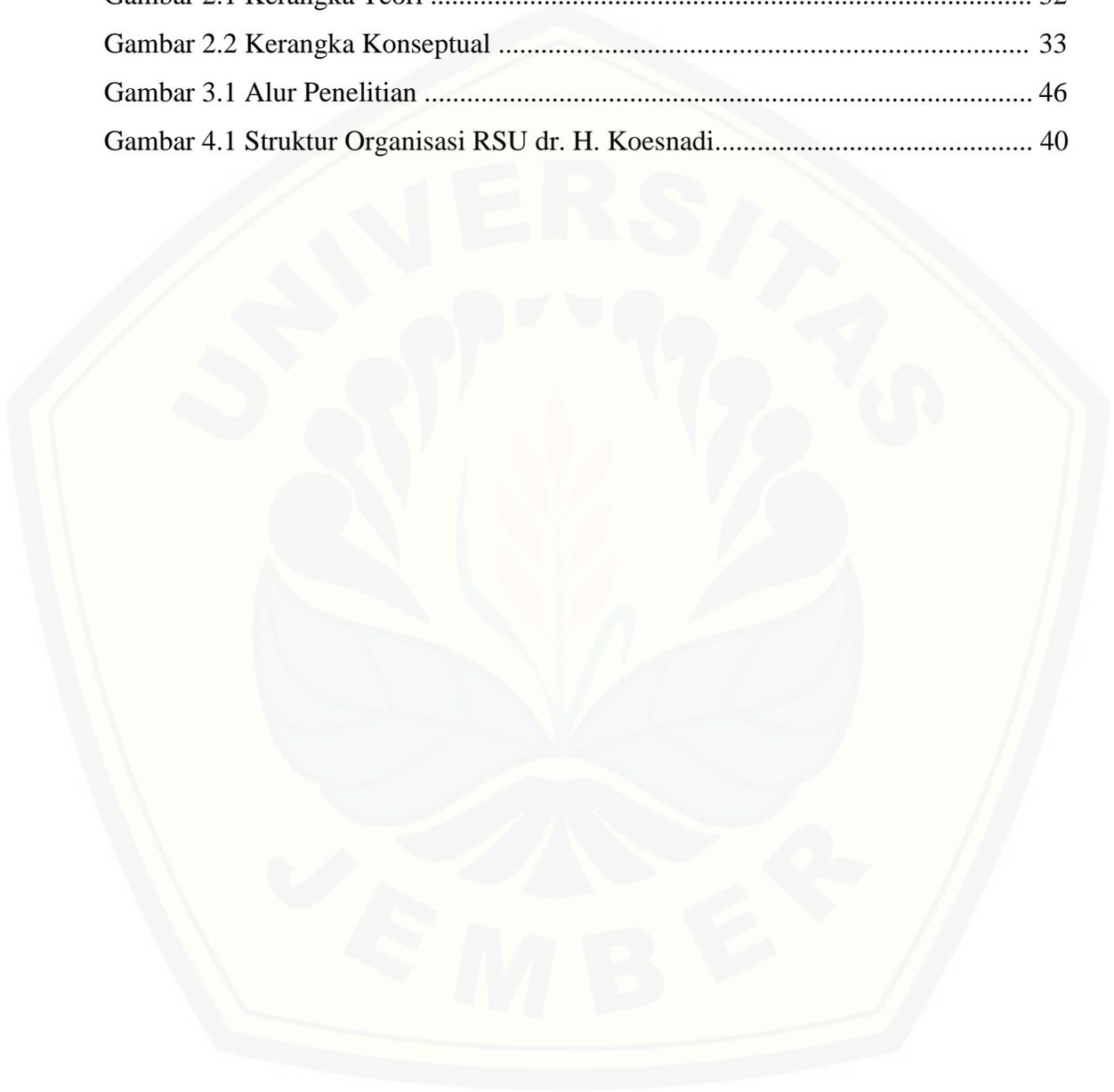
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Fokus Penelitian	37
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Tambahan	43



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	32
Gambar 2.2 Kerangka Konseptual	33
Gambar 3.1 Alur Penelitian	46
Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD dr. H. Koesnadi.....	40



DAFTAR SINGKATAN



AHH	: Angka Harapan Hidup
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BUMD	: Badan Usaha Milik Daerah
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
DIPA	: Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
ERT	: <i>Emergency Respon Time</i>
FORNAS	: Formularium Nasional
HCU	: <i>High Care Unit</i>
HD	: <i>High Definition</i>
IBS	: Instalasi Bedah Sentral
ICCU	: <i>Intensive Coronary Care Unit</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
IT	: <i>Information Technology</i>
JAMKESDA	: Jaminan Kesehatan Daerah
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Ka.Ins	: Kepala Instalasi
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
KP	: Kepuasan Pelanggan
KRK	: Kecepatan Respon terhadap Komplain
NDR	: <i>Net Death Rate</i>



OEE	: <i>Overall Equipment Effectiveness</i>
OSCE	: <i>Objective Structured Clinical Examination</i>
PKO	: Penerapan Keselamatan Operasi
PKRS	: Promosi Kesehatan Rumah Sakit
PNBP	: Penerimaan Negara Bukan Pajak
PPK-BLUD	: Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah
PRM	: Pengembalian Rekam Medis
RKA	: Rencana Kerja Anggaran
RLS	: Rata-rata Lama Sekolah
RS	: Rumah Sakit
RSB	: Rencana Strategi Bisnis
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SAI	: Sistem Akuntansi instansi
SAP	: Standar Akuntansi Pemerintah
SDG's	: Sustainable Development Goals
SHU	: Sisa Hasil Usaha
SKPD	: Satuan Kerja Perangkat Daerah
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPM	: Standar Pelayanan Minimum
TOT	: <i>Training of Trainer</i>
VAP	: <i>Ventilator Associated Pneumonia</i>
WHO	: World Health Organization
WTOE	: Waktu Tunggu Operasi Efektif
WTOJ	: Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi
WTPL	: Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium
WTPR	: Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi
WTRJ	: Waktu Tunggu Rawat Jalan

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN A. Lembar Dokumentasi	1
LAMPIRAN B. Ijin Penelitian	3
LAMPIRAN C. Lembar Pernyataan	4
LAMPIRAN D. Lembar Persetujuan	5
LAMPIRAN E. Pedoman Wawancara	6
LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan utama	7
LAMPIRAN G. Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan	19
LAMPIRAN H. Lembar Observasi	21
LAMPIRAN I. Rangkuman Hasil Wawancara	25

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan pemerataan pelayanan kesehatan yang merupakan strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menjadi perhatian bagi pembuat dan pelaksana kebijakan agar fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dapat meningkatkan kualitas pelayanan medis dan/atau non medis kepada masyarakat. Oleh sebab itu rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang memiliki peran strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dituntut untuk dapat memberikan pelayanan dengan tepat dan cepat.

World Health Organization (WHO) memberikan definisi; “rumah sakit adalah bagian integral dari sebuah organisasi sosial dan kesehatan yang berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, kuratif, dan preventif kepada masyarakat, serta pelayanan rawat jalan yang diberikan untuk menjangkau keluarga di rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian bio-medik”. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5/Menkes/pos 15/2005 Rumah Sakit adalah; “rumah Sakit adalah suatu sarana upaya kesehatan dari pemerintah maupun swasta yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian”. Rumah sakit yang berfungsi sebagai pemberi pelayanan medis dan tempat penelitian serta pengembangan ilmu dan teknologi bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Rumah sakit pada umumnya membutuhkan biaya operasional yang besar dalam memberikan pelayanan medis dan non medis kepada masyarakat, antara lain untuk obat dan bahan-bahan, namun dalam pelaksanaannya rumah sakit mendapatkan kendala pada sistem pengelolaan dana, terutama rumah sakit milik pemerintah yang tidak memiliki keleluasaan untuk meningkatkan pendapatan dan tidak dapat

memanfaatkan pendapatan tersebut secara langsung untuk dapat memenuhi kebutuhan dan permintaan masyarakat (Armen, 2013: 20,35). Sehingga tidak dapat membuat keputusan secara cepat dalam hal perencanaan penganggaran, pemenuhan sarana prasarana medis dan non medis.

Menurut Armen (2013: 2-3) Lembaga layanan kesehatan seperti rumah sakit dinilai gagal oleh masyarakat, tidak hanya lembaga layanan kesehatan hampir pada semua organisasi publik lainnya juga menunjukkan kinerja yang buruk. Gelombang reformasi menggiring hampir semua aspek pelayanan masyarakat kepada otonomi daerah dan desentralisasi. Reformasi pada berbagai aspek ini kemudian juga diikuti oleh beberapa fenomena lain seperti *good governance*, *performance budget*, dan pembentukan Badan Layanan Umum (BLU) sebagai konsekuensi logis pengimplementasian dari reformasi tersebut. Implementasi kebijakan Badan Layanan Umum Daerah pada rumah sakit pemerintah merupakan bukti bahwa rumah sakit pemerintah pun harus dikelola dengan menggunakan proses manajemen yang baik. (Armen, 2013: 2-3).

Sejak dikeluarkannya peraturan pemerintah UU No. 17 Tahun 2003 yang mengatur keuangan negara dan UU No. 1 tahun 2004 yang mengatur perbendaharaan negara, serta peraturan tambahan yaitu UU No. 15 tahun 2005 yang mengatur pemeriksaan keuangan negara telah merubah pola pemerintahan yang terpusat menjadi desentralisasi, sehingga penggunaan dana pemerintah lebih jelas dan tepat sasaran untuk menetapkan praktik-praktik bisnis yang sehat dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat dengan maksimal dan tetap menonjolkan produktifitas, efisiensi dan efektivitas melalui Badan Layanan Umum Daerah. Sesuai dengan PP No. 74 tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah menyebutkan Badan Layanan Umum merupakan instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Salah

satu instansi di lingkungan pemerintah yang memberikan jasa/pelayanan adalah rumah sakit, yaitu jasa/pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Adanya otonomi fleksibilitas bagi rumah sakit dibutuhkan untuk mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya, sekaligus diharapkan BLUD rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia (Kepmenkes RI tahun 2010).

Sustainable Development Goals (SDGs) yang disepakati tahun 2015 merupakan keberlanjutan dari Millennium Development Goals (MDGs). SDGs menjadi sejarah baru dalam pembangunan global, karena dalam kesepakatan SDGs dalam Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) ke-70 ini memiliki tujuan pembangunan universal baru yang dimulai pada tahun 2016 hingga tahun 2030. Menurut Panuluh (2016) SDGs membawa 5 prinsip-prinsip mendasar yang menyeimbangkan dimensi ekonomi, sosial dan lingkungan, yaitu 1) People (manusia), 2) Planet (bumi), 3) Prosperity (kemakmuran), 4) Peace (perdamaian), dan 5) Partnership (kerjasama). 5 prinsip mendasar ini saling berkaitan dan kesehatan dapat berperan sebagai *input* untuk mencapai tujuan atau *output* dari tercapainya tujuan SDG's.

Keberhasilan pembangunan kesehatan dalam mencapai SDG's dipengaruhi oleh kontribusi semua sektor. Sebagai tolak ukur capaian target SDG's tersebut digunakan Indeks Pembangunan Manusia di masing-masing daerah. Berdasarkan data yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, Nilai IPM kabupaten Bondowoso pada tahun 2015-2016 berada pada posisi 10 terbawah diantara 37 kabupaten/kota lainnya di provinsi Jawa Timur, yaitu 63,95 pada tahun 2015 dan meningkat 0,57 poin (64,52) pada tahun 2016 (BPS Provinsi Jawa Timur, 2017), sedangkan berdasarkan Satuan Wilayah Pengembangan Jember dan sekitarnya Kabupaten Bondowoso 0,51 poin lebih tinggi dari Kabupaten Jember yaitu 64,01 pada tahun 2017. Besar kecilnya nilai IPM ini dipengaruhi oleh indikator indeks pendidikan, indeks ekonomi dan indeks kesehatan.

Sebagian besar penduduk Kabupaten Bondowoso adalah petani dengan angka Rata-rata Lama Sekolah (RLS) hanya 5 tahun dan berada pada posisi rendah diantara kabupaten Jember (6 tahun) dan Kabupaten Situbondo (5,68 tahun) pada Satuan Wilayah Pengembangan Jember dan sekitarnya, sehingga mayoritas tingkat sosial ekonomi penduduk menengah ke bawah yang menyebabkan Angka Harapan Hidup (AHH) saat lahir juga rendah. Pada tahun 2012-2016, AHH Kabupaten Bondowoso berada pada posisi terbawah, pada tahun 2017 AHH Kabupaten Bondowoso sebesar 65,89 yaitu 2,32 poin di bawah Kabupaten Situbondo (68,41) dan 2,48 poin di bawah Kabupaten Jember (68,37) (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, 2017). Pada tahun 2016 jumlah masyarakat miskin yang masuk Jaminan Kesehatan Nasional dan Jamkesda di Kabupaten Bondowoso adalah 573.506 jiwa (JKN :553.823. jiwa, Jamkesda : 19.823 jiwa) (*Profil Kesehatan Kab. Bondowoso, 2016*). Melihat kondisi sosial ekonomi masyarakat Bondowoso maka urgensi PPK-BLUD di Rumah Sakit dan Puskesmas sangat diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan bagi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Bondowoso pada khususnya.

Kabupaten Bondowoso memiliki 3 buah rumah sakit yaitu Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi, Rumah Sakit Bhayangkara dan Rumah Sakit Mitra Medika. RSUD Dr. H.Koesnadi merupakan satu-satunya RS Tipe B milik Pemerintah Kabupaten Bondowoso yang berupa RSUD dan dikelola oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Bondowoso. Berdasarkan Keputusan Bupati Bondowoso Nomor 445/522/430.42/2008 tanggal 24 Juni 2008, Rumah Sakit Umum Dr. H.Koesnadi Bondowoso menjadi Badan Layanan Umum Bertahap dan pada tanggal 9 Agustus 2011 RSUD Dr. H. Koesnadi menjadi Badan Layanan Umum Penuh sesuai hasil Keputusan Bupati Bondowoso No. 188.45/450/430.6.2/2011 (<http://rsu-drkoesnadi.go.id>).

Salah satu cara untuk mempertahankan kualitas dan memuaskan konsumen jasa pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit Umum (RSU) maka perlu dikaji

kinerjanya, dalam indikator kinerja rumah sakit terdapat perspektif bisnis internal rumah sakit yang memusatkan perhatian pada proses internal yang berdampak besar terhadap kepuasan pelanggan dan pencapaian sasaran keuangan organisasi (Bukit, 2016:158). Menurut Kementerian Kesehatan (2016), indikator kinerja BLU Rumah Sakit Umum dibagi menjadi dua, aspek klinis dan aspek manajerial, dimana aspek manajerial meliputi tiga perspektif, yaitu: perspektif proses bisnis internal, perspektif pelanggan dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (*learning and growth*). Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan menunjukkan kinerja keuangan rumah sakit mengalami fluktuasi selama 5 tahun terakhir (pasca pelaksanaan PPK-BLUD) (Laporan Rekam Medis RSUD Dr. H. Koesnadi, 2013-2017).

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nofitasari (2013) menyebutkan bahwa Penerapan PPK-BLUD memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kinerja keuangan Rumah Sakit Paru Jember, begitupula penelitian yang dilakukan oleh Jahra (2014) menyebutkan bahwa implementasi PPK-BLUD meningkatkan kinerja keuangan, kinerja pelayanan dan mutu pelayanan RSUD Kalisat. Penelitian yang dilakukan oleh Bukit (2016) menyatakan bahwa proses bisnis internal rumah sakit yang meliputi proses inovasi, operasi dan purna layanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja keuangan RSUD Swasta di kota Medan.

Berdasarkan laporan keuangan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, diketahui bahwa rasio likuiditas pada tahun 2015 menurun sebesar 91,82 poin dari tahun sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kewajiban finansial jangka pendek mengalami penurunan, namun pada tahun 2016 rasio likuiditas rumah sakit kembali meningkat sebesar 119,3 poin. Rasio aktivitas rumah sakit pada tahun 2015 juga mengalami penurunan sebesar 0,3 poin dari tahun 2014, dan masih tidak mengalami peningkatan pada tahun 2016 yaitu tetap pada 3,3%, hal ini menunjukkan bahwa efektivitas manajemen rumah sakit dalam mengelola aset tidak meningkat. Berdasarkan angka pada rasio rentabilitas, kemampuan rumah sakit dalam menggunakan aset secara produktif pada tahun 2016 justru mengalami

penurunan sebesar 6,3 poin dari tahun 2015. Terlihat bahwa kinerja keuangan rumah sakit pada beberapa tahun terakhir fluktuatif, padahal RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso telah mendapatkan status BLUD penuh dan menerapkan PPK-BLUD sejak tahun 2011.

Berdasarkan laporan capaian standar pelayanan minimal tahun 2015-2017 secara keseluruhan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso mengalami peningkatan tiap tahunnya. Standar pelayanan minimal RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2015 tercapai sebesar 74,43% dengan 7 jenis pelayanan tercapai 100%, 6 jenis pelayanan tercapai $\geq 75\%$ dan 8 jenis pelayanan tercapai $< 75\%$. Pada tahun 2016 capaian standar pelayanan minimal sebesar 76,21% dengan 7 jenis pelayanan tercapai 100%, 4 jenis pelayanan tercapai $> 75\%$ dan 10 jenis pelayanan tercapai $< 75\%$, terlihat pada tahun 2016 jenis pelayanan yang mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu, persalinan dan perinatologi, radiologi, farmasi dan laundry. Capaian standar pelayanan minimal RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso pada tahun 2017 secara keseluruhan mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya yaitu tercapai sebesar 77,08% dengan 7 jenis pelayanan tercapai 100%, 5 jenis pelayanan tercapai $\geq 75\%$ dan 10 jenis pelayanan masih tercapai di bawah 75%.

Berdasarkan hasil evaluasi survey kepuasan masyarakat yang dilakukan oleh RSUD dr. H. Koesnadi, dapat disimpulkan bahwa secara umum kualitas pelayanan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso pada tahun 2014 sudah baik dan dapat memberikan kepuasan kepada *customer*/pelanggan. Pada tahun 2015 nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) selama triwulan I hingga triwulan IV mengalami fluktuasi, namun secara keseluruhan capaian IKM RSUD dr. H. Koesnadi pada tahun 2015 melebihi target yang ditetapkan (76,55) yaitu sebesar 80,39. Indeks Kepuasan Masyarakat pada Tahun 2018 menunjukkan peningkatan dari triwulan 1-3, namun terdapat satu indikator yang tercapai $< 75\%$ sejak triwulan 1-3 yaitu, ketepatan waktu pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan kajian untuk mengetahui bagaimana kinerja manajerial di

RSU dr. H. Koesnadi berdasarkan perspektif pelanggan dan perspektif proses bisnis internal rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana kinerja manajerial RSU dr. H. Koesnadi setelah diberlakukannya PPK-BLUD ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengkaji kinerja pada aspek manajerial RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso setelah diberlakukannya PPK-BLUD

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji kinerja manajerial rumah sakit berdasarkan perspektif pelanggan di RSU dr. H. Koesnadi
2. Mengkaji kinerja manajerial rumah sakit berdasarkan perspektif proses bisnis internal rumah sakit di RSU dr. H. Koesnadi

1.4 Manfaat Penelitian

- 1.4.1. Bagi instansi, hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai bahan masukan pemikiran dan evaluasi pelaksanaan PPK-BLUD RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 1.4.2. Bagi peneliti dan akademik, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan bagi kemajuan akademik dan dapat dijadikan bahan acuan bagi penelitian selanjutnya dengan topik yang sama.
- 1.4.3. Bagi masyarakat umum, hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai bahan referensi dalam menambah wawasan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah

2.1.1 Definisi

Berdasarkan Undang-undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara pasal 1 butir (23), Badan layanan umum adalah instansi *non profit* di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Prinsip-prinsip pokok yang tertuang dalam undang-undang tersebut menjadi dasar penetapan instansi pemerintah untuk menerapkan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU). Proses penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu dan berkesinambungan sehingga BLU bersangkutan melakukan pembaharuan manajemen keuangan, demi meningkatkan pelayanan pemerintah kepada masyarakat.

Apabila dikelompokkan menurut jenisnya, Badan Layanan Umum dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

- a. BLU yang kegiatannya menyediakan barang dan jasa meliputi rumah sakit, lembaga pendidikan, pelayanan lisensi, dan lain-lain
- b. BLU yang kegiatannya mengelola wilayah atau kawasan meliputi otoritas pengembangan wilayah dan kawasan ekonomi terpadu (Kapet)
- c. BLU yang kegiatannya mengelola dana khusus meliputi pengelola dana bergulir, penerusan pinjaman dan tabungan pegawai (Armen, *et.al.*, 2013: 12).

Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang

memberikan fleksibilitas berupa keleluasan dalam menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya (Permendagri 61/2007).

2.1.2 Tujuan dan Azas PPK-BLUD

Menurut Permendagri No. 61 Tahun 2007, Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sedangkan azas terbentuknya BLUD adalah sebagai berikut:

- a. BLUD beroperasi sebagai perangkat kerja pemerintah daerah untuk tujuan pemberian layanan umum secara lebih efektif dan efisien sejalan dengan praktek bisnis yang sehat, yang pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh kepala daerah
- b. BLUD merupakan bagian dari perangkat pemerintah daerah yang dibentuk untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah, dengan status hukum tidak terpisah dari pemerintah daerah
- c. Kepala daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan umum yang didelegasikan kepada BLUD terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan
- d. Pejabat pengelola BLUD bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan pemberian layanan umum yang didelegasikan oleh kepala daerah
- e. BLUD harus mengutamakan efektivitas dan efisiensi serta kualitas dalam pelaksanaan pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan

- f. Rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja BLUD disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja pemerintah daerah
- g. BLUD diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan untuk menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat, BLUD diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangannya.

2.2 Rumah Sakit

2.2.1 Definisi

World Health Organization memberikan definisi; “Rumah Sakit adalah bagian integral dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, kuratif, dan preventif kepada masyarakat, serta pelayanan rawat jalan guna menjangkau keluarga di rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian bio-medik”. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5/Menkes/pos/15/2005 mendefinisikan “Rumah Sakit adalah suatu sarana upaya kesehatan dari pemerintah atau swasta yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta bermanfaat untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian”. Sementara menurut UU No. 44 Tahun 2009, “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Sesuai dengan definisi-definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk memberikan pelayanan medis dan sebagai tempat penelitian serta pengembangan ilmu teknologi bidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

2.2.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana disebutkan, menurut Pusat Himpunan Peraturan Perundangan Bidang Kesehatan (2002) Rumah Sakit memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan pelayanan publik;
- b. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis;
- c. Menyelenggarakan pelayanan dan arahan keperawatan;
- d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan;
- e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan;
- f. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan;
- g. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

2.2.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit pada dasarnya dapat diklasifikasikan ke dalam berbagai kelompok sesuai dengan tujuannya. Penggolongan rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan berdasarkan beberapa kategori (Armen, *et al.*, 2013), yaitu:

1. Penggolongan Rumah Sakit Berdasarkan Bentuk Pelayanannya:

- a. Rumah Sakit Umum, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit, dari yang bersifat dasar sampai dengan sub spesialis
- b. Rumah Sakit Khusus, adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu
- c. Rumah Sakit Pendidikan, adalah rumah sakit umum yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis tingkat S1, S2 dan S3.

2. Penggolongan Rumah Sakit Berdasarkan Penyelenggaraanya:

- a. Rumah Sakit Pemerintahan, adalah rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh:
 - 1) departemen Kesehatan
 - 2) pemerintah daerah
 - 3) ABRI
 - 4) BUMN
- b. Rumah Sakit Swasta, adalah rumah sakit yang dimiliki dan diselenggarakan oleh:
 - 1) Yayasan, yaitu yang sudah disahkan sebagai badan hukum
 - 2) Badan hukum lain yang bersifat sosial.

3. Penggolongan Rumah Sakit Berdasarkan Perbedaan Tingkat, Menurut Kemampuan Pelayanan Kesehatan yang dapat Disediakan, yaitu:

- a. Rumah Sakit Kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dan sub spesialisik
- b. Rumah Sakit Kelas B-II, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan subspecialistik terbatas
- c. Rumah Sakit Kelas B-I, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan pelayanan medis spesialisik sekurang-kurangnya ada satu jenis spesialisik
- d. Rumah Sakit Kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan pelayanan medis spesialisik dalam empat cabang: penyakit dalam, bedah, kebidananatau penyakit kandungann dan kesehatan anak
- e. Rumah Sakit Kelas D , adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan sekurang-kurangnya pelayanan medis dasar atau pelayanan yang bersifat umum.

Klasifikasi di atas merupakan klasifikasi untuk rumah sakit pemerintah, sedangkan untuk rumah sakit swasta belum ditentukan, sementara ini rumah sakit

swasta masih mengikuti klasifikasi rumah sakit pemerintah. Rumah sakit pemerintah adalah barang milik negara yang dipergunakan untuk kepentingan umum. Pemerintah dapat menerapkan syarat-syarat finansial bagi masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan dari rumah sakit bersangkutan (Armen *et.al*, 2013: 44-45).

2.2.4 Organisasi Rumah Sakit

Penyelenggaraan rumah sakit mencakup pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan pelayanan administrasi. Pelayanan medis rumah sakit secara langsung dilaksanakan oleh :

- a. Staf medis, terdiri dari para dokter profesional dalam bidangnya masing-masing. Dokter memiliki wewenang dan hak otonomi untuk menangani pasien mereka. Wewenang ini melekat karena profesi tidak dapat diicampuri oleh pihak-pihak yang tidak berkepentingan langsung dalam penanganan pasien.
- b. Staf perawatan, yang terdiri dari para perawat profesional yang bertugas untuk memberi pertolongan kepada pasien atas dasar instruksi dokter.
- c. Staf administrasi, urusan administrasi seperti penerimaan pembayaran, penagihan piutang, pembayaran biaya, pengendalian terhadap pendapatan ditangani oleh staf administrasi.

2.3 Paradigma Baru Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit

2.3.1 Desentralisasi Rumah Sakit

Desentralisasi dapat didefinisikan pemindahan kewenangan, kekuasaan, perencanaan pemerintahan dan pengambilan keputusan dari tingkat pemerintahan yang lebih tinggi ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah (Mills, dkk, 1989 dalam Armen, 2013: 6). Secara sederhana, desentralisasi kesehatan dapat diartikan sebagai penyerahan urusan kesehatan ke pemerintah daerah. Dalam hal ini Dinas Kesehatan

di dalam struktur pemerintahan menjadi lembaga tertinggi yang mengurus sektor kesehatan di daerahnya.

Desentralisasi bidang kesehatan di Indonesia secara yuridis formal dilaksanakan setelah dikeluarkannya UU No. 22 Tahun 2009, disusul oleh PP No. 25 Tahun 2000, sebagai payung hukum, serta Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 1107/Menkes/E/VII/2000. UU No. 22 Tahun 1999 pasal 1 ayat (h) menyebutkan “otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonomi untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat (termasuk bidang kesehatan), menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku”. Sebelum kebijakan desentralisasi diterapkan peran Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota hanya sebagai pelaksana pusat. Namun, kondisi tersebut berubah sesuai dengan dinamika perkembangan lingkungan yaitu mulai diterapkannya kebijakan desentralisasi yang mengakibatkan terjadinya perubahan besar dalam hal peraturan lembaga pemerintahan yaitu menjadi peran pelaksana, pemberi biaya dan pembuat regulasi (Armen, 2013: 6).

2.4 Kinerja dan Pengukuran Kinerja

2.4.1 Pengertian Kinerja

Menurut Fahmi (2010:2), kinerja merupakan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi baik yang bersifat *profit oriented* dan *non profit oriented* dalam periode waktu tertentu. Kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan atau program dalam sebuah kebijakan untuk mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam strategi organisasi (Mahsun, 2013:25). Kinerja juga merupakan keluaran dari fungsi-fungsi atau indikator-indikator suatu pekerjaan atau profesi pada waktu tertentu (Wirawan, 2009:3).

Menurut Mahmudi (2007:337), kinerja merupakan keberhasilan personal, tim atau unit organisasi dalam mewujudkan sasaran strategi yang telah ditetapkan

sebelumnya. Berdasarkan definisi-definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah tingkat pencapaian dari indikator-indikator suatu pekerjaan yang dilakukan oleh personel, tim maupun unit organisasi dalam mewujudkan sasaran strategi yang telah ditetapkan sebelumnya.

2.4.2 Pengertian Pengukuran Kinerja

Robertson (dalam Mahsun, 2013:25), menyatakan bahwa pengukuran kinerja adalah proses penilaian kemajuan pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya oleh perusahaan, termasuk informasi atas; efisiensi penggunaan sumber daya dalam menghasilkan barang dan jasa, kualitas barang dan jasa, hasil kegiatan dibandingkan dengan maksud yang diinginkan, dan efektivitas tindakan dalam mencapai tujuan. Menurut Moeherino (2010:93), pengukuran kinerja merupakan alat manajemen untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas dengan menilai pencapaian target-target tertentu yang telah ditetapkan.

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa pengukuran kinerja merupakan alat manajemen untuk menilai kemajuan pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran yang telah dibuat untuk meningkatkan kualitas dan akuntabilitas perusahaan.

2.4.3 Langkah-langkah Pengukuran Kinerja

Menurut Moeherino (2010:61) terdapat empat langkah dalam melakukan pengukuran kinerja, yaitu:

- a. Penetapan sasaran, tujuan dan strategi organisasi sesuai visi dan misi organisasi.
- b. Perumusan indikator kinerja dan ukuran kinerja. Indikator kinerja memacu pada penilaian kinerja secara tidak langsung yang berupa indikasi-indikasi kinerja, sedangkan ukuran kinerja mengacu pada penilaian kinerja secara langsung seperti tingkatan, tren, perbandingan dan integrasi.

- c. Pengukuran tingkat pencapaian tujuan, sasaran dan strategi organisasi dengan cara membandingkan kemajuan yang telah dicapai oleh organisasi dengan tujuan yang ditetapkan pada perencanaan strategi organisasi.
- d. Evaluasi kinerja dengan menilai kemajuan organisasi dan pengambilan keputusan yang berkualitas, memberikan gambaran seberapa besar tingkat keberhasilan tersebut dan mengevaluasi langkah yang akan diambil organisasi selanjutnya.

2.4.4 Manfaat Pengukuran Kinerja

Dalam organisasi, pengukuran kinerja adalah hal yang penting dalam manajemen program secara keseluruhan karena kinerja yang dapat diukur akan mendorong pencapaian kinerja. Menurut Uha (2015:235) manfaat pengukuran kinerja yaitu;

- a. Memastikan pemahaman para pelaksana akan ukuran yang digunakan untuk pencapaian kinerja.
- b. Memastikan tercapainya rencana kinerja yang telah disepakati.
- c. Memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan kinerja dengan membandingkannya dengan rencana kerja serta melakukan tindakan untuk memperbaiki kinerja.
- d. Memberikan penghargaan dan hukuman yang objektif atas prestasi pelaksana dengan sistem pengukuran yang disepakati.
- e. Menjadi alat komunikasi antar bawahan dan pimpinan dalam upaya memperbaiki kinerja organisasi.
- f. Mengidentifikasi apakah kepuasan pelanggan telah terpenuhi.
- g. Membantu memahami proses kegiatan instansi pemerintah.
- h. Memastikan bahwa pengambilan keputusan secara objektif.
- i. Menunjukkan peningkatan yang perlu dilakukan.
- j. Mengungkapkan permasalahan yang terjadi.

2.4.6 Tingkatan Pengukuran Kinerja

Menurut Uha (2015:236) setiap organisasi biasanya cenderung untuk tertarik pada pengukuran kinerja dalam aspek berikut ini:

a. Aspek Finansial

Aspek finansial meliputi anggaran rutin dan pembangunan dari suatu instansi pemerintah. Aspek finansial dapat dianalogikan sebagai aliran darah dalam tubuh manusia, maka aspek finansial merupakan aspek penting yang perlu diperhatikan dalam pengukuran kinerja.

b. Kepuasan Pelanggan

Semakin banyaknya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas, maka instansi pemerintah dituntut untuk secara terus-menerus memberikan pelayanan prima. Untuk itu, pengukuran kinerja perlu didesain sehingga pimpinan dapat memperoleh informasi yang relevan atas tingkat kepuasan pelanggan.

c. Operasi Bisnis Internal

Informasi bisnis internal diperlukan untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan instansi pemerintah sudah *inconcert* (seirama) untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi. Selain itu, informasi operasi bisnis internal diperlukan untuk melakukan perbaikan terus-menerus atas efisiensi operasi perusahaan.

d. Kepuasan Pegawai

Dalam setiap organisasi, pegawai merupakan aset yang harus dikelola dengan baik, apalagi dalam perusahaan yang melakukan banyak inovasi, peran strategis pegawai sungguh sangat nyata. Hal serupa juga terjadi pada instansi pemerintah, apabila pegawai tidak terkelola dengan baik maka kehancuran dari organisasi sulit untuk dicegah.

e. Kepuasan Komunitas dan *Shareholders/ Stakeholders*

Instansi pemerintah tidak beroperasi in vacuum, artinya kegiatan organisasi berinteraksi dengan berbagai pihak yang menaruh kepentingan terhadap keberadaannya. Untuk itu, informasi dari pengukuran kinerja perlu didesain untuk mengakomodasi kepuasan dari para *stakeholders* .

f. Waktu

Ukuran waktu juga merupakan variabel yang perlu diperhatikan dalam desain pengukuran kinerja. Betapa sering kita membutuhkan informasi untuk pengambilan keputusan, namun informasi tersebut lambat diterima, sebaliknya informasi yang ada sering sudah tidak relevan atau kadaluarsa.

Perhatian dan penetapan pengukuran pada aspek di atas merupakan bagian yang signifikan atas sistem pengukuran kinerja yang berhasil. Selain kesamaan dalam aspek informasi yang diharapkan dari kinerja, ada perbedaan penekanan pengukuran kinerja dalam organisasi sektor swasta dan organisasi publik. Sektor swasta mengutamakan pengukuran keberhasilan kinerja berdasarkan *profit* (keuntungan), sedangkan pada organisasi publik, kinerja diukur dengan cara membandingkan misi dan tujuan dengan pencapaiannya.

2.5 Indikator Kinerja Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum

Berdasarkan Kamus Indikator Kinerja Badan Layanan Umum Unit Pelaksana Teknis Vertikal oleh Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2016 bahwa indikator kinerja Rumah Sakit yang telah berstatus BLU Penuh meliputi dua aspek yaitu aspek klinis dan aspek manajerial.

1) Aspek Klinis,

Berdasarkan perspektif proses bisnis internal rumah sakit, terdapat beberapa subindikator kinerja klinis rumah sakit, yaitu :

a) Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*

Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah kepatuhan para staf medis/DPJP dalam menggunakan *clinical pathway* untuk memberikan asuhan klinis pasien

secara terstandarisasi dan terinterasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Setiap Rumah Sakit menetapkan paling sedikit 5 *clinical pathway* dari data 5 penyakit terbanyak dengan ketentuan *high volume, high cost, high risk* dan diprediksi sembuh.

b) Persentase Kejadian Pasien Jatuh

persentase pasien jatuh adalah terjadinya pasien jatuh selama pasien mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya.

c) Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)

Penerapan Keselamatan Operasi (PKO) adalah pengisian checklist keselamatan operasi pada form yang dilakukan oleh petugas pada tahapan-tahapan tertentu.

d) Kepatuhan Pengguna Formularium Nasional (Fornas)

Kepatuhan Pengguna Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk pasien JKN.

e) Tidak Adanya Kejadian Salah Sisi

Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian pembedahan di kamar operasi yang dilakukan pada sisi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya, hal tersebut tidak disadari oleh operator maupun oleh asisten badannya.

f) Dekubitus

Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus-menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997).

g) Infeksi Saluran Kencing

Infeksi saluran kencing adalah infeksi yang terjadi sebagai akibat dari pemasangan kateter > 48 jam.

h) Infeksi Daerah Operasi

Infeksi daerah operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dalam satu tahun dengan implan pasca bedah.

i) *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)

Ventilator Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik > 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.

j) Infeksi Aliran Darah Peifer (Phlebitis)

Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena (Brunner dan Sudarth, 2002).

k) *Net Death Rate* (NDR)

Net Death Rate (NDR) adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.

l) Kematian Pasien di IGD

Kematian pasien di IGD adalah kematian pasien yang terjadi dalam periode \leq 8 jam sejak pasien datang ke IGD.

m) Kejadian Kematian Ibu

Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia dan sepsis.

n) Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)

Jumlah kesalahan yang terjadi dalam tahap peresepan yang dapat teridentifikasi sebelum pasien terpapar akibat dari kesalahan tersebut.

o) Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium

Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).

p) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi

Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).

2) Aspek Manajerial

Berdasarkan perspektif proses bisnis internal, terdapat 9 subindikator penilaian, yaitu:

a) Bed Occupancy Rate (BOR)

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu.

b) Emergency Respon Time 2 (ERT)

Emergency Respon Time 2 (ERT) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi.

c) Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Waktu tunggu rawat jalan adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter.

d) Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTE)

Waktu Tunggu Operasi Efektif adalah rata-rata tenggang waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan.

e) Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di *ekspertise* dan divalidasi dokter spesialis radiologi.

f) Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)

Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang sudah divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik.

g) Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotik sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan.

h) Pengembalian Rekam Medik dalam 1 x 24 Jam (PRM)

Pengembalian Rekam Medik dalam 24 jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang.

i) Jumlah Penelitian yang dipublikasikan*

Adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun.

Berdasarkan perspektif pelanggan terdapat 2 subindikator penilaian, yaitu:

a) Kepuasan Pelanggan (KP)

Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.

b) Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRR)

Kecepatan Respon terhadap Komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan *grading*/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/*grading*/dampak risiko.

Berdasarkan perspektif *Learning and Growth* terdapat 5 subindikator penilaian, yaitu:

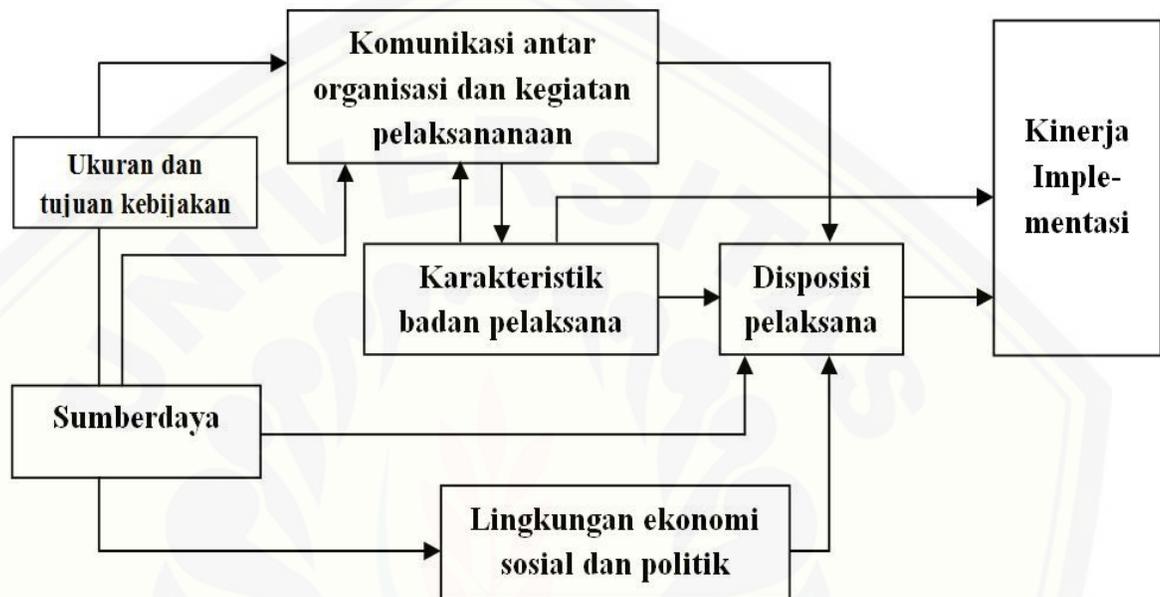
- a) Prosentase Staf di Area Kritis yang Mendapat Pelatihan 20 Jam/Orang/Tahun
Adalah staf tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD, ICU/HCU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai *gap* kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/staf/tahun.
- b) Tingkat Keandalan Sarpras (OEE)
Tingkat Keandalan Sarpras atau *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) adalah hasil pengukuran keandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu ketersediaan, kinerja dan kualitas.
- c) Tingkat Penilaian Proper
Dalam Pasal 1 Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 06 Tahun 2013 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup, disebutkan bahwa PROPER adalah program penilaian terhadap upaya penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam mengendalikan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup serta pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun.
- d) Level IT yang Terintegrasi

Level IT yang terintegrasi adalah penerapan IT di RS sesuai tingkatan atau klasifikasi keamanan sistem informasi terintegrasi (silod 1, 2, standar dan *advanced*).

e) Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran*

Adalah perbandingan jumlah dokter spesialis yang bekerja di RS Pendidikan yang sudah memenuhi kriteria sebagai dosen pembimbing/supervisor klinik, pendidik atau penguji, dan sudah mendapatkan TOT/OSCE, dan mempunyai rekomendasi dari Dekan Fakultas Kedokteran mitra kerjasamanya serta mempunyai Surat Pengangkatan sebagai Dosen sesuai peraturan perundang-undangan dengan mahasiswa kedokteran (Kemenkes RI, 2016).

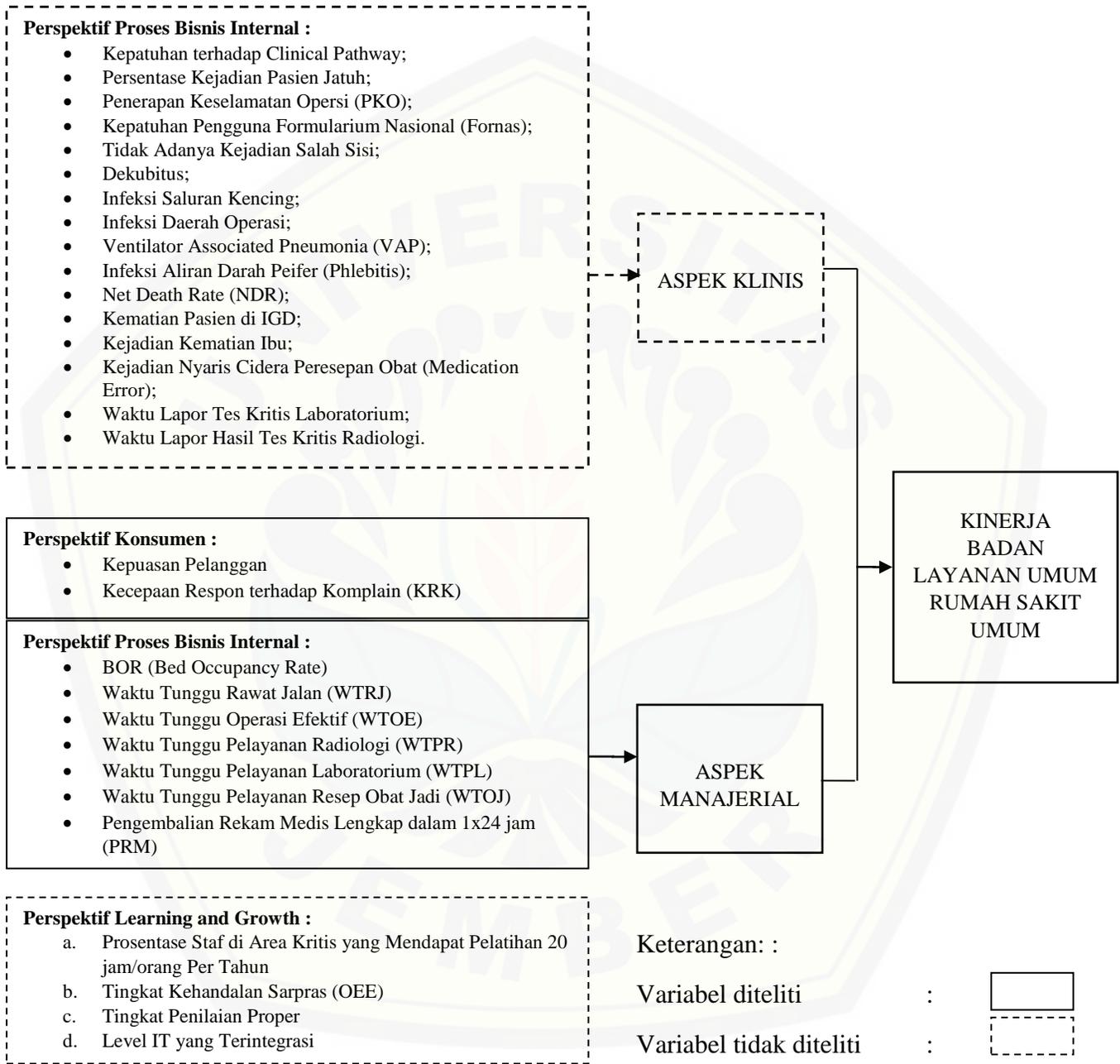
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Model Implementasi Kebijakan Van Meter Dan Van Horn

(Sumber: Subarsono, 2005)

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2. Kerangka Konseptual

Dari kerangka konsep tersebut dapat diketahui bahwa kinerja rumah sakit mencakup aspek klinis dan aspek manajerial. beberapa indikator dari kinerja aspek klinis berdasarkan perspektif proses bisnis internal meliputi Kepatuhan terhadap *clinical pathway*, persentase kejadian pasien jatuh, dekubitus, *Net Death Rate* (NDR), kematian pasien IGD, dan sebagainya. Selain aspek klinis, terdapat aspek manajerial yang berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit sebagai BLU yang terbagi menjadi 3 perspektif yaitu perspektif pelanggan/*customer*, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif *learnig and growth*. Berdasarkan perspektif customer terdapat 2 indikator yaitu kepuasan pelanggan dan kecepatan respon terhadap komplain, sedangkan berdasarkan perspektif proses bisnis internal terdapat 8 indikator yaitu, BOR (*Bed Occupancy Rate*), ERT 2 (*Emergency Response Time Rate 2*), waktu tunggu rawat jalan (WTRJ), waktu tunggu operasi efektif (WTOE), waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR), waktu waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL), waktu tunggu pelayanan resep obat jadi (WTOJ) dan pengembalian rekam medis lengkap dalam 1x24 jam (PRM). Berdasarkan perspektif *learning and growth* terdapat presentase staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/org/thn, tingkat penilaian proper, level IT terintegrasi, dan sebagainya. Menurut Kemenkes RI Tahun 2016 tentang indiaktor kinerja BLU Rumah Sakit Umum, Indikator-indikator pada aspek klinis dan aspek manajerial tersebut akan mempengaruhi bagaimana kinerja rumah sakit setelah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum (BLU).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Menurut Sugiyono (2014:347) Pendekatan kualitatif berarti proses eksplorasi dan memahami makna perilaku individu dan kelompok, menggambarkan masalah sosial atau masalah kemanusiaan. Pendekatan kualitatif adalah merupakan pendekatan yang berfungsi untuk menemukan dan memahami fenomena sentral (Sharan, 2007 dalam Sugiyono, 2014:348). Penelitian ini digunakan untuk melakukan kajian terhadap kinerja manajerial rumah sakit berdasarkan perspektif pelanggan dan perspektif proses bisnis internal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Bondowoso pada Oktober 2018 hingga selesai.

3.2.1 Alasan Penentuan Tempat Penelitian

- a. Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten Bondowoso termasuk dalam posisi 10 terbawah Jawa Timur
- b. AHH Kab. Bondowoso sejak 6 tahun terakhir berada pada posisi terbawah (Angka Harapan Hidup yang menjadi indikator utama Indeks Kesehatan suatu daerah)
- c. Masyarakat miskin yang terdaftar di kab. Bondowoso tahun 2016 mencapai 573.506 jiwa
- d. RSUD dr. H. Koesnadi satu-satunya RSUD yang dikelola pemerintah dan telah berlaku BLU sejak tahun 2011

3.3 Informan Penelitian

Informan penelitian merupakan subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian. Informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian (Moloeng, 2010:35). Penentuan informan dilakukan secara terpilih dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang bertanggungjawab dan paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek/situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2014:368). Informan penelitian meliputi informan kunci, utama dan tambahan.

Informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Informan Kunci dalam penelitian ini adalah Plt. Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, Staff bagian Perencanaan RSUD dr. H. Koesnadi dan Kepala Instalasi Rawat Jalan.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan utama dalam penelitian ini adalah kepala urusan dan penanggungjawab setiap poli di instalasi rawat jalan, kepala instalasi rekam medis, kepala instalasi radiologi, kepala instalasi laboratorium, kepala instalasi farmasi dan kepala instalasi bedah sentral di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- c. Informan tambahan adalah orang yang tidak terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti namun dapat memberikan informasi tentang interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan dalam penelitian ini adalah Apoteker penanggungjawab di Apotik Rawat Jalan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.4 Fokus Penelitian

Spradley (dalam Sugiyono, 2014:352) menyatakan bahwa fokus penelitian merupakan domain tunggal atau beberapa domain yang terkait dengan situasi sosial Fokus penelitian dalam penelitian ini akan dijelaskan pada tabel 3.1, yaitu:

Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Definisi

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengambilan Data	Informan
1.	Perspektif Pelanggan (Customer)			
a.	Kepuasan Pelanggan	Persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan.	Dokumentasi menggunakan data sekunder laporan tahunan kinerja rumah sakit, wawancara dengan panduan wawancara	Ka. Instalasi PKRS, keluarga pasien
b.	Kecepatan Respon terhadap Komplain	Kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data dan tindak lanjut respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/ dampak risiko.	Dokumentasi menggunakan data sekunder laporan tahunan kinerja rumah sakit, wawancara dengan panduan wawancara	Ka. Instalasi PKRS
2.	Perspektif Proses Bisnis Internal			
a.	Bed Occupancy Rate	Persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara	Kepala instalasi rekam medis
b.	Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan (WTRJ)	Rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba di poliklinik sampai dilayani dokter	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, observasi menggunakan lembar <i>ceklist</i>	Kepala instalasi rawat jalan

c.	Waktu Tunggu Operasi Efektif (WTOE)	Rata-rata tenggang waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan.	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, observasi menggunakan lembar <i>ceklist</i>	Kepala instalasi bedah sentral
d.	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	Rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di <i>ekspertise</i> dan divalidasi dokter spesialis radiologi.	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, observasi menggunakan lembar <i>ceklist</i>	Kepala instalasi radiologi
e.	Waktu Tunggu pelayanan Laboratorium (WTPL)	Rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien mulai mendaftar di loket laboratorium dengan pengambilan sampel darah sampai dengan keluarnya hasil yang sudah divalidasi oleh dokter spesialis patologi klinik.	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, observasi menggunakan lembar <i>ceklist</i>	Kepala instalasi laboratorium
f.	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	Rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep obat di loket apotik sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi di apotik rawat jalan	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, observasi menggunakan lembar <i>ceklist</i>	Kepala instalasi farmasi
g.	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 1 x 24 jam (PRM)	Pengembalian Rekam Medik dalam 24 jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang	Dokumentasi, wawancara dengan panduan wawancara, observasi menggunakan lembar <i>ceklist</i>	Kepala instalasi rekam medis

Sumber: Kamus Indikator Kinerja Rumah Sakit Umum BLU, Kemenkes RI 2016

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung oleh peneliti baik melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Sugiyono, 2014:137). Data primer dalam penelitian ini meliputi pencapaian target indikator kinerja pada masing-masing instalasi pelayanan di rumah sakit. Data

primer tersebut didapatkan melalui wawancara kepada informan. Data primer pada penelitian ini adalah kinerja proses bisnis internal dan kepuasan pelanggan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yang mencakup: ketepatan waktu pelayanan rawat jalan, instalasi farmasi, instalasi bedah sentral, instalasi radiologi, instalasi laboratorium, instalasi rekam medis, ketepatan waktu penanganan komplain dan kepuasan pasien/keluarga pasien.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dengan cara membaca, mempelajari, dan memahami media lainnya yang bersumber dari literatur, buku-buku, serta dokumen perusahaan (Sugiyono, 2014:137). Data sekunder dalam penelitian ini meliputi laporan capaian standar pelayanan di instalasi gawat darurat, rekam medis, rawat jalan, bedah, laboratorium, radiologi, farmasi dan pelayanan pelanggan.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data menurut Sugiyono, (2016: 63) adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara. Pengumpulan data pada penelitian kualitatif lebih banyak pada observasi serta wawancara mendalam (Sugiyono, 2016:63). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

a. Wawancara mendalam

Wawancara mendalam atau *indepth interview* adalah suatu jenis wawancara yang dilakukan oleh seorang pewawancara untuk menggali informasi, memahami pandangan, kepercayaan, pengalaman, pengetahuan informan mengenai sesuatu hal secara utuh. Dalam wawancara mendalam, peneliti

mengajukan pertanyaan terbuka kepada informan, dan berupaya menggali informasi jika diperlukan untuk memperoleh informasi yang mendalam (Martha, 2016:53).

b. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2012:231) dokumentasi adalah mencari data yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Dokumentasi dalam penelitian ini bertujuan untuk mengumpulkan sumber data sekunder sebagai triangulasi.

c. Pengamatan (Observasi)

Creswell (2012) menyatakan observasi merupakan proses untuk memperoleh data dari tangan pertama dengan mengamati orang dan tempat pada saat dilakukan penelitian. Observasi tidak terbatas pada orang, tetapi juga objek-objek alam yang lain (Sugiyono, 2014:235). Observasi terbagi menjadi 2 jenis berdasarkan proses pelaksanaannya meliputi *participant observation* dan *non participant observation* (Suugiyono, 2014:236). Dalam penelitian ini, peneliti memilih jenis observasi non participant dimana peneliti tidak terlibat dalam aktivitas objek yang diteliti tetapi hanya sebagai pengamat independen dan sifatnya terstruktur, yaitu observasi yang telah dirancang secara sistematis, tentang apa yang akan diamati, kapan dan dimana tempatnya.

d. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulna data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data (Sugiyono, 2014:397). Wibowo (2013 dalam Wibowo 2014:156) menyatakan bahwa triangulasi adalah dimana peneliti menggunakan berbagai metode pencarian data untuk mendapatkan gambaran dari fenomena yang

sedang ditelitinya yaitu dengan melakukan misalnya wawancara, diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*), pengamatan, telaah dokumen dan semua itu untuk memperkuat kesahihan dan memeperkecil bias dari data dan informasi yang diperoleh untuk menjawab fenomena yang sedang diteliti. Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber data dengan melakukan pengecekan terhadap konsistensi dari berbagai sumber data dengan menggunakan metode yang sama (Wibowo, 2014:158).

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Jumlah instrumen penelitian tergantung pada jumlah variabel penelitian yang telah ditetapkan untuk diteliti (Sugiyono, 2014:178,179). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara, handphone untuk merekam dan mendokumentasikan gambar, serta alat tulis.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penyajian dalam bentuk teks (Tekstular), penyajian dalam bentuk grafik, dan penyajian dalam bentuk tabel (Notoatmodjo, 2012:81). Teknik penyajian data dalam penelitian ini dalam bentuk narasi hasil wawancara dengan informan yang disesuaikan dengan pandangan informan.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data menurut Moleong (2011: 248) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceriterakan pada orang lain.

Miles & Huberman (2014: 17) menyebutkan bahwa teknik analisis data dalam penelitian kualitatif meliputi :

1. Pengumpulan Data

Mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis. Langkah ini melibatkan transkrip wawancara, men-scanning materi, mengetik data lapangan atau memilah-milah dan menyusun data tersebut kedalam jenis-jenis yang berbeda tergantung pada sumber informasi.

2. Reduksi data (*Data Reduction*)

Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tak perlu dan mengorganisasikan data-data yang telah di reduksi memberikan gambaran yang lebih tajam tentang hasil pengamatan menjadi tema.

3. Penyajian Data (*Data Display*)

Penyajian data merupakan analisis dalam bentuk matrik, network, cart, atau grafis. Pada penelitian kualitatif, penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, tabel, bagan dan hubungan antar kategori. Melalui penyajian data tersebut, maka data terorganisasikan, dan tersusun sehingga akan semakin mudah dipahami.

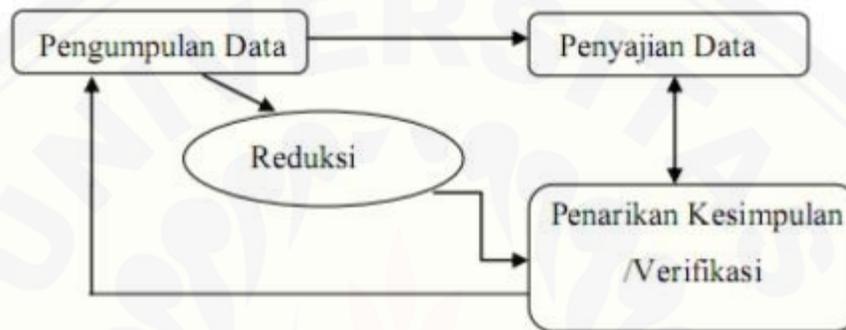
4. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing/Verivication*)

Kesimpulan merupakan penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah apabila tidak ditemukan bukti-bukti kuat yang mendukung tahap pengumpulan

berikutnya. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif dapat menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal.

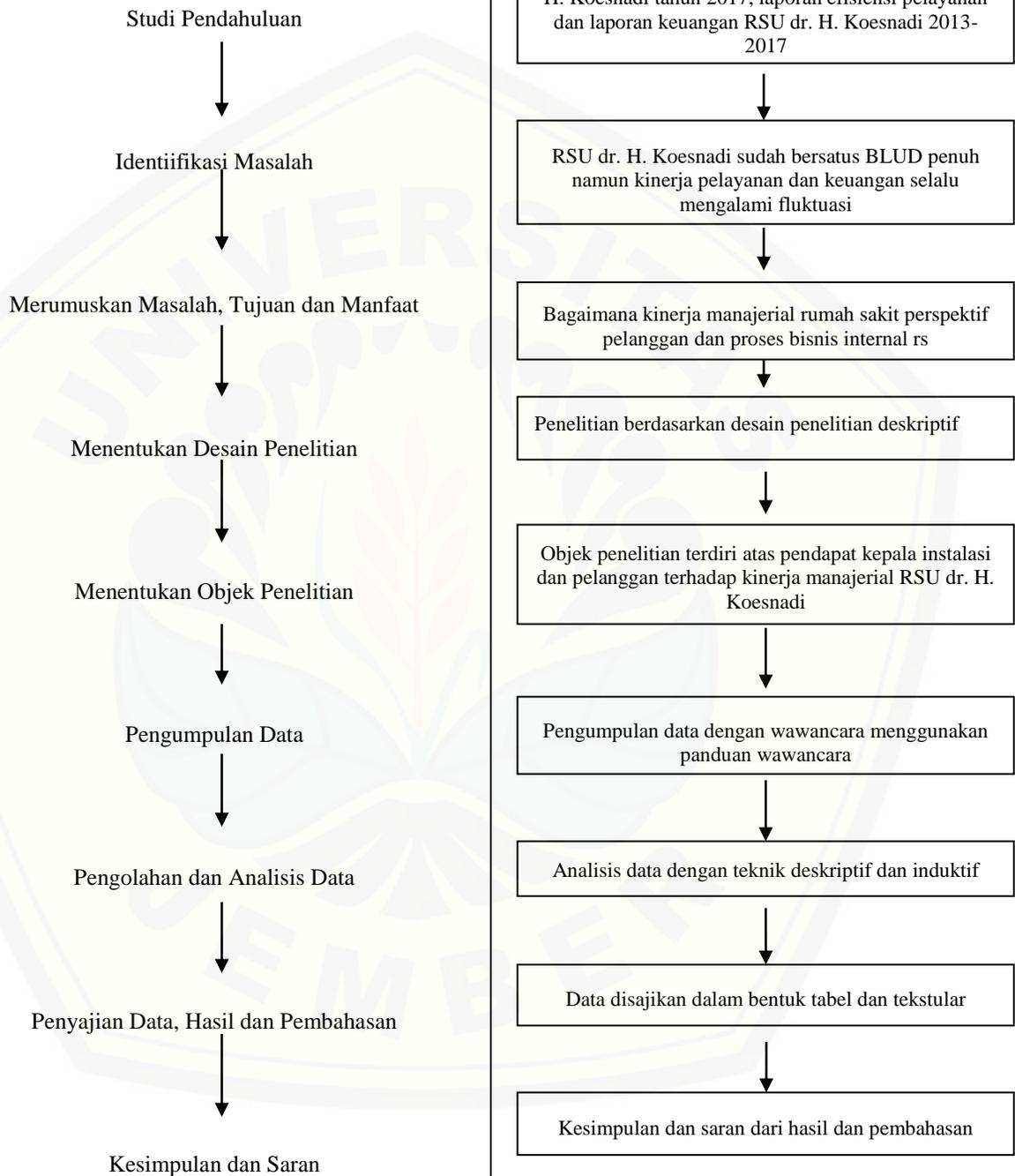
Secara skematis proses pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 3.1 Teknik Analisis Data *Miles and Huberman*



Sumber: Rukajat, 2018 (36-37)

3.8 Alur penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian mengenai Analisis Kinerja Manajerial Pasca Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah:

a. Proses Bisnis Internal

Kinerja proses bisnis internal meliputi BOR, waktu tunggu rawat jalan, waktu tunggu operasi elektif, waktu tunggu pelayanan radiologi, waktu tunggu pelayanan laboratorium, waktu tunggu resep obat jadi dan pengembalian berkas rekam medik lengkap dalam 1 x 24 jam. Proses bisnis internal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso seringkali mengalami kendala yaitu memanjangnya waktu tunggu pelayanan yang disebabkan oleh kurang disiplinnya para petugas medis dan transporter berkas rekam medik, tidak lengkapnya berkas pendaftaran pasien, kurangnya SDM di beberapa instalasi dan kurangnya perhatian dan kesadaran SDM terhadap SOP.

b. Pelanggan (*Customer*)

Kinerja manajerial perspektif pelanggan meliputi kepuasan pelanggan dan kecepatan respon terhadap komplain. Hasil survey kepuasan masyarakat RSUD dr. H. Koesnadi menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan telah tercapai dengan baik dan sebagian besar kepuasan pasien dan/atau keluarga pasien dipengaruhi oleh ketepatan pelayanan medis, kecepatan respon oleh SDM Rumah Sakit, kondisi sarana prasarana, waktu tunggu dan empati (sikap ramah dan peduli) dari SDM di Rumah Sakit. Manajemen komplain belum dilaksanakan, selama ini tidak ada pengklasifikasian komplain, sudah menjadi rencana dan akan diterapkan sejak tahun 2019.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis kinerja manajerial pasca penerapan PPK-BLUD di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, maka saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut.

- a. Bagi RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso untuk tetap mempertahankan kualitas dan memberikan pelayanan maksimal kepada masyarakat sebagaimana tujuan BLUD yang harus dicapai dengan mengembalikan fungsi Standar Pelayanan Minimal dan Standar Prosedur Operasional sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan lebih memajemen respon terhadap komplain yang diberikan oleh pasien/keluarga pasien sebagai pelanggan, dapat dimulai melalui sosialisasi standar pelayanan minimal kepada setiap kepala urusan/ruang kemudian dilanjutkan kepada staf dan teknisi dengan memberdayakan kepala urusan/ruang untuk mensosialisasikan kepada staf, memberlakukan *reward and punishment* sebagai upaya kontrol di masing-masing bagian dan strategi menambah serta mempertahankan motivasi kerja pegawai. Selain itu, memulai untuk menerapkan manajemen komplain sesuai dengan tingkat kepentingan komplain berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- b. Bagi peneliti selanjutnya, dapat dilakukan penelitian mengenai evaluasi penerapan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah di rumah sakit dan hubungan penerapan PPK BLUD dengan kinerja dan kepuasan pegawai.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarriani, A. 2017. *Peran Manajer Keuangan Rumah Sakit Di Era Masyarakat Ekonomi ASEAN*. <http://kanalpengetahuan.fk.ugm.ac.id/peran-manajer-keuangan-rumah-sakit-di-era-masyarakat-ekonomi-asean/>. [10 April 2018 : 21.22 WIB].
- Antara, A.. 2013. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Dari Instalasi Rawat Inap Ke Instalasi Rekam Medis Di RSUD Wangaya Kota Denpasar Tahun 2013. *Community Health Vol. 1 No. 2*. Bali: Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/jch/article/view/7638>. [24 Desember 2018: 8.12 WIB].
- Arikunto, S. 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Armen, F dan Viviyanti. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Bachtiar, R. 2017. Kajian Perencanaan Anggaran Pendapatan Fungsional Pada Rumah Sakit Milik Pemerintah Sebagai BLU (Studi di RSD Balung Kabupaten Jember). Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Bastian, Indra. 2006. *Akuntansi Sektor Publik: Suatu Pengantar*. Jakarta: Erlangga.
- BPS Jawa Timur. 2017. *Indeks Pembangunan Manusia Tahun 2016*. Surabaya: BPS Jawa Timur.
- Bukit, R et. al.,. 2014. Analisis Pengaruh Proses Bisnis Internal Terhadap Kinerja Keuangan Rumah Sakit Umum Swasta di Kota Medan. *Jurnal*. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara. www.jurnal.unsyiah.ac.id/TRA/article/download/10641/8392. [03 Agustus 2018:15.24 WIB].
- Creswell, J. 2012. *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed; Cetakan ke-2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Datuan, N. *et. al.* 2018. The Effect of Health Service Quality on Satisfaction Patients BPJS in General Hospital Haji. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim Universitas Hasanuddin Vol. 1 No. 2*. Makassar: Universitas Hasanuddin. <http://jkmmunhas.com/index.php/jkmmunhas/article/view/35>. [24 Desember 2018: 8.34 WIB].
- Dewi, A P. *et. al.* 2014. Analisis Pengendalian Kualitas dengan Pendekatan P.D.C.A. (Plan-Do-Check-Act) Berdasarkan Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit pada RSUD Dr. Adhyatma Semarang (Studi Kasus pada Instalasi Radiologi). *Jurnal Ilmu Administrasi Bisnis Vol. 3 No. 1*. Semarang: Universitas Diponegoro. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jiab/article/view/4422/4261>. [24 Desember 2018: 11.27 WIB].
- Dinkes Jatim. 2016. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015*. Surabaya: Dinkes Jatim.
- Dinkes Kab. Bondowoso. 2017. *Profil Kesehatan Kabupaten Bondowoso Tahun 2016*. Bondowoso: Dinkes Kab. Bondowoso.
- Fahrunisyyah, I. 2014. Analisis Hubungan Budaya Organisasi Melalui Pendekatan Competting Value Framework Terhadap Kinerja Tenaga Perawat: Studi di Instalasi Rawat Inap RSD Kalisat Kabupaten Jember. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Jember.
- Fitri, A. 2014. Analisis Waktu Tunggu Operasi Elektif Pasien Rawat Inap di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Kanker Dharmais Tahun 2014. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jakarta: Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2016-05/S55565Anasatia%20Nuansa%20Fitri>. [23 Desember 2018: 11.01 WIB].
- Haqiqi, M. 2016. Analisis Beban Kerja Petugas *Filling* Berdasarkan Metode *Work Load Indicator Staff Need* (WISN) DI Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2016. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Semarang: Rekam Medis dan Informatika Kesehatan. Fakultas Kesehatan. Universitas Dian Nuswantoro. <http://eprints.dinus.ac.id/21436/>. [20 Desember 2018: 19.59 WIB].
- Irawan, A. *et. al.* 2016. Manajemen Komplain dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Merauke. *Jurnal Ilmu Administrasi dan Sosial Vol. 5 No. 1*. Makassar: Universitas Musamus Merauke.

<http://ejournal.unmus.ac.id/index.php/societas/article/view/551>. [24 Desember: 10.42 WIB].

Jahra, N. 2014. Analisis Implementasi Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Pada Rumah Sakit Daerah Kalisat-Jember. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Ekonomi dan Bisnis. Universitas Jember.

Kemenkes RI, 2016. *Kamus Indikator Kinerja Badan Layanan Umum Unit Pelaksana Teknis Vertikal*. Jakarta: Kemenkes RI.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1981 Tahun 2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit.

Kesuma, S. 2015. *The Ability Diagnostics Reading for Change*. Yogyakarta: Deepublish. www.googlebooks.co.id/. [15 April 2018].

Keuangan RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso. 2017. *Laporan Tahunan Keuangan RSU Dr. H. Koesnadi Tahun 2012-2016*. Bondowoso: RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Laeliah, N dan Heru. 2017. Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu. *Jurnal Kesehatan Vokasional Vol. 1 No. 2*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/download/27576/16884>. [22 Desember 2018: 22.45 WIB].

Maharsi, Z. 2017. Tingkat Ketepatan Waktu Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSD Wates. *Skripsi*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani. http://repository.unjaya.ac.id/2054/2/ZETIRA%20NURMALITA%20MAHARSI_1314004_pisah.pdf. [27 Juli 2018: 15.28 WIB].

Mahfudlotin, L. 2016. Hubungan Tingkat Kepatuhan Sumber Daya Manusia Terhadap Mutu Internal Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Bara Meha Waingapu. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang. <http://repository.unimus.ac.id/127/>. [21 November 2018:23.18 WIB].

Mahmudi. 2007. *Manajemen Kinerja Sektor Publik..* Yogyakarta: UPP STIM YKPN.

- Mahsun, M. 2013. *Pengukuran Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: BPFYogyakarta.
- Mardiasmo. 2009. *Akuntansi Sektor Publik*. Yogyakarta: Andi.
- Marmeam. *et.al.* 2017. Faktor yang Memengaruhi Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zubir Mahmud Kabupaten Aceh Timur Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan Vol. 3 No. 2*. Medan: Magister Kesehatan Institut Kesehatan Helvetia, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara. <http://www.jurnal.uinsu.ac.id/index.php/kesmas/article/view/1684/1347>. [21 November 2018: 10.40 WIB].
- Moeherino. 2010. *Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Moleong, L. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Muhith, A. *et.al.* 2017. Marketing Mix by Bed Occupancy Ratio. *Jurnal Ners Vol. 8 No. 1*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/3889/> [20 Desember 2018: 9.59 WIB].
- Nazir. 2014. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nofitasari, D. 2013. Analisis Kinerja UPT Rumah Sakit Paru Jember Sebelum dan Sesudah Badan Layanan Umum. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Jember.
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pamungkas. F. *et. al.* 2015. Identifikasi Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Kedokteran Brawijaya Vol. 28 No. 2*. Malang: Kedokteran Universitas Brawijaya. <http://www.jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1049>. [24 Desember 2018: 8.03 WIB].
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 Tahun 2014 Tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

- Purwandari, N. *et. al.* 2017. Analisis Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan di Depo Farmasi Gedung MCEB RS Islam Sultan Agung Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 5 No. 1.* Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/14983/14482>. [16 November 2018: 20.17 WIB].
- Putri, T. *et. al.* 2017. Gambaran Beberapa Faktor Terkait Pemanfaatan *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Koesma Kabupaten Tuban. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 5 No. 1.* Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/15268/14764>. [22 November 2018: 14.03 WIB].
- Rekam Medis RSU Dr. H. Koesnadi. 2017. *Indikator Pelayanan Rumah Sakit. Laporan Tahunan Rekam Medis RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2012-2016.* Bondowoso: RSU Dr. H. Koesnadi.
- Rosita, B. dan Khairani, U. (2018). analisis lama waktu pelayanan laboratorium di rumah sakit umum daerah pasaman barat. *jurnal kesehatan perintis (Perintis's Health Journal) Vol 5 No. 1.* . Padang: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STI KES) Perintis Padang. <https://jurnal.stikesperintis.ac.id/index.php/JKP/article/view/153>. [23 Desember 2018: 7.45 WIB].
- Rukajat, A. 2018. *Pendekatan Penelitian Kualitatif.* Yogyakarta: Deepublish. Serial online. <https://books.google.co.id/books?id>. [04 Maret 2019: 09.15 WIB].
- Sari, B. *et. al.* 2018. Analisis Indikator Area Klinis dalam Memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Tidak Dipublikasikan. Thesis. Yogyakarta: Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/22057>. [20 Desember 2018: 09.55 WIB].
- Sarwono, J. 2011. *Mixed Methods.* Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Silitonga, T. 2018. Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Lama Waktu Tunggu Rawat Jalan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2016. *Skripsi.* Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. <http://jurnalkesmas.ui.ac.id/arsi/article/view/2568>. [14 November 2018:20.23 WIB].
- Siregar, S. 2018. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Rawat Jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit niversitas Sumatera Utara. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi.*

- Sumatera Utara: Fakultas Farmasi. Universitas Sumatera. <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/3953>. [23 Desember 2018: 7.56 WIB]
- Soejitno, Soedarmono, *et. al.*,. 2002. *Reformasi Perumahan Indonesia. Edisi Revisi*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Suryati, *et. al.* 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien BPJS terhadap Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 5 No. 5*. Semarang: Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/19255/18280>. [24 Desember 2018: 8.23 WIB].
- Undang-Undang No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Wibowo, A. 2014. *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Wirawan. 2009. *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia : Teori Aplikasi dan Penelitian*. Jakarta: Salemba Empat.
- Yulia, Y. dan Loli. 2017. Hubungan Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Spesialis Pribadi di Rumah Sakit Atma Jaya. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul. digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Research-9343-16_0033.pdf. [27 Juli 2018:15.23 WIB].
- Yusri, M. 2015. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tunggu Pemeriksaan Foto Toraks Pasien Rawat Jalan di Instalasi Radiologi Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2189>. [14 November 2018:20.17 WIB].

LAMPIRAN

LAMPIRAN A. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara Kepala Instalasi Rekam medis



Gambar 2. Wawancara Bidan Pelaksana Poli Kandungan



Gambar 3. Wawancara Kepala Instalasi Laboratorium



Gambar 4. Wawancara Tenaga Adm. Poli Anak



Gambar 5. Wawancara Pasien Poli Paru



Gambar 6. Kondisi Ruang Tunggu Poli Terpadu



Gambar 7. Kondisi Ruang Tunggu Poli Anak, Kandungan, Kulit, Rehab Medik dan Poli Jiwa

LAMPIRAN B. Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
RUMAH SAKIT UMUM "dr. H. KOESNADI"
Jl. Kapten Piere Tendean No. 3 Telepon (0332) 421974. Fax.0332 422311
BONDOWOSO



Kode Pos : 68214

Bondowoso, 15 Oktober 2018

Nomor : 070/HZ/430.10.7/2018
Sifat : Penting
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada :
Yth. 1. Kepala Instalasi Rawat Jalan
2. Kepala Instalasi Rekam Medik
3. Kepala Instalasi Laboratorium
4. Kepala Instalasi Radiologi
5. Kepala Instalasi PKRS
6. Kepala Instalasi Farmasi
7. Kepala Instalasi Bedah Sentral
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
Di
Bondowoso

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Bondowoso Nomor: 070/840/430.10.5/2018 Tanggal 10 Oktober 2018 Tentang Ijin Rekomendasi Penelitian dan memperhatikan Surat Wakil Dekan Bidang Akademik, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember Nomor : 4344/UN25.1.12/SP/2018 Tanggal 08 Oktober 2018 Perihal Permohonan Rekomendasi Penelitian di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso atas:

Nama : Yunita Zakiyatul Jannah
NIM : 142110101172
No. HP : 082 142 540 992
Judul : Analisis Kinerja Manajerial Pasca PKK BLUD Di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
Data yang dibutuhkan : Waktu Tunggu Pelayanan (**Panduan Wawancara**)
Lokasi : Ruang RM, Laboratorium, Rawat Jalan, Radiologi, PKRS, Farmasi, Ruang IBS
Waktu : 2 (Dua) Bulan

maka pada prinsipnya kami setuju yang bersangkutan melakukan penelitian di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso serta kepada pihak terkait dengan kegiatan ini hendaknya dapat membantu sepenuhnya.

Sebagai bentuk partisipasi dari Wakil Dekan Bidang Akademik, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka kami mohon agar hasil rekomendasi/saran dari Penelitian ini disampaikan sebagai masukan pada RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso melalui Bagian Perencanaan (Sub Bagian Penelitian, Pengembangan, Monitoring dan Evaluasi) RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. Plt, Direktur.

RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
Wakil Direktur Umum dan Keuangan
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso

Tasrip, S.Kep.Ns., MMKes
NIP. 19650107 499103 1 011

LAMPIRAN C. Lembar Pernyataan

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Kepada Yth. Bapak/Ibu.....
di.....

Dengan Hormat, dalam rangka pelaksanaan penelitian skripsi yang berjudul “Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso”, kami mohon partisipasi Bapak/Ibu secara sukarela untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur dengan mengisi lembar persetujuan (*Informed Consent*) yang telah disediakan terlebih dahulu. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko dan dampak apapun terhadap Bapak/Ibu sebagai responden penelitian karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah. Kerahasiaan jawaban yang akan Bapak/Ibu berikan, dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Atas partisipasi Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Jember, 2018

Peneliti

Yunita Zakiyatul Jannah

142110101172

LAMPIRAN D. Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Instansi :

Jabatan :

Alamat :

No. Telp :

Menyatakan persetujuan untuk membantu untuk membantu dengan menjadi objek penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Yunita Zakiyatul Jannah

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : **KAJIAN KINERJA MANAJERIAL PADA PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL DAN PELANGGAN PASCA PENERAPAN PENGELOLAAN KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH**

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak risiko apapun terhadap saya dan profesi saya serta kedinasan. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya.

Bondowoso,.....2018

Informan

(.....)

LAMPIRAN E. Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

**KAJIAN KINERJA MANAJERIAL PADA PERSPEKTIF PROSES BISNIS
INTERNAL DAN PELANGGAN PASCA PENERAPAN PENGELOLAAN
KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH**

Nama : Yunita Zakiyatul Jannah
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan
Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD)
di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Wawancara:

1. Perkenalkan diri pewawancara.
2. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas kesediannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai.
3. Jelaskan tentang waktu dan tujuan wawancara.
4. Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
5. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
6. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada penilaian.
7. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar dijamin kerahasiannya.
8. Wawancara ini dapat direkam dengan *handphone* untuk membantu penelitian.

LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan utama

(Ka. Urusan – petugas Poli Rawat Jalan)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

WAKTU TUNGGU PELAYANAN RAWAT JALAN DI RSUD DR. H.
KOESNADI BONDOWOSO

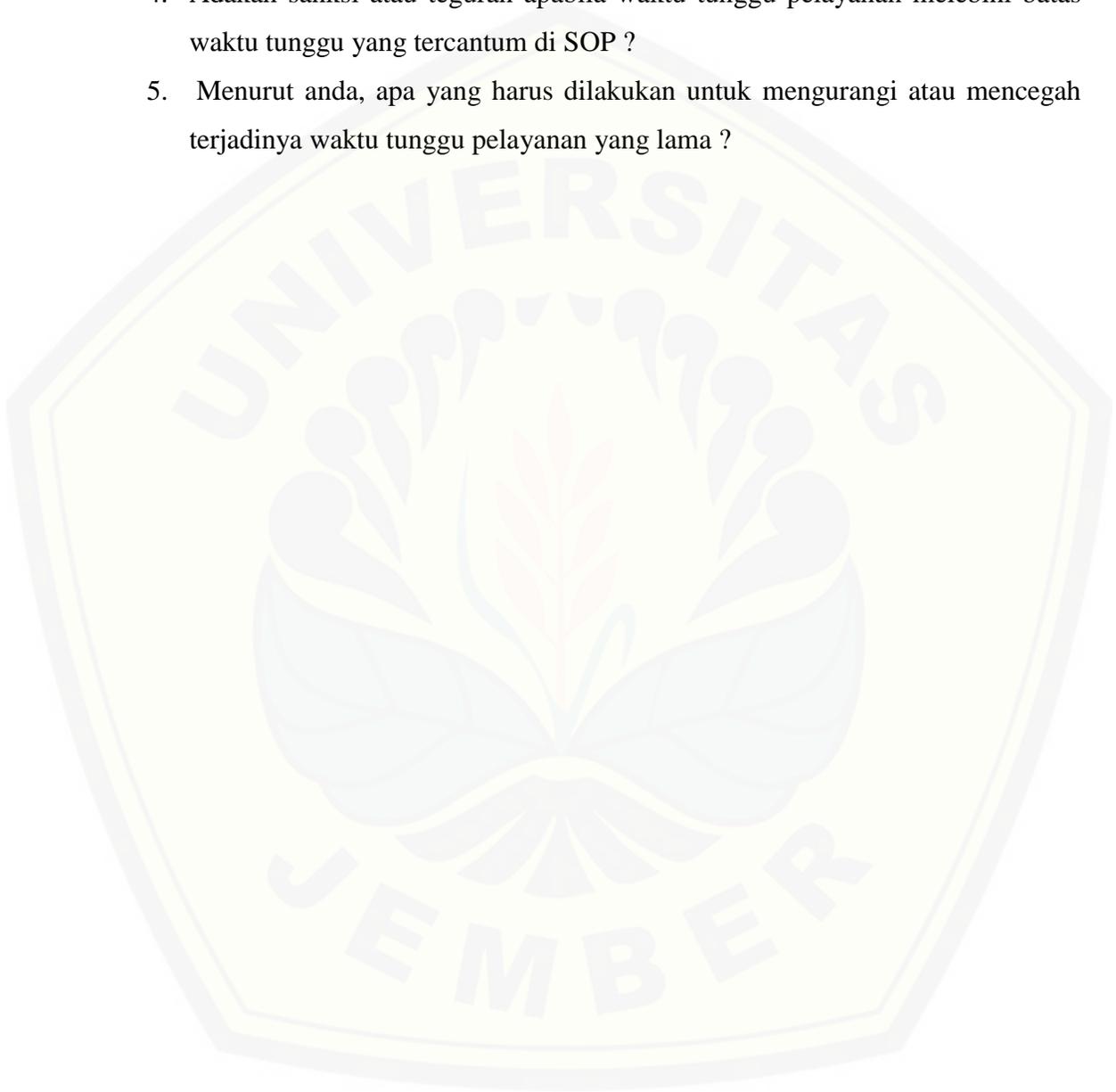
I. Data Umum Informan

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama batas waktu tunggu pelayanan di instalasi rawat jalan menurut SOP Rumah sakit ?
2. Apakah sering terjadi waktu tunggu pelayanan yang melebihi batas waktu tunggu pelayanan yang telah ditetapkan di SOP ?

3. Apa yang menyebabkan waktu tunggu pelayanan melebihi batas waktu tunggu yang telah ditetapkan di SOP ?
4. Adakah sanksi atau teguran apabila waktu tunggu pelayanan melebihi batas waktu tunggu yang tercantum di SOP ?
5. Menurut anda, apa yang harus dilakukan untuk mengurangi atau mencegah terjadinya waktu tunggu pelayanan yang lama ?



LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan Utama

(Ka Ins. Bedah Sentral)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

WAKTU TUNGGU OPERASI EFEKTIF DI RSUD DR. H. KOESNADI
BONDOWOSO

I. Data Umum Informan

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama tenggang waktu tunggu sejak pasien rawat inap dengan rencana operasi hingga operasi dilaksanakan berdasarkan SOP yang telah ditetapkan di rumah sakit ?

2. Apakah tenggang waktu tunggu pelayanan sering melebihi standar yang sudah ditetapkan di SOP ?
3. Apa yang menyebabkan waktu pelayanan melebihi standar yang sudah ditetapkan pada SOP ?
4. Apa pengaruh terhadap tahap selanjutnya apabila waktu pelayanan melebihi dari standar yang ditetapkan ?
5. Apakah terdapat sanksi atau teguran apabila tenggang waktu tunggu pelayanan operasi pasien melebihi SOP yang telah ditetapkan ?
6. Menurut anda, apa yang harus dilakukan untuk mengurangi atau mencegah terjadinya waktu pelayanan yang melebihi SOP ?

LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan Utama

(Ka Ins. Radiologi)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

WAKTU TUNGGU PELAYANAN RADIOLOGI DI RSUD DR. H. KOESNADI
BONDOWOSO

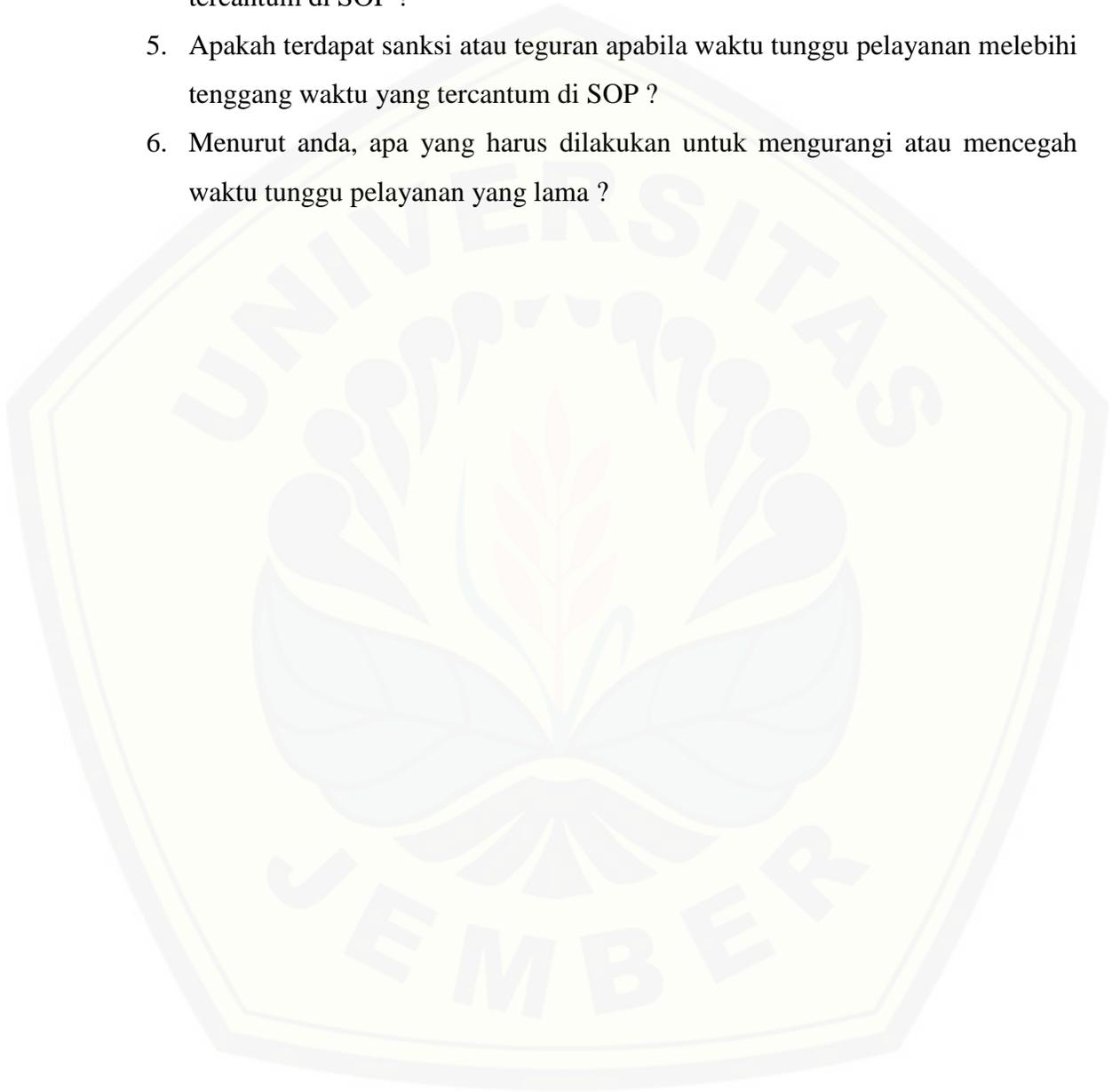
I. Data Umum Informan

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama tenggang waktu pelayanan sejak pasien mendaftar di loket radiologi hingga keluarnya hasil yang sudah divalidasi oleh dokter berdasarkan SOP di rumah sakit ?
2. Apakah sering terjadi waktu tenggang pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?

3. Apa pengaruh lamanya waktu tunggu pelayanan terhadap tahap selanjutnya ?
4. Apa penyebab waktu tunggu pelayanan sering melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
5. Apakah terdapat sanksi atau teguran apabila waktu tunggu pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
6. Menurut anda, apa yang harus dilakukan untuk mengurangi atau mencegah waktu tunggu pelayanan yang lama ?



LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan Utama

(Ka Ins. Laboratorium)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

WAKTU TUNGGU PELAYANAN LABORATORIUM DI RSUD DR. H.
KOESNADI BONDOWOSO

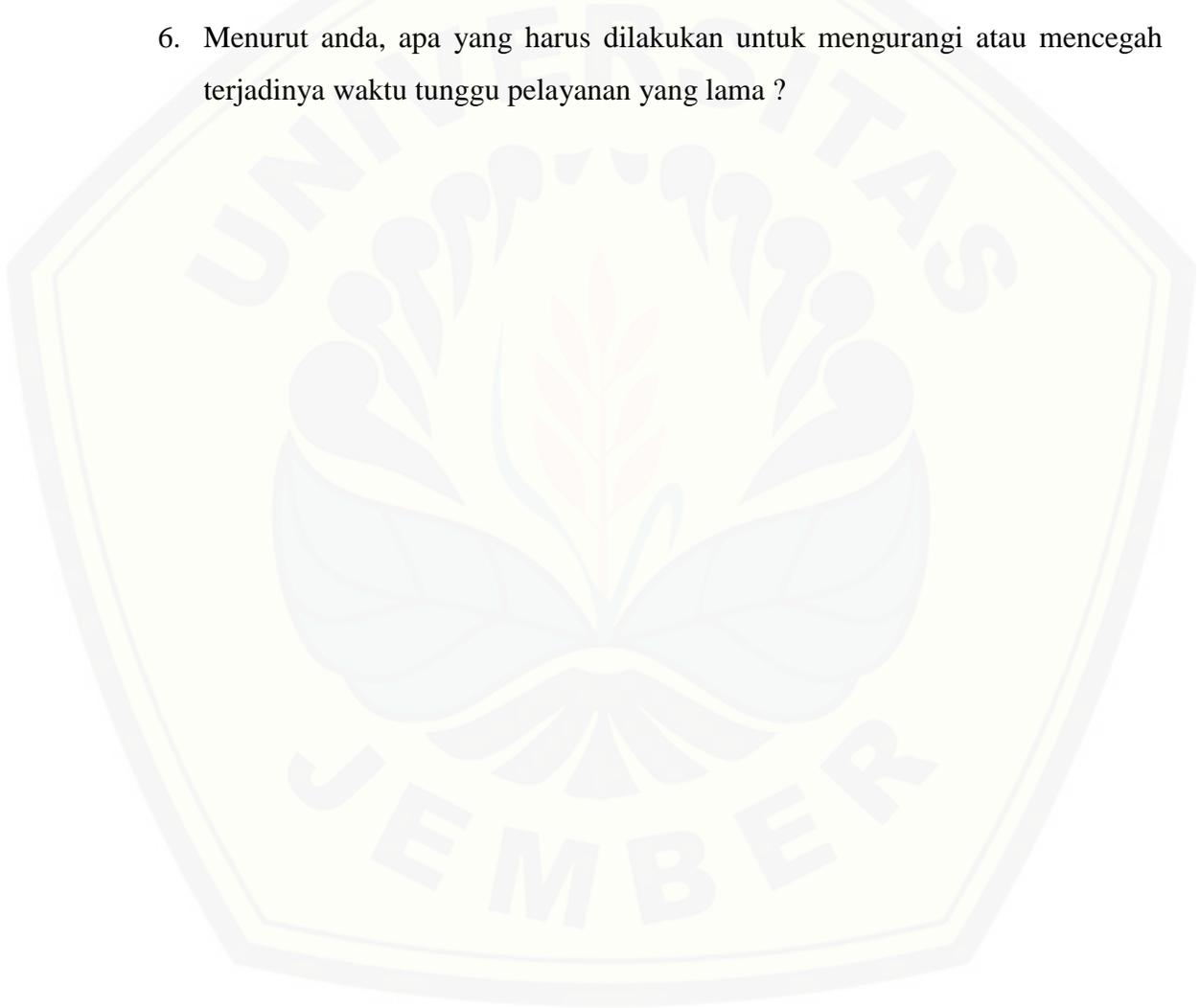
I. Data Umum Informan

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama tenggang waktu tunggu pelayanan sesuai SOP sejak pasien mendaftar di loket hingga keluarnya hasil yang sudah divalidasi oleh dokter ?
2. Apakah tenggang waktu tunggu pelayanan sering melebihi tenggang waktu tunggu yang tercantum di SOP ?

3. Apa yang menyebabkan tenggang waktu tunggu pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
4. Apa dampak yang terjadi apabila tenggang waktu tunggu pelayanan laboratorium melebihi tenggang waktu yang telah ditetapkan di SOP ?
5. Apakah terdapat sanksi atau teguran apabila waktu tunggu pelayanan melebihi SOP ?
6. Menurut anda, apa yang harus dilakukan untuk mengurangi atau mencegah terjadinya waktu tunggu pelayanan yang lama ?



LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan Utama

(Ka Ins. Farmasi)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP OBAT JADI DI RSUD DR. H.
KOESNADI BONDOWOSO

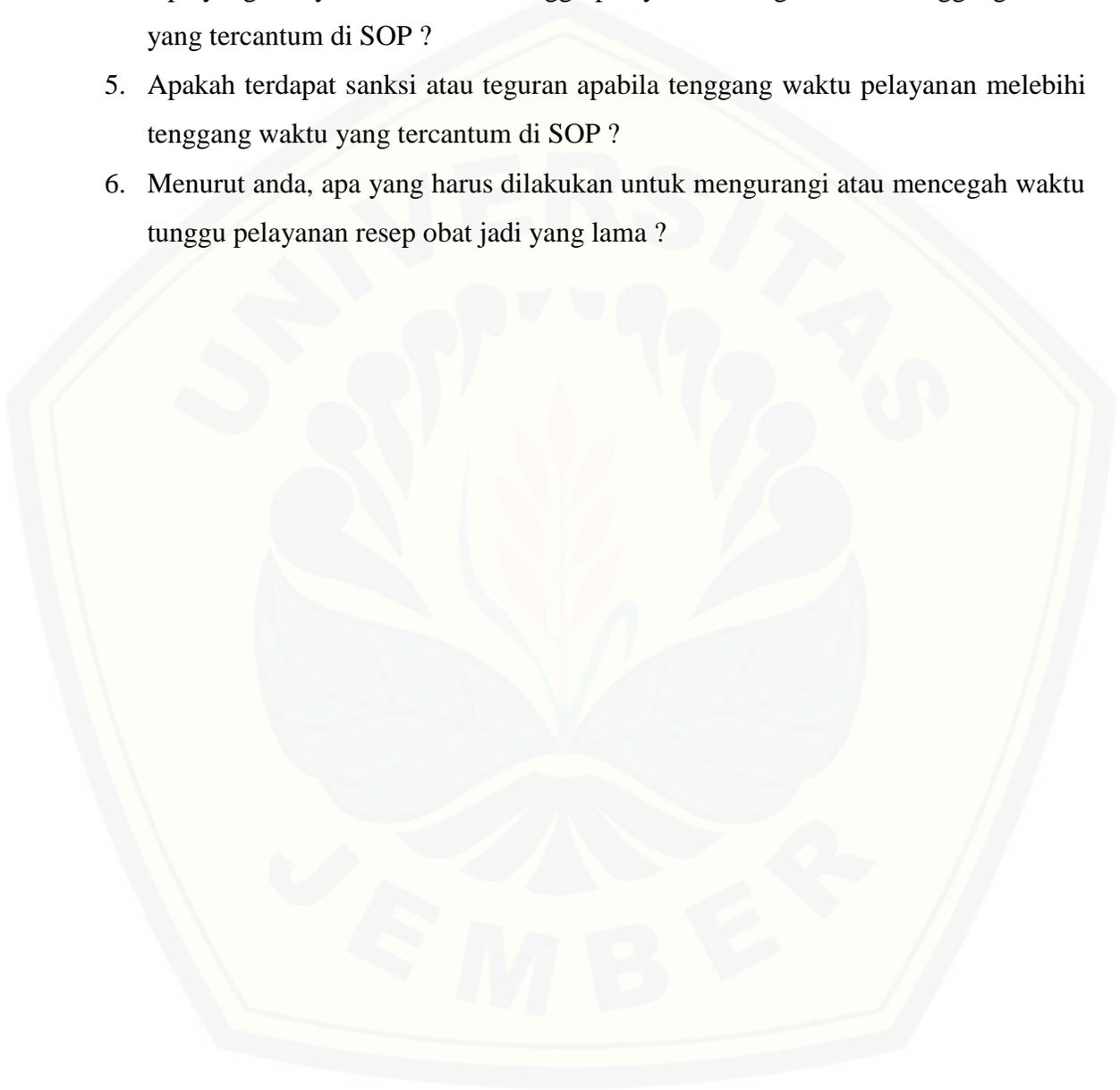
I. Data Umum Informan

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama tenggang waktu pelayanan resep obat jadi sesuai SOP sejak pasien menyerahkan resep di loket hingga pasien mendapatkan obat jadi ?
2. Apakah tenggang waktu pelayanan sering melebihi tenggang waktu yang telah ditentukan di SOP ?

3. Apa pengaruh terhadap tahap selanjutnya apabila waktu tunggu pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
4. Apa yang menyebabkan waktu tunggu pelayanan sering melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
5. Apakah terdapat sanksi atau teguran apabila tenggang waktu pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
6. Menurut anda, apa yang harus dilakukan untuk mengurangi atau mencegah waktu tunggu pelayanan resep obat jadi yang lama ?



LAMPIRAN F. Panduan Wawancara untuk Informan Utama

(Ka Ins. Rekam Medis)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

TINGKAT KETEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN BERKAS REKAM
MEDIS DALAM 1X24 JAM DI RSUD DR. H. KOESNADI BONDOWOSO

I. Data Umum Informan

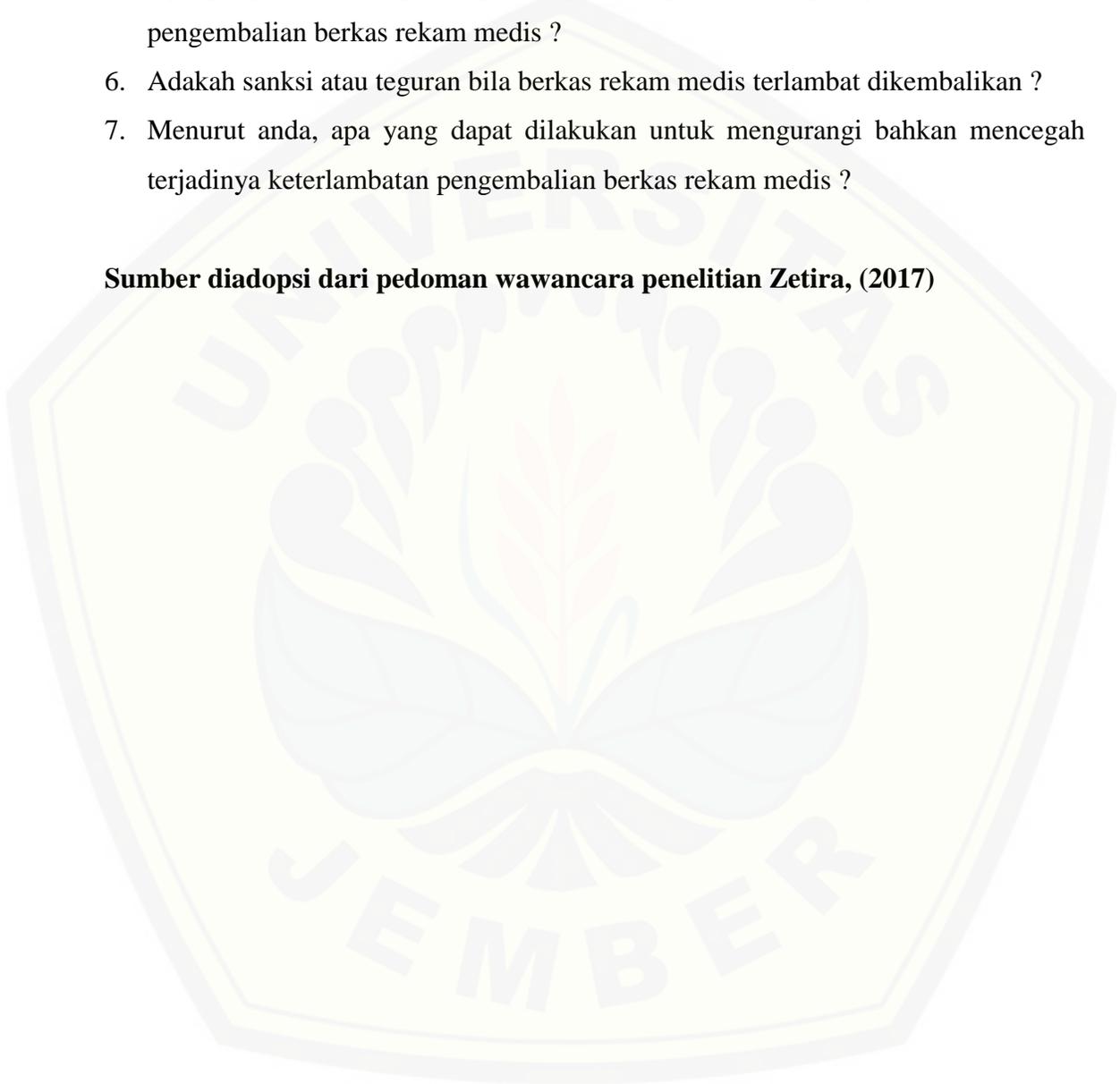
- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama batas waktu pengembalian rekam medis pasien rawat jalan menurut SOP waktu pengembalian rekam medis pasien rawat jalan ?
2. Apakah sering terjadi keterlambatan pada saat pengembalian rekam medis ?
3. Menurut anda apa yang menyebabkan pengembalian berkas rekam medis terlambat ?

4. Apakah telah dilakukan sosialisasi terkait SOP waktu pengembalian rekam medis dalam 1x24 jam ?
5. Apa pengaruhnya bagi tahap selanjutnya apabila sering terjadi keterlambatan pengembalian berkas rekam medis ?
6. Adakah sanksi atau teguran bila berkas rekam medis terlambat dikembalikan ?
7. Menurut anda, apa yang dapat dilakukan untuk mengurangi bahkan mencegah terjadinya keterlambatan pengembalian berkas rekam medis ?

Sumber diadopsi dari pedoman wawancara penelitian Zetira, (2017)



LAMPIRAN G. Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan
(Apoteker di inst. Farmasi)

Judul : Analisis Kinerja Manajerial Rumah Sakit Pasca Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Petunjuk Pengisian:

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pernyataan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP OBAT JADI DI RSUD DR. H.
KOESNADI BONDOWOSO

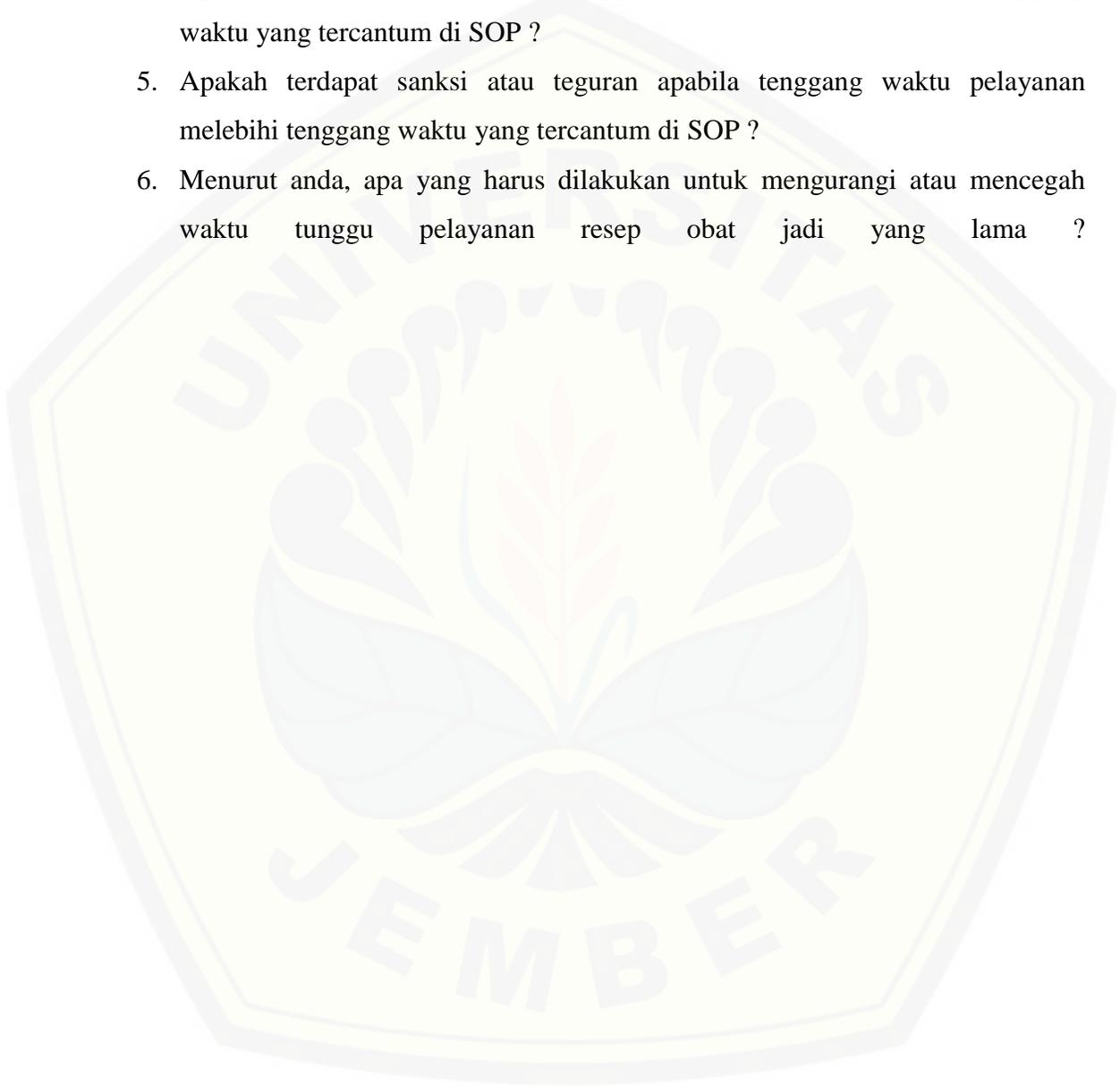
I. Data Umum Informan

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Pendidikan :
- d. Jabatan :
- e. Tanggal Wawancara :
- f. Lokasi Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Berapa lama tenggang waktu pelayanan resep obat jadi sesuai SOP sejak pasien menyerahkan resep di loket hingga pasien mendapatkan obat jadi ?
2. Apakah tenggang waktu pelayanan sering melebihi tenggang waktu yang telah ditentukan di SOP ?

3. Apa pengaruh terhadap tahap selanjutnya apabila waktu tunggu pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
4. Apa yang menyebabkan waktu tunggu pelayanan sering melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
5. Apakah terdapat sanksi atau teguran apabila tenggang waktu pelayanan melebihi tenggang waktu yang tercantum di SOP ?
6. Menurut anda, apa yang harus dilakukan untuk mengurangi atau mencegah waktu tunggu pelayanan resep obat jadi yang lama ?



LAMPIRAN I. Rangkuman Hasil Wawancara

Variabel	Jawaban	Keterangan	Kategori
1. Perspektif Proses Bisnis Internal a. WTRJ	<p>“Terlambat berarti ini ya.. ... pertama, tidak seimbangnya jumlah tenaga dokter dan pasien yang datang. Tapi itu dulu sih, Sebenarnya kalau ke belakang akan terus seperti ini .. ya cukup sih dua orang saja tenaga dokternya. Karena kalau sebelum-sebelumnya kan pasien nya banyak.. sementara dokter yang di poli juga sambil visite ruangan, jadwal SC, kuret, operasi yang mendadak karena kondisi darurat, sehingga yang emergency lebih di dahulukan daripada menjaga di poli. Biasanya dokter ke poli itu sekitar jam 09.00 – 10.00. Kedua, berkas rekam medis terlambat. Sering sekali kita nggak panggil pasiennya itu bukan karena dokternya belum datang, tapi karna berkas rekam medis pasien belum diantarkan sehingga nggak bisa kita berikan pasien ke dokter. Selain itu, yang sering juga membuat prosedur pelayanan jadi lebih lama karena pasien lupa tidak membawa kartu kontrol.” (Data primer, 18 Oktober 2018)</p>	<p>Waktu tunggu pasien sering molor disebabkan karena banyaknya pasien , jadwal operasi mendadak karena gawat darurat, berkas rekam medis pasien terlambat diantarkan dan pasien tidak membawa kartu kontrol</p>	Respon Time
	<p>“sering, biasanya sampai 1,5 - 2 jam. Kenapa bisa begitu ? yang pertama, karena bisa saja persyaratan pasien ketika mendaftar tidak lengkap, sehingga petugas masih harus cari-cari lagi, kan menambah waktu. Yang kedua, kalo ada masalah jaringan, sistemnya eror, kemudian yang ketiga, biasanya berkas rekam medis ini lama diserahkan ke poli jadi, pasien akan disuruh mrnunggu lagi sampai berkasnya ketemu, bahkan pernah sangat lama sekali menunggu berkasnya datang ternyata berkas ada yang hilang, kalo seperti ini ribet udah.. Itu sih biasanya penyebab yang paling sering” (Data primer, 22 Oktober 2018)</p>	<p>Terjadi keterlambatan karena berkas rekam medis terlambat diantarkan bahkan hilang</p>	Respon time

	<p>“ biasanya yang paling sering itu ketika berkas rekam medis masih belum diantar ke poli masing-masing. Selama ini, seringkali ketika pasien sudah datang dan sudah menunggu di poli berkas rekam medisnya belum kami terima, Nah biasanya yang membuat lama itu ketika berkas rekam medis tidak ada di bagian rekam medis, masih ada di poli-poli yang lain, sehingga masih harus menunggu lagi.. ... dokternya ini juga yang terkadang terlambat datang ke poli karena masih visite rawat inap paginya sebelum melayani di poli, Jadi kadang datang nya itu jam 09.30 – 10.00. terkadang juga komputer ini eror sehingga data yang masuk di pendaftaran masih loading lama, kan jadi nggak bisa cepet juga kita menghubungi bagian Rekam Medisnya.” (Data primer, 22 Oktober 2018)</p>	<p>Waktu tunggu lama karena berkas rekam medis pasien belum diantarkan, dokter masih visite ruangan sehingga datang terlambat, jaringan komputer eror.</p>	
	<p>“kalo pelayanan poli ini nggak pernah molor deh sepertinya, ya pernah molor itu biasanya karena masih ada operasi yang lebih panjang dari yang sudah dijadwalkan, kan ya nggak bisa diakhiri kalau memang belum selesai. Biasanya karena itu sih selama ini.” (Data primer, 22 Oktober 2018)</p>	<p>Waktu operasi memanjang</p>	<p>Respon time</p>
	<p>“ biasanya itu lama menyerahkan berkasnya ke poli, kadang dokter sudah ada, pasien sudah menunggu tapi berkas rekam medis nya belum ada, bisa juga karena berkasnya ada di poli lain karena habis dikonsulkan, misal pasiennya sudah tua, nah keluhannya banyak. Apa ada hubungan antar penyakit satu dengan yang lainnya, itubiasanya berkas rekam medis yang dibawa dari poli satu ke poli yang lain. .. kalo dokternya iya, tapi ya</p>	<p>Waktu tunggu lama karena berkas rekam medis belum diantarkan, dokter datang terlambat</p>	<p>Respon Time</p>

	sering juga terlambat. Biasanya dokter baru datang itu jam 09.30, karena masih visite ruangan dulu biasanya.” (Data primer, 18 Oktober 2018)		
	kalau molor itu tergantung sama berkas rekam medis pasien datangnya tepat waktu atau nggak.. kalau datangnya nggak tepat waktu ya berimbas juga sama pelayanan pasiennya, kadang juga jaringannya, soalnya kan sekarang komputer di rumah sakit sudah terkoneksi semua sejak tahun 2011 yang lalu kalau nggak salah, jadi kadang agak terhambat kalau jaringannya sedang eror.” (Data primer, 22 Oktober 2018)	Waktu tunggu pasien molor karena berkas rekam medis tidak tepat waktu, jaringan komputer eror	Respon Time
b. WTPR	“ biasanya yang pelayanannya lambat itu ketika pasien datang di luar jam kerja, karena kan dokternya ya sudah nggak stay di ruangan lagi karena memang sudah diluar jam kerja, biasanya sore gitu baru datang, ya sudah kita nggak bisa menjamin akan selesai sore itu juga, yang kedua biasanya terlambat dalam pelayanan pasien karena terselingi dengan yang lebih urgent seperti misalnya mau dilakukan operasi, hasilnya dibutuhkan segera sehingga yang itu yang lebih didahulukan akhirnya pasien yang lain harus mengalah.. yang ketiga lumayan sering juga keika ada kebutuhan manajemen seperti rapat, ketika tidak ada yang dapat mewakili, maka dokter yang turun langsung untuk hadir rapat dan lagi-lagi pasien harus menunggu, seperti itu lah ya. ... Sarana prasarana, 1 CT Scan sedang rusak sejak 1 bulan yang lalu. SDM nya: admin (1), kardiografer kurang, dokter sudah berdua, saya dan dr. Rini. ... mungkin terkendala birokrasi dan biaya rumah sakit mungkin.” (Data primer, 22 Oktober 2018)	Terjadi keterlambatan pelayanan karena pasien datang diluar jam kerja, kerusakan sarana penunjang	Respon Time
c. WTPL	“ iya ada, pertama biasanya karena alat kita yang rusak dan butuh perbaikan, ...karena pasien hari itu jumlahnya over, misalnya gini	Terjadi keterlambatan pelayanan karena	Respon time, Sarana prasarana, Prosedur

	<p>kemampuan kita normalnya itu 150 pasien per hari, 120-150 pasien/hari, hari itu kita ada cek up an, sehingga jadi 200 pasien, karena pasien over di atas kapasitas kita.. ... ada keadaan khusus, ada satu atau dua. Misalnya gini, untuk meeriksa keadaan pasien, harusnya membutuhkan waktu 2 jam 20 menit, nggak tau ya kok depkes nggak menetapkan yang bulat saja 2 jam gitu.. harusnya 1,5 jam itu kita selesai, tapi ndak bisa selesai karena beberapa item harus kita ulangi, misal hasilnya tidak rasional.., nilainya ekstrim.. terlalu rendah atau terlalu tinggi, atau keterpautannya secara medis itu tidak ada, ya misalnya begini seorang pasien.. hb nya 7, habis di transfusi, hasilnya tidak naik justru jadi 6,9..kan kita melakukan verifikasi ulang.. verifikasi ke pasiennya, verifikasi pemeriksaannya, darahnya kita cek ulang.. (Data primer, 25 Oktober 2018)</p>	<p>alat penunjang rusak, jumlah pasien melebihi kapasitas pelaksana, keadaan khusus yang menyebabkan harus dilakukan verifikasi ulang</p>	
d. WTOE	<p>“... Biasanya faktornya itu yang pertama, operasi sebelumnya memanjang dari jadwal yang telah ditentukan sehingga operasi yang selanjutnya ya terpaksa tertunda, kemudian yang kedua adanya operasi cito kondisi gawat darurat harus segera ditangani agar pasien selamat, yang lain lagi misalnya accute apendics (usus buntu), nah itu kan harus segera dioperasi... ..maksimal biasanya kita tunda sampai h+1, tidak boleh lebih dari 24 jam itu, itu pun jarang.. ...sumber daya manusia cukup ya saya kira, SDM, yaaa cukup jika dibandingkan dengan jumlah pasien operasi. Selama ini lancar-lancar terus. Disiplin semua, operator nya juga disiplin. kalo menurut saya selama ini jarang ada kemunduran jam operasi begitu ya, karena memang sudah dipersiapkan semuanya satu hari sebelum jadwal operasi yang sudah ditentukan.. selama tidak ada cito, insyaAllah tidak terjadi mundurnya jadwal operasi.” (Data primer, 24 Oktober 2018)</p>	<p>Terjadi keterlambatan waktu atau hari operasi karena waktu operasi memanjang, mendahulukan operasi cito</p>	<p>Respon time</p>

<p>e. WTOJ</p>	<p>Apotik itu kan terima dari semua poli, disini ada 15 poli, apotiknya hanya satu, jadi biasanya terjadi molor itu kalau obat masuk sekitar jam 10-13, kenapa ? kare saat itu terjadi penumpukan resep, itu yang biasanya menyebabkan waktu pemrosesannya juga jadi lebih lama.. SDM nya, apoteker disini ada satu, kemudian di rawat jalan juga, penomoran ini dibedakan menjadi tiga kelompok, umum, reguler dan patas. Umum ini adalah khusus untuk pasien yang non-BPJS, kemudian yang reguler ini untuk pasien BPJS yang lebih dari 2 resep obatnya, kemudia yang patas, ini yang diprioritaskan dikerjakan lebih dulu, resep pasien BPJS yang hanya terdiri dari 1-2 resep. Sebenarnya ada satu lagi, delivery. Jadi semisal ada pasien yang resep obatnya racikan dan banyak biasanya kan lama nuunggunya, bisa minta diantar obatnya ke alamat rumah pasien tersebut, baru bulan ini diuji coba kan.” (Data primer, 22 Oktober 2018)</p>	<p>Sering terlambat karena resep masuk secara bersamaan dari 15 poli, SDM terbatas. Upaya “PATAS” dan <i>Delivery</i> untuk mengurangi angka waktu tunggu pelayanan yang molor</p>	<p>Respon time</p>
<p>f. PRM</p>	<p>sering terlambat, biasanya kalau di rata-rata ya, berkas yang terlambat itu sekitar 100 berkas bulan lalu... .. kalau di rawat inap itu banyak faktornya, nggak Cuma DPJP nya aja dek.. kurang lengkap biasanya dalam menulis resumennya, kalau nggak karena terlambat, ya nggak lengkap nulis resumennya. Gak mesti.. biasanya karena DPJP nya, juga perawat, gizi, farmasi.. nggak lengkap nulis resumennya.” (Data primer, 18 Oktober 2018)</p>	<p>Sering terlambat dan petugas yang tidak disiplin dalam mengisi berkas rekam medik pasien</p>	<p>Kepatuhan SDM</p>

<p>2. Perspektif Pelanggan a. Kepuasan Pelanggan</p>	<p>“kalau komplain banyak, memang sering terjadi keterlambatan pelayanan... .. apotik yang paling banyak mendapatkan kritik karena waktu tunggu nya lama.. .. kalo ikut hasil survei untuk triwulan ini tercapai dengan baik.. mayoritas nilainya lebih tinggi dari triwulan yang sebelumnya. Kita pake 9 variabel yang sudah ditetapkan sama Kepmenpan itu.. dari segi persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk, kompetensi pelaksana, penanganan</p>	<p>Komplain tentang waktu tunggu pelayanan</p>	<p>Respon time</p>
--	---	--	--------------------

	<p>pengaduan, kenyamanan sarana, perilaku petugas.. itu memang sudah ditetapkan unsur-unsurnya, kita ya ngikut itu. ... tahun yang lalu, untuk mengobati rasa lelah dan bosan pasien ketika menunggu mendapatkan pelayanan dengan menghibur mereka melalui <i>Live Music</i> yang memberdayakan pengamen-pengamen di jalanan, tapi tahun ini sudah tidak diadakan lagi karena masalah anggaran, anggarannya dialihkan untuk kebutuhan yang lebih mendesak. Sebenarnya untuk kegiatan itu sudah ada <i>ploting</i> nya sendiri, hanya saja ada kebutuhan rumah sakit yang lain yang lebih mendesak.” (Data Primer, 17 Oktober 2018)</p>		
<p>b. Kecepatan Respon terhadap Komplain</p>	<p>“kalau komplain banyak...dalam bentuk tulisan di kotak saran, dalam bentuk lisan secara langsung dan melalui media sosial. Jadi menghubungi no. Hp yang memang sudah disediakan ketika mau menyampaikan kritik dan saran. Dan biasanya langsung kita respon seketika itu juga jika komplain nya lisan atau menghubungi no. pengaduan. Tetapi untuk yang dalam kotak saran biasanya di cek satu bulan sekitar 3-4 kali per hari senin.. belum ada pengklasifikasian komplain (Data primer, 17 Oktober 2018)</p>	<p>Respon terhadap komplain dilakukan secara langsung dan tidak langsung, tidak ada klasifikasi komplain</p>	<p>Prosedur penanganan komplain</p>

